 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p>CODI: ST. Acreditació: 1b-05-E-01-E VERSIÓ: 6 DATA: 11/2022</p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

**Realitzat per: Sra. M<sup>a</sup> ANGELS FERNANDEZ LABRADA**

**Referent actualització document Intranet:**

Sra. M<sup>a</sup> Angels Fernández Labrada

**Aprovat per:**

Comissió de Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient

Comitè executiu

Comissió d'Infermeria per a la Seguretat Clínica

**Data creació: 05/2009**

**Data versió (V) anterior: 02/2017**

**Data aprovació (V1) actual: 11/2022**

**Data publicació Intranet: 01/2023**

**Data propera revisió: 11/2027**

**CANVIS:**

**OBJECTE i ABAST:**


Descriure el model de gestió de la Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient i les línies d'actuació a seguir per desenvolupar estratègies de millora eficaces i sostingudes.

Àmbit d'aplicació: tota la organització.

## PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT

### ÍNDEX

INTRODUCCIÓ .....	3
OBJECTIUS DEL PLA DE QUALITAT I SEGURETAT DE PACIENT DE LA FHES.....	4
Visió .....	5
Valors .....	5
ESTRUCTURES RESPONSABLES DEL DESENVOLUPAMENT, IMPLANTACIÓ I SEGUIMENT DEL PLA DE SP.....	6
<i>Comissió de Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient</i> .....	6
<i>Comissió d'Infermeria per a la Seguretat Clínica (CISC)</i> .....	7
AVALUACIÓ DE L'ENTORN .....	10
DIAGNÒSTIC DE FACTIBILITAT.....	11
MODEL DEL PLA DE SEGURETAT .....	12
Línies Estratègiques Específiques.....	13
<i>Línia Estratègica 1. Cultura de seguretat</i> .....	14
<i>Línia Estratègica 2. Pràctiques clíniques segures</i> .....	18
<i>Línia Estratègica 3: Gestió del risc i sistemes de notificació i aprenentatge dels incidents</i> .....	26
<i>Línia Estratègica 4. Participació dels pacients i ciutadans per la seva seguretat</i> .....	29
<i>Línia Estratègica 5: Investigació a SP</i> .....	32
ESTRATÈGIA D'IMPLANTACIÓ .....	34
ANNEX 1.....	36
BIBLIOGRAFIA .....	37

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE <b>l'Esperit Sant</b></p>	<p><b>POLÍTiques I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

## **INTRODUCCIÓ**

L'any 1999, amb la publicació de l'informe "To Err Is Human", es va posar de manifest la magnitud del problema en revelar l'impacte que els danys associats a l'atenció sanitària tenen sobre els pacients. "To Err Is Human" afirma que el problema no és que hi hagi professionals dolents a l'atenció sanitària, sinó que els professionals bons treballen en sistemes dolents que haurien de ser més segurs.(1)


La complexitat creixent de la pràctica clínica i assistencial i l'entramat organitzatiu actual són factors que dificulten el desenvolupament de la qualitat en relació amb els problemes de seguretat i que comporten conseqüències sobre la salut i la recuperació dels pacients atesos.

A l'any 2018 la OMS defineix la Qualitat en l' Atenció Sanitària com:

"Una atenció de qualitat en l'àmbit sanitari ha de ser:

- Efectiva: proporcionar serveis sanitaris basats en evidències a aquells que els necessiten.
- Segura: evitar danys a les persones destinades a l'atenció.
- Centrada en les Persones: proporcionar una atenció que respon a les preferències, necessitats i valors individuals.

Per tal d'aconseguir els avantatges d'una assistència sanitària de qualitat, els serveis sanitaris han de ser Oportuns, Equitatus, Integrats i Eficients"

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE <b>l'Esperit Sant</b></p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

La SP, una dimensió essencial de la qualitat assistencial, implica desenvolupar estratègies per a la reducció del risc de dany innecessari associat a l'atenció sanitària fins a un mínim acceptable.

A Catalunya, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (DSGC) publica cada 4 anys el Pla de Salut on es recullen els principis estratègics que inspiren les polítiques de salut. Al Pla de Salut publicat per al període 2020-2025, la dimensió de Seguretat del Pacient (SP) s'emmarca en un dels 4 principis ètics que regeixen el Pla, concretament en el de l'eficiència i sostenibilitat del sistema. (2)


Segons Liam Donalson, parlar dels errors i de les fallades del sistema no és senzill, però no fer-ho és irresponsable.(3)

Aquesta realitat impulsa a desenvolupar un Pla específic de SP de la FHES de caràcter possibilista d'acord amb el Pla estratègic de la institució.

## OBJECTIUS DEL PLA DE QUALITAT I SEGURETAT DE PACIENT DE LA FHES

Els objectius principals d'aquest pla es basen en millorar la qualitat assistencial, prevenir i reduir els riscos, errors i danys que poden patir els pacients durant l'assistència sanitària. Aquests són els dos grans objectius que es desenvoluparan al llarg d'aquest document:

- Continuar amb el model d'autoavaluació proposat per EFQM.
- Implementar l'estratègia de SP desenvolupant 5 línies estratègiques específiques amb l'objectiu de millorar la salut i el benestar de la població.

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE <b>l'Esperit Sant</b></p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

## PRINCIPIES ESTRATÈGICS DE LA FHES

### Pla Estratègic de la Institució (2017-2021)

#### Missió

La Fundació té com a finalitat posar a l'abast dels ciutadans una atenció sanitària integral, minimitzant els riscos associats a l'assistència sanitària des de l'excel·lència humana i tècnica dels professionals, basada en el respecte a les persones en totes les seves dimensions, i amb criteris de eficiència, responsabilitat i seguretat. Tot això quedarà complementat amb la cultura de seguretat impulsada per la institució.

#### Visió


La visió que es contempla a la FHES es reflecteix en els punts següents:

- Ser referents en atenció integral i segura.
- Aconseguir millor salut per als pacients i els ciutadans en general.
- Consolidar una estructura amb els millors professionals.
- Actuar amb criteris de sostenibilitat, innovació i docència.

#### Valors

Els valors en què es recolza la institució són:

- Compromís ètic.
- Compromís directiu.
- Persones properes, acollidores i amb professionalitat.
- Comunicació transparent i veraç.
- Basats en l'evidència científica i l'adopció de bones pràctiques (Right care).
- Creativitat.
- Eficiència.

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

## **ESTRUCTURES RESPONSABLES DEL DESENVOLUPAMENT, IMPLANTACIÓ I SEGUIMENT DEL PLA DE SP**

Les estructures responsables del desenvolupament, la implantació i el seguiment del Pla de Seguretat són dues comissions interdisciplinàries amb representació de múltiples serveis i estaments que treballen activament per traslladar al seu àmbit les decisions i plans de treball consensuades a les reunions periòdiques. Aquestes estructures són la Comissió de Qualitat Assistencial de Seguretat del Pacient (CQASP) i la Comissió d'Infermeria per la Seguretat Clínica (CISC), que s'expliquen a continuació.

### ***Comissió de Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient***

És una comissió de caràcter executiu on es prenen decisions que afecten la SP de tota l'organització.

