



DGS

Direção-Geral da Saúde



Departamento
da Qualidade na Saúde

Comissões da Qualidade e Segurança 6ª Reunião

novembro/dezembro de 2015

Alexandre Diniz
Anabela Coelho
Maria João Gaspar

AGENDA

1. Enquadramento
2. Ponto de situação sobre a implementação dos projectos prioritários de Qualidade e Segurança
 - a) Auditorias Internas às Normas
 - b) Controlo de Infecção e Resistência aos antibióticos
 - c) Tabela Nacional da Funcionalidade
 - d) Cirurgia Segura Salva Vidas
 - e) Cultura de Segurança
 - f) Notificação de Incidentes
 - g) Segurança da Medicação
3. Relatórios de atividades 2015 e Planos de ação para 2016

“Portugal tem uma arquitetura da qualidade robusta que, ao contrário de muitos países da OCDE, cobre todo o sistema de saúde”

Fonte: 2015, *OCDE Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*

Enquadramento Legal

- ✓ Despacho n.º 3635/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (**Comissões da Qualidade e Segurança**)
- ✓ Despacho n.º 5613/2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (**Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020**)
- ✓ Despacho n.º 1400-A/2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (**Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020**)

**As Comissões da Qualidade e
Segurança devem assegurar a
implementação e
acompanhamento das ações
identificadas no Plano**

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

Integra a

Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020

Prioridades da ENQS 2015 – 2020:

- 1) Intervenções locais
- 2) Qualidade clínica e organizacional
- 3) Adesão a normas
- 4) Segurança do Doente
- 5) Investigação Clínica
- 6) Monitorização da Qualidade e Segurança
- 7) Dados comparáveis
- 8) Reconhecimento da Qualidade
- 9) Informação e capacitação do cidadão

Enquadramento legal

Objetivos Estratégicos do PNSD 2015 – 2020:

- 1) Cultura de Segurança
- 2) Segurança da Comunicação
- 3) Segurança Cirúrgica
- 4) Segurança na utilização da medicação
- 5) Identificação dos doentes
- 6) Quedas
- 7) Úlceras por Pressão
- 8) Notificação e análise de incidentes
- 9) Infeções e resistências aos antimicrobianos

2. Ponto de situação

Projectos prioritários de Qualidade e Segurança

- a) Auditorias Internas às Normas
 - Formação de Auditores Internos

- b) Controlo de Infecção e Resistência aos antibióticos
 - *Board* de apoio à prescrição
 - Controlo dos consumos de carbapenemes e quinolonas

- c) Tabela Nacional da Funcionalidade
 - Aplicação informática no S-Clínico

2. Ponto de situação

Projectos prioritários de Qualidade e Segurança

- d) Cirurgia Segura Salva Vidas
 - Modelo de registo da DGS em 2016
 - Relatório anual enviado para DGS

- e) Cultura de Segurança
 - Relatórios Individuais dos ACES: Enviados
 - Relatório Nacional: *Ongoing*
 - Inscrição dos hospitais para a avaliação em 2016

2. Ponto de situação

Projectos prioritários de Qualidade e Segurança

- f) Notificação de Incidentes
 - Baixa Adesão a Notificação
 - Primeira, Segunda e Terceira Vítima
 - ✓ Iniciativas em 2016

- g) Segurança da Medicação
 - Orientação sobre boas práticas
 - ✓ Compra-Armazenamento-Distribuição-Prescrição-Administração-Monitorização
 - Medicamentos LASA
 - Reconciliação Terapêutica
 - ✓ Iniciativas em 2016

3. Relatórios de atividades 2015 e Planos de ação para 2016

Enquadramento

Prioridades:

- I.** Melhoria da qualidade clínica e organizacional
- II.** Reforço da segurança dos doentes
- III.** Monitorização permanente da qualidade e segurança
- IV.** Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde
- V.** Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação

5 Prioridades

- ✓ **Relatório de atividades em 2015**
 - 1 de novembro 2014 a 30 de novembro de 2015
 - Resposta + anexar evidências
 - apoio à resposta

- ✓ **Propostas de ação para 2016**

Relatório de atividades 2015 e Plano de ação para 2016

✓ Estrutura

Prioridade :	Relatório atividades (nov. 2014 a nov. 2015)	Apoio à resposta	Propostas de ação para 2016

Qual o nº de **normas** discutidas e analisadas na instituição?

Identificar normas analisadas; tipologia das iniciativas desenvolvidas; nº de profissionais envolvidos e datas.

Quantas **auditorias internas** sobre as normas foram realizadas?

