



CONSORCI
HOSPITALARI
DE VIC

DOSSIER

DE RESULTATS DE QUALITAT I SEGURETAT DE
PACIENTS DEL

CONSORCI HOSPITALARI DE VIC / FHSC

ANY 2023

Document elaborat per:

Unitat de Qualitat i Seguretat de pacients

Consorti Hospitalari de Vic / FHSC

08/08/2024

*Amb la finalitat de potenciar i col·laborar en la disminució de recursos, i seguint el compromís de l'organització vers el medi ambient, us recomanem **no imprimir el document sencer**. Imprimiu únicament els apartats que siguin del vostre interès.*

SUMARI

INTRODUCCIÓ	3
PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS EN TEMES DE QUALITAT	4
POLÍTICA DE QUALITAT I SEGURETAT DELS PACIENTS	4
SEGURETAT DELS PACIENTS	6
Resultats SNISP Cat	7
CIUTADÀ	9
Resultats d'Atenció directa al ciutadà (Client)	9
PROCESSOS	11
Resultats de PLANIFICACIÓ de processos/circuits	11
Modelatge dels processos	11
Acreditació de Centres d'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA a Catalunya	12
Auditories, certificacions i inspeccions	15
Resultats de CONTROL de processos/circuits	16
Programa de detecció precoç del càncer de mama a la comarca d'Osona	16
Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte a la comarca d'Osona (PDPCCR)	16
Protocols institucionals – de procés	18
Resultats de les avaluacions fetes durant l'any 2023	18
PRODUCTE	22
Resultats de PLANIFICACIÓ de producte	22
Resultats de CONTROL de producte	23
ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA	23
Protocols i Altres Documents basats en l'evidència (ADBE)	23
PIPS (PREVENCIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT)	28
Documentació clínica (Atenció Hospitalària aguda)	30
Terapèutica (Atenció Hospitalària aguda)	35
Teixits	40
Tumors	43
Riscos (Atenció Hospitalària aguda)	45
Infeccions (Atenció Hospitalària aguda)	52
Mortalitat (Atenció Hospitalària aguda)	70
ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA (AID)	76
Documentació clínica (AID)	76
Terapèutica (AID)	77
Riscos (Atenció Intermèdia i Dependència)	79
Infeccions (Atenció Intermèdia i Dependència)	85
Mortalitat (Atenció Intermèdia i Dependència)	97

INTRODUCCIÓ

El Consorci Hospitalari de Vic/FHSC (a partir d'ara entitat), en el seu plantejament estratègic, adquireix el compromís d'assolir un desenvolupament sostenible amb la implicació dels diferents grups d'interès. Per aquest motiu integra la Qualitat i la Seguretat de Pacients (QISP) com un aspecte clau per donar resposta a aquest repte. L'entitat treballa en el tema de la millora de la qualitat des de l'any 1985 i la Seguretat de Pacients (SP) segons indicacions de la OMS, des de l'any 2006.

El model de gestió de la QISP de l'entitat té com a punt de partida l'orientació al ciutadà, centrada en la detecció i coneixement de les seves necessitats, en la definició dels processos / circuits per cobrir-les de manera satisfactòria i amb eficiència, i segons la definició dels productes assistencials, docents, de recerca, de millora de la tecnologia i d'innovació, realitzada pels professionals i l'evidència, tot garantint la seguretat dels pacients i la transformació i adaptació de l'organització pel futur.

El Pla director de qualitat i seguretat de pacients de l'entitat és l'instrument de planificació i gestió global de l'organització pel que fa a la qualitat i la seguretat de pacients, per impulsar la millora contínua cap a l'excel·lència. El Pla director 2020-2025 es va aprovar en el Comitè de Direcció del 19/5/2021.

Aquest Pla director de Qualitat i Seguretat de pacients :

- S'alinea amb el Pla de Salut de Catalunya, el Pla de Salut de la regió sanitària centre i el Pla Marc de gestió de la qualitat docent de Catalunya.
- S'alinea amb el Pla Estratègic del Consorci Hospitalari de Vic/FHSC/SAS.
- Contribueix a assolir els objectius i a desenvolupar el pla de millora de l'entitat.
- S'orienta envers la Missió, visió i valors que defineixen l'entitat com a institució.
- Dóna compliment als criteris de qualitat i SP requerits per a l'Accreditació de centres d'aguts.
- Dóna compliment als requisits legals i institucionals referents a temes de qualitat i seguretat.
- S'integra amb el Codi ètic de l'entitat ja que aquest es fonamenta en els principis bàsics de la bioètica: autonomia, beneficència, no maleficència i justícia, que contemplen i inclouen els conceptes essencials vers el pacient de respecte i participació en la presa de decisions, qualitat assistencial, seguretat i equitat.
- Contribueix a donar resposta a alguns dels 17 objectius de desenvolupament sostenibles (ODS) de les Nacions Unides.

La sistemàtica de treball del Programa de Qualitat i Seguretat de pacients es basa fonamentalment en:

- Consolidar i establir un sistema de treball per conèixer les necessitats i l'experiència dels ciutadans, per part de la unitat d'estratègia ciutadana.
- Definició dels processos / circuits per cobrir les necessitats dels ciutadans de manera satisfactòria i amb eficiència, per de la part de la unitat de processos.
- Definició dels productes assistencials realitzada pels professionals que garanteixin la seguretat dels pacients i liderada pels tècnics dels grups de Qualitat i Seguretat de Pacients.
- S'utilitzarà la metodologia del PDCA (Plan, Do, Check, Act), per tal que els productes i processos estiguin planificats, controlats i millorats de forma sistemàtica.
- Ajudar a definir els productes, dissenyar pautes d'actuació (medicina basada en l'evidència), establir sistemes de control (elaboració, implantació i seguiment), proposar/implantar millores i quantificar el cost.

L'ànim de millora contínua i superació constant, orienta el programa de qualitat i seguretat de pacients cap a la integració dins la gestió de la Qualitat total, dels aspectes de seguretat de pacients i de l'acreditació hospitalària.

En aquest dossier de QISP hem diferenciat les dades específiques d'Atenció intermèdia, quan és el cas.

PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS EN TEMES DE QUALITAT

Els professionals del Consorci Hospitalari de Vic participen de forma activa en diferents temes de qualitat, com a membres de grups de treball, coordinant protocols o procediments o com a tècnics dinamitzadors dels diferents grups. Aquesta participació és un dels aspectes d'implicació que es valorarà per a carrera professional.

PROFESSIONALS QUE PARTICIPEN EN TEMES DE QUALITAT

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Difer 22-23
Global	218	247	181	220	207	230	11.11%
<i>Externs</i>	16	15	7	8	9	6	

TÈCNICS I PROFESSIONALS DE LA UNITAT

Independentment de la dedicació, interns i externs.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Global	19	18	17	18	15	17

Comentaris

- ✓ Durant el 2023 ha augmentat un 11,11% els professionals que han participat en temes de Qualitat.
- ✓ L'augment en el nombre de tècnics i professionals de la Unitat de Qualitat i Seguretat de pacients, es deu a que s'han cobert les vacants que hi havia.

POLÍTICA DE QUALITAT I SEGURETAT DELS PACIENTS

Durant l'any 2023 en l'elaboració del nou Pla estratègic de l'entitat s'ha tornat a elaborar una política de qualitat i seguretat de pacients específica, ja que en els últims anys la QiSP estava incorporada dins les diferents polítiques dels grups d'interès.

La política de QiSP aprovada a Comitè de Direcció el mes de març de 2023, i es concreta en:

Orientació vers el propòsit, la visió i els valors

Dins la orientació del propòsit i la visió es preveu orientar l'organització per oferir serveis de qualitat amb criteris d'equitat, efectivitat, eficiència i sostenibilitat, amb la implicació dels diferents grups d'interès, per tal d'aconseguir millores en la salut de la ciutadania, aplicant pràctiques de valor i segures.

Objectiu

-  Consolidar i implicar als professionals en la gestió de la qualitat total utilitzant procediments i recursos d'efectivitat demostrada, mitjançant pràctiques de valor i l'ús del cercle de millora contínua PDCA, per oferir un alt nivell de qualitat en el servei, tot vetllant per la seguretat dels pacients.
-  Implantar un model de gestió basat en la qualitat total, que es fonamenta en conèixer les necessitats dels grups d'interès i en definir els processos per cobrir-les de manera satisfactòria, de forma segura, amb els recursos adients i els productes assistencials de valor definits pels professionals, amb l'objectiu final d'aconseguir una assistència eficient, basada en la utilització dels procediments i recursos d'efectivitat demostrada, que satisfacin a la ciutadania amb una bona experiència, i garanteixi la sostenibilitat de l'empresa.

- CHV Consolidar la gestió de qualitat total i orientar l'empresa cap a la ciutadania, amb la finalitat d'identificar els ciutadans/clients i les seves necessitats, de detectar la seva experiència de l'atenció i d'establir una organització en funció de les seves necessitats, en el marc d'una assistència amable i segura.
- CHV Millorar el continuum assistencial, generar confiança, seguretat i acolliment a la ciutadania, als cuidadors i als clients que contracten serveis.
- CHV Comprometre'ns en garantir la seguretat, la prevenció de la malaltia, la promoció de la salut i a assegurar el continuum assistencial.
- CHV Cercar la màxima qualitat en els resultats, l'excel·lència, la millora contínua i la seguretat dels pacients, fent servir pràctiques de valor.
- CHV Proporcionar assistència de qualitat i segura, basada en criteris d'eficiència amb suport metodològic i acreditada de forma externa (certificacions, premis, auditories).

Àmbit

La base d'aquest model és l'equilibri constant entre les *capacitats del personal*, la *satisfacció del client* i els *recursos disponibles*.

- CHV L'aparició de nous coneixements científics i avenços tecnològics comporta una adaptació constant del personal i de l'organització.
- CHV Els canvis que s'experimenten en l'evolució de la societat repercuteixen en les necessitats i expectatives de la població, pel què és necessari que ens adaptem a aquest dinamisme.
- CHV La limitació de recursos implica fer-ne una gestió acurada.



- CHV Les direccions establiran un sistema de treball on els processos/circuits i productes estiguin planificats, controlats i millorats, segons les necessitats dels ciutadans/clients.
- CHV Els projectes, estudis i nous sistemes d'organització tindran com a pilars fonamentals orientar-nos vers els ciutadans/clients, millorant la seva salut, garantint la seva seguretat i la millorant l'eficiència.
- CHV Les direccions impulsaran que el personal participi en activitats que potenciïn la millora contínua, el treball en equip i la gestió de la qualitat i la seguretat de pacients.
- CHV Les direccions establiran un sistema de gestió de la qualitat i SP no com un objectiu, sinó com un sistema de treball, mitjançant el cercle de millora contínua PDCA (Plan/Do/Check/Act; planificar, aplicar, controlar i millorar).

Operativa per portar-ho a terme

- CHV La Direcció reconeixerà en els directius als líders de la gestió de la qualitat en el seu àmbit, sent els responsables d'instaurar sistemes de planificació, control i millora, per tal d'atendre les necessitats dels ciutadans/clients, oferint un producte de reconeguda qualitat, per tal d'aconseguir millores en la salut, i en la seva atenció.
- CHV La Direcció posarà a disposició dels directius el suport metodològic necessari per tal de poder planificar, controlar i millorar el seu producte. El suport es realitzarà des del Programa de Qualitat, mitjançant el personal tècnic responsable dels grups, que utilitzarà les eines més adients, assessorant i donant la uniformitat metodològica necessària.
- CHV S'establiran accions formatives i de divulgació de temes de qualitat i seguretat dels pacients per al personal, fomentant així una cultura de millora contínua i de seguretat dels pacients en la pràctica habitual.

SEGURETAT DELS PACIENTS

La vigilància de la seguretat dels pacients prevista al Consorci Hospitalari de Vic s'estableix dins la sistemàtica de Qualitat, i es fomenta en cinc principis bàsics:

- **El lideratge** dins l'organització: incorporació d'objectius estratègics sobre seguretat, responsabilitat del tema de la Gerència i dotació de recursos necessaris per dur-ho a terme.
- Considerar els límits humans en el **disseny dels processos**: dissenys de tasques tenint en compte la seguretat, evitar refiar-se de la memòria i de la vigilància, simplificar processos i protocol·litzar.
- Promoure el **treball en equip** efectiu: formar als equips i fer participants als pacients en el procés d'atenció.
- **Anticipar-se** a allò que és inesperat: actitud proactiva d'anàlisi, procediment d'actuació per quan es produeixi un error i impulsar la HC informatitzada (informació en el punt d'atenció).
- Crear un **ambient d'aprenentatge**: fer simulacions, promoure declaració d'errors, garantir una actitud no punitiva, cultura de treball de fluïdesa en la comunicació i incrementar la formació, i aprenentatge a partir dels errors.

Les actuacions de seguretat dels pacients que es realitzen al Consorci Hospitalari de Vic, estan enfocades segons el tipus d'anàlisi. Hi ha una visió de macroanàlisi i una visió més de microanàlisi, establint-se actuacions a diferents àmbits, per poder tenir un efecte que s'impregni dins l'organització.

NIVELL D'APLICACIÓ DE LA SEGURETAT DELS PACIENTS AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	 Instrucció A132f.- Comitè de seguretat dels pacients, aprovat pel Comitè de Seguretat dels pacients a 14 /06/June 2022 (versió 09)  Instrucció A422a.- Funcionament del grup de seguretat dels pacients, aprovat Comitè de Seguretat dels pacients Juny 2022el 18.06.2020 (versió 02)  Banner específic de seguretat dels pacients disponible a la intranet  Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	 Actes de les reunions del Comitè de Seguretat dels Pacients per seguiment de temes , disponibles a Qualitat: 12.04.2023, 20.06.2023 i 22.11.2023. Contingut de cada acta: ○ Lectura i aprovació, si s'escau, de l'acta de la reunió anterior. ○ Aprovació de documents, si s'escau. ○ Indicadors de SP del Departament de Salut (QComandament). ○ Projectes avalats per la màxima evidència científica (OMS): - Higiene de mans - Identificació inequívoca / Caigudes - Errors de medicació - Hemoderivats - Bacterièmia per catèter - Xec-list quirúrgic - Pacient politraumàtic - Suïcidi - Contencions ○ Esdeveniments adversos. ○ Activitats i funcionament dels grups de millora de SP ○ Actuació en Segones Víctimes. ○ Formació relacionada amb SP ○ Difusió feta sobre seguretat de pacients ○ Resum dels acords presos  Actes de les reunions dels referents dels grups de millora de SP amb el tècnic: 25.01.2023, 22.03.2023, 07.06.2023, 27.09.2023 i 22.11.2023.  Actes de les reunions de seguiment de la cap de Qualitat i SP amb el tècnic: 23/02/2023, 01/06/2023, 25/09/2023 i 08/11/2023.