A continuació, es mostren els principis estratègics de la Comissió de Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient CQASP (missió, visió i funcions generals)

#### **Missió**

Promoure la qualitat assistencial i la SP mitjançant el desenvolupament de sistemes de detecció i millora de la qualitat assistencial orientats a millorar la SP l'eficiència en el nostre àmbit.

#### **Visió**

La CQA-SP vol ser el referent en el desenvolupament i l'aplicació dels coneixements científics i la metodologia de Qualitat i Seguretat assistencial, donant suport als esforços de professionals i gestors per aconseguir la millora de la qualitat assistencial i la SP.

#### **Funcions generals**

Les funcions generals de la CQASP són les següents:

- Promoure la implicació dels professionals i dels gestors en la millora de la qualitat assistencial i de la SP.

## **PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT**

- Promoure la implantació de programes sobre millora de la qualitat assistencial i de la SP.
- Donar suport a les iniciatives de millora en qualitat i seguretat.
- Ser membres del Comitè de Qualitat (CQ).
- Anàlisi d'esdeveniments adversos i d'elements sentinella.
- Contribuir a la formació i al diàleg entre pacients, ciutadans, professionals i gestors.

Les responsabilitats dels membres de la CQASP estan repartides en funció dels diferents processos claus que representen. Cada membre és, alhora, responsable de les comissions, i les seves funcions específiques es relacionen amb l'àmbit que representen a la comissió.

El Reglament i la composició de la CQASP estan publicats a la Intranet del centre:

[Reglament CQASP](#)

### ***Comissió d'Infermeria per a la Seguretat Clínica (CISC)***

Aquesta comissió analitza la informació procedent de les diferents comissions i grups de treball per controlar les desviacions dels estàndards de seguretat i d'activitat d'infermeria, corregir-los i fer propostes d'accions de millora.

A continuació, es mostren els principis estratègics de la CISC

#### **Missió**

Potenciar la qualitat en cures d'infermeria per a una millora contínua a la SP i la Gestió adequada de riscos, amb un compromís ferm dels professionals i de la Direcció.

## **PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT**

### Visió

Millorar la qualitat assistencial a través del reconeixement competencial i aprofitament del talent dels professionals.

### Valors

Els valors que es promouen a la CISC comprenen:

- La comunicació transparent.
- El compromís de la Direcció i dels comandaments intermedis
- L'adhesió i la implicació a l'Aliança per a la SP a Catalunya.

### Funcions

Les funcions descrites a les bases de la CISC són les següents:

- Aprovar i fer difusió dels procediments, els circuits i els protocols elaborats des de l'Àrea d'Infermeria.
- Analitzar els indicadors que componen el QC de Seguretat del Pacient per detectar desviacions i proposar millores.
- Revisar i actualitzar procediments, circuits i protocols. Fer difusió dels canvis i retirar els caducats dels canals de comunicació utilitzats
- Participar a la Comissió de Qualitat assistencial i SP (CQA-SP).
- Controlar la correcta utilització, per part dels professionals, dels procediments establerts sobre la base de la SP.
- Emetre periòdicament informes de resultats per àrea, per tal de potenciar les bones pràctiques.
- Assessorar directament els professionals, si cal. o qui ho necessiti, sobre la utilització de les bones pràctiques a SP.
- Promoure les bones pràctiques basades en l'evidència, l'entorn de la SP i la identificació dels riscos.
- Col·laborar en el desplegament del Pla de Qualitat i SP, fomentant-ne el respecte i la confidencialitat.
- Facilitar el nomenament i la participació dels professionals de l'àrea com a representants dins dels grups d'experts del centre.



## **PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT**


- Unificar criteris d'actuació als diferents torns d'infermeria
- Assessorar la Direcció Assistencial en qualsevol matèria de SP.
- Promoure la formació, la docència i la recerca per a la millora contínua de l'assistència, creant i mantenint canals de comunicació.
- Informar del Pla de necessitats anuals.
- Vetllar per una bona coordinació i funcionament dels grups de treball relacionats amb aquest àmbit.

El Reglament i la composició de la CQASP estan publicats a la Intranet del centre:

[Reglament CISC](#)

[Reglament CISC composició](#)

Els indicadors que es mesuren, són molt útils per a la gestió del canvi i faciliten la innovació de l'organització en un període de temps breu. El Quadre de Comandament, consta de 2 grans apartats: el corresponent a la SP, que conté indicadors definits pel Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya (DSGC) (4); i el corresponent a l'activitat d'Infermeria registrada, que dóna resposta als indicadors de l'acreditació de Centres d'atenció Hospitalària Aguda de Catalunya.(5)

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

## AVALUACIÓ DE L'ENTORN

A partir d'una anàlisi interna i externa de les amenaces, fortaleeses, oportunitats i febleses (DAFO), es valora la situació actual de la FHES, tenint en compte la pandèmia esdevinguda aquests darrers anys. Les dades es recullen a la taula 1 que es mostra a continuació:

<b>ANÀLISI INTERN</b>	<b>ANÀLISI EXTERNA</b>
<b>Fortaleeses</b>	<b>Amenaces</b>
Compromís de la Direcció Assistencial. Projecte en línia amb el Pla estratègic i el Pla de Qualitat de la institució.	Insuficient cultura de seguretat dels usuaris: Influència negativa de la informació que arriba a l'usuari: xarxes socials, mitjans de comunicació.
Incorporació de professionals en substitució de professionals que es jubilen.	Escassa confiança dels professionals.
Lideratge del projecte a càrrec dels comandaments intermedis.	Àmplia oferta laboral del sector que dificulta el compromís i la fidelització de nous professionals.
<b>Debilitats</b>	<b>Oportunitats</b>
Insuficient cultura de seguretat entre els professionals.	Possibilitat d'accedir a diverses iniciatives d'acreditació nacionals i internacionals que suposen prestigi per a l'organització.
Alta rotació de professionals mèdics i d'infermeria que dificulta el desenvolupament de projectes.	Possibilitat d'influir a la formació acadèmica de professionals a nivell universitari i de grau.
Professionals amb desgast emocional post pandèmia.	Benchmarking de resultats amb altres organitzacions sanitàries.

Taula 1. Anàlisi interna i externa de la situació actual a la FHES.

## **PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT**

### **DIAGNÒSTIC DE FACTIBILITAT**


Els òrgans de govern de la institució són la pedra angular del canvi i la millora continuada. La Gerència de l'hospital és la veritable impulsora del Pla de SP. Per això compta amb el Comitè de Direcció integrat per: Direcció Assistencial, Direcció d'Infermeria, Direcció de persones, Direcció econòmica financera i Direcció d'Infraestructures.

Els comandaments intermedis, veritables líders institucionals i formals, són els que han de fer factible aquest nou Pla de Qualitat assistencial i SP participant en el desenvolupament i la posada en marxa de les noves iniciatives. La informació de la situació als professionals es converteix en un element clau per a l'èxit del pla i els líders de l'hospital han de seleccionar i posar en marxa un procés a tota l'organització per mesurar, avaluar dades, planificar canvis i mantenir millores en qualitat i SP.

Hi ha una xarxa de Comissions i grups de treball la principal funció de les quals és controlar i millorar la pràctica assistencial i el plantejament de noves solucions destinades a complir els objectius del Pla de Salut.

Per desenvolupar el pla s'assignen uns recursos pactats prèviament amb Gerència i Direcció Econòmica del centre.

