

Ano

2019

Entidade: *

Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Morada:

Código Postal



N.º de camas:

ARS:

Tipologia: *

 ACES Hospital/Centro Hospitalar Unidade Local de Saúde**PLANO DE ATIVIDADES**Preenchimento do Relatório de Atividades concluído? Sim Não

— 1.PROM GOVER CLÍNICA/MELH QUALI CLÍNICA ORG

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade I: Melhoria da qualidade clínica e organizacional

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

6

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Ponto 1.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Incrementar o número de normas discutidas e analisadas.

Sistematizar o registo das atividades de discussão e análise de normas, já que há a noção de terem sido realizadas diversas atividades deste tipo sem que tenham sido geradas evidências.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

2020-12-31

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

32

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

(anexe evidência) *

Ponto 2.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter e continuar a cumprir o programa de auditorias da Instituição.

Dar mais atenção à auditoria das normas de orientação clínica, gerando evidências das atividades desenvolvidas, já que diversas atividades concretizadas não têm evidência da sua concretização.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

3) Quais as iniciativas desenvolvidas pela instituição para a melhoria da qualidade das prescrições de tratamento, medicamentos e MCDT?

Foram incorporados diversos tipos de alertas na plataforma de prescrição eletrónica. Foi mantida a monitorização regular de consumo de medicamentos, com destaque para antiretrovirais e antimicrobianos, designadamente os mais geradores de efeito colateral de geração de resistências. Elaboração de tabelas de incompatibilidade entre fármacos. Elaboração de protocolos terapêuticos em diversas áreas.

Observações / Apoio
Exemplo: incorporação de alertas nos sistemas informáticos; análise de consumos; protocolos internos , etc.

(anexe evidência) *

Ponto 3.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a monitorização regular do consumo de medicamentos, com particular atenção para aqueles já particularmente monitorizados (biossimilares, antiretrovirais, antimicrobianos, citostáticos, medicamentos dispensados diretamente na

farmácia hospitalar)

Progredir na atenção à correta conciliação terapêutica e a todos os aspetos da transmissão de informação nas transições de cuidados

Progredir na generalização do conceito de stewardship diagnóstica como forma de racionalizar o pedido e uso de MCDT

Concretizar a revisão dos protocolos de terapêutica antimicrobiana

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

5) Tabela Nacional de Funcionalidade

5.1) Taxa de preenchimento:

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

122

Nº total de pessoas saídas com registo da TNF =

0

Observações / Apoio
Despacho 10218/2014, de 8 de agosto:
para utentes entre os 18 e os 64 anos
com patologia crónica serviços
identificados no Despacho

5.2) Média de ganhos funcionais:

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

0.00

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

0.00

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Desenvolver iniciativas para implementar TNF na medida do possibilitado pela contingência covid

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

6) Auditorias Internas aos registos clínicos das notas de alta médica e de enfermagem (N.7 do Despacho nº 2784/2013, de 20 de fevereiro)

6.1) Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no 1º semestre do ano?

12.50 %

6.2) Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no 2º semestre do ano?

16.50 %

Observações / Apoio
Indicar o nº de registos não conformes e o nº total de registos, por semestre.

(anexe evidência)

Ponto 6.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter o cumprimento do plano anual de auditorias, alargando a participação de auditores médicos internos.
 Perspetivar, para os anos seguintes, formação na área das notas de alta.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2020-12-31

7) Sistema de Triagem (Norma nº 02/2015, de 06/03/2015 atualizada a 23/10/2015)**A) Serviços de urgência de adulto**

7.1) Identificação do Sistema de Triagem

Sistema de Triagem de Manchester

7.2) Indicadores da implementação do sistema:

Observações / Apoio
 Indicar a média dos 4 trimestres/ano e anexar na evidência quadro IV) do Formulário de monitorização da Norma nº 02/2015.

