

Entidade: *

Morada:

Código Postal -

N.º de camas:

ARS:

Tipologia: * ACES
 Hospital/Centro Hospitalar
 Unidade Local de Saúde

PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano de Atividades concluído? * Sim Não

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído? Sim Não

Utilizador:

E-mail:

Utilizador2 email_utilizador_2

6. Plano / Relatório de Atividades

1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL

Diagnóstico de Situação em 2015

1) Qual o n.º de Normas emitidas pela DGS que foram discutidas e analisadas na Instituição? *

Observações / Apoio

(DGS)

Identificar as normas analisadas; a tipologia das iniciativas desenvolvidas (ex: sessões clínicas, ação de formação, etc.); o n.º de profissionais envolvidos; datas.

(anexo evidência) *

- Foi discutida a NOC 08/2012 da DGS no Serviço de Gastroenterologia, a propósito da apresentação dos resultados das auditorias à mesma Norma efetuadas em 2014 e 2015.
- Foram divulgadas na INTRANET do CHS, 6 Normas da DGS publicadas em 2015.
- Em 2016 a proposta é:
a) Continuar a divulgar as Normas da DGS, à medida que forem sendo emitidas;
b) Atualizar as Normas de Orientação Clínica internas (do Centro Hospitalar de Setúbal);
c) Desenvolver e aprovar novas Normas de Orientação Clínica internas;
d) Promover a realização de ações para análise e discussão das NOCs da DGS e do CHS consideradas mais relevantes para a Instituição.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

2) Quantas auditorias internas sobre as normas emitidas pela DGS foram realizadas? *

(anexo evidência) *

- Para além de auditorias internas a NOCs da DGS foram também realizadas as seguintes auditorias a NOCs internas do CHS (ver evidência em anexo):
1 - Auditoria Clínica realizada à aplicação da Norma de Orientação Clínica - (NOC) - NOC.CHS.14 Prevenção de úlceras por pressão;
2 - AUDITORIA: Procedimento para obtenção de comprovativo de administração de sangue e componentes sanguíneos; PS.IHEM.03
3 - AUDITORIA: Certificação da formação em serviço. FOR.03 - ANO 2014
4 - AUDITORIA: Procedimento passagem de informação de enfermagem – ENF.02
5 - AUDITORIA: Inspeção e Preparação de Dispositivos Médicos Individuais e Instrumental Cirúrgico
6 - AUDITORIA: Norma de Orientação Clínica /Procedimento - " Colheita de Sangue para Avaliação da Glicemia "
7 - AUDITORIA: Procedimento de Cuidados de Enfermagem no Pré – Operatório em Ortopedia
8 - AUDITORIA: Procedimento de Enfermagem: Atuação do Enfermeiro no Serviço de Pediatria face à criança com febre – PS.PEDI.098
9 - AUDITORIA: Procedimento de atuação para a guarda de valores e/ou bens dos doentes do CHS
10 - AUDITORIA: Procedimentos relativos ao Programa de Controlo de Dor Aguda do Pós-operatório
11 - AUDITORIA: Contenção Física e Mecânica dos Doentes
12 - AUDITORIA: Procedimento sobre Precauções de Isolamento.
Para 2016 o CHS propõe manter auditorias às Normas / Orientações da DGS e às Normas de Orientação Clínica Internas, em áreas consideradas prioritárias.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

- O CHS ainda não iniciou o preenchimento da TNF. Para este fato contribuíram quer a impossibilidade de preenchimento dos dados on line, no sítio da DGS, durante a maior parte do ano de 2015, quer a exiguidade de recursos humanos nos Serviços, a qual impossibilitou a afetação de recursos humanos a esta tarefa, sob risco de comprometer a prestação direta de cuidados aos utentes internados.
-Em 2016, o CHS pretende implementar a Tabela Nacional de Funcionalidade nos serviços de Cardiologia, Pneumologia e Psiquiatria, se houver recursos humanos disponíveis para o efeito.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