No tots els recursos poden ser establerts a priori pel fet que estem immersos en una realitat canviant amb la incorporació de noves tecnologies que milloren els processos i que s'han d'implementar. L'adopció d'aquestes noves tecnologies i recursos que milloren els processos suposen desviacions al pressupost que s'han de gestionar valorant el potencial benefici que comporta la modernització dels sistemes.

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

## **MODEL DEL PLA DE SEGURETAT**

El Pla de SP de la nostra institució segueix el model d'excel·lència europeu (EFQM) (6) adoptat com a referència per a l'acreditació d'hospitals del Departament de Salut. Aquest model d'autoavaluació alinea el plantejament estratègic amb el desenvolupament dels processos, l'avaluació dels resultats i els cicles de millora.

El desenvolupament del model contribueix a desplegar el projecte estratègic de SP, incorporant-hi la gestió de riscos i mantenint el seguiment de l'evolució de la cultura de seguretat del centre. Pretén mantenir el registre de notificació voluntària d'esdeveniments adversos per poder proposar accions de millora derivades de l'anàlisi dels casos.

La gestió de riscos inclou dos enfocaments no excloents sinó complementaris:

Preventiu (proactiu) dels riscos: prevenir incidents abans que passin mitjançant una anàlisi prèvia.

- Els incidents que afectin persones individuals en tasques específiques.
- Formació derivada de normatives/disposicions legals.
- Posar en marxa de manera ordinària un sistema regular de detecció de necessitats que arribi a tots els professionals i que impliqui també els comandaments intermedis.
- Els incidents que afecten transversalment diferents col·lectius, departaments, àrees, etc., i que presenten necessitats similars.
- Millorar allò que ja es fa bé, però que cal perfeccionar (cercant un rendiment superior).
- Innovar en allò que caldrà implantar en un futur més o menys proper.

## **PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT**

- Impulsar accions que contribueixin a promoure una actitud proactiva i responsable dels professionals per millorar la SP.


**Reactiu:** un cop ocorregut l'incident es tracta de trobar solucions per minimitzar-ne les conseqüències i evitar que tornin a aparèixer.

- Detectar les necessitats de formació quan ja s'han generat situacions problemàtiques amb la participació dels col·lectius afectats.
- Corregir allò que es fa malament i que convé reconvertir, capacitant els professionals per al desenvolupament d'habilitats i ús d'eines de comunicació.
- Anàlisi causal dels esdeveniments adversos notificats a la plataforma del SNISP.cat i retroalimentació als professionals declarants quant a les accions de millora adoptades després dels incidents adversos.
- Implementar l'Anàlisi modal de fallades i efectes (AMFE) com a eina de treball abans de dissenyar millores en qualsevol dels processos.

### **Línies Estratègiques Específiques**

Es mostren a continuació les línies estratègiques que componen el pla actual i que es desenvoluparan al llarg d'aquest apartat:

- Línia Estratègica 1: Cultura de Seguretat, factors humans, organitzatius i de formació.
- Línia Estratègica 2: Pràctiques clíniques segures (Bones pràctiques basades en l'evidència científica)
- Línia Estratègica 3: Gestió del risc i sistemes de notificació i aprenentatge dels incidents. Atenció a les Segones víctimes
- Línia Estratègica 4: La participació dels pacients i ciutadans per la seva seguretat.
- Línia Estratègica 5: Investigació en SP.

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

### **Línia Estratègica 1. Cultura de seguretat**

La Cultura de Seguretat es defineix com "El conjunt de valors, actituds i comportaments que caracteritzen el funcionament d'un grup o d'una organització, es a dir: la forma en què es senten i es fan les coses. L'Organització Mundial de la Salut defineix cultura de SP com el patró integrat de comportament individual i de l'organització, basat en creences i valors compartits, que cerca contínuament reduir al mínim el dany que podria patir el pacient com a conseqüència dels processos de prestació de atenció (7).


La cultura de seguretat en una organització representa aquells valors, percepcions i conductes que determinen el compromís, l'estil i la competència que la institució té per a la seva gestió de salut i seguretat.

La formació a SP és una peça clau per desenvolupar qualsevol projecte que impliqui una millora de la qualitat assistencial. La institució ha d'assegurar la competència dels seus professionals per garantir la qualitat de la seva pràctica.

El programa de Formació en SP és la pedra angular per desenvolupar les Línies estratègiques del Pla de Seguretat. Els comandaments han d'estar formats en SP per poder detectar necessitats formatives dels professionals.

En la formació a les facultats i als estudis de grau superior tant de professionals de la medicina com de la infermeria, no hi ha una conscienciació que generi cultura de seguretat i això s'evidencia en els professionals de nova incorporació.

Els professionals que s'incorporen a l'organització han de conèixer quina és l'orientació i el pes específic de la SP a la nostra institució, A més l'organització té l'obligació de proporcionar al personal l'oportunitat d'avançar personalment i professionalment pel que s'ha dissenyat un manual d'acollida al personal de nova incorporació on s'hi inclouen de manera explícita aspectes relacionats amb la SP.

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		


A l'itinerari formatiu del personal de nova incorporació es contempla la realització de tallers generals:

- Formació a l'eina informàtica, tot allò que té a veure amb el registre d'activitats assistencials i informació relativa al pacient.
- SP: aplicació escales de riscos (Escala Emina, Escala Downton, Escala E.V.A.), Seguretat en l'ús de la medicació, Acollida i Valoració a l'ingrés i detecció de signes i símptomes per prevenir complicacions.
- Maneig de la intranet interna per estar informat de les novetats institucionals
- Salut laboral i ergonomia en el desenvolupament de la pràctica assistencial.
- Formació específica segons l'àmbit de treball a què s'incorpora a l'àmbit assistencial.

### *Formació en Seguretat del Pacient*

És inqüestionable que hem d'atendre la població i alhora ho hem de fer d'una manera diferent i segura, incorporant nous coneixements que donin resposta a les necessitats actuals en matèria de salut.

És en aquest sentit que a la FHES entenem que la formació és una eina clau per al desenvolupament dels coneixements, les habilitats i les actituds dels professionals de l'organització. A més, és l'instrument que contribueix a assolir els objectius estratègics institucionals en el marc de la qualitat, la millora continuada i l'excel·lència. S'ha d'entendre la formació dels professionals com una activitat que contribueix al creixement individual i a la millora de la institució, i això es tradueix en l'oferta d'uns serveis de qualitat. La formació ha de ser un procés continuat i ha d'actuar com un element facilitador d'integració i d'adaptació al lloc de treball i el seu entorn.

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

Per tant, s'ha de considerar un procés planificat amb uns objectius i termes concrets.

El Pla de formació de la FHES que va ser aprovat pel comitè de Direcció el 2021 i millorat a finals de 2022, inclou un apartat específic de SP, Qualitat i Excel·lència. (Veure Pla de Formació a la Intranet).

<https://intranet.fhes.cat/consulta/documentacio/download/7669>

D'altra banda, cal conèixer la percepció i coneixements dels tots els professionals en matèria de Seguretat de Pacients. L'adaptació de l'enquesta original de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dels Estats Units, es pot utilitzar per mesurar aquest aspecte de la cultura de seguretat de les organitzacions a Espanya.