Desplegament (continua)	 Actes de les reunions dels referents dels grups de millora de SP amb els membres de cada grup: • Alternatives a l'hospitalització: 28.03.2023, 06.06.2023 i 07.11.2023 • Àrea quirúrgica: 27.03.2024, 19.06.2023, 25.09.2023 i 27.11.2023 • Hospitalització: 13.02.2023 • HSJM: 07.02.2023 i 05.06.2023. • Àrea Salut Mental: 22.02.2023, 17.05.2023 i 27.11.2023. • UCI: 12.04.2023, 19.07.2023 i 21.11.2023. • Urgències: 29.03.2023, 14.09.2023 i 15.12.2023
Avaluació	 Presentació de resultats en la reunió de la Comissió de Qualitat amb la direcció, realitzada el 8/11/2023 amb propostes de millora per l'any següent.  Seguiment dels esdeveniments adversos detectats al SNISP Cat.  Seguiment de dades SNISP Cat 2023: 170 registres (<i>per àrees veure annex</i>)  Lliurament al Departament de Salut dels indicadors de seguretat dels pacients de l'HUV; ○ Tancament indicadors any 2023 (obligatoris + opcionals): 13.02.2024 ○ Tancament indicadors del primer semestre 2023: 25.07.2023. ○ Dels 79 objectius, 48 obligatoris i 31 opcionals (d'aquests s'han respost el 74,2%)
Revisió	 Instrucció A132f.- Comitè de seguretat dels pacients – versió 09 (juny 2022)  Instrucció A422a.- Funcionament del grup de seguretat dels pacients – versió 02

RESULTATS SNISP CAT

UBICACIONS ON S'HAN PRODUÏT ELS INCIDENTS

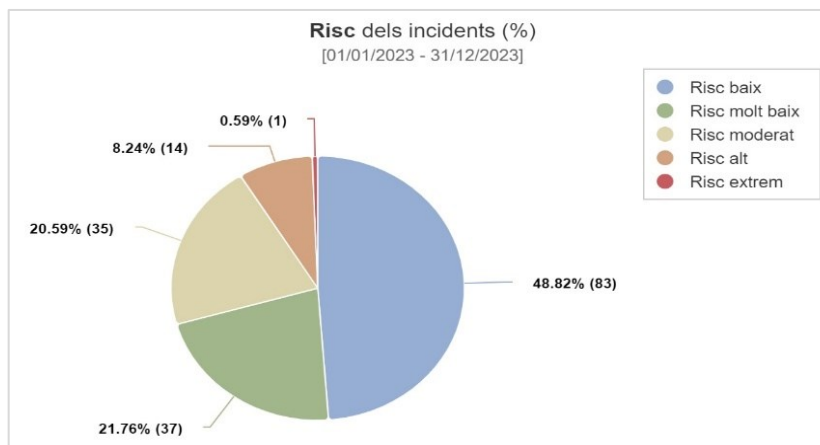
- UCI: 58 (34,11%)
- Àrea ambulatoria: 30 (17,64%) (Hospitals de dia, consultes externes i hospitalització domiciliària)
- Urgències: 29 (17,05%)
- Àrea hospitalització: 27 (15,88%)
- Àrea quirúrgica: 17 (10%)
- Hospital Sant Jaume: 5 (2,94%)
- Salut Mental: 4 (2,35%)

QUI NOTIFICA ELS INCIDENTS

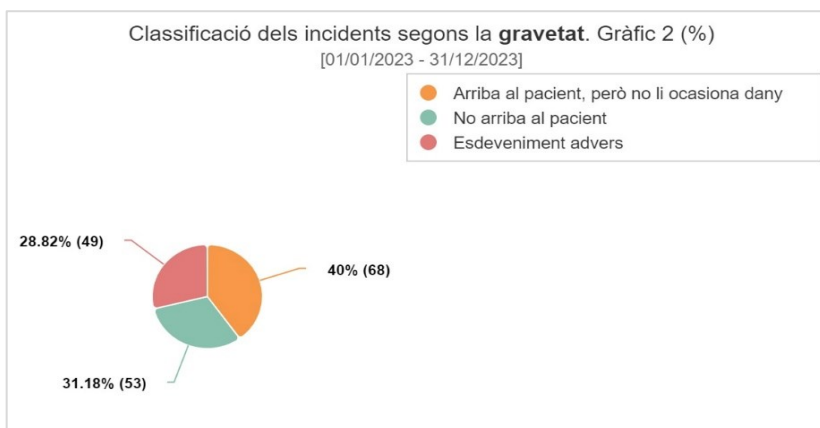
Per categories

- Infermer: 121 notificacions (74,23 %)
- Metge: 29 notificacions (17,79%)
- Tècnic grau superior: 6 notificacions (3,68%)
- Fisioterapeuta: 2 notificacions (1,23%)
- Farmacèutic: 2 notificacions (1,23%)
- Tècnic cures aux. infermeria: 1 notificació (0,61%)
- Altres: 2 notificacions (1,23%)

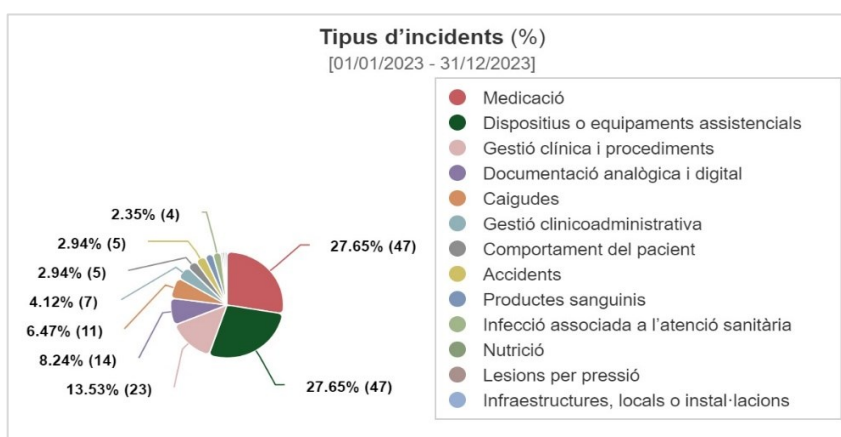
MATRIU DE RISCOS DELS INCIDENTS



CLASSIFICACIÓ SEGONS GRAVETAT



TIPUS D'INCIDENTS:



Comentaris

- ✓ Més de la meitat dels incidents notificats estan relacionats amb medicació (27,65%) i dispositius/equipaments assistencials (27,65%).

(👉 Tornar a l'índex)

CIUTADÀ

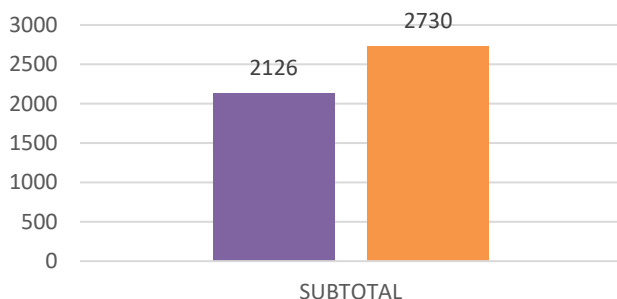
Des de la Unitat de Qualitat i Seguretat de Pacients es demana a Atenció a la Ciutadania els aspectes més rellevants de l'atenció als ciutadans relacionats amb el grau de satisfacció dels pacients a través de l'atenció directa.

RESULTATS D'ATENCIÓ DIRECTA AL CIUTADÀ (CLIENT)

El quadre total de resultats i incidències ateses a la Unitat pel que fa a l'atenció directa al pacient és el següent:

	2022	2023	Variació 23/22	
			71	10%
			533	37%
SUBTOTAL	2126	2730	604	28%
			0	0%
			1	6%
			-20	-30%
			45	31%
			-75	-14%
	s/n		-	-
	s/n		-	-
SUBTOTAL:	841	867	26	3%
TOTAL:	2967	3597	630	21%

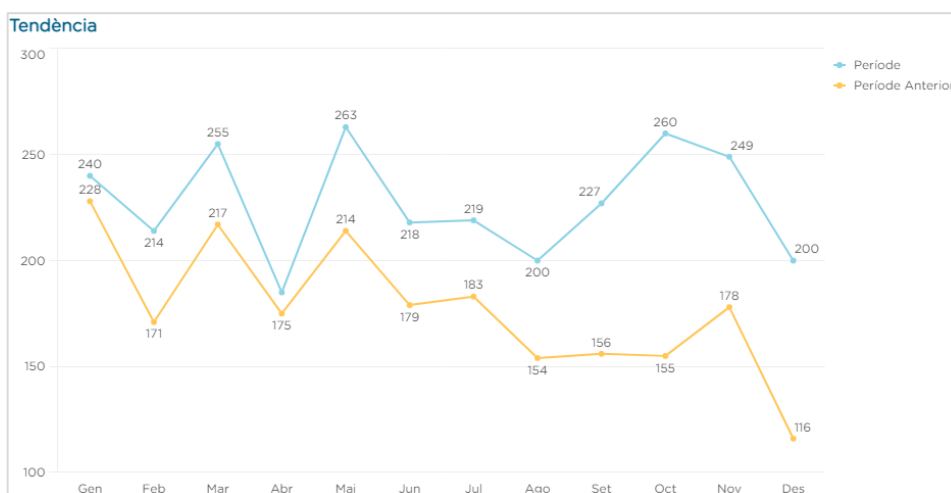
Total de reclamacions i suggeriments. Comparativa 2022 i 2023.



DIES DE RESPOSTA RECLAMACIONS		
	2022	2023
Resposta interna < 10 dies	43,10%	49,10%
Resposta definitiva < 15 dies	45,50%	27,20%
Mitjana temps resposta definitiva	34,9	36,51
DIES DE RESPOSTA SUGGERIMENTS		
	2022	2023
Mitjana temps resposta definitiva (dies)	11,48	13,41

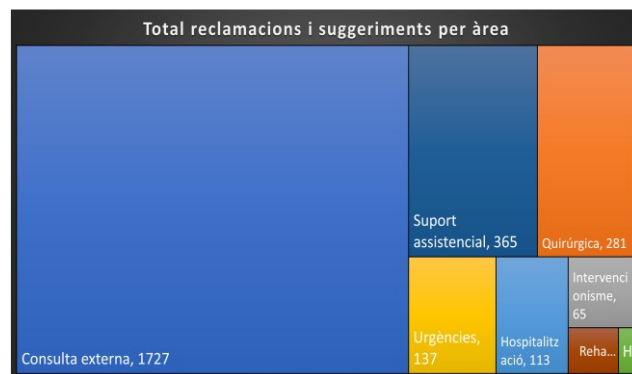
La línia evolutiva és la següent;

	2019	2020	2021	2022	2023
Reclamacions	731	398	504	683	754
Suggeriments	1476	1353	1833	1443	1976
TOTAL	2207	1751	2337	2126	2730



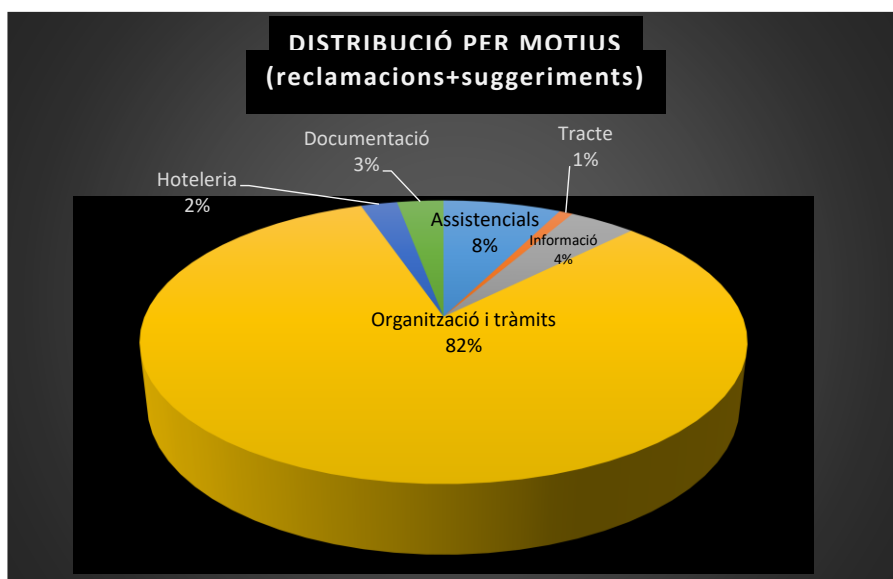
Distribució de totals per àrees i àmbits (reclamacions+suggeriments)

AREA/ÀMBIT	Aguts	At.Interm i de	Privat	Salut Mental	TOTAL	Total 2022
Hospitalització	85	8	15	5	113	83
Quirúrgica	276	0	5	0	281	182
Intervencionisme	65	0	0	0	65	72
Urgències	110	0	25	2	137	114
Consulta externa	1539	5	14	169	1727	1291
Hospital de dia	11	0	0	0	11	3
Suport assistencial	339	0	26	0	365	351
Rehabilitació	31	0	0	0	31	30
Total	2456	13	85	176	2730	
Total 2022	1942	14	51	119	2126	



Total per Motius en els diferents àmbits (reclamacions+suggeriments)

MOTIUS PER ÀMBIT	Aguts	At. Inter. i dep.	No públic	Salut mental	TOTAL	Total 2022
Assistencials	183	2	19	12	216	183
Tracte	21	0	2	2	25	15
Informació	101	0	13	8	122	93
Organització i tràmits	2177	6	45	156	2384	1805
Hoteleria	53	5	7	2	67	30
Documentació	73	0	7	5	85	60
TOTAL	2608	13	93	185	2899	
Total 2022	1996	15	53	122	2186	



(👉 Tornar a l'índex)

PROCESSOS

RESULTATS DE PLANIFICACIÓ DE PROCESSOS/CIRCUITS

MODELATGE DELS PROCESSOS

El mapa de processos vigent és l'aprovat en el Comitè de Direcció del 19 de maig de 2021.



ACREDITACIÓ DE CENTRES D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA A CATALUNYA

L'acreditació de centres sanitaris és un procediment segons el qual una organització sanitària s'incorpora a un procés de verificació externa, que avaluarà el nivell en què se situa aquesta organització en relació a un conjunt d'estàndards prèviament establerts.

L'acreditació té com objectius:

- Impulsar el conjunt de professionals dels centres sanitaris a analitzar la seva organització i a incidir en la millora de la qualitat de l'assistència que s'hi presta.
- Garantir la competència de l'organització amb un nivell de qualitat realista i consensuat.

L'avaluació del centre sanitari es porta a terme per part d'una auditoria externa i, posteriorment, el Departament de Salut emet el dictamen en forma de certificat.

Està regulada per llei des de l'any 1981. Des d'aleshores ha sofert diferents reformes, l'última i més rellevant és la publicació del decret 5/2006, regulador de l'Acreditació de centres d'atenció hospitalària d'aguts i de les entitats avaluadores. A partir d'aquesta reforma l'estructura dels estàndards s'inspira en el Model EFQM d'Excel·lència: 5 criteris d'agents i 4 criteris de resultats.

Des de la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària (DGORS) se'ns informa de la vigència dels certificats d'acreditació dels centres d'atenció hospitalària aguda atorgats fins a 31 de desembre del 2023 (Resolució SLT/621/2023).

L'any 2023 s'ha editat un nou Manual d'Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya on:

- S'han fusionat i/o modificat un total de 180 estàndards essencials
- Han passat a Essencials (E) un total de 131 estàndards No essencials (Q)
- S'han incorporat 69 estàndards nous (E+Q)

Finalment, el nou model inclou 1312 estàndards en la seva totalitat, 832 dels quals són essencials (E) i 480 No essencials (Q)

Metodologia de treball

Cada centre d'atenció de l'entitat (Aguts, Atenció Intermèdia-Dependència i Salut Mental) compta amb un responsable per l'Acreditació.

L'únic centre que s'acredita externament és l'hospital d'aguts (HUV), i anualment s'assigna en un Comitè de Direcció, el director i dinamitzador responsables de cada criteri i subcriteri.

L'operativa de seguiment està assignada al Unitat de Qualitat, concretament en la seva Cap, i compta amb una tècnica dinamitzadora per cada centre. Aquest seguiment es tradueix en:

- Suport i acompanyament als Directors i Dinamitzadors de cada criteri/subcriteri en el treball de les evidències.
- Gestió, amb el Departament de Salut, de la informació i documentació que genera el procés d'Acreditació sempre amb el vist i plau de la Direcció de l'entitat.

L'HUV ha passat dues avaluacions externes de l'acreditació d'aguts, el 2009 i el 2013. Estem en procés de finalitzar el procés d'acreditació del 2023.

Enguany hem disposat de la plataforma OCTOKPI per que els Dinamitzadors referents penguin els documents que donen resposta als estàndards d'acreditació que els hi corresponen i posteriorment la Referent operativa de l'Acreditació ha avaluat la seva validesa. Aquestes evidències són les que s'han utilitzat per nodrir la Plataforma d'Acreditació del Departament de Salut (PADS), prioritzant els estàndards Essencial que són els que seran avaluats.

El procés de recollida d'evidències va finalitzar el 22 de desembre de 2023 que és quan es va donar per tancat l'enviament de l'autoavaluació al Departament de Salut. Estem a l'espera del procés d'avaluació externa per l'empresa IDCQ que es va fer efectiva els dies 27 i 28 de maig de 2024.