(anexo evidência) *

O CHS desenvolve atividades de formação e investigação clínica pré e pós graduada, em contexto profissional, científico ou académico, incluindo:
-Ensaios Clínicos com Medicamentos de Uso Humano;
-Estudos com Dispositivos Médicos;
-Estudos e Registos Observacionais;
-Investigação Sobre Serviços de Saúde e Resultados;
-Outros estudos e trabalhos de investigação de âmbito clínico
-O CHS pretende apoiar de forma estruturada a realização de Projetos de Investigação, por considerar que são essenciais ao desenvolvimento do conhecimento, tendo por objetivo último melhorar os cuidados de saúde aos cidadãos, pelo contributo para a qualidade assistencial, pelo impacto na organização e capacitação das unidades de saúde e pelo acesso precoce a fármacos inovadores.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

2. REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES

Diagnóstico de Situação em 2015

Prioridade II: Reforço da Segurança dos Doentes

Cultura de Segurança

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

A resposta ao Inquérito de Avaliação da Cultura de Segurança teve uma taxa de adesão na Instituição de 30,45%, bem acima da média nacional.

Da análise dos resultados, constante no Relatório que se anexa, foram propostas diversas ações de melhoria, das quais constituem exemplos:

- Apoiar o desenvolvimento de competências dos profissionais nas áreas da comunicação e do trabalho em equipa; da liderança de equipas; da gestão/desempenho de equipas em situação de crise, etc.
- Implementar um plano de ação para a segurança do doente, que incluía:



o Nomeação do focal point da Instituição para a Segurança do Doente (já implementado através do Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico – GIARC - e da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente - CQSD);

o Nomeação de focal points para a segurança do doente nas Unidades/Serviços (já implementado através da nomeação dos Gestores

de Risco Clínico - GRC - e Gestores de Risco Geral –GRG- nos Serviços);
 o Incentivar a ação dos GRC/GRG, nomeadamente no levantamento de riscos e no desenvolvimento de estratégias que contribuam para a cultura de segurança no serviço (já implementado).
 o Realização de visitas aos Serviços/Unidades para falar diretamente com os profissionais sobre segurança do doente e para identificar riscos existentes (realizado de forma contínua);
 o Implementação de estratégias locais para colocar o doente e a família no centro da prestação de cuidados.
 o Maior envolvimento e sensibilização do CA na identificação e resolução de problemas da segurança do doente, através de visitas aos Serviços/Unidades e realização de reuniões com Responsáveis e Gestores do Risco (GRC/GRG).
 o Dar formação sobre segurança do doente e gestão do risco a todos os profissionais da instituição de saúde (em implementação contínua através do GIARC e da CGR);
 o Divulgar/implementar as Orientações e/ou Normas nacionais relativas à segurança do doente.

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

(anexo evidência) *

Avaliação_Cultura_Seguranca_Doente_CHS_2013_Resultados.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Aplicar o questionário sobre Cultura e Segurança do Doente tentando, se possível, aumentar a taxa de resposta dos profissionais.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

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

2.1.) segurança do doente



-2 ações de formação dirigidas aos GRC, com temáticas variadas relacionadas com a "Segurança do Doente"
 -2 Cursos de Auditoria Clínica

Observações / Apoio
 Identificar: Tema(s) da formação; Datas; Entidade(s) formadora(s); Nº de profissionais envolvidos / categoria, etc.

2.1.) segurança do profissional

- 1 Curso de Proteção Radiológica

(anexo evidência) *

II.2_Cursos_Seguranca_Doente_e_Profissional.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Manter o curso anual de Segurança do Doente e realizar 2 Cursos de Proteção Radiológica

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

Segurança da Comunicação

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

1

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

(anexo evidência) *

Relatório de Auditoria Passagem Informação Enfermagem(ENF.02).pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

-Continuar a auditar a passagem de informação de Enfermagem (ENF.02) e passar a auditar o Procedimento para Passagem de Informação sobre Doentes entre Profissionais, Mudanças de Turno e entre Serviços (GIC 04)

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31



Segurança Cirúrgica

4) Qual a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica da instituição? *

10,9 (%)

Observações / Apoio
 Anexar:
 Nº de não conformidades registadas em sede de auditoria, i.e., o n.º de respostas do tipo "não" dos critérios de auditoria interna e o n.º total de respostas (excluídas as respostas "NA" não aplicáveis).