Aquesta enquesta identifica els aspectes en què caldria incidir per millorar la percepció de SP i poder actuar directament en el procés de millora contínua. L'aplicació d'aquesta enquesta permet obtenir un diagnòstic inicial de la percepció que tenen els professionals de l'Hospital respecte de les diferents dimensions relacionades amb la Cultura de Seguretat Clínica. (8)

L'objectiu principal d'aquesta enquesta és:

- Determinar el grau de coneixement en matèria de SP per establir les necessitats formatives dels professionals a la FHES.


Objectius específics:

- Dissenyar un pla de formació específic de SP als professionals.
- Fomentar la millora contínua de la Qualitat i la SP.

### **Actuacions**

1. Enquesta AHRQ a tots els professionals de la institució per avaluar el clima de seguretat basal i reavaluar en 3 anys.



 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE <b>l'Esperit Sant</b></p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

2. Inclusió de formació específica a SP al catàleg d'accions formatives del centre.
3. Incloure al manual d'acollida del centre els aspectes clau de la cultura de seguretat.

### **Indicadors**

- Informe sobre la Cultura de Seguretat a partir dels resultats de l'enquesta, basal i als 3 anys.
- Percentatge de professionals que reben formació continuada en matèria de SP.
- Nombre de sessions de comunicació i activitats realitzades per difondre les bones pràctiques sobre SP.

### **Agents que intervenen en la línia estratègica 1**

A continuació, s'indiquen els agents que intervenen a la línia estratègica 1:

- **CQASP:** responsables de fer el diagnòstic de situació a través de l'enquesta AHRQ, analitzar resultats i informar el Comitè de Direcció.
- **Comissió de Formació:** responsable de detectar les necessitats formatives i de planificar-les de manera que tots els professionals hi puguin tenir fàcil accés.
- **Responsable de Comunicació:** responsable de dissenyar una estratègia de difusió de la cultura de seguretat de manera que es difongui a tots els professionals.

## PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT

- **Direcció d'Infermeria i Departament de gestió de persones:**  
Responsables de dissenyar una guia d'acollida comú i amb especificitat en aspectes de SP.
- **Responsable de la gestió curricular i avaluació de l'aprenentatge:**  
Responsable del anàlisi de la cultura de SP de la Organització.

### Cronograma Línia Estratègica 1. ANNEX 1

#### **Línia Estratègica 2. Pràctiques clíniques segures**

Les pràctiques segures es refereixen a aquelles activitats que són mundialment reconegudes com a pràctiques segures i que procedeixen de programes institucionals implementats, experimentats i avaluats en els darrers anys. Destaquem d'aquestes llistes totes aquelles activitats que es poden mesurar amb indicadors i formen part del quadre de comandament de SP de la nostra institució.

#### **Objectiu principal**


Promoure la implantació de pràctiques segures basades en l'evidència científica per a la cura dels pacients.

#### **Objectiu específic**

- Dissenyar un quadre de comandament amb els indicadors de bones pràctiques.

#### **Actuacions**

1. Analitzar mensualment el resultat dels indicadors que monitoritzen les bones pràctiques
2. Implementar mesures correctores en funció dels resultats

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE <b>l'Esperit Sant</b></p>	<p><b>POLÍTiques I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

### 3. Creació de dies institucionals de temes relacionats amb la SP

#### *Bones pràctiques relacionades amb l'assistència*

La qualitat i la seguretat es veuen reflectides a l'assistència diària en contacte amb el pacient. Els estàndards internacionals de l'adopció de bones pràctiques constitueixen l'eix central de l'assistència directa dels professionals cap als pacients. La incorporació de bones pràctiques estandarditzades i basades en la millor evidència científica permet reduir la variabilitat de la pràctica alhora que proporcionen informació fiable sobre resultats dels processos i són una línia que cal seguir en temes de recerca en seguretat. (9)


Entre les bones pràctiques relacionades amb l'assistència es contempla la higiene de mans, el control d'infeccions basat en el seguiment de protocols, la identificació activa del pacient, la prevenció de caigudes, la cirurgia segura, la prevenció de les úlceres per decúbit, el control del dolor, l'atenció a la disfàgia i la seguretat a l'administració de medicació, que es desenvolupen a continuació:

#### Higiene de mans

Les infeccions relacionades amb l'assistència sanitària estan causades per diversos factors. No obstant això, els CDC i l'OMS consideren que una higiene de les mans inadequada o no realitzada és un dels factors més importants que contribueixen al desenvolupament d'aquestes infeccions.

El GT d'Higiene de mans (HM) fa mensualment l'observació del compliment de l'HM que inclou els cinc moments determinats per l'OMS. L'observació la realitzen col·lectius professionals per monitoritzar la necessitat de reforç i/o programació d'accions formatives.

La Direcció assigna 30 hores mensuals a la responsable del GT i 21 hores anuals d'infermera per obtenir dades i el registre d'indicadors.

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE <b>l'Esperit Sant</b></p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

Els indicadors que es mesuren són:

- Nombre d'oportunitats realitzades/nombre d'oportunitats observades.
- Hi ha punts de dispensació de solucions hidroalcohòliques a tots els llits i lliteres de l'hospital a l'abast dels professionals sanitaris.
- Consum de solucions hidroalcohòliques.

### Control d'infeccions

L'organització s'ocupa de mantenir els recursos necessaris per al compliment correcte dels procediments de prevenció i control d'infeccions. El GT d'Avaluació i Seguiment de Protocols s'encarrega de monitoritzar el compliment dels procediments i dels protocols en quant a tècniques assistencials amb gran possibilitat d'infecció nosocomial. Aquest GT té assignades 65 hores mensuals per al registre i seguiment dels indicadors que emplena.


Els indicadors que monitoritza són:

- Compliment del protocol de sondatge i manteniment de la sonda vesical.
- Percentatge d'hemocultius contaminats per tècnica d'extracció.
- Compliment del protocol d'instauració i manteniment del catèter venós.
- Monitorització dels indicadors VINCAT i PROA establerts pel DSGC.

### Identificació activa del pacient

El risc d'incidents adversos per una identificació inadequada dels pacients pot ser elevat. De vegades el professional pot obviar el pas obligatori de comprovar la identitat del pacient i es poden produir errors que poden arribar a ser importants.

El GT d'Identificació Activa del Pacient monitoritza mensualment el compliment del protocol i ofereix formació in situ quan detecten l'incompliment de la norma.

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

Els recursos assignats inclouen l'assistència a les reunions programades i el registre de les dades que constitueixen els indicadors de seguiment. En total, són 85 hores totals repartides entre els diferents membres de la comissió.

Els indicadors que monitoritzen són:

- Grau de cobertura de la identificació inequívoca dels pacients.
- Grau de compliment de la identificació activa dels pacients en situació de risc.

#### [Prevenió de Caigudes](#)

Les caigudes suposen un important problema de seguretat a tots els centres assistencials. El GT de Prevenió de Caigudes s'ocupa principalment de verificar que els sistemes instaurats de prevenió de caigudes siguin eficaços i que se segueixin els procediments establerts per la institució, que inclouen l'aplicació d'escales de detecció de riscos i la implementació de rondes de seguretat a les unitats d'hospitalització. Monitoritzen que els registres corresponguin amb el risc real del pacient i realitzen formació i conscienciació in situ.


Analitzen les caigudes que es produeixen i, mitjançant un registre informàtic, determinen les causes per les que s'ha produït l'incident.