Demora média para triagem (hh:mm)

00:12

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:11
Laranja	00:27
Amarela	01:09
Verde	01:07
Azul	01:24
Branca	00:53

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:12
Laranja	00:24
Amarela	01:12
Verde	01:08
Azul	01:55
Branca	00:52

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh: mm)
Vermelha	00:12
Laranja	00:22
Amarela	01:10
Verde	01:06
Azul	01:50
Branca	00:49

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh: mm)
Vermelha	00:13
Laranja	00:23
Amarela	01:17
Verde	01:47
Azul	01:35
Branca	00:55

Ponderação do número de óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridade:

0.00

Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh: mm)
Vermelha	02:31
Laranja	05:14
Amarela	04:22
Verde	02:54
Azul	03:42
Branca	02:19

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh: mm)
Vermelha	02:01
Laranja	04:24
Amarela	04:43
Verde	02:51
Azul	03:31
Branca	02:39

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh: mm)
Vermelha	01:33
Laranja	04:46
Amarela	04:10
Verde	02:39

Azul	02:17
Branca	02:17

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	01:52
Laranja	04:53
Amarela	04:23
Verde	03:01
Azul	03:57
Branca	02:12

(anexe evidência) *

B) Serviços de urgência pediátrica (se aplicável)

A instituição dispõe de Sim
 Serviço de Urgência P
 ediátrica? Não

7.3) Identificação do Sistema de Triagem

7.4) Indicadores da implementação do sistema:

Observações / Apoio
 Indicar a média dos 4 trimestres/ano e anexar na evidência quadro IV) do Formulário de monitorização da Norma nº 02/2015.

Demora média para triagem (hh:mm)

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:12
Amarela	00:28
Verde	01:14
Azul	00:00
Branca	00:00

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:12
Amarela	00:26

Verde	01:25
Azul	00:00
Branca	00:00

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:12
Amarela	00:24
Verde	00:55
Azul	00:00
Branca	00:00

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:14
Amarela	00:22
Verde	00:34
Azul	00:00
Branca	00:00

Ponderação do número de óbitos até à primeira observação médica por nível de prioridade:

0.00

Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	03:18
Amarela	02:10
Verde	02:13
Azul	00:00
Branca	01:19

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	03:03
Amarela	02:00
Verde	01:53
Azul	00:00
Branca	00:55

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00

Laranja	02:40
Amarela	01:51
Verde	01:35
Azul	00:00
Branca	01:27

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	02:48
Amarela	02:06
Verde	02:15
Azul	00:00
Branca	01:18

(anexe evidência) *

Ponto 7.4.zip

8) A instituição identifica projetos de boas práticas implementadas internamente?

 Sim Não

Observações / Apoio

É necessário 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.

(anexe evidência) *

Ponto 8.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a implementação de projetos de boas práticas nos vários serviços do Centro Hospitalar, com natural destaque para os aspetos de atendimento, tratamento, prestação de cuidados e circuitos destinados aos doentes COVID.

Particular preocupação no registo de evidências já que, tal como em quase todas as matérias abrangidas no relatório, a quantidade de iniciativas e projetos concretizados são muito superiores àquelas sobre as quais é possível reunir evidências.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

 Sim Não

Observações / Apoio
Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) *

Ponto 9.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar a promover a apoiar a realização de atividades de investigação clínica no CHBM, EPE.

Estudar e implementar formas de agilizar o processo de submissão e aprovação dos estudos por parte dos investigadores.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

— 3. IMPLEMENT. PRÁTICAS SEGURAS PROCD. CIRÚRGICOS _____

— 4. IMPLEMENT PRÁTICAS SEGURAS UTILIZAÇÃO MEDICAÇÃO _____

— 5. IMPL PRÁTICAS SEGURAS IDENTI INEQUIVOCOS DOENTE _____

— 6. PREVENIR OCORRÊNCIA ÚLCERAS DE PRESSÃO _____

— 7. PREVENIR OCORRÊNCIA DE QUEDAS _____

— 9. / 6. APROVAÇÕES E HOMOLOGAÇÕES _____

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

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 *

2020-09-18

Adicionar documento: *

Plano e Relatório de Atividades 201...

