



Qualitat MAR

INFORME DE QUALITAT 2019

Programa de Qualitat
Novembre 2020



ÍNDEX

| | |
|--|----|
| ÍNDEX | 2 |
| NOTA PRÈVIA | 3 |
| RESUM | 3 |
| OBJECTIUS 2019-2020 | 4 |
| VALORACIÓ DELS INDICADORS DE QUALITAT (SISQUAL 2019) | 8 |
| PROJECTES DE MILLORA DE LA QUALITAT (PROJECTES ESTRELLA) | 16 |
| NOTIFICACIÓ I AVALUACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS | 18 |
| SISTEMES DE GESTIÓ DE LA QUALITAT (acreditació i ISO) | 20 |
| COMISSIÓ DE QUALITAT | 21 |

NOTA PRÈVIA

Habitualment, l'informe del Programa de Qualitat del PSMAR es presenta el mes de juny de l'any següent en el context de la Jornada anual de Qualitat. Hem volgut publicar l'informe de l'any 2019, malgrat el col·lapse degut a la pandèmia de COVID-19, com a mostra de que s'ha continuat treballant en el Programa de Qualitat, tot i que s'estan orientant els objectius a la nova situació de crisi sanitària que tant afecta a la nostra organització.

RESUM

- S'han desenvolupat tots els objectius amb la implicació de molts professionals de la institució de diverses àrees i hem millorat en pràcticament tots els indicadors de qualitat dels que fem seguiment.
- Hem celebrat els **15 anys de convocatòries de projectes de millora de la qualitat assistencial** (Projectes Estrella), amb un total de **249 propostes presentades** per diferents professionals. D'aquestes, 50 han estat premiades i realitzades amb un gran èxit situant la convocatòria com un veritable impuls per les iniciatives de millora de la qualitat del PSMAR i com una proposta reconeguda per altres centres del nostre entorn.
- Hem consolidat la cultura de la seguretat de tota la institució a través de la notificació d'esdeveniments adversos, **instaurant l'aprenentatge derivat de l'error i de fer de cada notificació una oportunitat de millora**, amb resposta a **gairebé 500 notificacions**.
- S'ha creat un protocol de **comunicació d'esdeveniments adversos relacionats amb la seguretat clínica al pacient i als seus familiars** per oferir una resposta adequada i proporcionada davant l'ocurrència d'un esdeveniment advers, amb una comunicació franca que garanteixi el respecte dels drets del pacient i les relacions de confiança.
- S'ha creat la **Comissió d'Adequació de la Pràctica Clínica** per identificar les pràctiques assistencials de poc valor i per a promoure l'adherència a pràctiques assistencials adequades d'acord amb l'evidència científica.
- S'ha creat una **nova eina per impulsar al PSMAR el procés de presa de decisions compartides en el càncer de pròstata localitzat**, amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'atenció i l'experiència del pacient i avançar en la participació activa del pacient en la presa de decisions clíniques.
- **Hem ampliat el nombre d'unitats que treballen per a tenir la norma ISO** i el nombre de tècniques acreditades. Durant l'any 2019, altres serveis i unitats (Nutrició i Reanimació) han estat treballant amb l'objectiu d'implementar el sistema de gestió de la qualitat ISO 9001:2015 en els seus àmbits. Destacar també que el Servei de Patologia ha seguit ampliant el nombre de tècniques acreditades segons la Norma ISO 15189, disposant actualment de 5 tècniques de l'àrea de Biologia Molecular acreditades amb abast flexible i 2 noves tècniques de les àrees de Citogenètica i Citologia.
- S'ha iniciat el procés de renovació de l'acreditació dels hospitals d'aguts i s'ha treballat per poder **donar resposta als 200 nous estàndards que incorpora l'acreditació**, per reforçar i promoure la seguretat del pacient, l'humanització de l'assistència i la qualitat assistencial.

OBJECTIUS 2019-2020

La Comissió de Qualitat va aprovar i elevar al Consell de Direcció els següents objectius de qualitat pel bienni 2019-2020.

Crear un grup de treball multidisciplinari per promoure la medicació segura al PSMAR

Indicador: Creació del grup de treball i definició d'un pla de treball (sí/no).

Accions per l'assoliment de l'objectiu:

- Crear un grup de treball multidisciplinari (amb la participació d'infermeria, servei i comissió de farmàcia, especialitats mèdiques, programa de qualitat) per promoure la medicació segura al PSMAR.
- Elaborar un pla de treball per definir objectius, accions i responsables.

Grau d'assoliment:

- S'ha creat un grup de treball multidisciplinari, amb professionals d'infermeria, medicina, farmàcia, informàtica, diferents centres del PSMAR i del Programa de Qualitat.
- A partir de la revisió de diferents forats d'informació i les aportacions dels professionals, s'ha fet un mapa dels principals problemes de seguretat relacionats amb medicació, així com dels grups de treball i iniciatives existents.
- S'ha elaborat un pla de treball per activar noves accions de millora i per fer seguiment i impuls d'altres iniciatives i grups de treball en funcionament.

Iniciar la cultura de la disculpa/millora de la comunicació d'esdeveniments adversos amb l'elaboració d'un protocol de comunicació de l'error al pacient i familiars

Indicador: Existència del protocol i implantació del mateix (sí/no).

Accions per l'assoliment de l'objectiu:

- Crear un grup de treball multidisciplinari per l'elaboració d'un protocol de comunicació i/o disculpa de l'error al pacient i familiars.
- Revisar les experiències existents a nivell nacional i internacional per a la promoció de la comunicació i/o disculpa de l'error.
- Elaboració del protocol de comunicació i/o disculpa de l'error al pacient i familiars.
- Realitzar formació per promoure la cultura de la disculpa i les habilitats comunicatives dels professionals en la comunicació de l'error.
- Difondre el protocol entre els professionals i monitoritzar la seva implantació a partir del seguiment dels casos relatats en el marc de la CA3.

Grau d'assoliment:

- S'ha elaborat el protocol 'Comunicació d'errors o esdeveniments adversos relacionats amb la seguretat clínica al pacient i als seus familiars' i una versió breu del mateix, disponibles tots dos en aquest [enllaç](#). La versió definitiva ha estat revisada pels membres de la Comissió de Qualitat, els Referents de Seguretat, el Comitè d'Ètica, Assessoria Jurídica i el grup de treball de segones víctimes.
- S'ha iniciat la formació amb sessions de presentació per serveis. i s'està elaborant un vídeo amb la col·laboració de Formació Continuada per ajudar a adquirir habilitats comunicatives en el procés de disculpa.

Revisar i actualitzar del Codi de Bones Pràctiques en relació a la dimensió d'Atenció centrada en el pacient i impulsar la seva implementació efectiva

Indicador: Realitzar la formació (sí/no).

Accions per l'assoliment de l'objectiu:

- Revisar i actualitzar el Codi de Bones Pràctiques (CBP) per part d'un equip de treball.
- Establir píndoles formatives per a professionals per conèixer l'abast del Codi, amb el suport de Formació Continuada, sobre cada aspecte. Formació amb l'@prèn Aula Virtual.
- Pactar amb els Caps de Servei i Caps d'Unitat la necessitat d'aquesta formació a tots els professionals.
- Coneixement del Codi i formació obligatòria a tots els professionals de nova incorporació.
- Fer difusió de la dimensió esmentada del Codi amb la col·laboració del Departament de Comunicació.