NIVELL D'APLICACIÓ DE L'ACREDITACIÓ AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	- Informe de resolució del Departament de Salut del resultat definitiu de l'acreditació 2013, rebuda el 05/05/2014. - Procediment A4.3 Realitzar Acreditacions i Autoritzacions Administratives. Instrucció A43a: Acreditació Hospitalària (revisió 08/11/2019). - Quadre de Dirigents i Dinamitzadors HUV (CD 21/08/23). - Base de dades evidències de l'Acreditació a l'HUV. Plataforma OCTOKPI - Manual acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda de Catalunya. Abril 2023
Desplegament	- Assignació d'estàndards a Dinamitzadors i comunicar la operativa de la plataforma OCTOKPI - Presentació de conceptes bàsics Acreditació a Dinamitzadors (10/05/2023) - Presentació Manual usuari Acreditació de la plataforma OCTOKPI (10/05/2023) - Reunions de seguiment i explicació d'estàndards corresponents a Dinamitzadors/Dirigents i conceptes clau (total 23 reunions de treball, veure dates a l'annex) - Reunions de seguiment amb la Cap de Qualitat: 08/05/2023, 30/05/2023, 30/08/2023, 29/09/2023 i 21/11/2023. - Reunions setmanals amb grup "Referents Acreditació BCN (ACRE)": per aclariments i dubtes sobre estàndards - Reunions setmanals amb empresa responsable de la plataforma OCTOKPI - Validació de les evidències penjades a plataforma OCTOKPI (de juny a desembre 2023)
Avaluació	- Presentació estat de situació reunió del grups tècnics de Qualitat amb membres del CD (08/11/2023) - Presentació estat de situació a la Gerent el 27/11/2023 - Informe anual de l'estat d'Acreditació presentat a CD el 06/02/2024 - Tancament a la PADS Autoavaluació interna (Plataforma Acreditació Departament de Salut): 91% - Avaluació de resultats i presentació del Pla de Millora a Dinamitzadors (28/02/2024 i 01/03/2024) - Planificació individual amb Dinamitzadors del Pla de Millora a 3 anys (total 25 reunions de treball, veure les dates a l'annex) Resultat final Acreditació externa del Departament de Salut és del 92.03% (assolim el nivell per certificació) passada el 27 i 28 de maig de 2024.
Revisió	- Quadre de distribució de criteris a Dirigents i Dinamitzadors. Aprovat a CD el 06/02/2024. - Revisió Instrucció A43a: Acreditació Hospitalària

EVOLUCIÓ DE L'ESTAT DE L'ACREDITACIÓ A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC

Els resultats de l'auditoria externa a l'Hospital Universitari de Vic han estat:

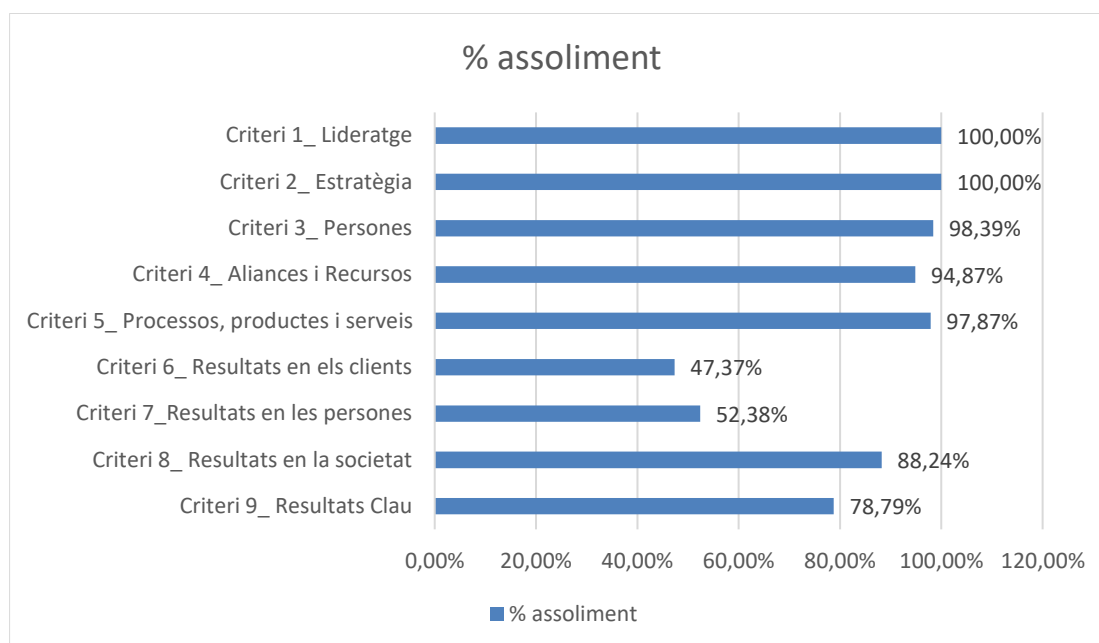


Anualment s'ha fet **autoavaluació** interna dels estàndards essencials i No essencials. Al 2023 s'han prioritzat els essencials.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (*)	2023(*)
Estàndards essencials	89,94%	91,38%	92,67%	93,87%	90,39%	82,68%	82,77%	91%
Estàndards excel·lència	--	--	--	64,11%	64,25%	63,81%	60,22%	---

Autoavaluació dels estàndards segons el manual d'Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda de Catalunya emès el 2020 (publicat al 2023)

RESULTATS DE L'AVALUACIÓ EXTERNA (92,03%) DISTRIBUIT PER CRITERIS



AUDITORIES, CERTIFICACIONS I INSPECCIONS

INFORME DE TANCAMENT DE LES ACTIVITATS REALITZADES PER AUDITORIES, CERTIFICACIONS, INSPECCIONS ANY 2023/2024

Enfocament	 Informe Auditoria interna UNE-EN-ISO 9001:2015 Laboratori Clínic (22/06/2022)  Informe resolució Auditoria externa UNE-EN-ISO 9001:2015 laboratori clínic (13/07/2022)  Informe Acreditació Unitat de Ferides FHSC (any 2018)  Instrucció A432a_Instrucció registre audits (12/2013)
Desplegament	 Auditoria Interna Laboratori Clínic (30/06/2023) ○ Auditors Internes: Raquel Carrera i Ester Redón  Auditoria Externa Laboratori Clínic (12/07/2023) ○ Empresa Auditora OCACERT  Auditoria Interna Diagnòstic per la Imatge(13/07/2023) ○ Empresa Auditora ATHENEA SOLUTIONS i Ester Redón  Auditoria Interna Rehabilitació (22/06/2023) ○ Empresa Auditora ATHENEA SOLUTIONS
Desplegament	 Inspecció Programa Concordia Banc de Sang de Cordó (08/11/2023) ○ Empresa Auditora FACT NETCORD  Recreditació Unitat de Ferides FHSC (Recollida Documentació i enviada: 07/04/2024) ○ Entitat Acreditadora: GNEAUPP  Inspecció Laboratori Clínic i Anatomia Patològica (enviada documentació 19/12/2023 i 14/06/2024) ○ Organisme que sol·licita i Acredita: DGORS ○ Reunions de seguiment intern estat documentació: 07/09/2023, 18/09/2023 29/01/2024 ○ Reunió amb responsable DGORS per dubtes accions correctores 29/01/2024  Formació: ○ Sessions formatives ISO 9001:2015 per comandaments RHB i Diagnòstic per la Imatge (22/02/2024, 04/04/2024) ○ Formació eBDIplus (Gestor Documental) per referents ISO RHB i Diagnòstic per la Imatge (11/03/202406/06/2024 i 07/06/2024) ○ Sessions grupals ISO 9001:2015 RX i RHB: 13/06/2024
Avaluació	 Laboratori Clínic: Resolució de les incidències i no conformitats detectades en l'Auditoria Interna i Externa 2023  Diagnòstic per la Imatge: Resolució de les incidències i No conformitats detectades en l'Auditoria Interna 2023  Rehabilitació: Resolució de les incidències i No conformitats detectades en l'Auditoria Interna 2023
Revisió	 Revisió Instrucció A43b: Auditories Internes (juny 2024)  Certificació Laboratori Clínic ISO 9001:2015 (2023)  Informe ISO 9001:2015_Auditoria Interna ATHENEA SOLUTIONS (2023)

(👉 Tornar a l'índex)

RESULTATS DE CONTROL DE PROCESSOS/CIRCUITS

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DEL CÀNCER DE MAMA A LA COMARCA D'OSONA

Els indicadors de resultats es calculen segons l' "European Guidelines for quality assurance in mamography screening" 4a. Ed. 2006 (EGC). El tractament estadístic i analític de les dades de les rondes del programa d'Osona ha estat dut a terme fins l'any 2018 pels serveis de l'Oficina tècnica de Sabadell (UDIAT, Parc Taulí); a partir de l'any 2019, les dades han estat obtingudes i calculades per la unitat d'Epidemiologia clínica de l'entitat i són les següents.

	RONDES								NIVELL EGC	
	5a (2009-10)	6a (2011-12)	7a (2013-14)	8a (2015-16)	9a (2017-18)	10a (2019-20)	11a (2021-22)	12a (2023)	Acceptable	Desitjable
Taxa de participació	87,5%	85,9%	86,5%	84,1%	84,4%	68,9%	76,9%	79,3%	> 70%	> 75%
Taxa de recitacions	4,6%	4,6%	3,5%	3,6%	3,9%	4,4%	3,3%	0,96%	< 7%	< 5%
Taxa de càncers detectats	5,6‰	4,8‰	4,8‰	4,8‰	4,6‰	4,4‰	3,4‰	5,3‰	< 7 ‰	3,5 i 5 ‰
Càncers invasors ≤10 mm Ø	29,6%	27,3%	41,8%	24,5%	38,2%	27,8%	32,6%	17,5%	≥ 25%	≥ 30%
Càncers invasors amb ganglis (-)	83,1%	81,81%	81,48%	64,2%	75,2%	66,7%	65,5%	35,0%	> 70%	> 75%

Comentaris

- ✓ Els indicadors dels resultats del primer any (2023) de la dotzena ronda (2023-2024) freqüen –arribant-hi o no arribant-hi- el nivell desitjable establert per l' "European Guidelines for quality assurance in mamography screening" 4a. ed. 2006 (EGC). Es pot dir que el rendiment i eficàcia del programa durant l'any 2023 es troba en nivells molt correctes, tot i una baixada espectacular de la taxa de recitacions. Les característiques dels càncers invasors segons mides i absència de ganglis es troba afectada per valors no informats o desconeguts en el moment del seu registre.

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DEL CÀNCER DE CÒLON I RECTE A LA COMARCA D'OSONA (PDPCR)

Es va recuperar el retràs pandèmic i el primer de gener de 2023 va començar la cinquena ronda del programa de prevenció secundària del càncer colo-rectal a la comarca. A finals de 2023, tal com estava previst va acabar la participació per cinquena vegada dels residents als municipis de Vic i de Roda de Ter i a les àrees bàsiques de salut de la Vall de Ges, de Sant Hipòlit de Voltregà, de Tona i de Santa Eugènia de Berga. El ritme de les invitacions, el flux de proves de les farmàcies al laboratori i la programació de les colonoscòpies a les persones amb un resultat positiu, han demostrat una perfecta coordinació de l'oficina tècnica amb les farmàcies, amb les gestores de casos de l'entitat i amb l'activitat del servei de digestologia (programar i dur a terme les colonoscòpies).

Les dades que es presenten corresponen a l'anàlisi duta a terme a mesura que els participants positius acaben el circuit diagnòstic i es completen i tanquen de manera dinàmica. La informació de la taula correspon a les extraccions de tancament de la tercera ronda (el 25 d'abril de 2022) i de la quarta ronda (el 14 d'abril de 2023). Les dades de la cinquena ronda corresponen a l'extracció del 10 de juny de 2024 i, per aquest motiu, són dades parcials.

En relació a la positivitat de les proves, l'Institut Català d'Oncologia va revertir el dintell de positivitat i, des del primer d'agost de 2022, torna a ser de 100 nanograms d'Hemoglobina per microlitre. Del 27 de juliol de 2020 al 31 de juliol de 2022, el punt de tall per a dictaminar un resultat de detecció de sang oculta en femta com a positiu va passar a ser de 155 ng Hb / µL. Això va comportar que l'any 2020 (3a. Ronda) no fossin citades 132 persones i que 257 no fossin citades en la 4a. Ronda.

	3a ronda (Anys 2019 i 2020)	4a ronda (Anys 2021 i 2022)	5a ronda (Any 2023 i 2024) ¹
Població diana	38.701	39.547	35.402
Exclusions	799	797	570
Població elegible	37.902	38.750	34.832
Participació (P)	23.826 (62'9%)	23.870 (61'6%)	17.403 (50'0%)
Cobertura (P+ colonoscòpia prèvia)	24.187 (63'8%)	24.132 (62'3%)	17.454 (50'1%)
PSOF positiva a > 155 ngHb/μL	1.094 (4'6%) ²	855 (3'6%)	---
PSOF positiva a > 100 ngHb/μL	1.226 (5,1%)	1.112 (4'7%)	685 (3'9%)
Colonoscòpies realitzades (amb resultat)	995 (91'0%)	781 (91'3%)	540 (78'8%)

Resultats de les colonoscòpies	3a ronda (Anys 2019 i 2020)	4a ronda (Anys 2021 i 2022)	5a ronda (Any 2023 i 2024)
Normal o negativa	306 (30'8%)	242 (31'0%)	194 (35'9%)
Adenoma baix risc	255 (25'6%)	212 (27'1%)	154 (28'5%)
Adenoma risc intermedi	230 (23'1%)	213 (27'3%)	116 (21'5%)
Adenoma alt risc + Ca. In situ	119 (12'0%)	40 (5'1%)	21 (3'9%)
Càncer invasor	30 (3'0%)	27 (3'5%)	17 (3'1%)

Comentaris

- ✓ Les dades de la cinquena ronda corresponen a l'anàlisi duta a terme amb les dades extretes del sistema el dia 10 de juny de 2024.
- ✓ La taxa de càncer invasiu diagnosticat ha tingut la següent evolució: 1a ronda = 3'8 càncers per mil participants, 2a ronda = 1'8 per mil participants, 3a. ronda = 1'3 càncers per mil participants i 4a ronda = 1'1 per 1.000 participants. Les dades parcials de la 5a. Ronda són d'1,0 per mil.
- ✓ El seguiment dels positius d'acord amb els resultats de la PDSOF i la modificació del seu punt de tall i l'organització de les colonoscòpies es basa en les directrius de l'Institut Català d'Oncologia.

¹ La cinquena ronda va començar el primer de gener de 2023 i la columna conté les dades fins a l'extracció de resultats del dia 10 de juny de 2024.

² A partir del 27 de juliol de 2020, el punt de tall per a positivitat de la PDSOF va passar de 100 ngHb / μL a 155 ng Hb / μL però, a primer d'agost de 2022, s'ha revertit la positivitat al valor de 100 ngHb/μL.

PROTOCOLS INSTITUCIONALS – DE PROCÉS

Inclosos dins els protocols institucionals s'hi poden trobar els que fan referència a temes de procés o circuits organitzatius.

RESULTATS DE LES AVALUACIONS FETES DURANT L'ANY 2023

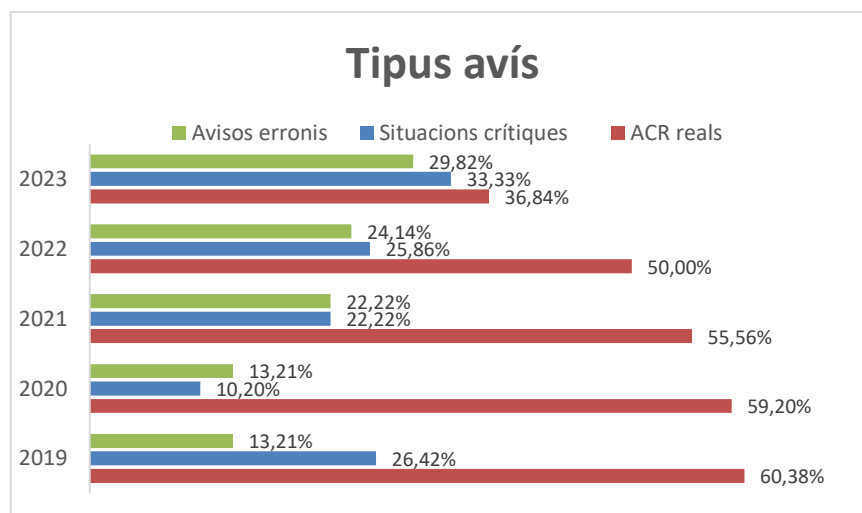
Protocol d'aturada cardiorespiratòria

Semestralment l'equip de seguiment avalua l'aplicació del protocol a l'HUV, OSM, CdV i HSJM.

TIPUS D'AVISOS 2023

	n	%
Total trucades al buscapersones de l'equip	57	
Total Avisos correctes:	40	70,18%
Total ACR intrahospitalària	21	36,84%
Total Situacions crítiques	19	33,33%
Total avisos erronis	17	29,82%

COMPARATIVA ANYS ANTERIORS



Comentaris

- ✓ Disminució de les ACR reals (passant de 29 a 21 ACR al 2023) i augmentant les situacions crítiques de 15 a 19 avisos a 2023. Destaca un increment dels avisos erronis al 1111 (sovint per errors del personal sanitari) representant quasi el 30% dels avisos.
- ✓ Han augmentat els avisos d'ACR des de la planta 5-2 i globalment de les 6es. El tipus de pacient ingressat és més agut i pluripatològic. Destaca pacients a la 5-2 amb manca de nivell assistencial en pacients pluripatològics de Cir. Vascular (considerat en canvi per l'equip d'ACR com no candidat a RCP)
- ✓ Respecte a avisos a l'equip d'ACR en llocs menys habituals, se n'ha detectat un a l'àrea d'observació i una situació crítica a UTE (quimioteràpia).