Els recursos assignats per a aquest GT són 100 hores anuals.

Els indicadors són:

- Valoració del risc de caigudes a l'ingrés hospitalari.
- Caigudes en pacients hospitalitzats.
- Caigudes amb lesió en pacients hospitalitzats.

#### [Prevenió d'úlceres per decúbit](#)

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

El GT de Prevenció de Lesions Cutànies nosocomials per pressió s'ocupa de la prevenció d'úlceres per decúbit. Aquest grup monitoritza l'emplenament d'escales de risc a l'ingrés del pacient (escala EMINA). Són responsables d'actualitzar els protocols relacionats amb aquesta pràctica i de mesurar els resultats de l'aplicació dels procediments descrits als protocols i guies d'actuació.

El temps que es facilita com a recurs indispensable és de 125 hores anuals.

Els indicadors són:

- Valoració del risc d'úlceres per decúbit a l'ingrés hospitalari.
- Aplicació del protocol de prevenció i tractament d'úlceres per pressió.
- Úlceres per decúbit nosocomials.


#### Cirurgia segura

La llista de verificació quirúrgica o chec klist és una eina de seguretat per als pacients, dissenyada per evitar les complicacions quirúrgiques i, en general, les relacionades amb les intervencions. És una estratègia relativament simple, que implica un cost pràcticament nul i que, a més, es va millorant i perfeccionant amb la col·laboració de tot el personal assistencial. La Comissió de Seguretat Quirúrgica s'encarrega de la comprovació de tots els ítems que defineix l'OMS (pre-quirúrgic, pausa quirúrgica, post cirurgia) siguin presents en el moment de l'acte quirúrgic.

Es tracta d'un GT multidisciplinari que programa i adequa l'activitat quirúrgica a les reunions mensuals. No s'assigna cap recurs extra per desenvolupar aquesta recollida de dades.

Els indicadors són:

- Avaluació de l'aplicació del llistat de verificació quirúrgica (Check list).
- Avaluació de l'aplicació de tots els ítems que inclou el llistat de verificació quirúrgica (segons el criteri de OMS).

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

### Control del dolor

Hi ha procediments normalitzats d'avaluació periòdica del dolor amb escales validades tal com determina el Departament de Salut.

El dolor es considera una qüestió de seguretat de primera magnitud per la gran repercussió que suposa a la recuperació dels pacients ingressats.

El GT de Dolor és un grup multidisciplinari que diàriament monitoritza els resultats del registre de l'escala E.V.A. Aquesta escala es mesura sistemàticament cada 8 hores i el resultat ha de ser valorat i atès en cas de desviació de la normalitat.

Aquest GT funciona de manera interdisciplinària i han incorporat a la seva rutina de treball l'anàlisi dels registres de l'escala EVA. No cal recurs extra.

L'indicador mesura els resultats de les desviacions del registre:

- Hi ha procediments que determinen l'avaluació i el tractament del dolor”  
Indicador 5d-03-E-05-E (Estàndards d'Acreditació Hospitalària).


### Atenció a la disfàgia

La disfàgia és un problema de SP per l'alt risc de complicacions potencials. La broncoaspiració i la pneumònia es defineixen com a riscos previsibles quan són secundaris a una disfunció de les capacitats de deglució, independentment del motiu del seu ingrés. S'ha habilitat informàticament la possibilitat de realitzar interconsultes al GT de Disfàgia. Aquesta detecció proactiva es fa a l'ingrés del pacient mitjançant unes preguntes senzilles que determinen el risc de complicacions.

És un GT multidisciplinari, l'assignació de recursos a aquest grup varia en funció dels requeriments dels professionals que detecten el problema de seguretat.

Els indicadors són:

- Nombre d'interconsultes derivades de la valoració a l'ingrés.
- Nombre de prescripcions de dieta Disfàgia.
- Prescripció de espessidors orals.

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

### [Seguretat a l'administració de medicació](#)

Els errors de medicació en qualsevol de les fases: prescripció, validació, preparació, dispensació i administració, es defineixen com a incidents previsibles que poden causar dany als pacients.

Segons l'Institut de Seguretat del medicament (ISMP) (10) hi ha errors associats a les pràctiques professionals clarament definits i altament evitables:

Les pràctiques segures recomanades per evitar els esdeveniments adversos no estan completament implementades i cal continuar treballant per aconseguir-ho

- Errors per una identificació correcta dels pacients.
- Errors per omissió o retard de la medicació.
- Errors en pacients amb al·lèrgies o efectes adversos a medicaments.
- Errors en la conciliació de la medicació a les transicions.
- Errors a les prescripcions verbals.
- Errors associats a la manca d'ús de bombes d'infusió intel·ligents
- Errors per l'administració de dosis elevades de paracetamol IV en nens.
- Errors per la similitud en el nom o la ISO-aparença dels medicaments.
- Administració errònia per vies IV de medicaments orals líquids.

Des de la Comissió de Fàrmac terapèutica es treballa seguint aquestes línies d'actuació en referència a errors concrets.

Els indicadors que es mesuren són:

- Inclusió d'alertes al programa informàtic d'administració de medicació.
- Protocol pel maneig dels medicaments d'alt risc (MAR).




## PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT

- Sistema visual que asseguri la difusió dels "5 correctes" a l'administració de medicació.
- Conciliació de la medicació a l'alta del pacient.
- Nombre d'incidents relacionats amb errors de medicació declarats al SINISP.

### Agents que intervenen en la línia estratègica 2

A continuació, s'indiquen els agents que intervenen a la línia estratègica 2:

- **GT Higiene de mans:** correspon a aquest grup l'observació mensual dels 5 moments que determina l'OMS per a la HM.
- **Comissió de prevenció d'infeccions:** revisió mensual de les dades que configuren els indicadors de prevenció i control d'infeccions.
- **GT Identificació Activa:** talls de prevalença mensuals per verificar el compliment del protocol de IAP.
- **GT Prevenció de Caigudes:** Analitzen totes les caigudes del centre i proposen estratègies per evitar-les.
- **GT Úlceres Per Pressió:** Monitoritzen el grau de compliment de prevenció de les UPP.
- **CSQ:** controlen el compliment del registre de la LVQ.
- **GT control de dolor:** Revisen setmanalment el registre de l'escala EVA i monitoren les desviacions de l'estàndard.
- **GT d'atenció a la disfàgia:** fan test de disfàgia, s'encarreguen de modificar les dietes i efectuen educació sanitària durant l'ingrés i l'alta del pacient.
- **CQASP:** Analitzen tots els esdeveniments adversos declarats al SINISP i proposen solucions i millores dels que puguin ser evitats.
- **CISC:** calendaritza els dies institucionals de SP i assigna els recursos necessaris per al desenvolupament. Responsable de la tramesa al Departament de Salut dels indicadors de SP.

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p>CODI: ST. Acreditació: VERSIÓ: 1 DATA: 11/2022</p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

**Cronograma. Línia estratègica 2. ANNEX 1**

**Línia Estratègica 3: Gestió del risc i sistemes de notificació i aprenentatge dels incidents**

La notificació voluntària d'esdeveniments adversos es considera un element estratègic en la promoció de la Cultura de Seguretat.

Aquestes notificacions es caracteritzen per la seva voluntarietat, la no punibilitat i la confidencialitat de la informació declarada al sistema.