(anexo evidência) *

II.4_LVSCirurgica_2015.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Em 2015 iniciámos a atividade de auditoria às listas de verificação de segurança cirúrgica usando a grelha disponibilizada para o efeito pela DGS/DQS. Em 2016 temos por objetivo realizar auditorias mensais, cumprindo o que está definido pela DGS (auditar um n.º de episódios cirúrgicos = 10% do total de cirurgias efetuadas no mês equivalente do ano anterior, escolhidas de forma aleatória).

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

5) Quais as taxas de complicações cirúrgicas dos eventos inadmissíveis na instituição:

Observações / Apoio
 Indicar: N.º de incidentes inadmissíveis (por tipo) e o n.º de doentes intervençcionados.

Local cirúrgico errado: * (%)



Procedimento errado: * (%)

Doente errado: * (%)

Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico: * (%)

Morte intraoperatória em doentes ASA1: * (%)

(anexo evidência) *

II.5_Evento inadmissivel_2015.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Em 2015 foi notificado apenas um incidente "inadmissível" (Retenção de material cirúrgico no doente) em 10789 cirurgias.
 - Continuar a monitorizar este tipo de eventos e instituir medidas de correção e prevenção, se justificado.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2016-12-31

6) Quantas auditorias internas foram realizadas? *

36

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

(anexo evidência) *

Auditorias_Cirurgia Segura.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Em 2015 foram efetuadas 36 auditorias às Listas de Verificação de Segurança Cirúrgica.
- Em 2016 temos por objetivo realizar auditorias mensais, cumprindo o que está definido pela DGS (auditar um n.º de episódios cirúrgicos = 10% do total de cirurgias efetuadas no mês equivalente do ano anterior, escolhidas de forma aleatória).

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31



7) Quantas notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição? *

81

Observações / Apoio

Indicar:
Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de intervenção, etc.

(anexo evidência) *

Relatório_Progressão_RICS_GIARC_2015_Final_Provisório_p_DGS.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- A instituição classifica os seus incidentes em conformidade com a tipologia de incidente indicada na Classificação Internacional para a Segurança do Doente (CISD), conforme orientação da DGS, pelo que não nos é possível responder com precisão à questão colocada.
- No período em análise, foram notificados 81 incidentes classificados com a tipologia "Processo/Procedimento Clínico", mas tal não significa que todos estejam "relacionados com procedimentos cirúrgicos".
- Em 2016 o CHS irá continuar a monitorizar este tipo de incidentes e instituir medidas de correção e prevenção, se justificado.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

Segurança na utilização da medicação

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Anexar cópia da lista de medicamentos LASA da instituição em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Não sendo possível manter a lista de medicamentos LASA atualizada, por existir uma rotação constante dos fornecedores e haver dependência dos concursos efetuados a nível da ACSS, o CHS tem implementadas algumas práticas e procedimentos que minimizam os riscos relacionados com a armazenagem, distribuição e administração deste tipo de fármacos: Distribuição por sistema EKANBAN, Procedimento de Reembalagem (formas orais) (PS.FARR.21) e implementação de um Alerta interno, desde Janeiro de 2012, com recomendação de ações a desenvolver para a utilização de Cloreto de Potássio (ALERTA – 01/2012 IDENTIFICAR E REDUZIR OS RISCOS NA UTILIZAÇÃO DE SOLUÇÕES DE CLORETO DE POTÁSSIO CONCENTRADO).
- Estes procedimentos têm-se revelado instrumentos de prevenção eficazes, pelo que a sua aplicação se vai manter em 2016.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

9) Tem implementado estratégia institucional para o armazenamento e identificação de medicamentos LASA? *



Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

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.