Validação do Plano de Sim Não Em avaliação

Atividades pela ARS *

Data: *

2020-09-29

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação *

2020-10-02

Adicionar documento:

Ano

2. REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade II: Reforço da Segurança dos Doentes

Cultura de Segurança

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

Tendo a última taxa de adesão sido considerada muito baixa, ao contrário da primeira, promoveram-se diversas reuniões de análise no seio da CQS sobre a forma de ultrapassar esta situação, a qual foi atribuída a fatores relacionados com os profissionais e a Instituição e outros relacionados com o próprio inquérito. Os profissionais não consideram que o preenchimento do inquérito contribua para a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes e deles próprios. Procurou-se assim transmitir a noção contrária, acentuando a importância da resposta ao inquérito, embora sem sucesso assinalável.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Retomar a estratégia seguida no primeiro inquérito, monitorizando os níveis de resposta através de listagens por serviço, com a participação das chefias intermédias.

Associar o preenchimento por cada um do inquérito aos aspetos a melhorar em termos de segurança.

Toda esta estratégia só resultará se for claro para os profissionais que há uma relação entre o preenchimento do inquérito e a melhoria da segurança na Instituição.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

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

2.1.) segurança do doente

12 formações, com a presença de mais de 121 profissionais

Observações / Apoio
Identificar: Tema(s) da formação; Datas; Entidade(s) formadora(s); N° de profissionais envolvidos / categoria, etc.

2.1.) segurança do profissional

15 formações com a presença de 148 profissionais

(anexe evidência) *

Ponto 2.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter as atividades que direta ou indiretamente se relacionam com a segurança e a cultura de segurança. Tratando-se de ano naturalmente dominado pela COVID, será inviável promover iniciativas de sensibilização de grande dimensão, quer por não haver recursos disponíveis quer porque a atenção e as preocupações dos profissionais estão direcionadas noutra sentida.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

Segurança da Comunicação

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

4

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

(anexe evidência) *

Ponto 3.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter o cumprimento do programa institucional de auditorias, fazendo da transição de cuidados um dos focos de atenção. Aumentar a participação médica na atividade de auditoria de processos

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não	2020-12-31
-----	------------

Segurança Cirúrgica

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

0,91

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).

(anexe evidência) *

Relatório CSSV_bloco op_2019.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter auditorias internas ao Processo Cirurgia Segura Salva Vidas - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Analisar resultados e propor melhorias para as áreas aplicáveis.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não	2020-12-31
-----	------------

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

Observações / Apoio

Indicar: N.º de incidentes inadmissíveis (por tipo) e o nº de doentes intervencionados.

Local cirúrgico errado: (%)

0

Procedimento errado: (%)

0

Doente errado: (%)

0

Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico: (%)

0

Morte intraoperatória em doentes ASA1: (%)

0

(anexe evidência) *

1323_estatistica_ano19_v2.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter o processo de auditoria e a segurança cirúrgica conforme os resultados evidenciados.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

739

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

(anexe evidência) *

Relatório CSSV 2019. ASSINADO.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter o processo de auditoria e a segurança cirúrgica conforme os resultados evidenciados.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

0

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

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter o processo de auditoria e a segurança cirúrgica conforme os resultados evidenciados. Manter a boa prática e a sensibilização para a notificação caso ocorram incidentes.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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.

(anexe evidência) *

Ponto 8.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Assegurar a atualização da lista de medicamentos LASA, manter a formação sobre medicamentos LASA e o processo de auditoria interna sobre o uso seguro dos medicamentos.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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.

(anexe evidência) *

Ponto 9.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a formação sobre medicamentos LASA e medidas de mitigação do risco inerente ao seu uso. Dar continuidade ao processo de auditoria interna ao Procedimento Geral sobre os medicamentos LASA e monitorizar a implementação das recomendações das auditorias do ano anterior.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

64

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

(anexe evidência) *

Ponto 10.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter as auditorias anuais e monitorizar a implementação das medidas propostas.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

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.