Grau d'assoliment:

- En el 2019 es va fer una reunió preliminar per establir un grup focal i formar un grup de treball per la revisió del CBP.
- Es va identificar la necessitat de canvis per adequar-lo a les noves tendències d'Atenció Centrada en el Pacient, després de diverses revisions bibliogràfiques per part del grup focal.
- Es van fer tres reunions amb Formació Continuada sobre: l'anàlisi de la dimensió 'Atenció centrada en el pacient' del CBP, indicacions de necessitats formatives en format píndoles o altres en format on-line i una reunió per mostrar la proposta de contingut formatiu.
- Es va crear un grup de treball amb diferents professionals del PSMAR de diferents disciplines, se'ls va demanar col·laboració i compromís via e-mail. Després de l'acceptació (maig-juny 2019), se'ls va enviar la documentació per a treballar en comú.
- Es va treballar amb el Departament de Recursos Humans per incloure ítems del CBP en la proposta d'avaluació per competències del PSMAR.
- El CBP és d'obligat coneixement per a totes les noves incorporacions d'infermeria: Infermeres, TCAIs i lliterers.

Promoure l'adherència a pràctiques adequades (Right Care)

Indicador: Activació de la Comissió d'Adequació de la Pràctica Clínica (sí/no)

Accions per l'assoliment de l'objectiu:

- Crear una Comissió de treball amb lideratge assistencial.
- Identificar pràctiques de poc valor aplicables en el context hospitalari, a partir de la revisió de les actuals eines disponibles a nivell nacional i internacional.
- Definir un pla de treball.

Grau d'assoliment:

- S'ha conformat la comissió (12 membres: 3 infermeres, 1 farmacèutic, 8 metges) i s'han definit els objectius i la metodologia de treball. La Comissió d'Adequació de la Pràctica Clínica s'ha presentat i aprovat per la direcció i s'ha presentat a la Junta Clínica i Caps d'infermeria.
- S'han definit tres primeres accions. Dues transversals i una més específica:
 1. No despertar al pacient per a l'atenció rutinària, a menys que la condició del pacient o l'atenció específica ho requereixi.

2. Paracetamol per via oral, sempre que sigui factible. Per al control del dolor cal escollir el tractament no parenteral com a primera elecció.
3. Detecció precoç de l'alteració de l'estat d'ànim en pacients ingressats en unitats de crítics/semicrítics.

Identificar efectes adversos amb elevat impacte en salut i realitzar accions de millora

Indicador: Definició d'entre 2 i 4 efectes adversos sobre els que actuar (sí/no).

Accions per l'assoliment de l'objectiu:

- Identificar àrees de millora a partir de fonts d'informació disponibles.
- Definir líders clínics i accions de millora per cada àrea identificada.

Grau d'assoliment:

S'han proposat cinc situacions o esdeveniments adversos d'alt impacte per elaborar un pla de treball d'accions de millora, que es detallen a continuació amb les accions realitzades en cada una d'elles:

- **Infecció del tracte urinari:** Parcialment integrada dins el Programa de Control d'Infecció Hospitalària, està pendent de definir un pla d'actuació.
- **Error insulines:** S'ha integrat dins l'objectiu de medicació segura i s'han realitzat les següents accions: anàlisi dels registres (curs i trajectòries clíniques) per determinar els errors més freqüents, revisió del protocol existent per pacients hospitalitzats, demanda de necessitats formatives i preparació de continguts formatius.
- **Flebitis:** S'ha realitzat una anàlisi de prevalença al PSMAR. S'han dut a terme accions formatives a les unitats amb prevalences més elevades i entre professionals d'infermeria i auxiliars. S'ha pogut constatar una reducció d'un 1% des de l'inici de les accions.
- **Pneumònies aspiratives:** S'ha creat un grup de treball multidisciplinari i amb representants de diferents serveis implicats per identificar tots els problemes o aspectes a millorar i iniciar propostes d'accions de millora. S'està definint un estudi per avaluar la incidència de pneumònies aspiratives al PSMAR.
- **Duplicitat històries clíniques (HC):** S'ha creat un grup que ha definit un pla de treball. S'ha quantificat el nombre d'HC duplicades i des del Servei de Documentació juntament amb els professionals que obren HC a tots els centres del PSMAR i CAP vinculats, s'han identificat motius de duplicitats. S'han millorat algunes alarmes per identificar duplicitats i paral·lelament s'estan revisant els criteris d'obertura de noves HC, d'acord amb els criteris del CatSalut.

Millorar el compliment del llistat de comprovació quirúrgica: analitzar les causes del no compliment

Indicador: Reduir el nombre de llistats mal complimentats.

Accions per l'assoliment de l'objectiu:

- Analitzar els llistats incorrectes i/o incomplets.
- Realitzar una enquesta als professionals del bloc quirúrgic per conèixer la seva percepció sobre la utilitat del llistat.
- En funció dels resultats, realitzar les accions oportunes per a millorar el procediment de realització del llistat de comprovació.

Grau d'assoliment:

- Es varen revisar els llistats incomplets per identificar aquells que eren deguts a anul·lacions de la intervenció o per altres causes. També s'han identificat les causes de no compliment (KO's) del llistat de comprovació.

- Es va realitzar una enquesta a tots els professionals del bloc quirúrgic (serveis quirúrgics, anestesiologia i infermeria de quiròfan) per conèixer les percepcions del personal de quiròfan envers la utilització del llistat de comprovació quirúrgica al PSMAR. L'enquesta va ser complimentada per 131 professionals (taxa resposta de més del 35%). Els resultats de l'enquesta es varen posar en comú amb els responsables del bloc quirúrgic, servint com a punt de partida per a la proposta d'accions de millora. Podeu consultar l'informe amb els resultats de l'enquesta [aquí](#).
- S'ha elaborat un nou protocol d'aplicació del llistat de comprovació quirúrgica, que introdueix canvis en l'actual procediment encaminats a reforçar la coresponsabilitat i la implicació de tots els professionals en la correcta aplicació del llistat de comprovació quirúrgica. S'ha descartat la seva implementació per qüestions organitzatives.
- S'ha reforçat el seguiment dels llistats quirúrgics amb KO per part dels coordinadors de quiròfan amb els responsables cada servei quirúrgic.

Introduir el model Decisions Compartides per avançar en la participació activa del pacient en la presa de decisions clíniques

Indicador: Existència d'una eina per a la presa de decisions compartides per a una patologia rellevant (sí/no).

Accions per l'assoliment de l'objectiu:

Determinar una prova pilot d'alguna patologia rellevant seleccionada.

Grau d'assoliment:

- Es va seleccionar i s'ha començat a treballar amb càncer de pròstata localitzat.
- Des del Servei d'Urologia, juntament amb Comunicació i Atenció al Ciutadà i Epidemiologia i Avaluació, es va traduir i adaptar una eina de decisió compartida, basada en la del *HealthWise* de Canadà.
- Durant el 2019 s'ha fet una prova pilot per corregir continguts i s'ha implementat l'eina a través del gestor de casos de la [Unitat Funcional de Càncer Urològic](#).

VALORACIÓ DELS INDICADORS DE QUALITAT (SISQUAL 2019)

Els resultats obtinguts en els indicadors de qualitat reflecteixen els esforços de millora contínua que s'han anat fent durant l'any 2019. En general, **s'obtenen millors indicadors en moltes àrees**, com el dolor, les úlceres per pressió, les reclamacions, les infeccions nosocomials -molt especialment les bacterièmies associades a catèter-, la higiene de mans i les complicacions. Tanmateix, **cal seguir treballant en la prevenció de caigudes**, doncs aquestes encara no assoleixen els estàndards, especialment en l'àmbit sociosanitari, en l'àrea de **prevenció de la infecció nosocomial**, donada la rellevància de l'augment de les resistències als antibiòtics, i intentar **millorar els intervals de temps en l'atenció al càncer**.