ÍTEMS ESTIL UTSTEIN

(Adoptats per la European Resuscitation Council (ERC) i per la American Heart Association (AHA), entre d'altres)

Aturades cardiorespiratòries (ACR)

ESTÀNDARDS SEGONS BIBLIOGRAFIA	Estàndard	Resultats 2022		Resultats 2023		Dif.
		n	%	n	%	
ACR intrahospitalària	1,5-2,8 casos ‰ ingressos ¹	29/11891	2,44‰	21/12767	1,64‰	-0,33
Aturades cardíques amb ritme inicial de FV/TVSP	18-20% ²	7/28	25,00%	7	33,33%	33,33%
Aturades cardíques amb ritme inicial de A/AESP	80-82% ²	21/28	75,00%	14	66,67%	-11,11%
Ritme inicial no determinat	--	1/29	3,45%			
Supervivència a l'alta hospitalària	15-34%¹	3/29	10,34%	6	28,57%	176,32%
Supervivència a l'alta després d'ACR intrahospitalària amb ritme inicial Desfibril·lable (FV o TVSP)	44,00% ²	2/7	28,57%	4	57,14%	100,01%
Supervivència a l'alta després d'ACR intrahospitalària amb ritme inicial NO Desfibril·lable (A o AESP)	7% ²	1/21	4,76%	2	14,29%	200,12%

(1) European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe.

(2) UK National Cardiac Arrest Audit (NCAA)

Altes convencionals hospitalització per centre físic (HUV)

DADES Ritme inicial ACR	2022		2023		Dif.	Desfibril·lable		NO Desfibril·lable	
	%	n	%			n	%	n	%
Aturades cardiorespiratòries (ACR)		21				7		14	
Realització de maniobres	96,55%	18	85,71%	-11,22%		7	100,00%	11	78,57%
o Compressions	96,55%	18	85,71%	-11,22%		7	100,00%	11	78,57%
o Ventilació	96,55%	17	80,95%	-16,16%		7	100,00%	10	71,43%
o Intubació	55,17%	8	38,10%	-30,95%		4	57,14%	4	28,57%
o Desfibril·lacions	24,14%	8	38,10%	57,82%		6	85,71%	2	14,29%
o Durada mitjana de reanimació		00:16:43				0:25:20		0:12:25	
ROSC (Retorn de circulació espontània)	37,93%	12	57,14%	50,65%		6	85,71%	6	42,86%
Pacients UCI	37,93%	7	33,33%	-12,12%		4	57,14%	3	21,43%
o Trasl·lat a UCI	20,69%	5	23,81%	15,08%		2	28,57%	3	21,43%
o IntraUCI	17,24%	2	9,52%	-44,76%		2	28,57%		
Supervivència	10,34%	6	28,57%	176,19%		4	57,14%	2	14,29%
o Supervivència a l'HUV ²	6,90%	5	23,81%	245,24%		3	42,86%	2	14,29%
o Supervivència a la UCI ³	27,27%	4	57,14%	109,52%		3	75,00%	1	33,33%

(Supervivència: entre 10% i 20% a l'alta hosp., segons bibliografia)

²Sobre el total d'ACR

³Sobre el total de pacients amb ACR que han passat per la UCI (trasllats + intraUCI)

Comentaris

- ✓ La incidència d'ACR intrahospitalària, dins de l'HUV, es manté dins dels estàndards 1,64 ‰ (segons Guies de l'ERC del 2021, entre 1,5-2,8 casos per cada 1000 ingressos).
- ✓ Les aturades amb ritme inicial desfibril·lable han augmentat fins el 33% per sobre de l'estàndard (alta prevalença de la cardiopatia isquèmica a Osona) i les ACR amb ritme no desfibril·lable estan per sota de l'estàndard de la literatura (66,67 %).
- ✓ La supervivència a l'alta hospitalària de les ACR és del 28,57%, millor que els darrers anys i dins de l'estàndard publicat a les Guies de ERC del 2021.
- ✓ Destaca una supervivència del 57,14 % de les ACR amb ritme inicial desfibril·lable (estàndard 44%) i una supervivència de les que tenen ritme inicial NO desfibril·lables del 14,29 % (estàndard 7%).
- ✓ Baixa durada de les maniobres de RCP, de mitjana de 16 min (minuts). El temps de RCP aconsellat dels ritmes no desfibril·lables és 20 min un cop descartades les causes reversibles.

RESUM DADES REVISIONS CARRETONS D'ATURADA % D'ACOMPLIMENT

	2019	2020	2021[2]	2022	2023		
Total Carretons	27	28	31[1]		30[3]		
	% compliment	% compliment	% compliment	% compliment	n Revisions previstes	n Revisions fetes	% compliment
Check-list mensual dels carretons	99%	93,49%	90,00%	98,86%	361	349	96,68%
Identificació correcta de la persona que revisa el carretó	100%	88,93%	100%	100%		349	100%
Has trobat el carretó segellat? [4]	95,9%	95,49%	96,46%	86,99%		315	98,44%
S'ha reposat (o sol·licitat) tot el material o medicació?	98,75%	97,54%	99,10%	88,15%		346	99,14%
El material o la medicació és la que correspon?	99,38%	98,32%	89,82%	92,49%		339	97,13%
S'ha fet la revisió de materials i medicació caducats?	87,23%	89,75%	98,67%	83,82%		361	100%
incidències detectades amb el carretó	4,98%	3,28%	5,31%	6,36%		24	6,88%

[1] 2021: s'han afegit 3 maletins de nounat

[2] Per ser el primer any en que el registre s'ha fet informàticament, en el check-list s'han comptat les revisions registrades informàticament + les que hem rebut en paper. Per la resta d'ítems, només s'han valorat les que s'han registrat informàticament.

[3] 2023: s'ha anul·lat un maletí de nounat de quiròfan d'Urgències

[4] 2023: en els maletins de nounat no procedeix (calculat sobre 320)

RESUM DADES REVISIONS DESFIBRIL·LADORS (% D'ACOMPLIMENT)

	2019	2020	2021[1]	2022	2023		
Total monitors-desfibril·ladors	26	26	26		26		
	% compliment	% compliment	% compliment	% compliment	n Revisions previstes	n Revisions fetes	% compliment
Revisió correcta desfibril·lador infermeria	89,55%	82,59%	71,23%	85,12%	1307	1116	85,39%
Incidències detectades amb el desfibril·lador	3,33%	0,45%	0,92%	1,54%		31	1,43%

Objectiu ≥ 90%

[1] A partir de 2021, el recompte de revisions dels monitors-desfibril·ladors s'ha fet per setmanes. Fins a 2020, es feia mensualment.

Comentaris

CARRETÓ D'TURADES

- ✓ S'aconsegueix el percentatge de compliment de les revisions dels carretons d'aturada, segons estàndards de qualitat. Per edificis: 100% Clínica de Vic, HSJM, OSM / 95'55% a l'HUV.
- ✓ El compliment del segellat del carretó ha estat del 100% en tots els edificis, excepte HUV. Destacar que en aquest edifici s'ha trobat 5 vegades en un any un carretó que no estava segellat a l'hora de fer la revisió en ubicacions diferents.
- ✓ El material o medicació que consta que no s'ha pogut reposar, ha estat degut a problemes generals de subministrament (resolt en un espai curt de temps).
- ✓ La revisió de caducitats apareixia com a no realitzada en alguns registres, però un cop revisades les anotacions en paper, s'ha comprovat que es tractava d'un error de registre informàtic.

MONITOR – DEFIBRIL·LADOR (MDF) / DEA

- ✓ No s'aconsegueix el percentatge de compliment de les revisions dels MDF, segons estàndards de qualitat. Un cop analitzades les causes s'han activat millores per aplicar-les.
- ✓ La majoria d'incidències estan relacionades amb el mal funcionament de les bateries i els propis aparells.

Avaluació del funcionament dels documents consensuats de manera multidisciplinària entre el cossos de seguretat (Mossos d'Esquadra i Guàrdia Urbana de Vic), SEM, ACUT i el CHV.

L'any 2015 es va crear un grup multidisciplinari per definir les actuacions i activitats de coordinació entre el Consorci Hospitalari de Vic (CHV), el Sistema d'Emergències mèdiques (SEM), l'ACUT i el Cossos Policials dels Mossos d'Esquadra d'Osona (ABP) i de la Guàrdia Urbana de Vic.

Es realitzen reunions amb periodicitat anual per tal d'avaluar el funcionament dels documents treballats i consensuats fins ara i, si cal, acordar les modificacions que calgui.

Els documents treballats fins ara són:

- Pacients sota vigilància policial
- Intervencions d'emergència extrahospitalària en pacients amb TMS
- Actuació en cas de fuga de pacients del CHV

Comentaris

- ✓ Atès que aquestes reunions són una eina pràctica per vehicular altres incidències o comentaris que ens volen fer arribar des d'aquests organismes externs, s'ha previst elaborar un protocol de coordinació entre el CHV i les diferents institucions sanitàries i Cossos de seguretat de la comarca d'Osona, amb l'objectiu de:
 - Identificar possibles àrees de millora en l'exercici de les funcions pròpies de cada col·lectiu implicat, per tal d'establir les mesures de correcció o restauració oportunes.
 - Establir formes de cooperació i solució de possibles diferències. Recolzament als objectius comuns i a les activitats o intervencions que requereixen de la col·laboració de tots els estaments implicats.
 - La coordinació de l'activitat entre els organismes establerts en el protocol, s'ha d'estendre, en tots els casos, a les funcions següents:
 - Disposar de mecanismes necessaris per evitar que els diferents riscos evitables existents no es produeixin.
 - S'ha d'acotar al marc legal.
 - Casos que requereixen un abordatge integral de diferents àmbits: sanitari (metges, infermeres, psicòlegs, psiquiatres), social, policíac i judicial, on cadascun compleixi les seves responsabilitats, amb intervencions coordinades per assegurar-ne l'eficàcia.
 - Detectar les situacions, valorar-les, facilitar l'acompanyament al circuit i fer-ne seguiment.

[\(👉 Tornar a l'índex\)](#)

PRODUCTE

RESULTATS DE PLANIFICACIÓ DE PRODUCTE

QUÈ ES TREBALLA

Elaboració, seguiment vigència i/o avaluació de l'acompliment de documents de suport a l'assistència basats en l'evidència científica.

A l'entitat existeixen diferents eines orientades a ajudar al clínic, que tenen l'objectiu comú de millorar la qualitat de l'atenció, facilitar el treball diari en la presa de decisions i disminuir la variabilitat no desitjada.

Els tipus de documents dels que es disposa, són:

- RUTES ASSISTENCIALS:

documents de desenvolupament de la gestió per processos assistencials que donen resposta pràctica a determinades situacions de salut que afecten als pacients, dins l'àmbit territorial.

- PROTOCOLS:

han de ser elaborats de forma interdisciplinària amb la participació de tots els professionals implicats i segons els coneixements científics existents i els recursos del Centre. Assenyalen i consensuen els passos a seguir davant tot pacient amb un determinat quadre clínic o sobre l'actitud terapèutica més adequada davant un diagnòstic clínic o un problema de salut. Respon a: què s'ha de fer.

- PROCEDIMENTS:

explicació acurada de les actuacions en situacions clíniques determinades, un cop ja es té diagnòstic. Han de ser elaborats per part dels professionals que l'han d'aplicar, amb el vistiplau d'un expert en el tema i segons els coneixements científics existents i els recursos del Centre. Respon a: com s'ha de fer.

- CIRCUIT DE DIAGNÒSTIC RÀPID:

Aquest programa es va introduir per establir un circuit específic preferent per al diagnòstic de càncer. L'objectiu és reduir el temps transcorregut entre la sospita fonamentada de càncer, la confirmació diagnòstica i l'inici del tractament, atribuïble als serveis sanitaris. Es basa en protocols ja elaborats i hi poden intervenir-hi diferents nivells assistencials. Cal tenir present però, que la disminució del retard no té un impacte en la supervivència, d'acord amb l'evidència científica disponible, però pot contribuir a la disminució del nivell d'angoixa que experimenta una persona en aquestes circumstàncies, així com millorar la qualitat del procés assistencial.

- DOCUMENTS D'AJUT A LA PRESA DE DECISIONS (DAPD):

Explicació breu i resumida, molt gràfica (en format algorisme d'actuació, presentació de diapositives, etc.), pensada com a consulta ràpida per ajudar a prendre una decisió sobre una situació clínica o una tècnica concreta, sense profunditzar en el tema.

- INSTRUCCIONS DE TREBALL:

En el cas de Documents institucionals, formen part, com annex, d'un protocol o un procediment. Document que recull la seqüència d'operacions, requisits i activitats realitzades en l'àmbit concret de determinats llocs de treball.

RESULTATS DE CONTROL DE PRODUCTE
ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA
PROTOCOLS I ALTRES DOCUMENTS BASATS EN L'EVIDÈNCIA (ADBE)
ESTAT DE SITUACIÓ DELS PROTOCOLS I ALTRES DOCUMENTS (ADBE)

	2019			2020			2021			2022			2023		
	Total	Actualitzats	%	Total	Actualitzats	%	Total	Actualitzats	%	Total	Actualitzats	%	Total	Actualitzats	%
CDR				0			1	1	100,00%	2	2	100%	3	3	100%
DAPD	10	10	100%	10	9	90%	10	9	90,00%	11	6	55%	13	8	61,54%
Instrucció	5	5	100%	5	5	100%	6	5	83,33%	6	5	83%	5	5	100%
Procediment(*)	8	6	75,00%	8	5	75%	9	8	88,89%	10	9	90%	11	11	100%
Protocols	33	22	66,67%	32	21	66%	33	25	75,76%	36	27	75%	38	30	78,95%
Ruta assistencial	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100,00%	1	1	100%	1	1	100%
Trajectòria clínica	6	6	100%	6	6	100%	1	1	100,00%	1	1	100%	1	1	100%
Total	63	50	79,37%	62	47	75,81%	61	50	81,97%	67	51	76,12%	72	59	81,94%

(*)S'hi compten 2 procediments d'infermeria: Prevenció de caigudes i circuit d'èxitus.

Criteris per determinar si un document està actualitzat:

- Documents que tenen data de propera revisió > a l'any en curs (en aquest cas > 2021).
- Documents que consten com actius a la base de dades interna de protocols.
- Documents que no estan en tràmit d'elaboració ni revisió.
- S'inclouen protocols i procediments institucionals, documents d'ajut a la presa de decisions, instruccions que formen part de protocols institucionals, trajectòries clíniques, rutes assistencials i instruccions.

Comentaris

- ✓ El percentatge de documents actualitzats és del 81,94% (no es comptabilitzen com a actualitzats els que estan en tràmit de revisió). Augmenta respecte de l'any 2022 (76,12%).
- ✓ En 5 dels 7 tipus de documents que es comptabilitzen, l'actualització és del 100%. No hi arriben els Documents d'Ajut a la Presa de Decisions (DAPD) i els protocols.

SEGUIMENT DE LES DADES I DOCUMENTS FINALITZATS

	2019			2020			2021			2022			2023		
	Treballats	Acabats	%	Treballats	Acabats	%	Treballats	Acabats	%	Treballats	Acabats	%	Previsió	Acabats	%
Avaluació compliment	17	16	94,12%	6	6	100,00%	11	10	90,91%	18	14	77,78%	18	18	100,00%
Revisió Document	21	12	57,14%	6	3	50,00%	17	14	82,35%	18	9	50,00%	14	7	50,00%
Nova Elaboració	7	3	42,86%	2	0	0,00%	5	3	60,00%	5	5	100,00%	4	2	50,00%
Col·laboració en documents d'altres Direccions/Serveis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	9	100,00%	1	1	100,00%
Total	45	31	68,89%	14	9	64,29%	33	27	81,82%	50	37	74,00%	37	28	75,68%

Comentaris

- ✓ Dels 37 documents previstos per treballar durant l'any 2023, se n'han finalitzat 28, un 75,68%. El percentatge d'acabats ha augmentat respecte de l'any anterior.

RESULTAT AVALUACIONS DE COMPLIMENT DELS PROTOCOLS I PROCEDIMENTS 2023

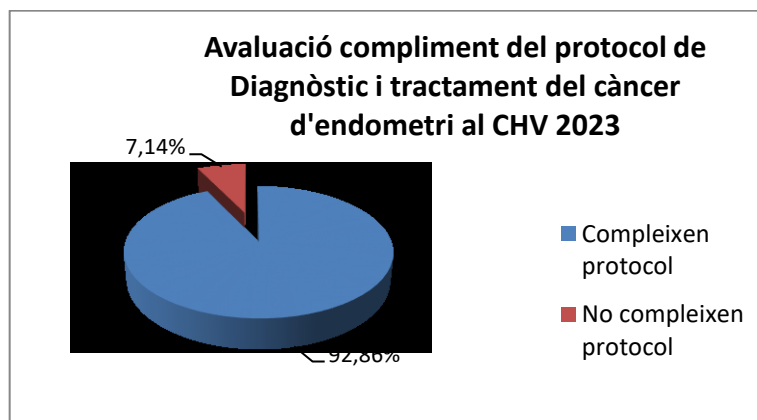
L'avaluació del compliment d'un protocol o procediment es realitza de dues maneres diferents:

1. Fent una revisió d'HC seleccionades segons els criteris que marca el protocol, després de 2 anys de la seva implantació o en els períodes que hi vinguin marcats.
2. Es fa seguiment de les dades automatitzades des de diferents grups de Qualitat, que ja serveixen com avaluació.