(anexe evidência) *

Ponto 11.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Assegurar a atualização da lista de medicamentos de Alerta Máximo, manter a formação sobre medicamentos de Alerta Máximo e o processo de auditoria interna sobre o uso seguro dos medicamentos.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

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.

(anexe evidência) *

Ponto 12.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a formação sobre medicamentos de Alerta Máximo e medidas de mitigação do risco inerente ao seu uso. Dar continuidade ao processo de auditoria interna ao Procedimento Geral sobre os medicamentos de Alerta Máximo e monitorizar a implementação das recomendações das auditorias do ano anterior.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não

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

72

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

(anexe evidência) *

Ponto 13.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter as auditorias anuais e monitorizar a implementação das medidas propostas. Sensibilizar e promover a melhoria da disponibilização interna de medicamentos aos serviços.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não

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

19

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

(anexe evidência) *

Ponto 14.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter as auditorias anuais e monitorizar a implementação das medidas propostas.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Ponto 15.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dar continuidade às atividades anuais desenvolvidas no âmbito do uso seguro dos medicamentos (formação e auditoria). Continuar o processo de aquisição de carros de medicação com computador a distribuir pelos serviços. Sensibilizar para necessidade de melhoria da rede wireless do CHBM.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

Conforme anexo.

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.

(anexe evidência) *

Ponto 16.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Proceder à aprovação e implementação do Procedimento Geral da Reconciliação Terapêutica que aguarda definição do ponto referente à operacionalização informática do processo. Continuar a articulação com o serviço de Sistemas de Informação para melhorar a inter-operacionalidade entre a aplicação de prescrição de medicamentos (PLH da Glint) e o SClínico para que a reconciliação terapêutica seja feita de modo automático para a nota de alta.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

Identificação inequívoca dos doentes

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Ponto 17.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dar continuidade às atividades anuais desenvolvidas no âmbito da identificação inequívoca de doentes. Continuar a pesquisa de mercado para aquisição de pulseira de identificação com dimensões adequadas para a colocação da etiqueta de identificação em uso no CHBM.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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.

(anexe evidência) *

Notificação de Incidentes Identificaç...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dar continuidade às atividades anuais desenvolvidas no âmbito da identificação inequívoca de doentes. Continuar a pesquisa de mercado para aquisição de pulseira de identificação com dimensões adequadas para a colocação da etiqueta de identificação em uso no CHBM.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

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

(anexe evidência) *

ponto 19.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dar continuidade às atividades anuais desenvolvidas no âmbito da identificação inequívoca de doentes. Continuar a pesquisa de mercado para aquisição de pulseira de identificação com dimensões adequadas para a colocação da etiqueta de identificação em uso no CHBM.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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

Ver anexos.

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

(anexe evidência) *

evid prioridade 2 ponto 20.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Formar sobre a importância da identificação do doente e prevenção de erros nesse processo. Promover a adesão à notificação de incidentes de identificação. Manter a auditoria interna anual aos serviços e identificar as medidas a implementar para diminuir a taxa de incidência de erro de identificação de doentes.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou atividade Sim (Se sim, anexe evidência) ades no âmbito da prevenção de quedas? Não

(anexe evidência) *

prioridade 2 ponto 21.zip

Proposta de atividades para o próximo ano
Adicionar Proposta

Terminar a revisão do procedimento geral Prevenção de Quedas do CHBM de acordo com a Norma da DGS nº 008 de 09/12/2019. Proceder à divulgação do procedimento e realizar formação aos dinamizadores da qualidade dos serviços. Manter a monitorização da prevenção de quedas. Continuar a melhorar o parque de camas dos serviços.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

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

215

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

(anexe evidência) *

Notificação de Incidentes_queda.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a adesão à notificação de incidentes de queda aumentando a cultura de segurança no ambiente interno. Planear intervenções com o objetivo de harmonizar os indicadores obtidos na plataforma de gestão do risco e pelos BI's do SClínico.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

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

1534

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

(anexe evidência) *

Auditoria interna prevenção quedas...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Dar continuidade ao processo de auditoria no âmbito das quedas e retomar a auditoria externa aos serviços, realizadas pelo grupo institucional para a prevenção de quedas conjuntamente com a coordenadora dos programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