Avaluació del dolor

| Avaluació del dolor (Aguts) | Valor dels indicadors | | |
|---|-----------------------|-------|-------|
| | 2017 | 2018 | 2019 |
| Avaluació sistemàtica del dolor (%) | 93,8% | 92,6% | 93,3% |
| Pacients amb dolor [EVA>3] més de dues vegades seguides (%) | 7,7% | 6,9% | 5,9% |

Es manté un nivell alt en el percentatge de pacients en què s'avalua el dolor almenys un cop cada torn. Per altra banda, es redueix per tercer any consecutiu el percentatge de pacients que, durant la seva estada, hagin tingut una intensitat del dolor superior a 3 en l'Escala Visual Analògica (EVA) més de dues vegades seguides. El control del dolor es va seguir incloent el 2019 com a objectiu DPO en 8 unitats de gestió DPO, obtenint-se nivells excel·lents en la resta d'unitats. De cara al 2020 es manté l'objectiu en 8 unitats de gestió DPO.

Queixes, reclamacions, agraïments i satisfacció

| Queixes, reclamacions i agraïments | Valor dels indicadors | | |
|--|-----------------------|------|------|
| | 2017 | 2018 | 2019 |
| Reclamacions per 1000 actes | | | |
| Urgències (contactes) | 2,8 | 2,4 | 2,1 |
| Hospitalització (altes) | 8,6 | 7,2 | 6,2 |
| Consultes externes (primeres consultes i sessions hospital de dia) | 8,8 | 5,8 | 4,5 |
| Agraïments | 650 | 579 | 672 |

El nombre de reclamacions per activitat segueix reduint-se en totes les àrees des del 2017. Per altra banda, els agraïments també han augmentat, recuperant un nivell similar al del 2017.

L'any 2019 el Departament de Salut, dins del Pla d'Enquestes de Satisfacció (PLAENSA), va realitzar enquestes a usuaris del PSMAR de l'àrea d'hospitalització sociosanitària (Centre Fòrum). S'observa millora en els ítems sobre el tracte del personal d'infermeria i en 'Els professionals li demanen si poden informar sobre la seva salut o malaltia als seus familiars?' (82,4%, una millora de gairebé el 30% respecte el 2016, que el situa per sobre del global de Catalunya, que és del 78%). No obstant això, hi ha resultats que mostren un empitjorament rellevant, que fa que els resultats quedin clarament per sota del global de Catalunya en els ítems 'El metge l'escolta i es fa càrrec', que passa del 97,4% al 85,7% (94,1% pel global de Catalunya) i 'Valoració de l'ajuda de treballador/assistent social' que passa del 96,1% al 83,8% (95,7% per Catalunya). També s'observa un empitjorament en les respostes positives sobre el menjar i el mateix resultat per 'No s'avorreix a l'hospital', que manté el 56,3% del 2016 i segueix per sota del global de Catalunya (62,3%). A nivell general, la satisfacció està ben puntuada, amb 8,31 punts malgrat que ha suposat una lleugera reducció respecte l'últim any avaluat. Per altra banda, l'indicador de fidelitat disminueix 5 punts percentuals quedant així lleugerament per sota del global de Catalunya, que és el 91,8%.

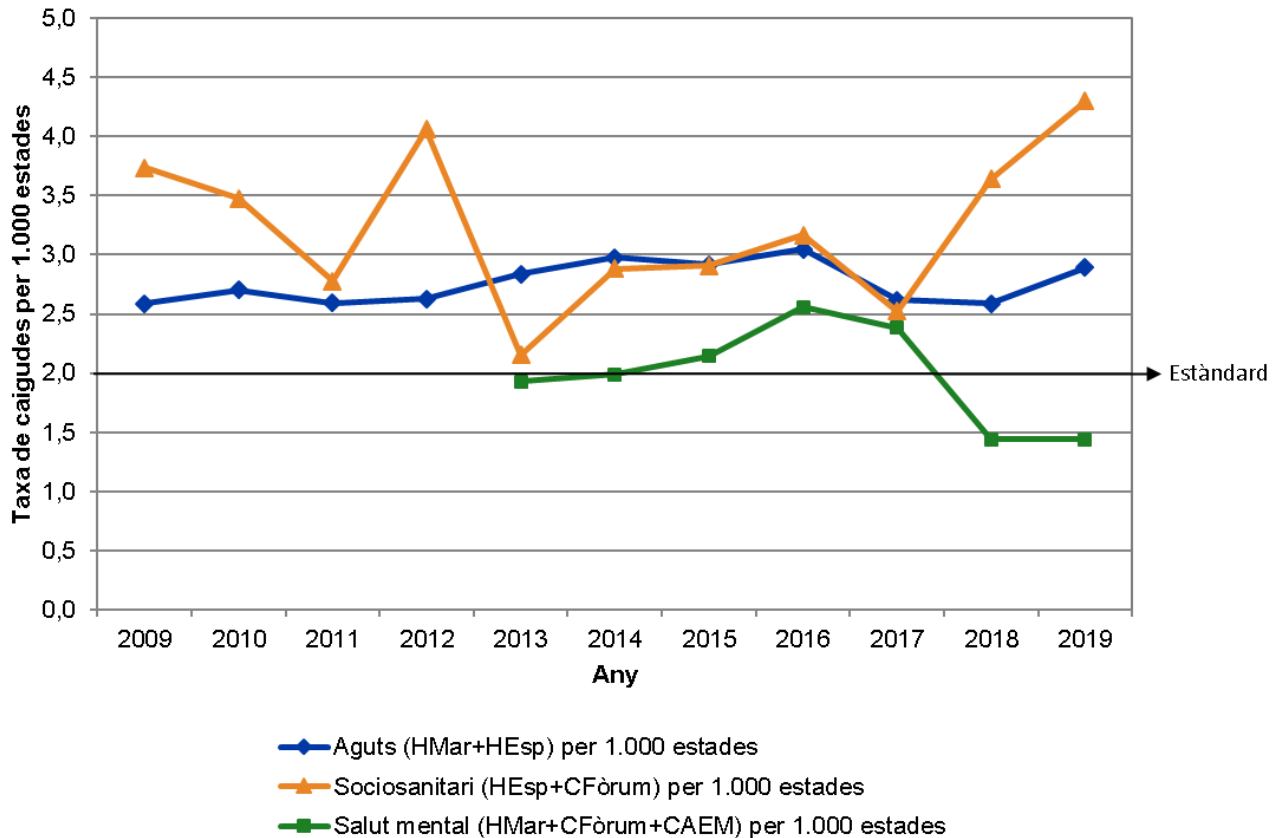
Durant el 2019 es va dur a terme la iniciativa 'Journey de la dona embarassada', liderada pel Servei d'Obstetrícia i Ginecologia i el Servei d'Atenció al Ciutadà de l'Hospital del Mar, que buscava millorar l'experiència de les dones que escullen el nostre centre com a lloc per a l'atenció al seu embaràs i part. Sorgeix de la necessitat de posicionar l'Hospital del Mar com a centre de referència al detectar que un nombre important de dones que haurien de venir a l'Hospital del Mar han escollit un altre centre, ja sigui públic o privat. Els objectius eren identificar els motius d'elecció de centre, conèixer en profunditat l'experiència de les dones durant l'embaràs, part i postpart i identificar àrees d'oportunitat en el procés que donin resposta a les necessitats de la dona. Hi van participar 14 dones, que havien donat a llum a l'Hospital del Mar o a d'altres centres i els principals influenciadors van ser la llevadora i internet, respectivament. La valoració de les dones que han donat a llum a l'Hospital del Mar és d'un 8, mentre que pels altres centres la valoració és d'un 9. Van manifestar una necessitat important d'informació durant tot el procés de l'embaràs. Un cop havien donat a llum, tenien la sensació de no comptar amb un acompanyament suficient per part dels professionals i no estar suficientment preparades a nivell informatiu. Es van identificar 7 grans àrees d'oportunitat relatives a: bones pràctiques, professionals, serveis, informació, formació, hoteleria i instal·lacions.