Aquest any s'han avaluat els següents protocols i procediments amb revisió d'HC (l'informe complet es pot consultar en xarxa):

DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER D'ENDOMETRI

El resultat de l'avaluació de compliment és el següent:

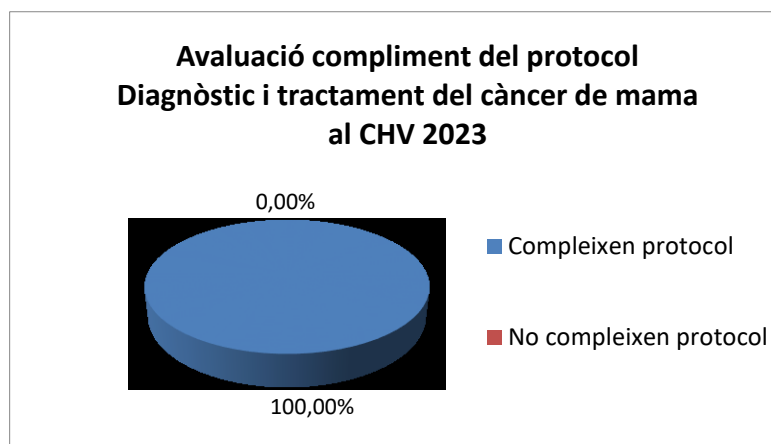


Comentaris

- ✓ El protocol es compleix en el 92,86% dels casos i els estudis i/o marcadors que no s'han fet és perquè no ho necessitaven per alguna situació particular que s'ha discutit al comitè de tumors corresponent.

DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE MAMA

El resultat de l'avaluació de compliment és el següent:

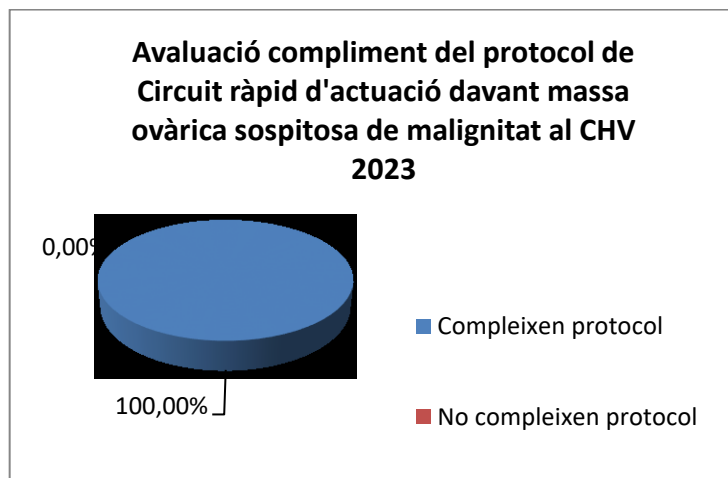


Comentaris

- ✓ El 100% dels casos revisats han estat avaluats pel Comitè de mama i compleixen el protocol.

CIRCUIT RÀPID D'ACTUACIÓ DAVANT DE MASSA OVÀRICA SOSPITOSA DE MALIGNITAT

El resultat de l'avaluació de compliment és el següent:

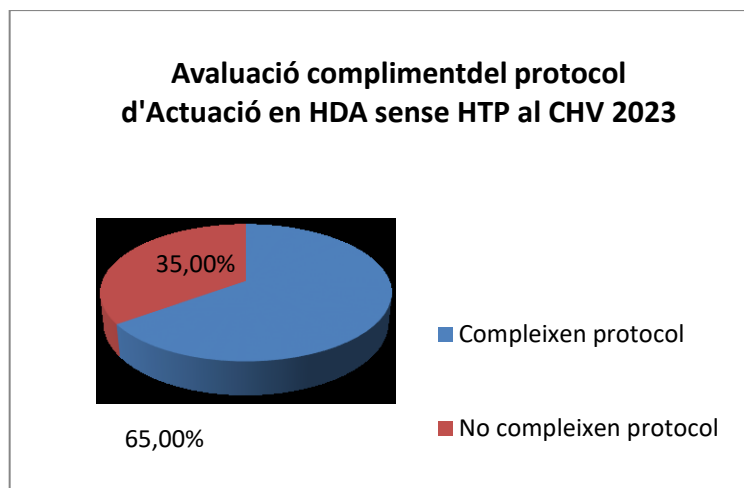


Comentaris

- ✓ Es compleix el protocol en el 100% dels casos.

ACTUACIÓ EN L'HEMORRÀGIA DIGESTIVA ALTA SENSE HTP

El resultat de l'avaluació de compliment és el següent:



Comentaris

- ✓ S'han revisat només 20 casos els resultats són de validesa relativa i el compliment és del 65%.
- ✓ El alguns casos de pacients molt senils (5 pacients amb més de 90 anys) no s'ha pogut seguir estrictament el protocol.
- ✓ No s'han trobat incompliments del protocol que tinguin repercussió assistencial significativa.

MANEIG DEL RESTRENYIMENT

El resultat de l'avaluació de compliment és el següent:

CENTRE	HSJM		HUV		Total general	
	n	%	n	%	n	%
TOTAL HC REVISADES	7		27		34⁽¹⁾	
Estada ≥5 dies	7	100,00%	27	100,00%	34	100,00%
S'han registrat les deposicions	4	57,14%	19	70,37%	23	65,71%
0 Deposicions els tres primers dies d'ingrés: (episodi de restrenyiment)	4	100,00%	18	94,74%	22	95,65%
· Laxant prescrit	4	100,00%	6	33,33%	10	45,45%
· Laxant correcte segons protocol	4	100,00%	4	66,67%	8	80,00%
· Dieta laxant	3	75,00%	6	33,33%	9	40,91%
PACIENTS ALTA						
· Recomanacions dietètiques a l'alta	1 ⁽³⁾	100,00%	3 ⁽⁴⁾	20,00%	4⁽²⁾	25,00%
· Pautat laxant a l'alta	1 ⁽³⁾	100,00%	3 ⁽⁵⁾	17,65%	4	22,22%

(1) S'exclou 1 HC d'UCI

(2) Sobre 16. En 6 casos no procedeix (2, encara estan ingressats; 1, és èxitus; 1, és alta a HSC; 1, posa "no procedeix" i 1 està en blanc a les dades)

(3) Sobre 1. En 3 casos no procedeix (2, encara estan ingressats i 1 és èxitus)

(4) Sobre 15. En 3 casos no procedeix (1, és alta a HSC; 1, no procedeix i 1 no consten dades)

(5) Sobre 17. En 1 no consten dades.

Comentaris

- ✓ Es proposa modificar l'indicador de compliment del procediment ja que no reflecteix si realment s'està complint el protocol, o no i per aquest motiu proposem de cara a la nova revisió modificar els criteris per calcular el compliment del procediment.

ESTÀNDARDS D'ACREDITACIÓ DE CENTRES D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA RELACIONATS AMB PROTOCOLS

Per tal de donar resposta a l'Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda de Catalunya dels pacients atesos segons els protocols o altres documents estandarditzats d'actes clínics, es fa una mitjana entre tots els protocols avaluats l'any en curs i tots els que se'n fa seguiment des de diferents grups de Qualitat en la periodicitat establerta.

Exigència essencials: obj ≥ 75% cadascun

CRITERI	ESTÀNDARD	Enunciat	Descripció	Observacions / Mètode obtenció
CRITERI 9 - RESULTATS CLAU ÀMBIT HOSPITALITZACIÓ	9c-01-03-17-E	Es mesuren els clients atesos segons els protocols o altres documents estandarditzats d'actes clínics, en funció de la prioritització establerta per cada organització.	Es dóna rellevància al pla d'alta, per als clients que se'n disposi, etc. L'organització determina quins processos clínics s'avaluaran. Es revisa el nivell d'aplicació dels protocols, discriminats per patologies. Clients atesos segons el protocol / total de clients atesos. Es mesura el grau de compliment dels protocols.	Dades al Dossier anual de Resultats de Qualitat Es mesura: • Dades ACR • Tment.del Dolor • Identificació inequívoca de pacients • Nota d'èxitus • Prevenció de caigudes • Ús segur medicaments • Contencions • I tots els protocols avaluats aquest any que constin amb la paraula clau PATOLOGIA a la base de dades de protocols

Resultats 9c-01-03-17-E					
Any	2019	2020	2021	2022	2023
Mitjana global	76,69%	96,34%	98,38%	99,29%	96,41%

CRITERI 9 - RESULTATS CLAU ÀMBIT QUIRÚRGIC	9c-01-04-17-E	Es mesuren els clients atesos segons els protocols i el grau de compliment. L'organització determina quins processos clínics s'avaluaran. Es revisa el nivell d'aplicació dels protocols, discriminats per patologies. Clients atesos segons el protocol / total de clients atesos.	Dades al Dossier anual de Resultats de Qualitat Es mesura:	* Profilaxi antibiòtica en cirurgia programada • I tots els protocols avaluats aquest any que constin amb la paraula clau PATOLOGIA a la base de dades de protocols i àmbit quirúrgic
--	---------------	---	---	--

Resultats 9c-01-04-17-E					
Any	2019	2020	2021	2022	2023
Mitjana global	92,03%	94,36%	72,58%	73,80%	85,32%

Comentaris

- ✓ Es compleix l'objectiu de $\geq 75\%$ dels clients atesos segons els protocols tant a l'àmbit hospitalari com en el quirúrgic.
- ✓ En global, al CHV, un 92,66% han estat atesos segons protocol.

ALTRES INDICADORS QUE S'AVALUEN RELACIONATS AMB PROTOCOLS

Indicador	2019 %	2020 %	2021 %	2022 %	2023 n %		Nou abast a partir de 2020
Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i les obligacions en matèria d'informació i documentació clínica Protocols actualitzats que contenen apartat informació a donar al client. (**) (% Sobre total de documents actualitzats)	100%	56%*	66,67%	34	37/51	72,55%	Inclou instruccions, procediments, protocols, DAPD, Trajectòries clíniques i Rutes assistencials
Seguretat dels pacients (inici 2019) Protocols actualitzats que contenen apartat d'aspectes a tenir en compte per a la Seguretat dels pacients. (% sobre total de documents actualitzats)	14%	17%	30,65%	21	23/51	45%	Inclou instruccions, procediments, protocols, DAPD, Trajectòries clíniques i Rutes assistencials
Documents actualitzats relacionats amb la Prevenció i Propagació de malalties (% Sobre total de documents relacionats amb la Prevenció i Propagació de malalties)	68%	74%	90,47%	26	30/35	85,71%	Inclou tot tipus de Documents assistencials, Protocols i Procediments de la Direcció de Serveis i Plans Normalitzats de Treball (PNT) d'infermeria que fan referència a la prevenció i propagació de malalties.
Memòria CHV (inici 2020) Protocols actualitzats de neoplàsies (*) (% Sobre el total de protocols de diagnòstic i tractament de neoplàsies)	--	89%	70%	8	9/11	81,82%	Inclou tot tipus de documents assistencials que fan referència al diagnòstic i tractament de neoplàsies (Vegeu detall apartat Tumors)

(*) Canvi de criteri a 2020, ampliant el denominador. Veure el detall a l'apartat de tumors d'aquest dossier.

(**) En tres casos no procedeix. Protocols de neteja i controls ambientals.

Comentaris

- ✓ En el càlcul de l'indicador de protocols actualitzats que contenen apartat d'informació a donar al client/familiar, té un compliment del 72,55%. A partir de 2020, s'inclouen tots els tipus de documents institucionals: instruccions, procediments, protocols, DAPD, Trajectòries clíniques, Rutes assistencials i Circuit de Diagnòstic Ràpid.
- ✓ L'indicador de protocols actualitzats que contenen apartat d'aspectes a tenir en compte per a la Seguretat dels pacients té un compliment del 45% i aquest apartat es va incorporant a mida que es van revisant els documents.
- ✓ El percentatge de protocols actualitzats de neoplàsies, aquest any 2023, ha estat d'un 81,82% augmentant respecte del 2022.

[👉 Tornar a l'índex](#)

PIPS (PREVENCIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT)

Promoure la salut és establir el procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut amb l'objectiu de millorar-la.

Repercuteix en:

- El pacient, on es contempla com un aspecte bàsic en una assistència de qualitat.
- Pels professionals ho és per aconseguir un entorn de treball segur i saludable.
- Per la comunitat per treballar aspectes que repercuteixin en la salut global de la població i del planeta atenent al concepte de salut planetària que fa referència a criteris de sostenibilitat.

La prevenció de la malaltia s'orienta a reduir la càrrega de mortalitat o morbiditat deguda a una determinada malaltia i actua en els diferents nivells de prevenció: primari, secundari, terciari i quaternari.

Des de l'any 2012, l'entitat forma part de la Xarxa de centres i Hospitals promotors de la salut (HPH Catalunya), que té com a missió la promoció de la salut als centres sanitaris de Catalunya. L'entitat, te constituït un grup de Promoció i Prevenció de la Salut (PiPS) format per professionals assistencials i no assistencials i de diferents àmbits.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE PREVENCIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT (PIPS) AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	 PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament del grup de Prevenció i Promoció de la Salut, aprovada el 28/09/2023 (versió 04).  Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	 Actes de les 3 reunions del tècnic amb la cap de Qualitat i SP per seguiment de temes (disponibles a Qualitat): 06.03.2023, 04.09.2023 i 08.11.2023.  Actes de les 4 reunions dels components del grup: 09.02.2023, 09.05.2023, 12.09.2023 i 14.11.2023. Continguts de cada acta: • Promoció de la Salut • Prevenció primària • Prevenció secundària • Prevenció terciària • Prevenció quaternària
Avaluació	 Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 08.11.2023 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent.  Publicació de resultats del grup de PiPS al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2022 en data 13.07.2023, publicat a la Intranet i a la pàgina web.
Revisió	 PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament del grup de Prevenció i Promoció de la Salut (versió 04).

OBJECTIUS

1. Assessorar a la Direcció en el desenvolupament de pràctiques de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, que permetin a l'entitat fixar objectius orientats a aconseguir un major benestar biopsicosocial i una major qualitat de vida de l'individu i la comunitat, seguint els indicadors proposats pel Departament de Salut i que s'inclouen a l'acreditació.
2. Assessorar a la Direcció en el desenvolupament d'estratègies dirigides a augmentar l'apoderament en salut dels pacients i dels professionals, per capacitar-los en la presa de decisions saludables individuals i col·lectives, i d'influir en els determinants en salut. Entenent com a determinants en salut el conjunt de factors personals, socioeconòmics i ambientals que condicionen la salut de les persones, de la comunitat i del medi ambient.
3. Assegurar una visió global del conjunt d'activitats sobre la promoció i prevenció de la salut en l'àmbit territorial i de les línies i objectius establerts en el Pla de Salut de Catalunya.

METODOLOGIA

El grup PiPS participa directament com a dinamitzador, fent seguiment d'activitats relacionades amb la Prevenció i Promoció de la Salut i en algunes ocasions, com a promotor d'activitats. Aquestes actuacions tenen per objectiu impactar en els diferents nivells de prevenció, actuant a nivell de treballadors i a nivell de pacients i comunitat.

Es participa de forma activa en:

- Participació en els grups de la xarxa Catalana d'hospitals promotors de la Salut (HPH) :
 - Salut dels professionals
 - Comunicació en l'entorn de la salut
 - Implementació dels estàndards de Promoció de la Salut
 - Promoció dels "Entorns saludables i sostenibles en l'àmbit de la salut"
- Participació en el grup de treball multidisciplinari de la comarca d'Osona dins el projecte de promoció de l'alimentació saludable i l'activitat física en els nens i adolescents del territori. Projecte Fes-ho bé!
- Participació a la "Taula de Salut" en l'elaboració de la diagnosi des de les vessants salut i socials de la ciutat de Vic.