Anexar relatório de auditoria (data, serviço auditado, âmbito da auditoria, a norma e equipa auditora)

Quais as iniciativas desenvolvidas pela instituição para a melhoria da **qualidade das prescrições** de tratamento, medicamentos e MCDDT?

Ex.: Incorporação de alertas nos sistemas informáticos; análise de consumos; protocolos internos , etc.

Processos Assistenciais Integrados (PAI)

(Exclusivo ACES)

Diabetes

Número total de pessoas com diabetes com, pelo menos, um registo de **exame ao pé**

Número total de pessoas com diabetes em vigilância a 30/11/15

Número total de pessoas com diabetes com referência para **rastreio/consulta oftalmológico(a)**

Número total de pessoas com diabetes em vigilância a 30/11/15

Risco Vascular no Adulto

O PAI está implementado no ACES?

Se não, indicar os motivos.

✓ **Prioridade I: Melhoria da Qualidade Clínica e Organizacional**

Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF)

Taxa de preenchimento:

Nº total de pessoas entradas e elegíveis para a aplicação da TNF =

Nº total de pessoas saídas com registo da TNF =

Média de ganhos funcionais:

Média do grau de funcionalidade dos utentes no momento da admissão =

Média do grau de funcionalidade dos utentes no momento da alta =

Despacho 10218/2014, de 8 de agosto:

. para utentes entre os 18 e os 64 anos

. com patologia crónica

. serviços identificados no Despacho

(*)

(*) **Recolha trimestral dos dados e envio ao DQS.**

A instituição identifica projetos **boas práticas** implementados internamente?

Demonstrar os resultados obtidos:

1) Valor acrescentado para o utente/doente, o profissional e a instituição, através de indicadores de monitorização direta ou indireta;

2) Capacidade de replicação e/ou implementação em outros serviços.

A instituição desenvolveu e/ou participa em atividades de **investigação clínica**?

Anexar lista de estudos em curso.

Cultura de Segurança

Considerando a última taxa de adesão obtida, quais as **medidas de melhoria** implementadas? (**Exclusivo Hospitais**)

Que atividades de **formação** foram desenvolvidas na instituição no âmbito da:

- a) segurança do doente
- b) segurança do profissional.

Indicar como foi realizada a análise dos resultados, o planeamento das medidas de melhoria, etc.

Segurança da comunicação

Quantas **auditorias internas** sobre a transferência de informação nas transições de cuidados foram realizadas?

Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço auditado e equipa auditora

(Exclusivo Hospitais e ULS)

Segurança cirúrgica

<p>Qual a taxa de não conformidade da utilização da LVSC da instituição?</p>	<p>N.º de não conformidades registadas em sede de auditoria (n.º de respostas do tipo "não" dos critérios de auditoria interna) / n.º total de respostas x 100 (excluídas as respostas "NA" não aplicáveis)</p>
<p>Quais as taxas de complicações cirúrgicas dos incidentes inadmissíveis na instituição?</p>	<p>Indicar: N.º de incidentes inadmissíveis (por tipo) / n.º de doentes intervencionados X 100</p>
<p>Quantas auditorias internas foram realizadas?</p>	<p>Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço auditado e equipa auditora</p>
<p>Quantas notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição?</p>	<p>Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de ação , etc.</p>

Segurança na utilização da medicação

Tem **lista de medicamentos LASA** atualizada e divulgada?

Tem **lista de medicamentos de alerta máximo** atualizada?

Anexar cópia da lista da instituição em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável.

Evidenciar como foi realizada a divulgação.

Tem implementada **estratégia institucional** para o armazenamento e identificação de medicamentos LASA?

Tem implementada **estratégia institucional** para os medicamentos de alerta máximo?

Anexar cópia da estratégia em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável, identificando os serviços onde está implementada.

Evidenciar como foi realizada a divulgação.

Quantas **notificações** de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos LASA / alerta máximo ocorreram na instituição?

Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço auditado e equipa auditora

Segurança na utilização da medicação (cont.)

Quantas **auditorias internas** foram realizadas no âmbito de práticas seguras do medicamento, na instituição?

Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço auditado, âmbito da auditoria, nº das normas e equipa(s) auditora(s)

Foram implementadas **outras medidas de melhoria** na instituição no âmbito das práticas seguras do medicamento?

Anexar plano de melhoria, referindo a origem da ação de melhoria (norma, auditoria, notificação, outra)

Quais as **iniciativas** desenvolvidas no âmbito da **reconciliação terapêutica**?