Caigudes intrahospitalàries

| Caigudes intrahospitalàries* | Valor dels indicadors | | |
|----------------------------------|-----------------------|------|------|
| | 2017 | 2018 | 2019 |
| Aguts HMAR i HESP | 2,62 | 2,59 | 2,89 |
| Salut mental HMAR, CFòrum i CAEM | 2,38 | 1,44 | 1,44 |
| Sociosanitari CFòrum | 2,52 | 3,64 | 4,30 |

*: Taxa de caigudes per 1.000 estades

Taxa de caigudes intrahospitalàries, 2009-2019



L'evolució mostra que es manté la taxa de caigudes en salut mental per sota de l'estàndard de 2 caigudes per 1.000 estades que marca el Departament de Salut. Tanmateix, en l'àmbit d'aguts ha tornat a augmentar i en l'àmbit sociosanitari segueix observant-se un augment molt rellevant.

A finals de 2019 es va crear un grup de seguiment de caigudes que ha realitzat les següents accions:

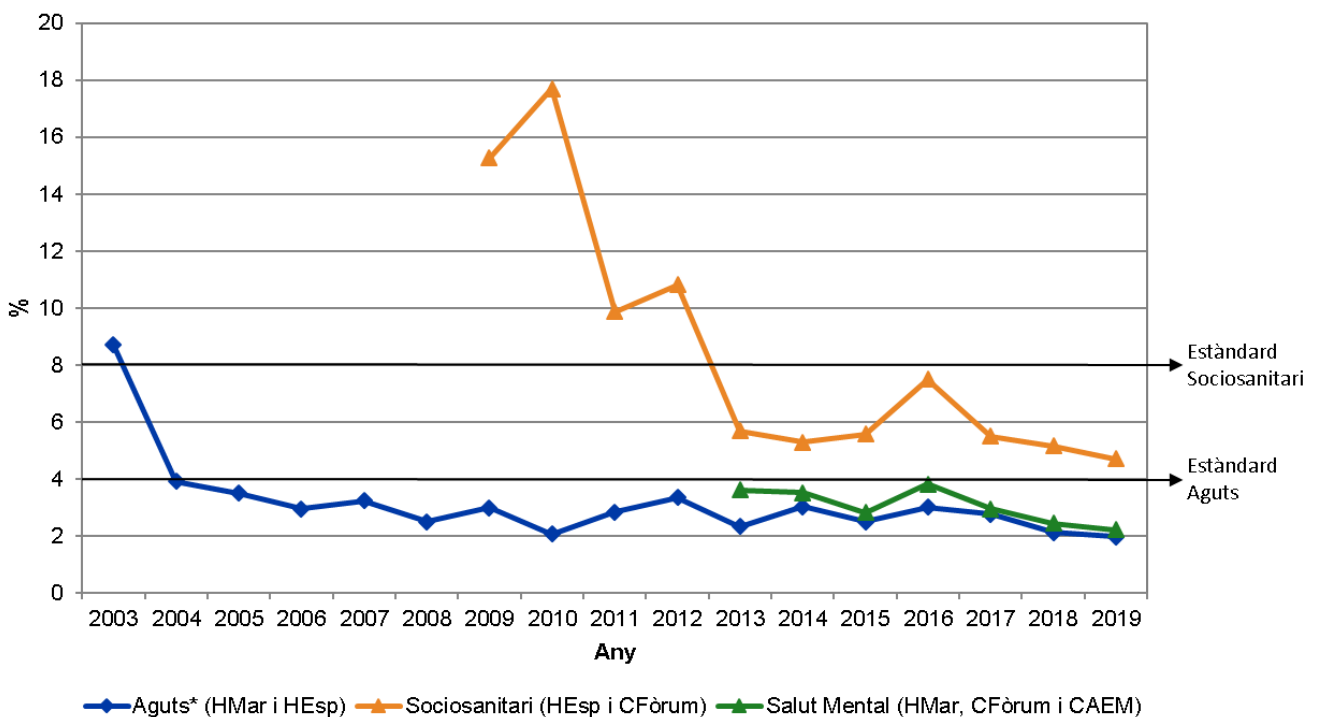
- Revisió de la escala actual de risc de caigudes per valorar el possible canvi per una altra més específica.
- Creació d'un informe detallat que s'envia als caps de servei per al seguiment.
- Control i anàlisi exhaustius de les unitats d'hospitalització amb més caigudes per detectar-ne les causes.
- Contacte amb caps d'unitat de les unitats amb més prevalença per fer reforç d'informació al personal i quan es produeix una caiguda amb conseqüències greus.
- Creació d'un vídeo per a pacients per a visualitzar en el moment de l'ingrés.

Úlceres per pressió intrahospitalàries

| Pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries* | Valor dels indicadors | | |
|--|-----------------------|------|------|
| | 2017 | 2018 | 2019 |
| Aguts HMAR i HESP | 2,76 | 2,11 | 1,97 |
| Salut mental HMAR, CFòrum i CAEM | 2,94 | 2,43 | 2,21 |
| Sociosanitari CFòrum | 5,50 | 5,15 | 4,70 |

*: Per 100 altes de més de 48 hores

Taxa de pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries, 2003-2019



Les taxes de pacients amb úlceres per pressió (UPP) d'origen intrahospitalari segueixen disminuint, per tant, es segueixen mantenint per sota dels estàndards que marca el Departament de Salut: entre 3-6% en aguts i 8% en sociosanitari.

Les úlceres per pressió són també un dels ítems pels quals es fa un seguiment específic del pacient per part de les Caps d'Unitat d'infermeria. La millora en l'atenció i la prevenció de les úlceres per pressió a l'àmbit d'aguts té una repercussió directa en l'estat en què arriben al sociosanitari aquells pacients que són traslladats d'un àmbit a l'altre.

Infecció nosocomial

| Infecció nosocomial | Valor dels indicadors | | |
|---|-----------------------|------|-------|
| | 2017 | 2018 | 2019 |
| Bacterièmies nosocomials associades a catèter (densitat d'incidència per 1.000 estades) | | | |
| Aguts (HMar i HEsp) | 0,69 | 0,60 | 0,41 |
| Microorganismes multiresistents (densitat d'incidència d'infecció /colonització per 1.000 estades) | | | |
| SARM/MRSA | | | |
| Aguts (HMar i HEsp) | 0,50 | 0,40 | 0,28 |
| Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum) | 0,16 | 0,16 | 0,30 |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> multiresistent | | | |
| Aguts (HMar i HEsp) | 0,87 | 0,63 | 0,86 |
| Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum) | 0,14 | 0,19 | 0,15 |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> multiresistent | | | |
| Aguts (HMar i HEsp) | 0,81 | 0,82 | 0,88 |
| Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum) | 0,37 | 0,25 | 0,21 |
| Infecció en ferida quirúrgica (% sobre cirurgies) | | | |
| Artroplàstia primària de genoll | 1,60 | 1,00 | 0,94 |
| Artroplàstia primària de maluc | 4,10 | 0,90 | 2,54 |
| Cirurgia colorectal programada | 9,70 | 6,30 | 10,08 |
| Compliment de la higiene de mans (% rentat o desinfecció) | | | |
| Aguts (HMar i HEsp) | 80,3 | 72,3 | 76,7 |
| Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum) | 72,4 | 60,0 | 59,7 |