RESULTATS% DE COMPLIMENT D'ACTIVITATS PREVISTES DE CADA UNA DE LES ÀREES

	Població Diana	Activitats previstes	Activitats realitzades	% de compliment
PROMOCIÓ DE LA SALUT	Treballadors	8	7	87,5%
	Pacients/Comunitat	8	7	87,5%
	Total Promoció	16	14	87,5%
PREVENCIÓ PRIMÀRIA	Treballadors	5	5	100%
	Pacients/Comunitat	9	9	100%
	Total P. Primària	14	14	100%
PREVENCIÓ SECUNDÀRIA	Treballadors	1	1	100%
	Pacients/Comunitat	3	3	100%
	Total P. Secundària	4	4	100%
PREVENCIÓ TERCIÀRIA	Treballadors	1	1	100%
	Pacients/Comunitat	7	7	100%
	Total P. Terciària	8	8	100%
PREVENCIÓ QUATERNÀRIA	Pacients Afecta a AP i AE	4	3	75%
TOTAL		46	43	93,47%

Comentaris

- ✓ Es compleixen un 93,47% de les activitats previstes.
- ✓ Les activitats amb un baix compliment són:
 - Activació banner a Intranet de PiPS/Actius en salut.
 - Difusió de les infografies proposades des dels Hospitals Promotors de la Salut (HPH) per impulsar l'alfabetització en salut al CHV.
 - Implementació multidisciplinar del programa BPM (Pacient Blood Management).
- ✓ Durant l'any 2023 s'han fet 83 sessions formatives per a pacients i familiars dels pacients relacionades amb la seguretat dels pacients: prevenció de caigudes, higiene de mans, medicació, etc... (indicador SP 16.1P)

[👉 Tornar a l'índex](#)

DOCUMENTACIÓ CLÍNICA (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE DOCUMENTACIÓ AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	 PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament del grup de Documentació, aprovada el 31.10.2023 (versió 03).  Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	 Actes de les 3 reunions realitzades entre la Cap de Qualitat i SP i el tècnic del grup per seguiment de temes (disponibles a Qualitat): 03.05.2023, 13.09.2023 i 08.11.2023.  Actes de les 2 reunions dels components del grup: 28.03.2023 i 07.11.2023. Continguts de cada acta: ○ Revisió d'activitat realitzada en diferents dates ○ Repartiment de l'activitat ○ Comentari dels resultats parcials de la revisió ○ Informació respecte la publicació de resultats a la intranet del CHV ○ Fitxa d'indicadors de Documentació ○ Proposta d'actualització de la Instrucció del funcionament del grup de Documentació.  Realitzades dues reunions amb Talent i Cultura Organitzativa per preparació curs CI a facultatius.  Formació sobre CI a facultatius amb dues edicions: de l'1.09.23 al 17.09.23 i del 25.09.2023 al 8.10.2023.  Formació a residents: 01.12.2023  Publicació de resultats a la Intranet amb data 19.05.2023.  Publicació, de la part de Documentació, al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2022 en data 13.07.2023 i penjat en xarxa.  Incorporació a les DPO dels professionals objectius de Documentació: consentiment informat, informe d'alta...
Avaluació	 Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 08.11.2023 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent.  Publicació de resultats de Tumors al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2022 en data 13.07.2023, publicat a la Intranet i a la pàgina web.  Mesura de la participació de facultatius en el curs online sobre formació en CI: Participació del 70%  La cap de Qualitat i SP, envia correu als comandaments amb dades de Documentació, amb data 03/12/2023.  La cap de Qualitat i SP, envia correu als comandaments per dades errònies i perquè puguin proposar millores.
Revisió	 PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament del grup de Documentació - versió 03.

OBJECTIUS

1. VetAparat llar per l'estructura i l'organització de la història clínica, intentant crear una documentació general unificada que permeti garantir el manteniment en el temps de la informació i que aquesta sigui entenedora, perquè pugui seguir-la qualsevol equip assistencial.
2. Conèixer la qualitat de la informació i intentar millorar-la.
3. Promoure que la documentació s'ajusti a les normatives vigents (DOGC, BOE, Criteris d'acreditació hospitalària, codis deontològics, Comitè de bioètica, normatives internes de l'entitat...)

METODOLOGIA

Es revisa un 1% de l'activitat d'aguts seguint el criteri dels serveis escollits com prioritaris i els que sol·liciten els directors de servei segons objectius propis. El nombre mínim d'HC revisades per cada servei és de 30, no obstant aquest any s'ha prioritzat fer una revisió exhaustiva de tots, o la majoria, de serveis i el nombre és inferior. Al llarg de l'any es reparteix l'activitat entre els professionals membres del grup, es recullen les dades en programa informàtic i se'n fa l'explotació i es redacta el document final de resultats a l'acabar l'any. També s'inclouen les HC revisades en les actuacions pròpies d'avaluació d'altres grups de qualitat.

REVISIÓ DE LA QUALITAT DE LA DOCUMENTACIÓ PER ÀREES (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

URGÈNCIES

INFORME D'ALTA

	2019	2020	2021	2022	2023	Dif. 22-23
	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	48	51	48	50	49	
Constància d'al·lèrgies	85,4	88,2	81,3	78,0	77,6	-0,6%
Constància del motiu de consulta / malaltia actual	97,9	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0%
Constància antecedents patològics	93,8	88,2	81,3	70,0	87,8	25,4%
Constància d'exploració física	97,9	98,0	97,9	94,0	98,0	4,2%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	97,9	98,0	93,8	94,0	83,7	-11,0%
Constància d'orientació diagnòstica i pla	100,0	100,0	89,6	90,0	100,0	11,1%
Prescripció farmacològica correcta	39,6	81,6	39,6	50,0	93,9	87,8%
Constància de seguiment posterior o destí	100,0	94,1	95,8	98,0	95,7	-2,1%
Constància del nom del personal mèdic	100,0	100,0	100,0	98,0	84,8	2,0%
Constància del nom del personal d'infermeria	0,0	0,0	0,0	0,0	78,3	-

Comentaris

- ✓ En l'anàlisi de l'informe d'alta d'urgències s'observa una millora en el compliment d'alguns ítems com la prescripció farmacològica correcta, que s'incrementa en un 87,8%, la constància d'antecedents patològics en un 25,4% i la orientació diagnòstica i pla terapèutic en un 11,1%. En menor percentatge millora la constància d'exploració física amb un 4,2%.
- ✓ En la constància de resultats, tècniques i exploracions complementàries es detecta un descens del -11%.
- ✓ L'ítem que segueix sense complir-se és la constància regular del nom de la infermera en l'informe d'alta (0%). (Criteri indicat en l'Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya: 5d-02-D-13-E)

HOSPITALITZACIÓ (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

INFORME D'ALTA	2018	2019	2021	2022	2023	Dif. 22-23
	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	80	60	120	58	296	
Existència d'informe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0%
Constància d'al·lèrgies	81,3	75,0	82,5	84,5	87,8	4,0%
Constància del motiu d'ingrés / malaltia actual	100,0	100,0	99,2	98,3	99,7	1,4%
Constància d'antecedents patològics	88,8	93,3	99,2	100,0	98,3	-1,7%
Constància d'exploració física	78,8	48,3	92,5	86,2	90,5	5,0%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	88,8	75,0	85,8	89,7	87,8	-2,0%
Constància de valoració / comentaris	100,0	98,3	95,0	96,6	94,6	-2,0%
Constància de procediments	80,0	50,0	63,3	89,7	84,8	-5,4%
Constància de diagnòstics principals	97,5	98,3	91,7	100,0	92,9	-7,1%
Constància de diagnòstics secundaris	57,5	31,7	85,0	60,3	57,8	-4,3%
Constància de prescripció farmacològica	87,3	89,8	90,8	89,7	91,4	1,9%
Prescripció farmacològica correcta	97,1	96,2	100,0	96,2	96,2	0,1%
Estat en el moment de l'alta	86,3	100,0	93,3	98,3	97,6	-0,7%
Destí a l'alta	66,3	61,7	84,2	93,1	70,6	-24,2%
Compliment global (tots els ítems correctes)	55,0	23,3	65,0	77,6	55,4	-28,6%

Comentaris

- ✓ Disminució del % de compliment global de l'informe d'alta que és del 55,4% enfront del 77,6% de l'any 2022.
- ✓ En la revisió d'informes d'alta d'hospitalització hi ha informe en el 100% de les 296 històries revisades, a l'igual que en anys anteriors.
- ✓ Es detecten lleus variacions respecte del compliment de la majoria d'ítems de l'informe, comparativament amb l'any anterior, no obstant hi ha una reducció del -24,2% en la constància del destí a l'alta del pacient.

INFORME D'ALTA GERIATRIA (UGA)	2023
	%
Total històries revisades (n)	56
Estat basal a l'informe d'alta	
Consta l'estat basal	69,6
Estat basal correctament omplert	0,0
Pla d'intervenció individualitzat	
Consta la identificació suggerida	80,4
Consten objectius de salut del pacient	76,8
Consta Nivell d'intervenció assistencial	80,4
Consten Recursos-seguiment	82,1
Tots els ítems correctes (PII)	76,8
Adequació de la prescripció	85,7

Comentaris

- ✓ L'any 2023 es van revisar 56 informes d'alta de UGA de pacients que anaven a domicili i que havien estat ingressats més de 48h.
- ✓ S'observa que el 76,8% tenien pla d'intervenció individualitzat correctament emplenat.
- ✓ No hi ha cap estat basal omplert correctament segons es proposa.

ÀREA QUIRÚRGICA

TRAÇABILITAT DELS IMPLANTS

	2022		2023	
	n	%	n	%
Total històries revisades (n)	1179		119	
Hi ha el full d'implants escanejat a l'HC	1179	100,0	116	97,5
Emplenat correctament (tots els ítems correctes)	1178	99,9	115	96,6
- Identificació pacient (Nom i cognom)	1179	100,0	116	100,0
- Consta N. Assistència	1179	100,0	116	100,0
- Consta data de la IQ	1178	99,9	115	99,1
- Consten etiquetes del que s'ha implantat	1179	100,0	116	100,0

Comentaris

- ✓ S'ha revisat el full d'implant amb les etiquetes corresponents de les pròtesis de Cardiologia, Cirurgia Vascular, COT, Oftalmologia i UPA Mama i hi ha 3 casos en que no hi ha full d'implant.
- ✓ Sobre les 119HC, en el 96,6% estan emplenats correctament (identificació del pacient, N. Assistència, data IQ, etiquetes del que s'ha implantat).

CONSULTA EXTERNA

DOCUMENTACIÓ PRIMERES VISITES	2018	2019	2022	2023	Dif. 23-22
	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	59	90	49	120	
Constància d'al·lèrgies	10,2	45,6	46,9	43,3	-7,7%
Constància d'antecedents de transfusió	0,0	0,0	28,6	31,7	10,8%
Constància antecedents familiars	0,0	0,0	6,1	8,3	36,1%
Constància antecedents personals	0,0	0,0	49,0	34,2	-30,2%
Constància de malaltia actual	89,8	97,8	93,9	98,3	4,7%
Constància d'exploració física de l'especialitat	89,8	88,9	87,8	96,7	10,2%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	76,3	91,1	75,5	79,2	4,8%
Constància de valoració/orientació diagnòstica	94,9	88,9	89,8	99,2	10,4%
Constància de prescripció mèdica	91,5	97,8	91,8	96,7	5,3%
A l'alta indicació d'on es deriva –si procedeix	78,9	34,0	66,7	93,3	40,0%
Informe d'alta –si procedeix	100,0	30,0	0,0	66,7	-

Comentaris

- ✓ Respecte l'any 2022 en la documentació de consultes externes, s'incrementa en un 40% la indicació d'on es deriva el pacient a l'alta, en un 36,1 % la constància d'antecedents familiars.
- ✓ Es redueix el compliment de la constància d'antecedents personals en un 30,2% i en un 7,7% la d'al·lèrgies, en relació a l'any anterior.

ANÀLISI DEL DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

El Comitè de Bioètica de Catalunya, aconsella que ha de constar el consentiment informat (CI), entre d'altres procediments, en les intervencions quirúrgiques amb anestèsia general o regional, la radiologia amb contrast intravascular, intervencionista o amb anestèsia i en la donació i recepció d'hemoderivats.

	HC revisades	Hi ha consentiment		Hi ha CI normalitzat		Correcte/ total CI valorats		Correcte/ HC revisades	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Global 2023	905	849	93,8	848	99,9	696	82,1	696	76,9
Global 2022	3912	3702	94,6	3630	98,1	3496	96,3	3496	89,4
Global 2021	481	438	91,1	430	98,2	365	84,9	365	75,9
Global 2020	221	177	80,1	169	95,5	121	71,6	121	54,8

Comentaris

- ✓ Aquest any s'han revisat un total de 905 HC d'atenció aguda, trobant-se CI en el 93,8% i sent normalitzat (de centres sanitaris no de col·legis professionals) en un 99,9% dels casos. De les HC revisades, el 76,9% tenen CI correctament emplenat.

ANÀLISI DE LA DISPONIBILITAT D'HISTÒRIES CLÍNIQUES (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

La progressiva informatització de la història clínica ha comportat que pràcticament no es consultin dades en paper i que la disponibilitat sigui del 100%.

ANÀLISI DE LA REVISIÓ D'HISTÒRIES CLÍNIQUES (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

Les històries clíniques revisades s'han distribuït entre les fetes pel propi grup de documentació, en què s'havia previst analitzar l'1% de l'activitat realitzada, i les revisades en les actuacions pròpies d'avaluació d'altres grups de qualitat. En total la revisió feta és :

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
TOTAL segons activitat	2.849 (2,8%)	2.211 (2,2%)	1.432 (1,3%)	2.056 (1,9%)	6.401 (6,1%)	3.114 (2,9%)

Comentaris

- ✓ La revisió d'històries clíniques l'any 2023 suposa un 2,9% de tota l'activitat realitzada al CHV acomplint l'objectiu de >1% de l'acreditació docent.

(👉 Tornar a l'índex)

TERAPÈUTICA (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE TERAPÈUTICA AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	 PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament de grup de Terapèutica, aprovada el 05.09.2023 (versió 03).  Document integrat en xarxa accessible per a tots els professionals.
Desplegament	 Actes de les 3 reunions de la cap de Qualitat i SP i la tècnica del grup per seguiment de temes (disponibles a Qualitat): 15.02.2023, 06.09.2023 i 08.11.2023.  Depenen del grup de terapèutica els següents grups de treball: ✓ Comissió de Farmàcia i Terapèutica (CFiT). ○ Subcomissió d'avaluació i seguiment de tractament amb iPCSK9. ○ Subcomissió d'avaluació de medicaments onco-hematològics, ✓ Comitè Hospitalari de Transfusions. ✓ Grup de prevenció d'errors de medicació (GPEM).
Avaluació	 Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 08.11.2023 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent.  Publicació de resultats de Terapèutica al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2022 en data 13.07.2023, publicat a la Intranet i a la pàgina web.  Lliurament a Qualitat d'indicadors de Seguretat de Pacients del Departament de Salut del 2023 (anual i bianual).
Revisió	 PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament de grup de Terapèutica (versió 03).

OBJECTIUS

- Optimitzar les intervencions terapèutiques realitzades als pacients.
 - Promoure una "indicació terapèutica de qualitat".
 - Realitzar una correcta prescripció.
 - Estudiar i resoldre problemes relacionats amb la dispensació i administració de medicaments.
- Fer una vigilància activa de les reaccions adverses i els errors de medicació. Comunicar-les al sistema de Farmacovigilància intern i extern i realitzar accions de millora.
- Assegurar la comprensió del tractament per part del pacient i la seva continuïtat fora del centre (coordinació amb diferents nivells assistencials).

METODOLOGIA

El grup de terapèutica està format pels següents grups de treball:

- Comissió de Farmàcia i Terapèutica (CFiT). De la CFiT en deriven 2 subcomissions:
 - Subcomissió d'Avaluació i seguiment del tractament amb iPCSK9
 - Subcomissió d'Avaluació de medicaments onco-hematològics
- Grup de Prevenció d'Errors de Medicació (GPEM)
- Comitè Hospitalari de Transfusions

En cas necessari, el tècnic pot activar grups de treball específics o analitzar casos clínics concrets en que es sospiti problemàtica en relació a la medicació.

NIVELL D'APLICACIÓ DE LA COMISSIÓ DE FARMÀCIA I TERAPÈUTICA (CFIT) AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	 PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament de la Comissió de Farmàcia i Terapèutica CHV i FHC, aprovada per la CFiT el 21.09.2023-versió 06.  Instrucció: Funcionament de la Comissió d'avaluació i seguiment de tractament amb iPCSK9, aprovada per la CFiT el 16.11.2023-versió 02.  Instrucció: Funcionament de la Comissió d'avaluació de medicaments onco-hematològics, aprovada per la CFiT el 16.11.2023--versió 02.  Instrucció: Guia Farmacoterapèutica del CHV, aprovada en la CFiT del 21.09.2023-versió 03.  Guia farmacoterapèutica i d'intercanvi terapèutic al CHV, aprovada per la CFiT del 24.01.2024.  Documents integrats en xarxa accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	 Actes de les 5 reunions de la Comissió de Farmàcia i Terapèutica (CFiT) disponibles a Qualitat: 08.02.2023, 07.06.2023, 29.06.2023, 21.09.2023 i 16.11.2023. Contingut de cada acta: ○ Lectura i aprovació de l'acta de la reunió anterior. ○ Discussió de la inclusió de nous medicaments. ○ Aprovació de documents, si s'escau. ○ Activitat de les subcomissions, si s'escau. ○ Torn obert de paraules.  De la CFiT en deriven dues subcomissions, les quals desenvolupen activitats vinculades a aquesta Comissió; ○ Comissió d'Avaluació i seguiment del tractament amb iPCSK9. ○ Comissió d'Avaluació de medicaments onco-hematològics.
Avaluació	 Publicació al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2022, els acords que ha pres la CFiT durant l'any en data 13.07.2023, publicat a la Intranet i a la pàgina web.  Es fa difusió de les actuacions i els acords als metges prescriptors.
Revisió	 PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament de la Comissió de Farmàcia i Terapèutica CHV i FHC, aprovada per la CFiT el 21.09.2023-versió 06.  Instrucció: Funcionament de la Comissió d'avaluació i seguiment de tractament amb iPCSK9, aprovada per la CFiT el 16.11.2023-versió 02.  Instrucció: Funcionament de la Comissió d'avaluació de medicaments onco-hematològics, aprovada per la CFiT el 16.11.2023--versió 02.  Instrucció: Guia Farmacoterapèutica del CHV, aprovada en la CFiT del 21.09.2023-versió 03.