Han de tenir una orientació a l'aprenentatge sobre els errors identificats per intentar evitar-los i proporcionar una atenció més segura al pacient.

L'objectiu principal dels sistemes de notificació és identificar àrees o elements vulnerables del sistema abans que es produeixi el mal. La declaració pot contribuir a implantar mesures o estratègies per evitar els incidents.

A la nostra institució està implementada la plataforma SNISP.cat com a eina per a la notificació d'incidents. El constitueix una plataforma completa per a la SP i la gestió de riscos, que inclou la notificació d'incidents, l'anàlisi i la seva gestió; la definició, planificació i seguiment de les accions de millora i un gestor documental que facilita la creació, la gestió i l'actualització de la documentació associada a l'assistència sanitària. Totes aquestes funcionalitats en una única plataforma que permet integrar tots els processos de gestió d'esdeveniments adversos.

SNISP [Enllaços i recursos. Seguretat dels Pacients \(gencat.cat\)](http://gencat.cat)

La incorporació d'aquest nou sistema de notificació suposa un repte per als gestors perquè l'anàlisi dels resultats dels indicadors evidencia una baixa taxa de notificacions per part dels professionals.

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE <b>l'Esperit Sant</b></p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

Les funcionalitats principals de l'eina són:


- **Notificació:** permet notificar de manera estructurada, a partir de diferents tipus de qüestionaris segons el tipus d'incident que es notifica (medicació, caigudes, etc.).
- **Gestió:** permet realitzar una gestió proactiva mitjançant eines (matriu de cingleres, anàlisi causa-arrel, anàlisi causa-efecte, anàlisi de barreres, anàlisi de processos, AMFE [anàlisi modal de fallades i efectes], etc.) integrades a la plataforma.
- **Anàlisi i informes:** permet analitzar els incidents per identificar riscos de manera sistemàtica i prevenir errors.
- **Accions de millora:** permet definir, planificar i fer el seguiment de les accions de millora, mesures preventives o canvis a l'organització

La finalitat essencial és l'aprenentatge:

- Per detectar fallades latents.
- Oferir múltiples perspectives en el temps.
- Estandarditza procediments.

Els gestors del SNISP.cat de la FHES utilitzen el protocol de Londres com metodologia d'anàlisi multicausal útil per investigar els esdeveniments adversos sentinella. Aquest protocol permet identificar els casos en què hi ha hagut factors contribuents, trobar accions que cal implementar i afavorir l'aprenentatge institucional.(11)

Tot i les característiques del sistema, no punitiu i confidencial, la notificació d'esdeveniments a través de la plataforma és mínima per part dels professionals. Les causes més comunes que s'han descrit per a la infranotificació són les possibles conseqüències medicolegals i el temor a ser

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE <b>l'Esperit Sant</b></p>	<p><b>POLÍTiques I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

culpats. S'intueix una deficient cultura de seguretat per part dels professionals.

### **Objectiu principal**

- Fomentar l'ús del sistema de notificació d'incidents.

### **Objectius secundaris**


- Implementar les accions de millora derivades de l'anàlisi de les declaracions d'incidents.
- Desenvolupar un programa d'atenció a les Segones víctimes dels esdeveniments adversos.

### **Actuacions**

1. Campanya de difusió de l'eina a tots els serveis hospitalaris.
2. Publicar les accions de millora consensuades a la Comissió.
3. Utilitzar el protocol de Londres per a l'anàlisi dels esdeveniments sentinella.
4. Difondre el document de suport a les Segones víctimes

### **Indicadors:**

- Percentatge de notificacions al sistema de declaració voluntària d'esdeveniments adversos.
- Percentatge d'accions de millora implementades resultat de les declaracions.
- Número d'anàlisi amb la metodologia del protocol de Londres.

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

### **Agents responsables de la Línia 3**

- **CQASP:** són els responsables de difondre el projecte a tota l'organització i d'analitzar els esdeveniments declarats.
- **Unitat de comunicació:** Responsable d'implementar una estratègia de comunicació de les accions de millora derivades de l'anàlisi dels casos.

### **Cronograma Línia estratègica 3. ANNEX 1**

#### **Línia Estratègica 4. Participació dels pacients i ciutadans per la seva seguretat**

L'avenç cap a un sistema d'atenció més segur passa per la participació dels pacients en seguretat pròpia.

Actualment els pacients que s'atenen a totes les organitzacions i en general a tot el sistema sanitari, presenten unes característiques diferents a la concepció tradicional de pacient passiu. Les noves tecnologies i l'accés a la informació determinen el nou perfil dels pacients. Hi ha experiències en què el pacient és convidat a participar en la seva pròpia Seguretat actuant com a defensa davant d'un possible dany potencial. (12)

L'OMS col·labora amb destacades associacions internacionals i amb diversos països per impulsar millores a la SP. L'Organització ha creat la Xarxa Mundial de SP per interconnectar agents d'organitzacions internacionals clau. Les línies que desenvolupa van en relació amb:

## **PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT**

- Promoure la creació de canals per participar en cadascun dels nivells de decisió, recolzant les organitzacions dels pacients a tots els nivells.
- Promoure espais de comunicació per assegurar que els pacients accedeixen al dret d'informació i l'exercici de l'autonomia de la voluntat.
- Promoure l'educació de tots els sectors per crear una cultura de prevenció sobre el tema.

L'enfocament de l'OMS es resumeix en els punts següents:

- Sensibilitzar i portar la veu dels pacients a esdeveniments internacionals.
- Identificar les bretxes a l'evidència i les prioritats per a la recerca, facilitar la recerca prioritària i crear eines per aconseguir un compromís significatiu amb la salut.
- Empoderar i involucrar els pacients, persones i professionals de la salut a través de tallers activitats relacionades amb la SP.
- Reunir les parts interessades a través de diferents iniciatives per formar associacions que permetin la comprensió i l'intercanvi d'informació involucrant i empoderant el pacient.

En aquest panorama internacional, el Pla de Seguretat de la FHES es planteja com a objectius:

### **Objectiu principal**

- Participació dels pacients en la pròpia seguretat.

### **Objectius específics**

- Promoure que els pacients rebin la informació necessària per al procés assistencial.
- Promoure l'alfabetització en salut.

## **PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT**

- Implicar els pacients a la declaració d'esdeveniments adversos relacionats amb la seva seguretat.

### **Actuacions**

1. Implicar els pacients i els seus familiars els dies institucionals que promou la comissió de Qualitat assistencial i SP.
2. Crear un espai a la pàgina web de l'hospital amb informació clau en aquesta matèria.
3. Formació en l'ús de l'eina informàtica de notifikacions d'esdeveniments adversos per estimular les declaracions.
4. Elaborar i difondre flyers (fullets informatius) específics sobre SP als punts de contacte sanitari més freqüents.
5. Realitzar activitats d'educació per a la salut dins i fora de la institució sobre la SP.

### **Indicadors**

- Participacions de pacients i familiars els dies institucionals de SP
- Nombre de visites a la pàgina web i consultes fetes pels pacients.
- Existència d'un formulari específic de pacients i cuidadors per notificar esdeveniments adversos.
- Educació sanitària a l'alta per aconseguir la continuïtat assistencial.
- Nombre d'activitats d'educació dutes a terme i fora de l'organització (col·laboració amb ajuntament).