Els indicadors d'infecció nosocomial es mostren segons àmbit. Es segueix observant una tendència decreixent en la densitat d'incidència de bacterièmies nosocomials associades a catèter en pacients aguts, fins a 0,41 bacterièmies per 1.000 estades, el que representa un canvi substancial respecte el 2018. Cal remarcar que ha augmentat la utilització de catèters i que des del des del 2017 s'estan fent accions per disminuir la incidència de bacterièmies (objectius DPO, formació). Durant el 2019 es va modificar l'objectiu DPO per tal d'avaluar la manipulació correcta dels catèters (higiene de mans i desinfecció dels connectors clau). Els resultats obtinguts són d'un 85% de compliment correcte i s'ha observat una millora continuada en les 5 unitats d'hospitalització observades. Tanmateix, per la dificultat que comporta observar els moments de manipulació dels catèters, i per tal de mantenir el focus en la importància en general del maneig dels catèters per evitar infeccions, s'ha mantingut l'objectiu anterior, el de manteniment de catèters, en 3 unitats d'hospitalització.

En l'àmbit d'aguts s'observa una disminució de la densitat d'incidència de *Staphylococcus Aureus* multiresistent i un augment de la incidència de *Pseudomonas Aeruginosa* i de *Klebsiella Pneumoniae* multiresistents. Tanmateix, en l'àmbit sociosanitari les tendències van en sentit contrari. Per altra banda, es segueix fent un seguiment dels nous mecanismes de resistència (OXA-48). La resistència antibiòtica dels microorganismes és actualment un problema molt rellevant i una prioritat d'actuació a tots els nivells. El PSMAR està implicat en diferents projectes amb el Departament de Salut, el Ministeri de Sanitat i la Unió Europea.

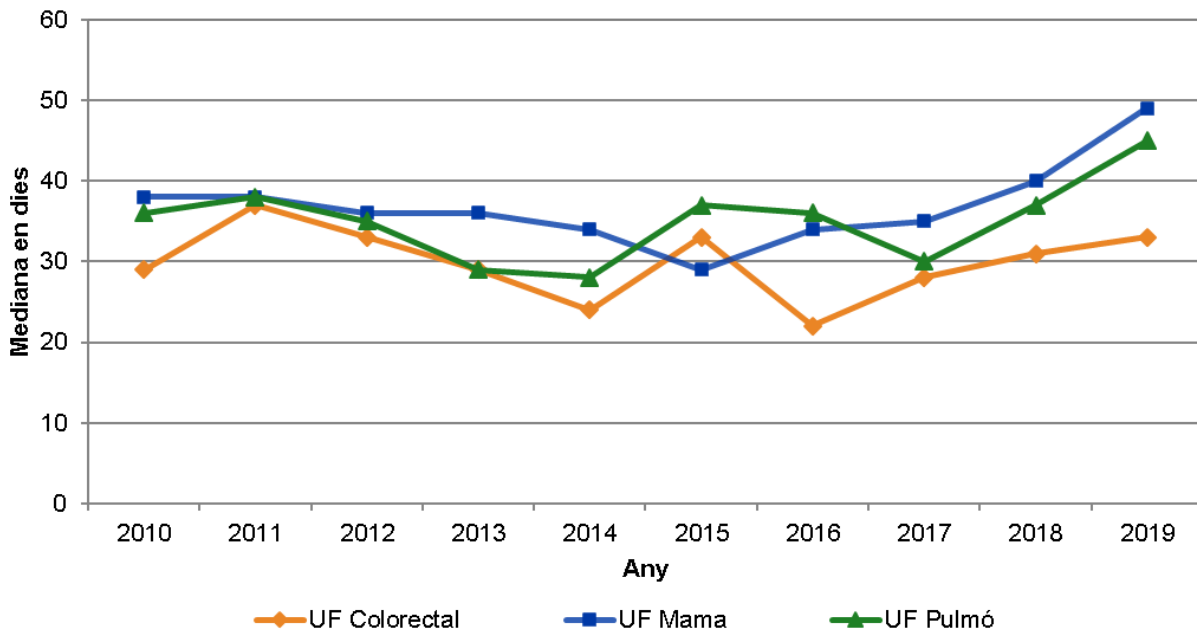
La taxa d'infecció en ferida quirúrgica segueix disminuint en les artroplàsties de genoll i, tot i que augmenta en la cirurgia colorectal, segueix tenint un valor inferior a l'estàndard VINCAT (12,2% pel 2017). En el cas de les artroplàsties de maluc, que s'havien reduït de manera important, hi torna a haver un augment, malgrat que s'ha

implantat el paquet (bundle) de mesures proposades pel PREVINQ-CAT (no esquilat de la zona quirúrgica i formació en higiene de mans) i mesures específiques (canvi d'antibiòtics i no col·locació de drenatge o, si no és possible, inserir-lo el més allunyat possible de la incisió quirúrgica).

Durant el 2019 s'han incrementat considerablement les observacions d'higiene de mans. Tanmateix, no s'han assolit els resultats del 2017. El compliment de la higiene de mans en aguts es manté per sobre del 60% considerat a nivell internacional, tot i que en l'àmbit sociosanitari està lleugerament per sota del 60%. Tot i aquests bons resultats, i que estem reconeguts com a centre d'excel·lència a nivell europeu des del 2015, cal seguir insistint en la higiene de mans com a eina clau de prevenció de la infecció.