24) Implementou atividade Sim (se sim, anexe evidência) ades no âmbito da prevenção de úlceras de pressão? Não

(anexe evidência) *

Ponto 24.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover formação sobre prevenção e tratamento de UPP aos novos enfermeiros. Manter o processo de auditoria no âmbito das UPP. Continuar a melhorar a dotação dos serviços do parque de camas e superfícies de apoio e dispositivos auxiliares de posicionamento e mobilização.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
<input type="radio"/> Não	<input type="text" value="2020-12-31"/>

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

64

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

(anexe evidência) *

Notificação de Incidentes_upp.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Sensibilizar os profissionais para que a notificação de UPP intra hospitalares na plataforma de gestão do risco.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
<input type="radio"/> Não	<input type="text" value="2020-12-31"/>

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

2098

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

(anexe evidência) *

Auditoria interna prevenção e tratam...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover formação sobre prevenção e tratamento de UPP aos novos enfermeiros. Manter o processo de auditoria no âmbito das UPP. Continuar a melhorar a dotação dos serviços do parque de camas e superfícies de apoio e dispositivos auxiliares de posicionamento e mobilização.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

Notificação, análise e prevenção e incidentes

27) A instituição notifica incidentes noutra 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) *

Ponto 27.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover a adesão à notificação de incidentes dos diversos grupos/categorias profissionais. Promover a divulgação dos resultados da notificação de incidentes.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

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

Observações / Apoio
Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) *

Ponto 28.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Promover a formação sobre úlceras de pressão e quedas a todos os colaboradores. Ponderar e propor a aquisição de

equipamentos para mitigar o risco de queda e úlcera dos doentes.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

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

Sim (se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio

Anexar relatório de auditoria interna.

(anexe evidência) *

Ponto 29.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter o processo de auditoria interna à metodologia de análise de incidentes. Implementar e monitorizar as melhorias necessárias. Sensibilização à notificação de incidentes, nomeadamente, durante o processo de acolhimento de novos colaboradores.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

30) A Instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde mais relevantes,

Sim (Se sim, anexe evidência) Não

através dos programas de vigilância epidemiológica em rede Europeia e/ou Nacional:

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Ponto 30.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Reiniciar registo de monitorização da infeção do local cirúrgico. Publicar relatórios em atraso relativamente aos vários programas de VE.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

a) Programa de VE das Infecções do Local Cirúrgico (rede europeia) - HAI-Net-SSI Sim (Se sim, anexe evidência) Não

b) Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (rede europeia) - HAI-Net-ICU Sim (Se sim, anexe evidência) Não

(anexe evidência) *

ExportarPdf.pdf

c) Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia (rede nacional) - HAI-UCIN Sim (Se sim, anexe evidência) Não

d) Programa de VE das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em serviços de internamento de unidades de cuidados de agudos (rede nacional) - HAI-VE-INCS Sim (Se sim, anexe evidência) Não

(anexe evidência) *

INCS_CHBM_2019.pdf

31) A Instituição analisa regularmente os dados das IACS (estrutural/anual) e fornece informação regular de retorno aos profissionais de saúde e gestores? Sim (Se sim, anexe evidência) Não

(anexe evidência) *

Ponto 31.zip

32) A instituição monitorizou e notificou adequadamente os microrganismos alerta e problema, através da rede europeia de VE, de acordo com a Norma da DGS/PPCIRA nº 00 Sim (anexe evidência) Não

4/2013 de 08/08/2013,
atualizada a 13/11/201
5?

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

(anexe evidência) *

Ponto 32.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter as monitorizações realizadas, de acordo com o recomendado.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

32.1. A taxa de Staphylococcus aureus resistentes à metilina (MRSA) no total de Staphylococcus aureus (considerando apenas as amostras invasivas (sangue e líquor) e excluindo os duplicados), calculada por 1000 dias de internamento, diminuiu do ano anterior para o ano atual, na Instituição? Sim (Se sim, anexe evidência) Não

Observações / Apoio
Exclusão de duplicados; Exclusão de contaminações. Apenas amostras invasivas de sangue e líquor; Cálculo por 1000 dias/doente (doentes saídos).