### **Agents responsables de la Línia 4**

- **Coordinadora territorial:** responsable d'establir els vincles necessaris amb atenció primària per consensuar protocols comuns de foment de la salut.
- **Comissió d'Humanització:** responsable d'identificar i de proposar millores per a l'alfabetització de la població.

## PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT

- **CISC:** responsables d'implicar els pacients els dies institucionals fixats pel centre.
- **Unitat de comunicació:** responsable de crear un espai a la pàgina web per facilitar les declaracions d'esdeveniments adversos amb fàcil accés a la població.

### **Cronograma de la Línia 4. ANNEX 1**

#### **Línia Estratègica 5: Investigació a SP**

La investigació a SP és un element important dins de les línies que integren la gestió de la qualitat del centre.


Es planteja l'oportunitat de plantejar iniciatives de millora en aspectes qualitatius relacionats amb la SP. A la institució hi ha una comissió específica de recerca.

Les dades i els coneixements generats per les investigacions no sempre s'incorporen a les polítiques i les pràctiques de SP. Cal solucionar aquesta desconexió. La investigació aplicada en diferents contextos i entorns permetrà abordar eficaçment necessitats específiques i respondre a situacions específiques dels diferents països; una atenció especial a les necessitats de grups de població vulnerables, com els ancians i els immigrants, així com els nens i els pacients amb malalties cròniques, permetrà establir l'ordre de prioritats adequat en les intervencions.

La idea principal que transmetre és que la investigació aportarà àrees de millora que seran beneficioses per a la seguretat dels pacients. És un punt de partida per sensibilitzar el personal cap al canvi i la seguretat.(13)

La investigació és un element necessari a les institucions sanitàries assistencials ja que aporta coneixement per a la millora de la pràctica diària i de la salut de la ciutadania. El desenvolupament de la investigació ha de



 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

ser un objectiu institucional en estreta cooperació amb altres professionals, universitats i centres de recerca.

Les línies de recerca relacionades amb la SP en què es proposen són:

- Causalitat dels incidents adversos.
- Comunicació i coordinació.
- Cultura de la seguretat.
- Anàlisi de cost-efectivitat de les estratègies de reducció de riscos.
- Indicadors de SP.
- Tecnologia de la informació sanitària d'informació.
- Infeccions associades a l'atenció sanitària.

#### **Objectiu principal**

- Promoure la millora del coneixement sobre SP al nostre àmbit hospitalari.

#### **Objectius específics**

- Promoure el desenvolupament d'estudis de recerca sobre SP.
- Implementar les actuacions derivades de la medicina basada en l'evidència.
- Fomentar la difusió dels resultats de recerca a SP.

#### **Actuacions**

1. Incloure la línia estratègica de recerca en SP a la Comissió de Recerca existent al centre.
2. Seguiment del compliment de registres per poder extreure dades que configuren a Quadre de comandament de SP.
3. Anàlisi de les dades obtingudes i foment de la participació de les diferents comissions a Congressos, Simposis i esdeveniments relacionats amb la SP.
4. Jornada Institucional multicèntrica per afavorir el benchmarking entre diferents organitzacions.

## PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT

### Indicadors

- Nombre de projectes inclosos a la Comissió de Recerca relacionats amb la SP.
- Publicacions relacionades amb la SP.
- Jornades organitzades pel centre per a la SP.

### Agents responsables de la Línia 5


- **Comissió de Recerca:** responsables de crear unes línies específiques de recerca a SP
- **Comitè d'Ètica Assistencial:** responsables de vetllar per la confidencialitat de les dades dels pacients subjectes a recerca.
- **Unitat de Comunicació:** responsable de difondre els resultats de les investigacions i publicacions en tema de SP.

### Cronograma de la Línia 5. ANNEX 1

## ESTRATÈGIA D'IMPLANTACIÓ

El desenvolupament i la implantació del Pla de Seguretat es durà a terme des de la cúpula directiva. És fonamental la implicació de tots els membres que representen els diferents col·lectius i estaments al si del comitè de Direcció.

Un cop aprovat i ubicat en el gestor documental de l'organització, es comunicarà de manera efectiva a grups d'interès interns i externs. Els directius de cada àrea informaran dels aspectes rellevants del pla i de la

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE <b>l'Esperit Sant</b></p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

seva ubicació als professionals de les seves àrees de responsabilitat per la seva difusió en els comitès.

Aquest Pla suposa la modificació de molts dels processos vigents arrelats a l'organització des de fa molts anys amb la qual cosa s'ha de comptar amb el recel i la resistència al canvi dels professionals assistencials.

Implantar la Cultura de Seguretat en una institució sanitària no és fàcil quan no hi ha mètode reflexiu en el desenvolupament de la tasca assistencial diària. Cal aprofitar els processos que ja estan funcionant per demostrar que la SP no ha de suposar una càrrega addicional a la pràctica diària, sinó que desenvolupar les tasques diàries amb rigor i metodologia suposa un benefici per al pacient i augmenten el prestigi del professional i de la institució.

**PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT**

**ANNEX 1**

El cronograma de les 5 Línies estratègiques del Pla de Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient s'avalua amb la periodicitat establerta per cada una de les Línies i hi ha una memòria anual que es presenta al Comitè de Qualitat del centre.

**Cronograma 2022-2027**

2022	2023	2024	2025	2026	2027
------	------	------	------	------	------

**1. Cultura de seguretat, factors humans, organitzatius i de formació**

Enquesta Cultura de Seguretat.....					
Inclusió de formació específica en Seguretat del pacient al catàleg de formació.....					
Inclusió en la Guia d'acollida dels nous professionals d'aspectes relacionats amb la SP.....					
Disseny estratègia de comunicació.....					

**2. Pràctiques clíniques segures**

Enviament al Departament de Salut el resultat d'indicadors de SP.....					
Anàlisi de resultats de les bones pràctiques.....					
Difusió dels resultats dels indicadors de SP dels Quadres de Comandament.....					
Calendari de dies institucionals de SP .....					

**3. Gestió de risc i sistemes de notificació i aprenentatge dels incidents**


Difusió i formació del projecte i de la plataforma de declaració.....					
Anàlisi d'incidents notificats .....					
Difusió d'accions de millora derivades de l'anàlisi d'esdeveniments.....					
Protocol atenció a Segones Víctimes.....					
Reunions amb Atenció Primària del Territori per anàlisi de casos conjunts.....					

**4. Participació dels pacients i ciutadans en la seva seguretat**

Realitzar activitats de formació amb participació ciutadana .....					
Creació d'un espai en la accessible a la web per informació clau de SP.....					
Participació dels pacients en els dies mundials de SP .....					

**5. Investigació en Seguretat del pacient**

Inclusió de la Línia Seguretat del pacient dins de les línies de recerca.....					
Formació en metodologia d'investigació als membres.....					
Presentacions en congressos i Jornades.....					