Intervals de temps en l'atenció del càncer

Interval entre primera consulta i tractament, 2010-2019



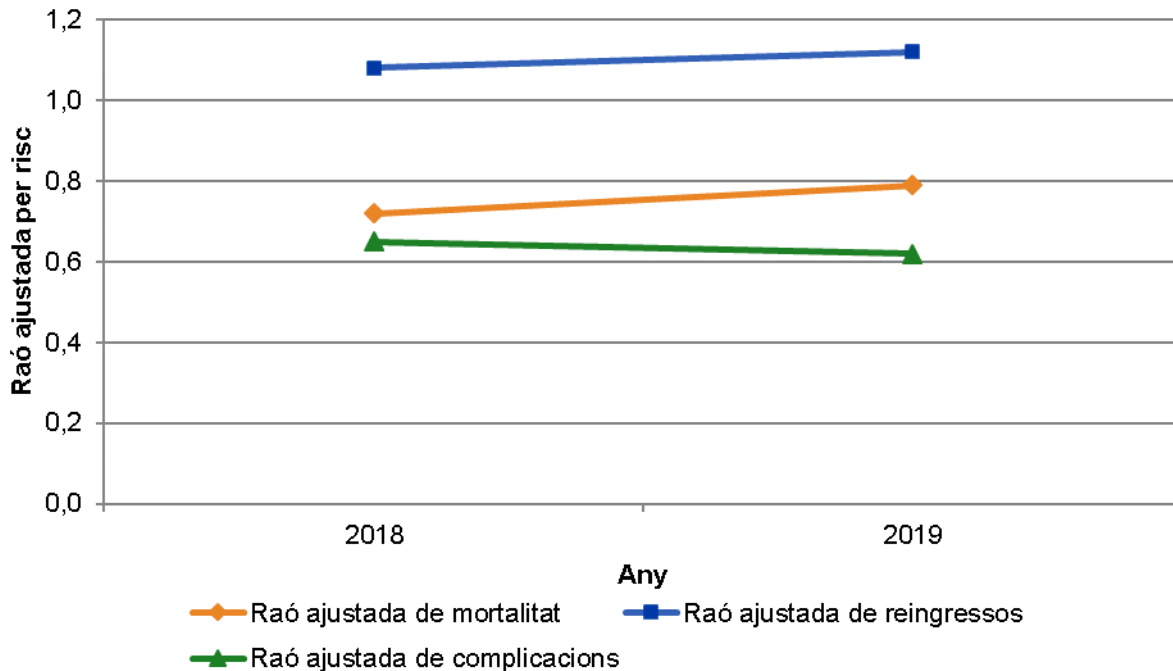
UF: Unitat Funcional

Els intervals de temps entre la primera consulta i el primer tractament han augmentat en càncer de mama, de pulmó i, en menor mesura, en càncer colorectal. En general es constata que la creixent personalització dels tractaments, la teràpia sistèmica dirigida a alteracions moleculars i l'ús de la immunoteràpia, està comportant una major complexitat del diagnòstic anatomopatològic i dels estudis d'extensió, fet que acaba repercutint en l'augment del temps fins al tractament. La generalització de l'avaluació onco-geriàtrica, tan exitosa, també ha comportat un augment de l'interval.

En càncer de mama, es constata una creixent complexitat de les pacients tractades, dificultats en la realització de les ressonàncies magnètiques i l'augment del temps de quiròfan per la introducció de la radioteràpia intraoperatòria. En càncer de pulmó, la necessitat creixent de PET incideix cada cop més en l'interval, atesa la manca d'un equipament PET-TC al PSMAR. A més, molts pacients necessiten el diagnòstic molecular, amb tècniques de processament llargues. En càncer colorectal, l'ús creixent de la ressonància magnètica en càncer de recte i algunes dificultats en la coordinació de la visita conjunta, expliquen el lleu increment de l'indicador.

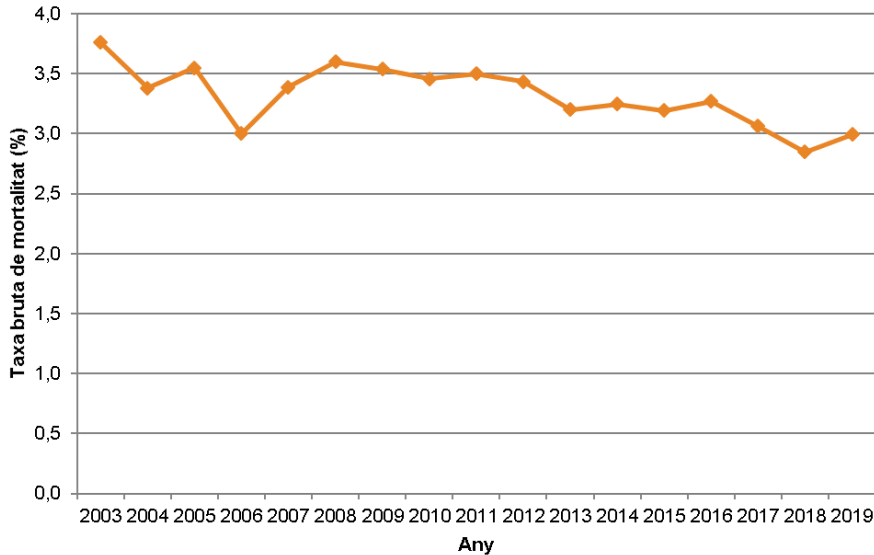
Mortalitat, Reingressos i Complicacions

Indicadors de mortalitat, reingressos i complicacions ajustats per risc 2009-2019



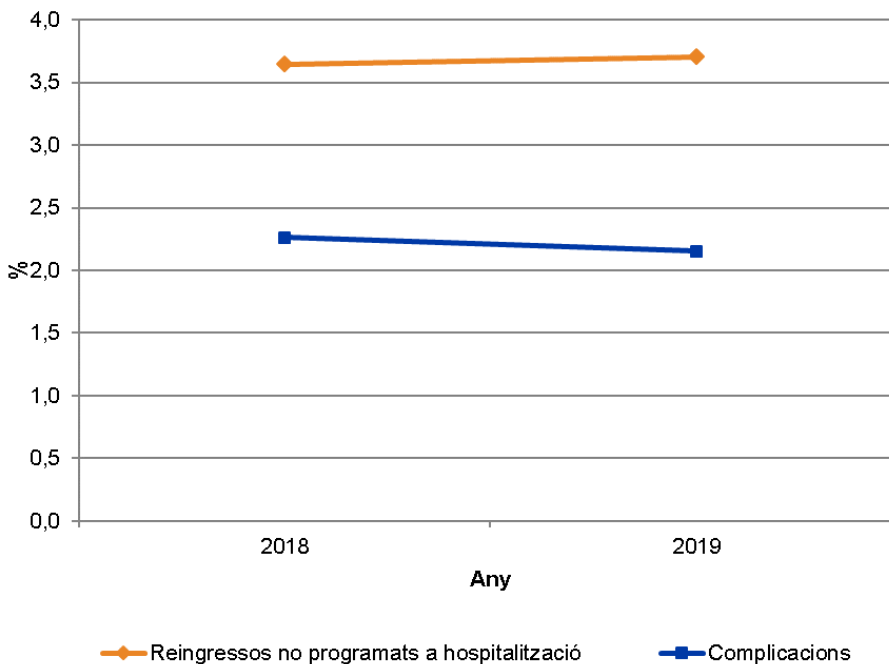
El gràfic mostra una anàlisi conjunta i l'evolució de les raons ajustades per risc obtingudes de l'aplicació *Benchmarking Sanitario 3.0* (BS3) que, al PSMAR, substitueix *IAmetrics* des del 2019. Els indicadors es calculen sobre el CMBD del PSMAR i s'ha reconstruït la sèrie des del 2018, any en què es comença a codificar amb la versió 10 de la Classificació Internacional de Malalties (CIE10), per tal que els indicadors relatius siguin comparables. L'any 2019 les raons ajustades per risc de mortalitat i de complicacions es situen per sota d'1, el que representa un millor indicador respecte la norma de comparació. La raó ajustada de mortalitat de 0,79 l'any 2019 indica una mortalitat intrahospitalària un 21% inferior a l'esperada si es compara amb una tipologia de pacients similars en patologia i risc de mort. La raó ajustada de complicacions de 0,62 indica que la taxa de complicacions és un 38% inferior a l'esperada l'any 2019. La raó ajustada de reingressos ha augmentat respecte el 2018, situant-se en 1,12, el que representa que la taxa de reingressos és un 12% superior a l'esperada ajustant per risc.

Taxa bruta de mortalitat, 2003-2019



La taxa bruta de mortalitat augmenta respecte el 2018, però es manté en el 3% de les altes d'aguts. La mortalitat a Urgències segueix disminuint, sent del 0,15% l'any 2019.

Reingressos i complicacions, 2009-2019



El percentatge de reingressos urgents clínicament relacionats dins els primers 30 dies després de l'alta hospitalària es manté respecte el 2018 en un 3,7%.

El percentatge de reingressos a Urgències abans de 72 hores es manté en el 5,3%.

El percentatge de complicacions també es manté en el 2,2% respecte el 2018.

PROJECTES DE MILLORA DE LA QUALITAT (PROJECTES ESTRELLA)

L'any 2019 ha estat l'any de la celebració dels 15 anys de convocatòries dels Projectes Estrella. Per a celebrar aquesta efemèride es va realitzar un acte el dia 11 de desembre del 2019, on es van presentar els resultats de l'avaluació de l'impacte en la millora de la qualitat dels projectes atorgats i es van donar a conèixer els tres projectes guanyadors d'aquesta 15^a edició de la convocatòria.