(anexo evidência) *

Estratégia_armaz_e_identif_med_LASA.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Ação de Formação a nível do Centro Hospitalar de Setúbal, mostrando exemplos deste tipo de medicamentos e reforçando a divulgação dos procedimentos existentes para prevenção de incidentes relacionados.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

10) Quantas notificações de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos LASA, ocorreram na instituição? *

0

Observações / Apoio

Indicar:
Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de ação, etc.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Continuar a monitorizar este tipo de incidentes e instituir medidas de correção e prevenção, se justificado.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

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



Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Anexar cópia da lista de medicamentos de alerta máximo da instituição em vigor, com data de aprovação e de revisão, se aplicável. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexo evidência) *

Alerta_GIARC_nº1_2012_POTASSIO.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Avaliar a necessidade de atualização da lista de medicamentos de alerta máximo.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

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



Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

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.

(anexo evidência) *

II.12_Evidências_Medicamentos_Alerta_Máximo.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Atualizar a estratégia institucional para os medicamentos de alerta máximo, de acordo com a Norma 014/2015 da DGS.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

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

0

Observações / Apoio

Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de intervenção, etc.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Continuar a monitorizar este tipo de incidentes e instituir medidas de correção e prevenção, se justificado.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

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

3

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

II.14_Relatórios_auditorias_Svs_Farmacêuticos_CHS.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

-Manter as auditorias internas;
-Auditoria externa para Renovação da Certificação do serviço (Janeiro de 2016);
-Auditorias determinadas por eventuais necessidades de ajustes ao Plano de ação do Serviço, para o triénio 2014-2016

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2016-12-31

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

 Sim (se sim, anexo evidência)
 Não**Observações / Apoio**

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

(anexo evidência) *

Politica do medicamento (2).pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

- Continuar a implementar práticas seguras do medicamento, assegurando informação sobre medicamentos a profissionais e utentes, garantindo o suporte à planificação e tomada de decisões no âmbito do medicamento e assegurando a participação do farmacêutico na equipa multidisciplinar.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

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



3

- A reconciliação terapêutica não é realizada de forma sistemática pelo Farmacêutico, por escassez de Recursos Humanos nos Serviços Farmacêuticos. No entanto, a reconciliação terapêutica é uma preocupação dos médicos e dos enfermeiros quer na altura da admissão quer por ocasião da alta dos doentes.

Observações / Apoio

A RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO é o processo de verificação/avaliação da medicação do doente, incluindo a automedicação, em cada momento da transição entre cuidados de saúde, com o objetivo de evitar erros de medicação, nomeadamente: omissões, duplicações, doses inadequadas, interações, bem como problemas de adesão à medicação.

(anexo evidência) *

II.16_Reconciliação_Terapêutica_Admisso e Alta.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

- Reforçar junto dos profissionais a importância da Reconciliação Terapêutica na Segurança da Medicação.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31



Identificação inequívoca dos doentes

17) Tem implementada estratégia local para a identificação inequívoca do doente? *

 Sim (se sim, anexo evidência)
 Não**Observações / Apoio**

Anexar cópia da estratégia em vigor, com data de aprovação, modo de divulgação e revisão, se aplicável.

(anexo evidência) *

ADM.04-Proc Identificação do Paciente-Vs03.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

- Fomentar o cumprimento do Procedimento ADM.04 nos serviços, através da ação dos Gestores de Risco Clínico locais e dos interlocutores da Qualidade.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31



18) Quantas notificações de incidentes relacionadas com a identificação do doente ocorreram na instituição? *

2

Observações / Apoio

Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de intervenção, etc.

(anexo evidência) *

Relatório_Progressão_RICs_GIARC_2015_Final_Provisório_p_DGS.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

- Manter a monitorização da ocorrência de incidentes relacionados com a identificação do doente e, caso se verifiquem, zelar pelo cumprimento do Plano de Ação resultante da sua análise.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31



19) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da identificação inequívoca do doente, na instituição? *

1

Observações / Apoio

Anexar relatório(s) de auditoria, identificando: data, serviço auditado, âmbito da auditoria/normas e equipa auditora.