 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

## BIBLIOGRAFIA

1. Kohn L, Janet C, Molla D. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd; 2000. 1075–1078 p.
2. Catalunya G de. Pla de salut de Catalunya 2021-2025. Dep Salut [Internet]. 2021;1–192. Disponible en: <http://lbe.uab.es/vm/sp/materiales/bloque-2/pla-salut/00portades.pdf>
3. Donalson L. La seguridad del paciente: “No hacer daño.” La Rev la Organ Panam la Salud. 2005;10(1).
4. Salut D de. Gencat. Seguretat dels pacients. Quadre de comandament de Seguretat del Pacient [Internet]. 2022. Disponible en: <https://seguretatdelspacients.gencat.cat/>
5. Generalitat De Catalunya. ACREDITACIÓ DE CENTRES D ' ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA A CATALUNYA. Vol. I. Vol. I. 2005. 193 p.
6. EFQM. Modelo EFQM. Eur Found Qual Manag [Internet]. 2019;1–42. Disponible en: <http://www.efqm.es/>
7. <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=bfd1e47de30a0729JmltdHM9MTY3Mjg3NjgwMCZpZ3VpZD0yMWE2MWNiYy01N2VmLTY1MmQtMTBjYy0xM2ZkNTZmNjY0NTAmaW5zaWQ9NTE3Nw&ptn=3&hsh=3&fclid=21a61cbc-57ef-652d-10cc-13fd56f66450&psq=cultura+de+seguretat+oms&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cud2hvlmludC9lcy9oZWZsdGgtdG9waWNzL3BhdGllbnQtc2FmZXR5&ntb=1>
8. AHRQ. SOPS ® Hospital Survey Language : English. 2021;0–6.

## PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT

9. Charles V, René A. Seguridad del paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Modus Labo. Madrid; 2016. 379–380 p.
10. [ISMP España \(ismpe.es\)](http://ismpe.es)
11. <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=3dc48e03af6d96efJmLtdHM9MTY3Mjg3NjgwMCZpZ3VpZD0yMWE2MWNiYy01N2VmLTY1MmQtMTBjYy0xM2ZkNTZmNjY0NTAmaW5zaWQ9NTE2OQ&ptn=3&hsh=3&fclid=21a61cbc-57ef-652d-10cc-13fd56f66450&psq=metodologia+london+seguretat+del+pacient&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cudW5pci5uZXQvc2FsdWQvcmlkLWVudGUuZXMvZG9jdW1lbnRvcy9vbXMtbGEtaW52ZXN0aWdhY2lvbi1lbi1zZWd1cmllkYWQtZGVsLXBhY2llbnRlLw&ntb=1>
12. Generalitat de Catalunya. Programa Pacient Expert Catalunya [Internet]. 2022. Disponible en: [https://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/el-rol-de-la-ciutadania-en-relacio-amb-el-sistema/participacio/pacient\\_expert/](https://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/el-rol-de-la-ciutadania-en-relacio-amb-el-sistema/participacio/pacient_expert/)
13. <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=b5d3410cb764897dJmLtdHM9MTY3Mjg3NjgwMCZpZ3VpZD0yMWE2MWNiYy01N2VmLTY1MmQtMTBjYy0xM2ZkNTZmNjY0NTAmaW5zaWQ9NTIxNw&ptn=3&hsh=3&fclid=21a61cbc-57ef-652d-10cc-13fd56f66450&psq=%2binvestigaci%3%b3+en+seguretat+del+pacient&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuc2VndXJpZGFkcGFjaWVudGUuZXMvZG9jdW1lbnRvcy9vbXMtbGEtaW52ZXN0aWdhY2lvbi1lbi1zZWd1cmllkYWQtZGVsLXBhY2llbnRlLw&ntb=1>

 <p>FUNDACIÓ HOSPITAL DE l'Esperit Sant</p>	<p><b>POLÍTIQUES I PLANS</b></p>	<p><b>CODI:</b> <b>ST. Acreditació:</b> <b>VERSIÓ: 1</b> <b>DATA: 11/2022</b></p>
<p><b>PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT</b></p>		

### **Referències a Plans Estratègics i de Qualitat de la FHES**

- Pla estratègic de la FHES 2017 – 2021.
  - [https://intranet.fhes.cat/informa-t/informacio-corporativa/altres-documentsestrategics/download/4579/Pla+estrategic+2017-2021\\_web.pdf](https://intranet.fhes.cat/informa-t/informacio-corporativa/altres-documentsestrategics/download/4579/Pla+estrategic+2017-2021_web.pdf)
- Pla estratègic 2015
  - <https://intranet.fhes.cat/consulta/documentacio/download/5733/Pla+Qualitat+2011-2015.pdf>
- Pla de Qualitat 2017-2021
  - <https://intranet.fhes.cat/informa-t/informacio-corporativa/altres-documentsestrategics/download/4578/Pla+de+Qualitat+2017-2021+V4.pdf>
- Pla de Qualitat 2011 – 2015
  - <https://intranet.fhes.cat/consulta/documentacio/download/601/Pla+qualitat+HES+2013+V3.pdf>

### **Literatura addicional consultada**

- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National A. Washington, D.C; 2001.
- Meléndez Mogollon IC, Macías Mroto M, Arelys ÁG. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Rev Cuba Enferm. 2020;36(2).

## **PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT**

- Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. OECD Health Working Papers No. 106. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. 3rd Glob Minist Summit Patient Saf. 2018;(106):1-58.
- Gutiérrez LA. The first thing is not to hurt. Semer Med Fam. 2019;45(1):4-5.
- Pedro Jesús Saturno. Analisis de la cultura sobre Seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español [Internet]. Ministerio De Sanidad Y Política Social. 2009. 131 p. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)[http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)<https://www.mscbs.gob.es/orga>
- Giesela S. Resultados encuesta cultura de seguridad del paciente AHRQ [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/515984/19ResultadosEncuestaCulturaSeguridadPaciente2019.pdf>
- World Health Organization. 72.a Asamblea Mundial de la Salud. 2016.
- NHC. Falls: Overview [Internet]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/falls/>
- Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Pérez López C, Soldevilla Agreda JJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5o Estudio Nacional de 2017. Gerokomos [Internet]. 2019;30(2):76-86. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-)



## PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT

- [08392020000400014&lang=es%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v61n4/2011-0839-unmed-61-04-00014.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v61n4/2011-0839-unmed-61-04-00014.pdf)
- <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=d88aae03e254a815JmLtdHM9MTY3Mjg3NjgwMCZpZ3VpZD0yMWE2MWNiYy01N2VmLTU1MmQtMTBjYy0xM2ZkNTZmNjY0NTAmaW5zaWQ9NTQwOQ&ptn=3&hsh=3&fclid=21a61cbc-57ef-652d-10cc-13fd56f66450&psq=investigaci%03%0b3n+en+seguridad+del+paciente&u=a1aHR0cHM6Ly9zZWd1cmkYWRkZWxwYWNpZW50ZS5lcy9lcy9wcm95ZWN0b3MvIzp-OnRleHQ9TGElMjBpbmZlc3RpZ2FjaSVDMyVCM24IMjBibiUyMFNlZ3VyaWRhZCUyMGRlbcUyMFBhY2llbnRIJTl4U1AIMjklMjBlcyx5JTIwZmluYW5jaWFyJTIwZXN0dWRpb3MIMjBzb2JyZSUyMFNOJTIwZW4IMjBlbcUyMFNOUy4&ntb=1>
- Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006.
- World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: safe surgery saves lives [Internet]. Ginebra. 2009. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization. Día mundial de la seguridad del paciente. Elementos esenciales de la campaña [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2019/campaign-essentials>