Resum de l'avaluació de l'impacte dels 15 anys de Projectes Estrella

En aquests 15 anys s'han presentat un total de 249 propostes. Gairebé tots els serveis i unitats d'hospitalització de tots els centres del PSMAR han participat en aquestes convocatòries. D'aquestes propostes, 50 han estat finançades amb l'ajut i 39 ja han finalitzat a l'any 2019.

Dels projectes finalitzats, en un **92,5% s'han assolit tots o gairebé tots els objectius**, i el que és més important, en un **75% dels casos la millora ha perdurat en el temps**. Les millores introduïdes han estat la creació de nous circuits i reorganització de processos en un 62,5% dels casos, la creació d'equips multidisciplinars per a una millor coordinació i atenció en un 37,5%, o la creació de nous protocols, entre d'altres.

Globalment, els/les coordinador/es d'aquestes iniciatives han valorat l'impacte del projecte en un 8 sobre 10, i **el 75% creuen que el projecte no s'hauria dut a terme sense l'ajuda de la convocatòria**.

La convocatòria és també una manera de formalitzar i donar visibilitat a iniciatives promogudes des de diferents àmbits per diferents professionals i d'estimular la millora de la qualitat assistencial.

D'altra banda, el Programa de Qualitat va estar convidat a presentar aquests resultats en una Jornada titulada "Innovación en mejora de procesos: retos y oportunidades" organitzada per ITEMAS (Plataforma de Innovación en Tecnologías Médicas y Sanitarias de l'Institut de Salut Carlos III), celebrada al Consorci Sanitari Parc Taulí, el dia 12 de desembre de 2019.

Convocatòria 2019

L'any 2019 es van presentar 11 projectes. Els tres projectes guanyadors van ser els següents:

| Títol del projecte | Coordinador/a |
|---|----------------------------------|
| Monitorització de Problemes Relacionats amb la Medicació en pacients atesos a Urgències | Núria Carballo / Isabel Cirera |
| Eficàcia d'una intervenció amb l'anestèsic local procaïna en la millora del control del dolor i la capacitat funcional en ancians intervinguts de fractura de fèmur | Cristina Roqueta / Mireia Martín |
| Integració d'una eina de lectura automatitzada de densitat mamària per a la millora de l'eficiència en la interpretació mamogràfica en el Programa de cribratge de càncer de mama del PSMAR | Marta Román |

Resultats principals de projectes de convocatòries anteriors

Durant el 2019 s'han tancat o estaven a punt d'acabar tres projectes de les convocatòries anteriors. En destaquem els resultats principals:

Projecte per a la millora en el diagnòstic i pronòstic de la lesió miocardiàca associada a la cirurgia no cardíaca

Coordinadores: Sandra Beltrán de Heredia i Anna Mases.

Resultats principals: Les conclusions preliminars permeten dir que els pacients que presenten lesió miocardiàca relacionada amb la cirurgia no cardíaca (MINS) tenen un major risc de complicacions globals que els que no en presenten (66,2% vs. 23,7%, $p < 0,0001$), així com més reingressos i estades hospitalàries més llargues. Aquests resultats justifiquen establir un circuit de valoració i seguiment en el postoperatori per evitar l'aparició de complicacions i reduir la morbiditat d'aquests pacients. La realització d'aquest treball ha servit per a la difusió a l'hospital d'una entitat clínica nova i poc coneguda fins al moment com era el MINS i una sensibilització amb aquesta en molts dels Serveis Clínics de l'Hospital.

Projecte de millora de la qualitat de l'adherència i la preparació del pacient per a la colonoscòpia ambulatoria al Parc de Salut MAR

Coordinadors: Inés Ana Ibáñez i Agustín Seoane.

Resultats principals: La incompareixença del pacient a la cita programada per a la colonoscòpia té implicacions importants. Aquest estudi va valorar com a objectiu principal l'impacte d'una intervenció educativa telefònica realitzada per l'equip d'infermeria d'endoscòpia digestiva sobre la ràtio d'incompareixença, així com també sobre el compliment dels protocols de preparació per a la colonoscòpia, els costos i la satisfacció del pacient. Es van incloure 1543 pacients aleatoritzats en dos grups (intervenció i control) i la intervenció va durar 6 mesos. Es va aconseguir contactar amb el 83% dels pacients. En relació amb l'objectiu principal, la intervenció va disminuir la ràtio d'incompareixença des del 14,3% fins al 8,4%. Es va aconseguir millorar el compliment dels protocols de neteja del còlon i de maneig de fàrmacs antitrombòtics, i es va derivar més eficaçment als pacients a programes d'anestèsia quan aquesta era necessària sense augment de la despesa. Finalment, els pacients del grup intervenció van mostrar major satisfacció global, sobretot amb la informació administrada prèviament a la colonoscòpia. Tots aquests resultats sens dubte donen suport a la implementació i el manteniment a llarg termini d'aquesta intervenció en la pràctica clínica diària.

Optimització mantinguda del procés assistencial a l'àrea quirúrgica mitjançant un registre continu de la morbiditat

Coordinadors: Luis Grande i Sandra Alonso

Resultats principals: Les complicacions i els efectes adversos en cirurgia afecten fins a un terç dels pacients i la meitat són prevenibles i/o modificables. L'objectiu ha estat registrar totes les complicacions i els efectes adversos relacionats amb l'assistència del pacient de Cirurgia General per tal de poder avaluar l'impacte de la monitorització contínua. S'ha realitzat un registre informàtic continu, en temps real de totes les complicacions postoperatories hospitalàries i ambulatories, amb una auditoria interna, que ha permès generar uns informes personalitzats. La notificació d'efectes adversos ha anat millorant, així com el tancament dels historials de cada pacient (un 20% de cirurgies amb efectes adversos amb un tancament per sobre del 80%). El registre continu i exhaustiu de tots els efectes adversos de les intervencions de Cirurgia General, juntament amb els informes personalitzats permeten tenir una retroalimentació mantinguda de les complicacions i de la taxa d'efectes adversos en el nostre àmbit.

Finalment recordar que les memòries finals de tots els Projectes Estrella finalitzats es poden consultar a la intranet a través de [l'enllaç](#) al Programa de Qualitat>Què fem: Projectes de millora de la qualitat assistencial>Memòries finals.

NOTIFICACIÓ I AVALUACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS

Accions derivades de l'avaluació d'esdeveniments adversos

Durant l'any 2019 s'han notificat 480 esdeveniments adversos, un nombre similar a l'any anterior (n=483). El personal d'infermeria és el que ha notificat més (52,7% de les notificacions), seguit pel personal mèdic (28,1%). Com en anys anteriors, la majoria d'incidents notificats són errors de medicació (n=129) i errors relacionats amb la gestió clínica i procediments (n=124). Del total de notificacions, s'ha fet anàlisi causa-arrel de 17 casos a través de la Comissió Avaluadora de l'Activitat Assistencial (CA3).

De les anàlisi fetes s'han derivat diverses accions de millora que es detallen breument a continuació. Les accions han estat dutes a terme per professionals de diferents serveis o unitats d'hospitalització, segons el cas. En algunes ocasions ja s'estava treballant en alguna de les accions, però la notificació d'un cas ha suposat donar un impuls al seu desenvolupament.