(anexo evidência) *

Relatório-6ª Auditoria_Lista_Verif_Risco_e_Segurança_Abr_15_Final.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

- Em 2015 foi efetuada 1 auditoria (abril 2015), à existência de pulseiras de identificação dos doentes, no âmbito da aplicação regular das Listas de Verificação Sobre Risco e Segurança (Comissão de Qualidade e Segurança do Doente).
-Em 2016 pretende-se manter a aplicação das LVRS e auditar o cumprimento do Procedimento ADM.04, para identificação inequívoca do doente.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

20) Que práticas seguras foram realizadas para assegurar a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar. *



1

-Auditoria à Implementação do ADM.04 - Procedimento de Identificação do Doente no CHS.

Observações / Apoio

Identificar o serviço, o público-alvo e nº de realizações.

(anexe evidência) *

II.20_Evidências.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Auditoria à aplicação do ADM.04 - Procedimento de Identificação do Doente no CHS
- Realização do Curso anual de Segurança do Doente

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2016-12-31

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas? *

- Sim
 Não

(anexe evidência) *

II.21_Evidências.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Manter a aplicação sistemática da NOC.CHS.16 - Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31



22) Qual o nº de notificações de incidentes relativas a quedas registradas na instituição? *

200

Observações / Apoio

Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de ação , etc.

(anexe evidência) *

Relatório_Progressão_RICs_GIARC_2015_Final_Provisório_p_DGS.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Manter a monitorização deste tipo de incidentes e adotar novas medidas preventivas / corretivas, se e quando apropriado.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

23) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de quedas, na instituição? *

0

Observações / Apoio

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

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Realizar uma auditoria anual à aplicação da NOC.CHS.16 - Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2016-12-31

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

24) Implementou atividades no âmbito da prevenção de úlceras de pressão? *

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

(anexe evidência) *

II.24_Evidências.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Em 2015 foi efetuada uma avaliação sistemática do risco de úlceras de pressão, de acordo com a NOC "Prevenção das Úlceras de Pressão" que a Instituição tem implementada para o efeito. Para além disso, o Grupo de Trabalho para a Prevenção e Tratamento de Feridas, desenvolveu várias atividades neste âmbito, destacando-se a passagem de uma apresentação destinada aos utentes, sobre prevenção de úlceras de pressão, nos monitores vídeo da consulta externa, assinalando o dia Mundial Stop às Úlceras por Pressão.
- Atendendo à baixa incidência deste problema na Instituição, considera-se que a estratégia atualmente implementada é apropriada, pelo que se vai manter.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31



25) Qual o nº de notificações de incidentes relativas a úlceras de pressão adquiridas na instituição? *

62

Observações / Apoio

Anexar, por exemplo, quadro-resumo, plano de ação , etc.

(anexe evidência) *

Relatório_Progressão_RICs_GIARC_2015_Final_Provisório_p_DGS.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Manter a monitorização deste tipo de incidentes e adotar novas medidas preventivas / corretivas, se tal vier a ser julgado necessário.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31



26) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de úlceras de pressão, na instituição? *

1

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

II.26_Evidências_CHS.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Realizar uma auditoria anual à aplicação da NOC.CHS.14 - Prevenção de úlceras por pressão.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

Notificação, análise e prevenção e incidentes



27) A instituição notifica incidentes noutro sistema sem ser o NOTIFICA? *

- Sim (se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio

Anexe evidência indicando o número e a categoria dos incidentes notificados.

(anexe evidência) *

Quadro_Resumo_Notificação_Incidentes_1janeiro_a_21dezembro2015.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Manter a gestão do Sistema de Notificação de Incidentes da Instituição, conforme Descrição de Funções e Regulamento Interno.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2016-12-31
-----	------------



28) Indique quais as medidas preventivas implementadas, considerando os incidentes de segurança do doente com maior prevalência na instituição? *

- Para cada incidente (de forma individual ou agregada) é desenvolvido um Plano de Ação individual, e implementado ao nível do Serviço ou Instituição, conforme adequado.
 - As medidas corretivas são posteriormente auditadas, e a recorrência de incidentes semelhantes é monitorizada.
 - Não existe um documento único que seja possível disponibilizar.