Identificação inequívoca dos doentes

Tem implementada estratégia local para a identificação inequívoca do doente?	Anexar cópia da estratégia em vigor, com data de aprovação, modo de divulgação e revisão, se aplicável.
Quantas notificações de incidentes relacionadas com a identificação de doente ocorreram na instituição?	Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de ação , etc.
Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da identificação inequívoca do doente, na instituição?	Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço auditado, âmbito da auditoria/normas e equipa auditora
Que práticas seguras foram implementadas para assegurar a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar?	Identificar o serviço, o público-alvo e nº de realizações.

Prevenir a ocorrência de quedas

(Exclusivo Hospitais e ULS)

Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?	
Qual o nº de notificações de incidentes relativos a quedas da instituição?	Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de ação , etc.
Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de quedas?	Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço auditado, âmbito da auditoria, nº das normas e equipa(s) auditora(s)

(Exclusivo ACES)

Realizaram-se avaliações do risco de queda nos domicílios?	
--	--

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

Implementou atividades no âmbito da prevenção de úlceras por pressão?	
Qual o nº de notificações de incidentes relativos a úlceras por pressão da instituição?	Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de ação , etc.
Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de úlceras por pressão?	Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço auditado, âmbito da auditoria, nº das normas e equipa(s) auditora(s)

Notificação, análise e prevenção de incidentes

A instituição notifica **incidentes noutra sistema** sem ser o NOTIFICA?

Se sim, indique quantas notificações /categoria.

Indique quais as **medidas preventivas implementadas**, considerando os incidentes de segurança do doente com maior prevalência na instituição, que foram notificados e analisados?

Anexar documento comprovativo da implementação de medidas

Foram realizadas **auditorias internas** à metodologia de **análise de incidentes**?

Anexar relatório de auditoria interna.

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

A instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde através dos 4 **programas de incidência de infeção**?

(Exclusivo Hospitais e ULS)

A instituição monitorizou e notificou atempadamente os microrganismos alerta e problema?

(Exclusivo Hospitais e ULS)

A instituição tem **conhecimento e analisa** os seus dados de consumo de antimicrobianos?

A instituição tem um **programa de apoio à prescrição de antibióticos**, de acordo com o Despacho nº 15423?

A instituição concluiu e ultrapassou a **fase 1 da CPBCI**?

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (cont.)

Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenemes de 2014 para 2015?	(Exclusivo Hospitais e ULS)
Verificou-se, na instituição, diminuição do consumo/ disponibilização de quinolonas de 2014 para 2015?	O “consumo” destina-se às instituições hospitalares e a “disponibilização” aos ACES.
Qual a % de doentes que adquiriu colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta , conforme definição da Norma nº 004/2013, de 21/02/2013, atualizada a 05/08/2013?	(Exclusivo Hospitais e ULS)
Qual o nº de infeções associadas a cuidados de saúde registadas na instituição?	(Exclusivo Hospitais e ULS)

✓ **Prioridade III: Monitorização permanente da qualidade e segurança**

A instituição avaliou a **satisfação do utente?**

Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

✓ **Prioridade IV: Monitorização permanente da qualidade e segurança**

A instituição está **acreditada**?

Identificar:

- 1) qual o modelo
- 2) período de vigência

A instituição está **certificada**?

Identificar:

- 1) unidades/serviço ou Hospital
- 2) qual o modelo
- 3) período de vigência

✓ **Prioridade V: Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação**

Que iniciativas de divulgação de informação ao doente /utente foram realizadas no âmbito da Segurança do Doente?	Anexar entre 1 e 3 exemplos (panfletos, <i>print-screen</i> da página da instituição, etc.)
Que ações de formação sobre segurança do doente foram realizadas para os utentes?	Identificar tema(s) da formação, datas e nº de utentes.
Quais as iniciativas desenvolvidas no âmbito da análise das principais causas de reclamações ?	Identificar as principais causas de reclamações e quais as principais medidas implementadas.

Informações adicionais

- ✓ disponibilizado em **formulário eletrónico** na área reservada do sítio da DGS
- ✓ com **acesso** individualizado (credenciais iguais a 2014/2015)
- ✓ **submissão** do formulário com aprovação do órgão de gestão máximo, até **31 de dezembro de 2015**
- ✓ **validação** do plano pelas ARS, até **7 de janeiro de 2016**, para posterior homologação pelo Diretor-Geral da Saúde

✓ Critérios de avaliação:

NA - Instituição justifica que ação "Não se aplica".

0 - Instituição não evidencia cumprimento da ação

1 - Instituição evidencia cumprimento da ação.



DGS

Direção-Geral da Saúde



Departamento
da Qualidade na Saúde

dqs@dgs.pt

www.dgs.pt