Accions:

- Revisió de la formació a l'@prèn del Codi Ictus Intrahospitalari.
- Creació d'un circuit per atendre situacions inesperades de pacients i familiars a Hospital de l'Esperança arran de la discontinuïtat del Servei d'Urgències.
- Realització de gasometries quan es canalitzen abocats en plexes braquials de nadons.
- Revisió del protocol de maneig de via aèria difícil.
- Revisió del procés d'administració de medicació en pacients pre-quirúrgics programats
- Revisió del circuit per l'abordatge de l'aneurisma d'aorta abdominal trencat
- Nou protocol per l'abordatge del pacient anticoagulat amb fractures.
- Document de traspàs d'informació per pacients traslladats entre unitats d'hospitalització.
- Optimització del coneixement del maneig de les alarmes a la UCI.
- Millora de la gestió dels casos complexos al Servei de Dermatologia.
- Recordatoris sobre les mesures preventives de la contenció de pacients al CAEM i reforç del seguiment del manteniment de les baranes.
- Reforç dels canals de comunicació interna orientats millorar la informació sobre informes pendents per exploracions radiològiques realitzades a l'Hospital de l'Esperança.
- Incorporació a la trajectòria clínica del cateterisme cardíac l'ítem de control del volum i fluxos abans de començar la intervenció.
- Creació del circuit d'angioradiologia (24h).

Caigudes i úlceres per pressió

Durant l'any 2019 s'han registrat 821 caigudes. Veure valoració de l'indicador a les pàgines 9-10.

Pel que fa a les úlceres per pressió intrahospitalàries s'han declarat un total de 526 úlceres, la majoria als centres d'aguts. Veure valoració de l'indicador a la pàgina 11.

Notificació d'errors al registre d'anestèsia

L'any 2019 els professionals del Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor han notificat al SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) 70 incidents i han realitzat 38 anàlisis. Les accions de millora derivades d'aquestes notificacions han comportat la creació de 2



Millora de
la seguretat
i qualitat
assistencial



nous protocols, la revisió de 8 protocols ja existents, en 2 casos va comportar la compra de nou material i en 17 casos va motivar reunions/comunicacions.

Podeu trobar l'informe complet sobre notificació d'esdeveniments adversos de l'any 2019 a la intranet a través de la ruta Programa de Qualitat > Què fem: Seguretat del Pacient > Sistema de notificació d'esdeveniments adversos: Informe de Notificacions d'esdeveniments adversos any 2019, o bé a través d'aquest [enllaç](#).

En el mateix apartat de la intranet, o seguint aquest [enllaç](#), també podeu trobar el llistat de referents de seguretat per servei i unitat.

SISTEMES DE GESTIÓ DE LA QUALITAT (acreditació i ISO)

Acreditació de centres d'aguts

L'acreditació és l'eina mitjançant la qual es declara que un centre hospitalari disposa d'un determinat nivell de qualitat i de competència en relació amb uns estàndards tècnics vigents i, com a tal, és un estímul per a la millora contínua dels centres. L'última acreditació es va realitzar l'any 2013 i, al 2019, la seva vigència es va prorrogar fins al 30 de setembre de 2020. Tanmateix, a través de la [Resolució SLT/2333/2020](#), de 25 de setembre, s'ha prorrogat la vigència de l'actual acreditació fins a 31 de desembre del 2021. Des del Departament de Salut, en col·laboració amb diferents hospitals catalans, s'ha dut a terme la revisió del Model d'Acreditació, que ha estat publicat durant el 1r trimestre de 2020 i que podeu consultar seguint el següent [enllaç](#).

Les principals novetats que inclou el nou model són:

- La revisió, fusió i/o modificació d'estàndards.
- La incorporació de 200 nous estàndards al model, per reforçar i promoure:
 - La seguretat del pacient
 - La humanització de l'assistència
 - La promoció de la salut
 - Procediments i protocols assistencials
 - Indicadors i mesura de la qualitat assistencial i la seguretat del pacient
- Evolucionar el sistema i criteris d'avaluació del model, on es canvia el mètode d'avaluació dels estàndards de resultats, orientats a avaluar el rendiment de resultats i no només la mesura d'indicadors, com es feia fins al moment.

Durant l'any 2019, el Programa de Qualitat del PSMAR ha iniciat el procés d'autoavaluació, realitzant una primera ronda de reunions amb els responsables de cada àrea per a actualitzar la informació facilitada per a l'anterior procés i identificar l'evidència necessària per a donar resposta als nous estàndards.

Norma ISO

El sistema de gestió de qualitat ISO (International Organization for Standardization) està implementat en les següents àrees del Parc de Salut MAR:

- Servei d'Anatomia Patològica, Biologia Molecular i Citogenètica
- Institut Bonanova de Formació Professional Sanitària
- Unitats d'Esterilització (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança)
- Banc de Sang (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança)
- Laboratori de Referència de Catalunya (Hospital del Mar)
- Servei d'Oncologia Radioteràpica (Hospital del Mar)

Durant l'any 2019, altres serveis i unitats (Nutrició i Reanimació) han estat treballant amb l'objectiu d'implementar el sistema de gestió de la qualitat ISO 9001:2015 en els seus àmbits.

Per altra banda, cal destacar que el Servei de Patologia ha seguit ampliant el nombre de tècniques acreditades segons la Norma ISO 15189, disposant actualment de 5 tècniques de l'àrea de Biologia Molecular acreditades amb abast flexible i 2 noves tècniques de les àrees de Citogenètica i Citologia.

Podeu consultar l'informe del Comitè d'Estandardització ISO [aquí](#).

COMISSIÓ DE QUALITAT

Aguilera, Lluís (Servei d'Anestesiologia i Reanimació)
Arenas, M^a Dolores (Servei de Nefrologia)²
Campodarve, Isabel (Servei de Medicina Interna)¹
Castells, Xavier (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)¹
Caus, Fina (Àrea d'Urgències)
Comas, Mercè (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)¹
Cots, Francesc (Servei de Control de Gestió)
Domingo, Laia (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)¹
Díaz, Óscar (Laboratori de Referència de Catalunya)²
Duarte, Esther (Servei de Rehabilitació)
Ferrández, Olivia (Servei de Farmàcia)
Garcia, Lourdes (Directora d'Infermeria)
Garreta, Marisa (Coordinadora Infermeria Àrea Sociosanitària)
Gómez, Sílvia (Servei de Malalties Infeccioses)²
Grande, Luis (Servei de Cirurgia General)
Horcajada, Juan Pablo (Servei de Malalties Infeccioses)
Ibáñez, Rocío (Directora Hospital de l'Esperança i Centre Fòrum)
Lacueva, Laia (Direcció d'Infermeria)^{1,2}
Lasso de la Vega, Carmen (Direcció d'Infermeria)¹
Martínez, Jordi (Direcció d'Innovació)
Martínez, Santos (Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia - COT)
Maüll, Elena (Unitat Sales d'intervencionisme i Semicrítics)²
Pascual, Julio (Director Mèdic)
Payà, Antoni (Servei de Ginecologia i Obstetrícia)
Pérez, Maribel (Directora Comunicació i Atenció a l'Usuari)
Pujolar, Núria (Direcció d'Infermeria)¹
Sala, Maria (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)¹
Salar, Antonio (Servei d'Hematologia)
Salgado, Purificación (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions - INAD)
Vinué, Josep M^a (Secretaria Tècnica)

1: Membre del Grup Operatiu de Qualitat.

2: Nova incorporació.



Per qualsevol comentari, suggeriment o dubte sobre el contingut d'aquest informe, us convidem a posar-vos en contacte amb nosaltres:

Mercè Comas (mcomas@parcdesalutmar.cat)

Irene Fernández (ifernandezgarcia@parcdesalutmar.cat)

Servei d'Epidemiologia i Avaluació

Hospital del Mar