Observações / Apoio

Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) *

II.28_Evidências.pdf		
----------------------	---	---

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Manter a monitorização deste tipo de incidentes e adotar novas medidas preventivas / corretivas, se tal vier a ser julgado necessário.
--

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2016-12-31
-----	------------

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

 Sim (se sim, anexe evidência)

 Não
Observações / Apoio

Anexar relatório de auditoria interna.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Avaliar a viabilidade de realização de auditorias internas inter pares à metodologia de análise de incidentes, baseadas em incidentes concretos complexos com múltiplos intervenientes.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2016-12-31
-----	------------

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

30) A instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde através dos 4 programas de incidência de infeção (HAI-SSI; HAI-UCI; UCIN; INCS)? *

 Sim

 Não
Observações / Apoio

anexar relatório extraído da plataforma de cada programa com dados da própria instituição.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

A instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde, mais concretamente as INCS na UCI e na Enfermaria de Nefrologia, bem como os casos abrangidos pelo programa HAI-UCI. São objetivos para 2016: continuar com as vigilâncias já referidas e alargar a monitorização das INCS a outros serviços significativos para além da UCI, assim como reiniciar o programa de vigilância de infeção do local cirúrgico, manifestamente impossível no ano transato, dados os constrangimentos em recursos humanos do próprio serviço.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2016-12-31
-----	------------

31) A instituição monitorizou e notificou atempadamente os microrganismos alerta e problema? *

 Sim (anexe evidência)

 Não
Observações / Apoio

Admite-se evidência por amostragem. Anexar cópia do mail enviado para notificação dos microrganismos alerta (amostragem) e problema.

(anexe evidência) *

ANEXO 1_Dados da Microbiologia.pdf		
------------------------------------	---	---

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- A instituição monitoriza e notifica os microrganismos-alerta e microrganismos-problema; a notificação é realizada pelo Laboratório de Microbiologia Serviço de Patologia Clínica no final de cada trimestre. - Em 2016 pretende-se manter monitorização dos microrganismos-alerta e problema.
--

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2016-12-31
-----	------------



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

 Sim (anexe evidência)

 Não
Observações / Apoio

Anexar dados de consumo de antimicrobianos da instituição em qualquer métrica escolhida (DDD, DHD, nº embalagens, despesa).

(anexe evidência) *

ANEXO 2 Carbapenemes e Quinolonas 14_15.pdf		
---	---	---

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

A instituição tem conhecimento e analisa os dados de consumos de antimicrobianos com periodicidade anual. O objetivo para 2016 é monitorizar o consumo de antimicrobianos com periodicidade trimestral.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2016-12-31
-----	------------

33) A instituição tem um programa de apoio à prescrição de antibióticos, de acordo com o Despacho n.º 15423? *

 Sim (se sim, anexe evidência)

 Não
Observações / Apoio

Entende-se por "ter um programa", o facto do mesmo estar estruturado e implementado.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- O GCL CIPRA entende que a existência de um PAPA seria determinante no melhor funcionamento da instituição pelo que a situação se encontra em avaliação, nomeadamente a aquisição de um programa informático.
--

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não	2016-12-31
-----	------------

34) A instituição concluiu e ultrapassou a fase 1 da Campanha de Precauções Básicas de Controlo de Infeção? *

 Sim Não
Observações / Apoio

Anexar checklist de atividades da CPBCI.

(anexe evidência) *

II.34_Precuções Básicas Controlo Infeção.pdf		
--	---	---

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

A instituição faz parte da CPBCI. Em 2015 não foi possível a introdução de dados na plataforma da DGS por esta se encontrar encerrada. Em 2016 propomo-nos manter a participação na CPBCI, de acordo com o preconizado pela DGS e continuar a realizar formação nesta área.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

35) Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenemes de 2014 para 2015? *
 Sim
 Não

Observações / Apoio

Anexar dados de consumo de carbapenemes em qualquer métrica escolhida (DDD, DHD, nº embalagens, despesa).