COMISSIÓ DE FARMÀCIA I TERAPÈUTICA (CFIT)

La CFiT és un grup multidisciplinar que vetlla per garantir l'ús racional dels medicaments al CHV, FHSC i Hospital de Campdevànol. La seva funció és avaluar i seleccionar els medicaments d'ús a l'hospital amb criteris d'eficàcia, seguretat i eficiència i revisar i aprovar els protocols amb contingut terapèutic. Realitza reunions periòdiques de caràcter trimestral amb la possibilitat de convocar reunions extraordinàries.

Durant el 2023, la CFiT ha realitzat 5 reunions on ha avaluat 6 fàrmacs nous i 1 protocol amb indicació off-label (per més detall consultar l'Annex 5).

A més, de la CFiT en deriven dues subcomissions, les quals desenvolupen activitats vinculades amb la CFiT. La subcomissió d'Avaluació i seguiment del tractament amb iPCSK9 vetlla pel compliment dels criteris d'indicació, seguiment i resposta terapèutica dels tractaments hipolipemiant iPCSK9. La Subcomissió d'Avaluació de medicaments onco-hematològics vetlla per l'ús racional dels medicaments onco-hematològics dins de la Unitat d'Onco-Hematologia de l'Hospital Universitari de Vic (HUV), avaluant l'ús clínic d'aquests medicaments en quan a eficàcia, eficiència, efectivitat i seguretat.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL COMITÈ HOSPITALARI DE TRANSFUSIONS (CHT) AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	 PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament de grup de Terapèutica, aprovada el 05.09.2023 - versió 03 (el CHT s'inclou dins aquesta instrucció).  Document integrat en xarxa per ser accessible per a tots els professionals.
Desplegament	 Acta de la reunió del Comitè Hospitalari de Transfusions (CHT) disponible a Qualitat amb data: 28.06.2023. Contingut de l'acta: ○ Lectura i aprovació, si s'escau, de l'acta de la reunió anterior. ○ Revisió de les indicacions de transfusió de plaquetes ○ Programa Gricode. ○ Aprovació de documents, si s'escau.  Seguiment dels indicadors de transfusió segons el Manual d'estàndards d'Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya del 2023.
Avaluació	 Publicació de resultats dels indicadors de transfusió al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2022 en data 13.07.2023, publicat a la Intranet i a la pàgina web.  Presentació de resultats en Comitè de Direcció.  Presentació de resultats en Comitè de Seguretat de Pacients.
Revisió	 PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament de grup de Terapèutica - versió 03.

INDICADORS QUALITATIS DE TRANSFUSIONS (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

Uns dels subgrups del grup de terapèutica és el Comitè de transfusions i una de les seves funcions és l'anàlisi semestral dels indicadors de transfusions que es demanen per l'acreditació d'hospitals d'aguts.

Indicadors RESULTATS		2019	2020	2021	2022	2023
5d-06-D-07-E	Es registren a la història clínica les dades següents: - Concordança de dades entre el receptor i la bossa a transfondre. - Tipus de component transfós, que s'identificarà amb un número personal que hi intervé. - Aparició o no de reaccions adverses i/o complicacions durant i després de l'administració de la unitat transfusional.	SI	SI	SI	SI	SI
9c-02-02-01-E	Es mesura el nombre d'unitats transfoses per a cada tipus de component sanguini (concentrat d'hematies + sang total)	3234	3248	3478	3347	3160
9c-02-02-02-E	Es mesuren les unitats transfusionals rebutjades / descartades i els motius (inclou caducitats) (Casos detectats).	62	54	37	37	56
9c-02-02-04-E	Es mesura la demanda adequada de sang en reserva per a cirurgia electiva.	No	SI	SI	SI	SI
9c-02-02-05-E	Es mesuren les reaccions transfusionals (Casos detectats).	0	0	0	2	2
9c-02-02-06-E	Es mesuren els errors comesos pel servei de transfusió (Casos detectats).	0	0	0	0	0
9c-02-02-07-E	Es mesuren els errors d'administració de components sanguinis a la capçalera del llit del pacient (Casos detectats)..	0	0	1	0	0
9c-02-02-09-E	Es mesuren les incidències i els motius (Manca de dipòsits, Demora en el lliurament de comanda, Incidències amb el proveïdor extern, Transmissió de malalties contagioses). (Casos detectats).	0	0	0	0	0

Comentaris

✓ No hi ha hagut cap error en les transfusions durant el 2023.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE PREVENCIÓ D'ERRORS DE MEDICACIÓ (GPEM) AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	CHV PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament de grup de Terapèutica, aprovada el 05.09.2023 - versió 03 (el GPEM s'inclou dins aquesta instrucció). CHV Document integrat en xarxa per ser accessible per a tots els professionals.
Desplegament	CHV Actes de les reunions mensuals del grup de Prevenció d'Errors de Medicació (GPEM) disponibles a Qualitat; Contingut de cada acta: ○ Lectura i aprovació, si s'escau, de l'acta de la reunió anterior. ○ Discussió de la inclusió de nous medicaments. ○ Aprovació de documents, si s'escau.
Avaluació	CHV Publicació de dades d'errors de medicació al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2022 en data 13.07.2023, publicat a la Intranet i a la pàgina web. CHV Presentació de resultats en Comitè de Direcció. CHV Presentació de resultats en Comitè de Seguretat de Pacients.
Revisió	CHV PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament de grup de Terapèutica - versió 03.

ERRORS DE MEDICACIÓ (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

El grup de terapèutica té com a prioritat promoure i vetllar que totes les intervencions terapèutiques siguin en tot moment les més adequades pel pacient segons els estàndards d'eficàcia, efectivitat i seguretat, produint-se els mínims riscos possibles per als pacients.

Per aquest motiu, s'analitzen de forma sistemàtica els errors de medicació que es poden originar en els processos de prescripció, dispensació (preparació d'unidosi) i preparació/administració d'un medicament.

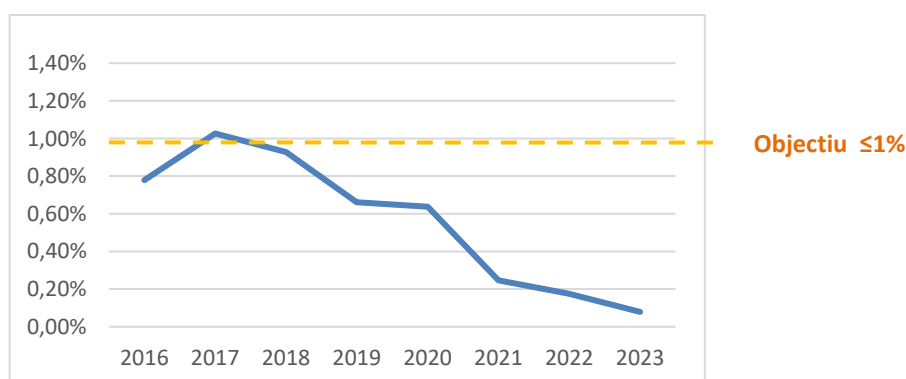
Periòdicament, es recullen les dades dels diferents centres que integren l'entitat mitjançant diferents fonts de dades (observació directa, registres...).

Així mateix, també es notifiquen errors mitjançant la comunicació voluntària, l'anàlisi dels èxits secundaris a problema hospitalari (ESPH) i les reclamacions realitzades pels usuaris.

PRESCRIPCIÓ FARMACOLÒGICA PER PART DEL FACULTATIU (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

El servei de farmàcia revisa diàriament la prescripció informatitzada (validació) realitzada pel facultatiu responsable del pacient i registra els possibles errors de prescripció detectats. El percentatge d'errors de prescripció a l'HUV ha estat:

Errors prescripció HUV

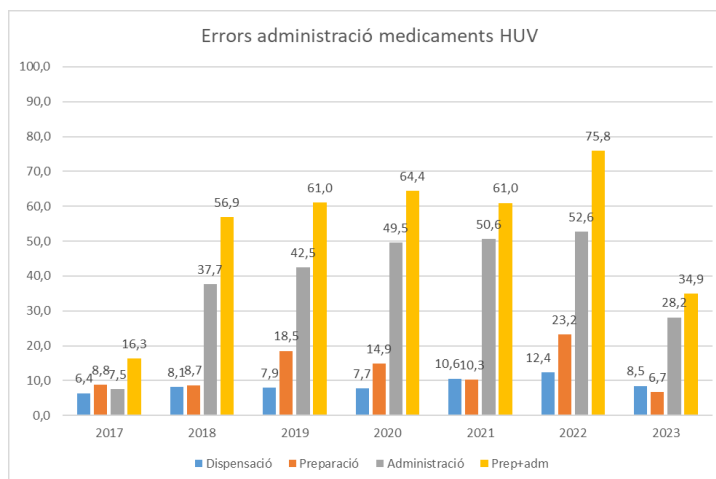


Comentaris

- ✓ El percentatge d'errors de prescripció a l'HUV estan per sota l'objectiu (1%).

DISPENSACIÓ I PREPARACIÓ/ADMINISTRACIÓ DELS MEDICAMENTS (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

Durant el 2023 s'han fet talls de prevalença d'observació directa, per a valorar la dispensació, preparació i l'administració dels medicaments. S'han observat un total de 162 pacients i 341 fàrmacs a l'Hospital Universitari de Vic.



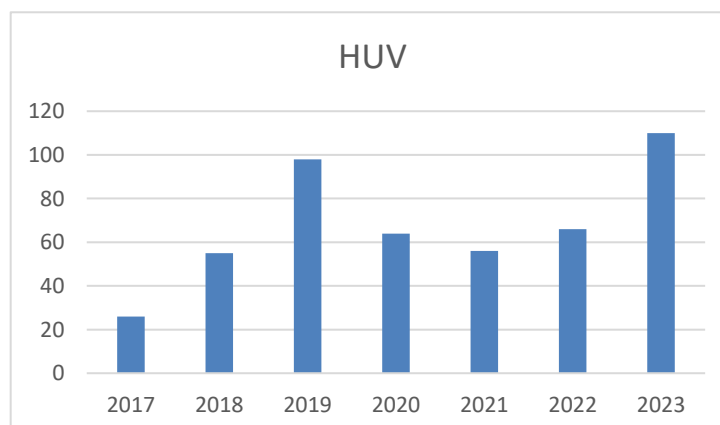
Comentaris

- ✓ Preparació del medicament; el 6,7% dels fàrmacs no s'han preparat correctament al no preparar-se prop del pacient.
- ✓ Administració del medicament ;
 - Medicació parenteral: administració errònia en un 21% per manca de desinfecció del lloc d'administració i perquè la medicació no s'ha administrat abans de 60'.
 - Medicació oral : administració errònia en un 36,8%, en deixar-se a la tauleta del pacient i no s'ha assegurat la presa.

DECLARACIÓ VOLUNTÀRIA DELS ERRORS DE MEDICACIÓ (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

La comunicació voluntària es basa en la comunicació confidencial, espontània i no punitiva, tal com ha intentat transmetre la cultura de qualitat i seguretat del pacient al Centre. En aquest sentit, el Consorci Hospitalari de Vic té dissenyat un programa de comunicació d'errors de medicació intern.

DECLARACIONS VOLUNTÀRIES D'ERRORS DE MEDICACIÓ



Comentaris

- ✓ Les notificacions voluntàries d'errors de medicació han sofert un augment a l'HUV respecte l'any anterior. Totes les notificacions són analitzades pel grup de Prevenció d'Errors de Medicació.

DETECCIÓ D'ERRORS DE MEDICACIÓ A PARTIR D'ESPH I RECLAMACIONS (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

S'han detectat 2 casos d'èxits secundaris a problema hospitalari (ESPH) relacionats amb la tècnica diagnòstico-terapèutica a l'HUV.

S'han detectat 2 reclamacions per errors de medicació, una a hospitalització de Pediatria i l'altra a Atenció Ambulatoria de Salut Mental.

ERRORS DE MEDICACIÓ A HEMODIÀLISI

Des de fa uns anys a hemodiàlisi existeix un registre propi dels errors de medicació adaptat a hemodiàlisi. Els resultats s'analitzen dins del Grup de Millora de Nefrologia, no detectant-se cap error al 2023.

[\(👉 Tornar a l'índex\)](#)

TEIXITS

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE TEIXITS AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	 PSup 1.2. Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat dels pacients. Instrucció: Funcionament grup de Teixits, aprovada el 15/09/2023 (versió 02)  Document integrat en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	 Actes de les 3 reunions amb la cap de Qualitat i SP (disponibles a Qualitat) per seguiment de temes: 24.04.2023, 05.09.2023 i 08.11.2023. Continguts de cada acta: ○ Incidències de les mostres rebudes a Anatomia Patològica ○ Traumatismes obstètrics de 3r i 4t grau en parts vaginals instrumentats ○ Cesàries ○ Donació de teixit de placenta  Incorporació a les DPO dels professionals d'infermeria (urgències, consultes, àrea quirúrgica, intervencionisme i digestiu: "Mostres mal adequades del medi o bé error a la identificació".
Avaluació	 Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 08.11.2023 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent.  Publicació de resultats de Teixits al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2022 en data 13.07.2023, publicat a la Intranet i a la pàgina web.  Sessió general del Dr. Badia sobre les incidències de les mostres rebudes al servei d'Anatomia Patològica i va exposar les accions de millora (gener 2023).
Revisió	 PSup 1.2. Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat dels pacients. Instrucció: Funcionament grup de Teixits (versió 02)

OBJECTIUS

Millorar els processos relacionats amb les actuacions sobre els teixits mitjançant:

- La millora i adequació del procés diagnòstic. Anàlisi de la correlació entre el diagnòstic preoperatori i postoperatori.
- L'adequació del procediment quirúrgic.
- Aconseguir que cada servei proposi mesures de millora per disminuir el nombre de reintervencions.

METODOLOGIA

Aquest any trimestralment s'ha monitoritzat de manera sistemàtica l'indicador de reintervencions, i s'ha analitzat de manera individual cada una de les reintervencions de cada un dels Serveis del 1r i 2on trimestre per veure correlació entre el QlikSense i la realitat:

- % de reintervencions

Semestralment es monitoren de manera sistemàtica els següents indicadors:

- Cesàries
- Traumatismes obstètrics
- % de teixits enviats a AP
- Donació de teixits
- Dades de SP de IASIST

AVALUACIÓ DE LES REINTERVENCIONS

	2018	2019	2020	2021	2022	Any 2023	
	%	%	%	%	%	Reintervencions	%
TOTAL HUV	2.05	1.82	1.81	1.75	1.26	146	1.63

Objectiu $\leq 1,6\%$

Comentaris

- ✓ El percentatge de reintervencions, extret del QlikSense, ha augmentat fins a un 1.63% en relació a l'any passat.
- ✓ Com cada any el tècnic de Teixits, analitza les reintervencions dels Serveis que superen l'objectiu sol·licitant propostes de millora al comandament, si s'escau.

AVALUACIÓ DE L'ÍNDEX DE CESÀRIES

	2018	2019	2020	2021	2022	Any 2023		
						Cesàries	Parts	%
Taxa de cesàries	22.9	24.4	20.9	20.9	23.7	212	946	22.4
Taxa de cesàries ajustada	13.8	14.1	11.0	11.5	12.6			19.6

Objectiu $\leq 19\%$

Comentaris

- ✓ Es calcula la taxa de cesàries ajustada, segons paràmetres d'exclusió del CatSalut. Aquest any la taxa de cesàries ha estat del 19.6%, no assolint l'objectiu de $\leq 19\%$.

CORRELACIÓ ENTRE ENVIAMENT DE TEIXIT A ANATOMIA PATOLÒGICA I REBUDA REAL DE LA MOSTRA (CIRCUIT CORRECTE)

El servei d'Anatomia Patològica (AP) realitza un seguiment periòdic de les incidències entre l'enviament de teixits i la rebuda real de la mostra, i les soluciona de manera immediata. Les dades que es presenten són globals de tot el Consorci Hospitalari de Vic i es calculen sobre l'activitat d'AP: 10.116 mostres de procedència interna i 13.369 externa.