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Adotar reforço das medidas com vista à redução da taxa.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

32.2. Está implementado na Instituição a Norma da DGS/PPCIRA para a prevenção e controlo da transmissão de MRSA, n.º 018/2014 de 09/12/2014, atualizada a 27/10/2015? Sim (Se sim, anexe evidência) Não

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Norma parcialmente aplicada. Identificar fatores que impedem a aplicação integral da Norma e caminhar no sentido do seu cumprimento.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

32.3. A Instituição aplico Sim (Se sim, anexe evidência) a a grelha de avaliação o do risco individual do doente na admissão, de modo a complementar as medidas de isolamento adequada?

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Grelha aplicada de forma irregular e empírica, sem registo de aplicação. Pretende-se ultrapassar obstáculos a uma aplicação integral e organizada, embora a situação de pandemia COVID dificulte, e eventualmente impeça, melhorias nesta matéria.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

33) A instituição tem implementado 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.

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Implementar um programa de apoio à prescrição de antibióticos,

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não 2020-12-31

34) A Instituição recebeu os dados de consumo de antimicrobianos, analisou-os e forneceu informação de retorno aos prescritores/a todos os profissionais de saúde?

Sim (Se 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) *

Ponto 34.zip

35) Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenemos do ano anterior para o ano atual? Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

Observações / Apoio
Anexar dados de consumo de Carbapenemos em DDD (Hospitais).

(anexe evidência) *

Cons. Carb. 2017_2019 Ros..pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter diminuição no consumo de carbapenemos.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

37) A Instituição aderiu aos Feixes de Intervenção (bundles) de prevenção e controlo de infeção associada a dispositivos/procedimentos invasivos:

37.1) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico Sim

Não

a) se sim, indique a percentagem de serviços cirúrgicos aderentes?

100.00 %

b) Se sim, indique se o (s) bloco (s) operatório (s) cumpre os respetivos critérios desta bundle

Sim

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a adesão plena ao bundle por parte dos serviços e dos profissionais. Melhorar a adesão em medidas nas quais essa adesão ainda não é plena.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

37.2) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do trato urinário? Sim

Não

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?

100.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter nível de adesão e auditoria em curso.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

37.3) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção associada ao cateter intra vascular? Sim
 Não

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes 31.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter adesão em serviços que colocam frequentemente cateter central intravascular, mantendo também a auditoria aos processos, dentro do possível perante a evolução da contingência COVID-19.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

37.4) Feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação? Sim
 Não

Se sim, indique a percentagem de UCI/outros serviços clínicos aderentes em que esta bundle **deva ser aplicada** 50.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter elevado nível de adesão ao bundle no serviço aderente e promover adesão no serviço ainda não aderente

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2020-12-31

38) A Instituição aderiu à Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), nomeadamente:

38.1) Módulo da Auditoria às PBCI? Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio
Anexar cópia de formulário de adesão/resultados obtidos

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter destaque do tema do cumprimento das PBCI nas atividades formativas. Equacionar adesão ao módulo de auditoria, consoante o permitir evolução da contingência COVID-19.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

38.2) Módulo de monitorização da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos? Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos aderentes/áreas de atendimento?

%

Observações / Apoio
Anexar cópia de formulário de adesão/
resultados obtidos

(anexe evidência) *

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter observações da higiene das mãos e níveis elevados de adesão a práticas corretas por parte dos profissionais, prosseguindo na tendência crescente de adesão verificada ao longo dos anos na Instituição.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

38.3) Módulo de monitorização do uso de luvas?

Sim (Se sim, anexe evidência)

Não

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?