(anexe evidência) *

II.35_Consumo de Carbapenemes CHS.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Otimizar a prescrição de carbapenemes através de alertas informáticos e de formação específica para prescritores.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

37) A taxa MRSA/Staphylococcus aureus, considerando todos as amostras, diminuiu de 2014 para 2015, na instituição? *
 Sim
 Não

Observações / Apoio

Quando se diz "considerando todas as amostras" implica todos os isolamentos, ie, sem exclusão de repetições no mesmo doente. Deverão ser incluídas colonizações e infeções e excluídas contaminações. Anexar o nº de amostras com isolamento de MRSA e o nº de amostras com isolamento de Staphylococcus aureus.

(anexe evidência) *

ANEXO 1_Dados da Microbiologia.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Ainda que em 2015 se tenha verificado uma discreta melhoria da taxa de infeção por MRSA face ao ano anterior (de 53% para 51%), a incidência desta infeção mantém-se em níveis elevados com carácter de endemicidade no CHS. Em 2016 pretende-se reforçar a campanha de PBCI, implementar e auditar o procedimento interno para controlo da transmissão de microrganismos multiresistentes (recentemente revisto de acordo com norma da DGS) e auditar o seu cumprimento no final de 2016.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

38) Qual % de doentes que adquiriu colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta conforme definição da Norma n.º 004/2013, de 21/02/2013 atualizada a 05/08/2013? *

38) Qual % de doentes que adquiriu colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta conforme definição da Norma n.º 004/2013, de 21/02/2013 atualizada a 05/08/2013? *

Observações / Apoio

Anexar o nº de doentes com colonização/infeção por microrganismo alerta/problema no período em análise e o nº de doentes admitidos no período em análise. Os dados dos doentes que adquiriram colonização ou infeção por microrganismos alerta e problema são fornecidos pelos Laboratórios de Microbiologia.

(anexe evidência) *

ANEXO 1_Dados da Microbiologia.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

A taxa foi calculada com base nos MO notificados até ao final de novembro. Foram isolados – 376 microrganismos problema e 1 microrganismo alerta. A proposta para 2016 é realizar Auditorias ao procedimento interno sobre precauções de isolamento CIF.06.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

39) Qual o nº de notificações de infeções associadas a cuidados de saúde, registados na instituição? *
 (%)

Observações / Apoio

Anexar, por exemplo, quadro-resumo, etc.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Não foi registado nenhum relato de infeção associada a cuidados de saúde no sistema de notificação de incidentes da Instituição. A monitorização de IACS de que dispomos atualmente é a que é realizada através do protocolo dos INCS e HAI-UCI.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

3. MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA

Diagnóstico de Situação em 2015

Prioridade III: Monitorização permanente da qualidade e segurança

1) A instituição avaliou a satisfação do utente? *
 Sim Não

Observações / Apoio

Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

(anexe evidência) *

Gabinete do Cidadão-Relatório de Atividades DGS 2015-2016.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Continuar a registar as reclamações no SGREC (Sistema de Gestão de Reclamações) da Entidade Reguladora da Saúde e proceder à sua análise dentro da Instituição, no sentido de tentar encontrar soluções que satisfaçam as expectativas dos utentes.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

4. RECONHECIMENTO DA QUALIDADE DAS UNIDADES SAÚDE

Diagnóstico de Situação em 2015

Prioridade IV: Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde

1) A instituição está acreditada? *
 Sim Não

Observações / Apoio

Se sim, identificar:
 1) unidades/serviço ou Hospital
 2) qual o modelo (ACSA, CHKS, JCI, outros...)
 3) período de vigência do(s) certificado(s).

(anexe evidência) *

IV.1_Acreditação_CHS.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- O CHS foi objeto de Auditoria pela CHKS em Junho/Julho de 2015, estando a atribuição de nova Acreditação por 3 anos dependente de pequenos detalhes que se prevê estarem resolvidos até final de fevereiro de 2016.

- Em 2016, para além das tarefas necessárias para obtenção da Re-acreditação, irão ser monitorizadas as medidas implementadas à luz do programa de Acreditação do CHKS e programadas ações de ajustamento / correção, se justificado.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-02-29

2) A instituição está certificada? *



Sim, anexe evidência Não

Observações / Apoio

OBSERVAÇÕES/APOIO Se sim, identificar:

- 1) unidades/serviço ou Hospital
- 2) qual a Norma (ISO 9001, outras...)
- 3) período de vigência do(s) certificado(s).