%

Observações / Apoio
Anexar cópia de formulário de adesão/
resultados obtidos

(anexe evidência) *

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter os bons níveis de uso correto de luvas, melhorando nos serviços onde a margem de melhoria é maior.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

Manter a auditoria e a formação dos profissionais nesta área.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

39) A Instituição elaborou um plano de ação na área da prevenção e controlo de Sim (Se sim, anexe evidência)

infecção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos? Não

Observações / Apoio
Anexar plano interno anual de ação

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

A contingência COVID-19 impediu um correto planeamento da atividade do GCL. Programa-se retoma da atividade regular do GCL, para além da manutenção da vigilância epidemiológica e intervenção no cumprimento de precauções básicas e precauções baseadas nas vias de transmissão.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não

40) A Instituição elaborou um relatório de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e da prescrição antimicrobiana e disseminou a informação pelos gestores e grupos profissionais? Sim (Se sim, anexe evidência)
 Não

Observações / Apoio
Anexar relatório interno anual de atividades e propostas de melhoria

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

As funções desempenhadas na área da gestão da resposta à contingência COVID-19 pela generalidade dos elementos do GCLPPCIRA, geraram indisponibilidade para matérias como a elaboração do relatório de atividades, a qual se pretende retomar.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
Não

41) A Instituição reuniu os critérios exigidos no Despacho 15423/2013 de 26 de novembro, sobre os recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento deste plano de ação? Sim
 Não

Observações / Apoio
*FTE= Número de horas semanais de trabalho: do Coordenador do GCL-PPCIRA; dos Médicos (soma do número de horas de todos os médicos do núcleo executivo do GCL-PPCIRA); Soma do número de horas do (s) Enfermeiro (s) do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA.

42) A Instituição definiu um programa interno de formação, a abranger as temáticas da prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos, incluindo a formação dos recém-admitidos? Sim
 Não

Observações / Apoio
Anexar plano interno anual de formação

(anexe evidência) *

3. MONIT. PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade III: Monitorização permanente da qualidade e segurança

1) A instituição avaliou a satisfação do utente e?

Sim Não

Observações / Apoio
Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

(anexe evidência) *

apresentação satisfação utentes 20...

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a metodologia de avaliação da satisfação dos utentes. Desenvolver metodologias de aumento da taxa de resposta. Ponderar aplicação do questionário aos utentes do Departamento de Saúde Mental.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-10-31

4. RECONHE. DA QUALIDADE DAS UNIDADES SAÚDE

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

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) *

evidencias prioridade 4 ponto 1.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Terminar o Projeto de Acreditação da Unidade de Cirurgia de Ambulatório pelo Modelo ACSA da DGS em 2020.

Iniciar Projeto de Acreditação pelo Modelo ACSA em outros Serviços/Unidades do CHBM, EPE.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

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) *

evidencias prioridade 4 ponto 2.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Terminar os Projetos de Certificação do Serviço de Recursos Humanos e do Serviço de Imunohemoterapia pela Norma ISO 9001 em 2020,

Iniciar Projeto de Certificação pela Norma ISO 9001 em outros Serviços/Unidades do CHBM, EPE.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2020-12-31

5. INFO TRANSP CIDADÃO, AUMENTO D CAPACITAÇÃO

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

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?

De acordo com documento em anexo.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

evidencias prioridade 5 ponto 1.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar a promover a divulgação de informação aos utentes nomeadamente no âmbito da Segurança do Doente. Incluir documentos de ensino/informação aos utentes no próximo relatório (folhetos e cartazes p. ex.).

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

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

De acordo com documento em anexo.

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

(anexe evidência) *

evidencias prioridade 5 ponto 2.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Continuar a promover ações de formação para os utentes em conjunto com os Serviços/Unidades do CHBM, EPE.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

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

De acordo com documento em anexo.

Observações / Apoio
Identificar as principais causas de reclamações e quais as principais medidas implementadas.

(anexe evidência) *

evidencias prioridade 5 ponto 3.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

Manter a análise das reclamações dos utentes e identificação das principais causas de reclamações, em articulação com o Gabinete do Cidadão/Serviço Social. Integrar a informação recolhida nos inquéritos de avaliação da satisfação dos utentes.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não