(anexe evidência) *

IV.2_Certificações_CHS.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Manter as atividades inerentes à renovação da certificação dos Serviços Farmacêuticos e dos Laboratórios de Patologia Clínica, de Imunoalergologia e de Imuno-Hemoterapia.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-02-29

5. INFO TRANSP CIDADÃO, AU/TO DA SUA CAPACITAÇÃO

Diagnóstico de Situação em 2015

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



1) Que iniciativas de divulgação de informação ao doente /utente foram realizadas no âmbito da Segurança do Doente? *

-Notícias disponibilizadas no sítio do hospital
-5ª Edição da Campanha 7 Dias com o Coração
-Passagem de uma apresentação destinada aos utentes, sobre prevenção de úlceras de pressão, nos monitores vídeo da consulta externa.
-Passagem de uma apresentação destinada aos utentes, sobre o uso de antibióticos, nos monitores vídeo da consulta externa, da iniciativa do GCLCIPRA e assinalando o Dia Europeu dos Antibióticos.
-Dia de Sensibilização para o Cancro da Tireoide

Observações / Apoio

Anexar entre 1 e 3 exemplos (panfletos, print-screen da página da instituição, etc.).

(anexe evidência) *

V.1_Evidências_CHS.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Continuar a divulgar informação ao doente / utente, contribuindo para a sua capacitação na temática da saúde, designadamente nos aspetos relacionados com a segurança do doente e com a prevenção da doença e/ou das suas complicações.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31



2) Que ações de formação sobre segurança do doente foram realizadas para os utentes? *

No contexto da Segurança do Doente o CHS organizou as seguintes iniciativas:
-5ª Edição da Campanha 7 Dias com o Coração
-Passagem de uma apresentação destinada aos utentes, sobre prevenção de úlceras de pressão, nos monitores vídeo da consulta externa (UPP_Cons Ext 1)
-Passagem de uma apresentação destinada aos utentes, sobre o uso de antibióticos, nos monitores vídeo da consulta externa, da iniciativa do GCLCIPRA e assinalando o Dia Europeu dos Antibióticos (Apresentação Dia Europeu AB 18-11-2015)
-Dia de Sensibilização para o Cancro da Tireoide

Observações / Apoio

Identificar tema(s) da formação, datas e nº de utentes.

(anexe evidência) *

V.2_Iniciativas_Segurança do Doente.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Continuar a desenvolver iniciativas no âmbito da segurança do doente, estando prevista a realização de um vídeo sobre Prevenção da Ocorrência de Quedas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

3) Quais as iniciativas desenvolvidas no âmbito da análise das principais causas de reclamações? *

-Registo e contabilização de todas as reclamações, sua caracterização, agrupamento por serviço visado, análise institucional e elaboração do plano de ação relativamente às tipologias mais frequentes.

Observações / Apoio

Identificar as principais causas de reclamações e quais as principais medidas implementadas.

(anexe evidência) *

Gabinete do Cidadão-Relatório de Atividades DGS 2015-2016.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- Continuar a registar as reclamações no SGREC (Sistema de Gestão de Reclamações) da Entidade Reguladora da Saúde e proceder à sua análise dentro da Instituição, no sentido de tentar encontrar soluções que satisfaçam as expectativas dos utentes.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2016-12-31

Inserir Atividade

6. APROVAÇÕES E HOMOLOGAÇÕES

Plano de Ação aprovado, assinado pelo responsável máximo da Instituição (Presidente do Conselho de Administração/Diretor Executivo) e com o respetivo carimbo.

Data de aprovação * 2016-01-13

Adicionar documento: * Relatório Atividades 2015-Plano Ação 2016-CQSD-DGS_Aprov_PCA.pdf  

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação * 2016-03-30

Adicionar documento: Seleccione...

Ano *

Aprovação do Relatório de Atividades pelo Conselho de Administração/Presidente do ACES

Plano anos anteriores