Incidències internes	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Incidències sobre activitat	62 (0.67%)	82 (0.87%)	103 (1.31%)	134 (1.47%)	257 (2.64%)	143 (1.41%)

Incidències externes	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Incidències sobre activitat	19 (0.14%)	35 (0.24%)	24 (0.25%)	47 (0.36%)	52 (0.39%)	61 (0.46%)

Comentaris

- ✓ Les incidències internes disminueixen en relació a l'any anterior i augmenten les externes. Totes es resolen al moment i bàsicament són per falta o discordança d'informació clínica, recepció inadequada de la mostra i identificació incorrecta. S'incorpora aquest ítem com a DPO dels professionals per l'any següent.

DONACIÓ DE TEIXITS EN DONANT VIU

Les dades que presentem fan referència a les donacions de cordó umbilical i de ronyó. Periòdicament el Banc de sang i teixits envia les dades de l'activitat del Programa de Sang de Cordó a nivell d'Espanya, en el qual participa el CHV.

	2019	2020	2021	2022	2023	Dif. 22-23
Nombre de donacions de cordó umbilical	89	33	140	130	77	-40.8
Percentatge de mostres acceptades	44.9	30.3	97.9	98.5	100.0	1.6

Comentaris

- ✓ Les donacions de cordó umbilical han disminuït però ha augmentat el percentatge de mostres acceptades en relació a l'any anterior. Es compleix l'objectiu de ≥ 60 mostres enviades.
- ✓ De totes les unitats rebudes, 7 s'han criopreservat per a transplantament, 14 s'han destinat als seus hemocomponents i la resta d'unitats s'han disposat al biobanc per a centres que estan fent recerca amb la sang de cordó. S'ha presentat 1 mostra contaminada i s'ha pogut realitzar 1 trasplantament d'una mostra obtinguda al CHV.

Les dades dels **donants vius de ronyó** s'obtenen de la Unitat de Nefrologia que lliura la informació de forma anual.

	2019	2020	2021	2022	2023
Núm. transplantaments de ronyó de viu	1	1	1	3	3

Comentaris

- ✓ Hi ha hagut 3 casos de donació de ronyó en viu durant l'any 2023, mantenint-se respecte a l'any anterior.

(👉 Tornar a l'índex)

TUMORS

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE TUMORS AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	 PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament grup de Tumors, aprovada 11.05.2023-versió 02.  Document integrat en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	 Actes de les 3 reunions amb la cap de Qualitat i SP per seguiment de temes: 11.05.2023, 04.09.2023 i 08.11.2023. Disponibles a Qualitat.  Acta de la reunió feta amb la cap d'Oncologia i la cap de Qualitat i SP per l'actualització del funcionament del Comitè de Tumors (02/10/2023).
Avaluació	 Revisió del Registre Hospitalari de Tumors del 2022, rebut el 23.01.2024 i publicada notícia a la Intranet el 28/02/2024 informant que es pot consultar a l'apartat de Documentació.  Actualitzacions de protocols de neoplàsies. Protocols actualitzats: 9 (81,82%)  Avaluacions fetes durant l'any (veure Annex 8), passades per CPA el 02/04/2024.  Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 08.11.2023 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent.  Publicació de resultats de Tumors al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2022 en data 13.07.2023, publicat a la Intranet i a la pàgina web.
Revisió	 PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament grup de Tumors-versió 02.

OBJECTIUS

- Vetllar pel tractament uniforme i el seguiment correcte dels pacients amb neoplàsia que arriben al nostre hospital.
- Optimitzar el temps entre el procés diagnòstic i el tractament.
- Promoure el tractament òptim en els casos complexos, que seran aquells amb necessitat de tractament interdisciplinari (precisant bona coordinació entre els diferents serveis) i les histologies o localitzacions poc freqüents.
- Mitjançant els registres de tumors, conèixer les patologies neoplàstiques més freqüents en el nostre hospital per tal de detectar les necessitats i prioritats assistencials.

METODOLOGIA

Anualment s'analitzen les dades de la memòria del registre hospitalari de tumors, s'activen les revisions o avaluacions de protocols de neoplàsies que toca i se n'elaboren de nous si es creu necessari. L'any 2023, dels 11 protocols de neoplàsies, n'hi havia 9 d'actualitzats; se n'han avaluat 3 i se n'ha elaborat 1 de nou.

AVALUACIÓ DEL REGISTRE HOSPITALARI DE TUMORS

No es disposa de dades del RHT de l'any 2023 en data 08/08/2024.

PROTOCOLS ACTUALITZATS DE NEOPLÀSIES

Indicador:

$$\% = \frac{\text{Protocols actualitzats de neoplàsies}}{\text{Protocols de neoplàsies}}$$

Nom situació

ACTIU 2023

Nom	Actualitzat		No actualitzat		Total n
	n	%	n	%	n
CIRCUIT DE DIAGNÒSTIC RÀPID DE CÀNCER	1	100,00%			1
CIRCUIT RÀPID D'ACTUACIÓ DAVANT D'UN GANGLI PERIFÈRIC PATOLÒGIC	1	100,00%			1
CIRCUIT RÀPID D'ACTUACIÓ DAVANT DE MASSA OVÀRICA SOSPITOSA DE MALIGNITAT	1	100,00%			
ACTUACIÓ EN EL CÀNCER D'ENDOMETRI	1	100,00%			1
DIAGNÒSTIC I TERAPÈUTICA DE CÀNCERS DE CAP I COLL		0,00%	1	100,00%	1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE BUFETA URINÀRIA		0,00%	1	100,00%	1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE CÒLON I RECTE	1	100,00%			1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE PRÒSTATA	1	100,00%			1
NEOPLÀSIA DE PULMÓ NO CÈL·LULA PETITA	1	100,00%			1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE MAMA	1	100,00%			1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL MELANOMA CUTANI	1	100,00%			1
Total general	9	81,82%	2	18,18%	11

PROTOCOLS NEOPLÀSIA

Actualitzat 2019	Actualitzat 2020	Actualitzat 2021	Actualitzat 2022	Actualitzat 2023
67%	89%	70%	73%	81,82%

Comentaris

- ✓ El Circuit de diagnòstic ràpid davant de massa ovàrica sospitosa de malignitat ha passat a substituir el protocol d'Actuació en el càncer d'ovari i se n'ha fet una avaluació de compliment del circuit aquest mateix any.

PROTOCOLS AVALUATS DE NEOPLÀSIES

PROTOCOLS AVALUATS 2023	n
CIRCUIT DE DIAGNÒSTIC RÀPID DE CÀNCER	1
CIRCUIT D'ACTUACIÓ DAVANT D'UN GANGLI PERIFÈRIC PATOLÒGIC	1
CIRCUIT RÀPID D'ACTUACIÓ DAVANT DE MASSA OVÀRICA SOSPITOSA DE MALIGNITAT	1
Total general	3

(👉 Tornar a l'índex)

RISCOS (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE RISCOS AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	 Instrucció funcionament Grup Riscos _PROSUP001_003 v.2  Instrucció A22f_ Identificació inequívoca del pacient  Procediment Prevenció de caigudes en l'àmbit hospitalari, aprovat el 25.11.2021.  Procediment Us segur del medicament, aprovat el 02.12.2019.  Protocol de Nutrició oral i artificial al CHV, aprovat el 27.11.2018.  Protocol Institucional de la Pneumònia Intrahospitalaria, aprovat el 26.06.2018  Protocol Institucional de ferides: Etiologia i abordatge integral, aprovat el 03.12.2020.
Desplegament	 Actes de les reunions amb la cap de Qualitat i SP per seguiment de temes relacionats amb riscos: 28.06.2023, 12.09.2023, 03.11.2023. Disponibles a Qualitat.  Incorporació a les DPO del professionals d'infermeria  Augmentar la realització de les escales de risc a l'acollida durant les primeres 24h d'ingrés: Braden i Crichton.  Augmentar la identificació inequívoca de pacients  Activació grup professionals sanitaris (infermeres i TCAIs) de suport en la realització de talls d'observació directa semestral.  Dinamització, coordinació i seguiment de les activitats portades a terme pels col·laboradors del grup.  Planificació dels talls d'observació directa per disposar de les dades de riscos i analitzar-ne els resultats.  Seguiment d'esdeveniments adversos produïts en el decurs de l'estada hospitalària dels temes relacionats (caigudes amb conseqüència greu, pacients que han patit més de dues caigudes,...) per tal de fer un anàlisi de la situació i planificar accions de millora.  Adhesió de l'HUV al projecte Incahes "Estudio Nacional multicéntrico sobre frecuentación de caídas en hospitales españoles" del Consejo General de Enfermería.  Acta de la reunió amb la cap d'Unitat d'Infermeria de l'HUSC per seguiment i activació de talls d'observació directa de riscos a l'HUSC: 14.09.2023  Actes de les reunions realitzades amb el grup de Prevenció d'Errors de medicació (GPEM): 23.11.2023 i 28.12.2023.
Avaluació	 Avaluació d'indicators relacionats amb riscos: ○ Compliment dins paràmetres correctes dels indicators prioritaris de seguretat de pacients (identificació inequívoca i activa de pacients, UPP IH i caigudes amb conseqüències). ○ Adequació de la valoració de riscos (caigudes, disfàgia i UPP-IH) ○ Aplicació correcta mesures prevenció en aquells pacients que presenten risc de caigudes, UPP, ennuegament per broncoaspiració i disfàgia.  Presentació dels informes de riscos del 1r Trimestre, 1r Semestre i Anual del 2023 a la Direcció d'Infermeria.  Revisió dels resultats de riscos publicats al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2022.  Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 08.11.2023 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent.  Publicació dels resultats del grup de riscos (Gener-Novembre 2023) a la Intranet del CHV.  Enviament d'informe, a les caps d'unitat corresponents, de les dades referents als DPO dels professionals d'infermeria relacionades amb la identificació inequívoca i la realització de les escales de risc de caigudes i UPP a l'acollida de l'ingrés.

Revisió	 Revisió i actualització de les fitxes dels indicadors referents a: ○ Valoració del risc d'úlceres per pressió (UPP): Percentatge de pacients amb registre de la valoració del risc d'úlceres per pressió. Fitxa nº 1.1. ○ Valoració risc de caigudes: Percentatge de pacients amb registre de la valoració del risc de patir una caiguda a l'ingrés. Fitxa nº 2.1. ○ Pacients amb UPP: Percentatge de pacients amb úlceres per pressió adquirides durant l'estada hospitalària. Fitxa nº 1.5. ○ Pacients amb dolor < o igual a 3 a l'alta: Percentatge de pacients amb dolor moderat o intens a l'alta. Fitxa nº 3.4. ○ Identificació inequívoca pacients hospitalitzats: Percentatge de pacients que porten el braçallet identificatiu, és llegible, complert i concorda. Fitxa nº 6.1a./ Nounat correctament identificat. Fitxa nº 6.1b. ○ Identificació activa. Grau de compliment de la identificació activa en situacions de risc: Percentatge d'oportunitats en que es realitza una identificació activa del pacient. Fitxa nº 6.2.
---------	---

PREVALENCIA DE LES ÚLCERES PER PRESSIÓ (UPP) D'HOSPITALITZACIÓ AGUTS

Les dades referents a les UPP, s'han obtingut a través del programa QlikSense que explota les dades registrades al Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria (GACELA) dels pacients donats d'alta. Són dades d'incidència. S'avalua el compliment del formulari/registre de la valoració del risc de patir una UPP-IH dins de les primeres 24h de l'ingrés, mitjançant l'escala BRADEN, en pacients, amb ingrés igual o superior a 24h. Les gestants, puerperes i nens estan exclosos de la població de risc.

ÚLCERES PER PRESSIÓ IH (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

HUV		
% de pacients amb valoració RISC UPP (Aguts)	2022	2023
Altes estada >24h	7525	8704
Altes amb valoració Risc UPP	6976	8343
%Altes amb valoració Risc UPP	92.7%	95.9%

Objectiu SP >90% - CHV >95%

HUV		
Altes amb risc UPP (Aguts)	2022	2023
	%	%
	32.4%	32.7%

HUV		
Taxa UPP-IH (Aguts)	2022	2023
Altes estada > 2 dies	6812	7154
UPP-IH	94	117
% altes UPP-IH	1.38%	1.64%

Objectiu SP 6-8%

APLICACIÓ DE MESURES PREVENTIVES (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

L'Aliança per a la Seguretat de Pacients indica que l'aplicació de mesures preventives dirigida a malalts que presenten risc disminueix la incidència d'úlceres per pressió intrahospitalàries i l'impacte dels seus efectes indesitjables.

Durant el 2023 s'han fet talls d'observació a les unitats de cures amb la finalitat d'avaluar l'aplicabilitat de mesures de prevenció bàsiques.

Son dades prevalença, valorant 651 pacients. S'avalua la presència de matalàs dinàmic als pacients amb risc alt de patir una UPP així com d'utilització de coixí per reduir pressions en pacients amb risc moderat i alt que poden sedestar.

HUV mesures prevenció aplicades		2022	2023		
		%	n	%	mostra
Pacients risc alt	matalàs dinàmic	25%	10	58.8%	17
Pacients risc moderat i alt	coixí reducció pressions	ND	54	73%	74

Comentaris

- ✓ El percentatge de pacients amb valoració del risc amb l'escala de Braden a l'HUV és del 95.9%, assolint l'objectiu de Seguretat de pacients i el del CHV.
- ✓ A l'HUV el 32.7% dels pacients ingressats tenien risc de presentar una UPP_IH.
- ✓ La taxa d'UPP_IH té una incidència de l'1.64% a l'HUV, complint l'objectiu de Seguretat de Pacients.
- ✓ Les mesures aplicades per disminuir el risc d'UPP tenen marge de millora en totes les àrees.

DECLARACIÓ VOLUNTÀRIA DE CAIGUDES (AGUTS)

L'explotació de dades es fa a través del programa QlikSense que obté les dades de les caigudes que s'han enregistrat en el Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria i de les notificacions voluntàries que arriben a la Unitat de Qualitat (unitats que no disposen del programa Gacela).

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Objectiu
Caugudes declarades (Aguts)	n	n	n	n	n	n	
Àmbit Aguts	101	89	73	102	85	104	
Àmbit Salut Mental	39	27	11	37	30	26	
% de caigudes a Aguts (x mil estades)	1.65	1.46	1.44	1.75	1.49	1.75	≤ 2 per mil
% de caigudes a Salut mental (x mil estades)	7.34	5.32	1.89	6.68	4.68	3.86	≤ 2 per mil

	2018	2019	2020	2021	2022	2023		Objectiu
Conseqüències (Aguts)	%	%	%	%	%	n	%	
Sense conseqüències i lleus	100.0	99.1	96.4	98.5	98.2	128	100.0	>95%
Conseqüències importants	0.0	0.9	3.6	1.5	1.8	0	0.0	

Comentaris

- ✓ Augment de les caigudes declarades a nivell global del CHV (15 caigudes més respecte l'any 2022).
- ✓ La taxa de caigudes a l'àmbit d'Aguts assoleix l'objectiu establert pel Departament de Salut, de seguretat de pacients (SP) mantenint-se per sota ≤2‰. A l'àmbit de Salut Mental la taxa és del 3.86%, superant l'objectiu.
- ✓ El percentatge de caigudes a nivell de CHV sense conseqüències i/o lleus és del 100% assolint l'objectiu (SP>95%).

CAIGUDES REITERADES (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

A nivell de l'entitat s'analitza la reiteració de ≥ 3 caigudes en un mateix pacient, analitzant-se tots els casos per establir accions de millora.

ANY 2023

Àmbit	Mitjana caigudes per pacient	Rang	Pacients que han caigut ≥ 3 vegades
Aguts	1.11	1-2	0
S. Mental	1.30	1-3	2

Comentaris

- ✓ A Salut Mental hi ha hagut 2 pacients que han caigut més de 3 vegades. Aquests pacients han acumulat un total de 6 caigudes, que representen el 23.1% de les caigudes que s'han produït a S.Mental.

APLICACIÓ DE MESURES PREVENTIVES (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

L'Aliança per a la Seguretat de Pacients indica que l'aplicació de mesures preventives dirigida a malalts que presenten risc disminueix la incidència de caigudes i l'impacte dels seus efectes indesitjables.

Durant el 2023 s'han fet talls d'observació a les unitats de cures de l'HUV, amb la finalitat d'avaluar l'aplicabilitat de mesures de prevenció bàsiques. Son dades de prevalença, valorant 605 pacients.

S'avaluen els pacients enllitats i els llevats que duen mesures aplicades on les variables avaluades són:

Pacient llevat:

- Llit en posició baixa i frenat
- Habitació endreçada (sense obstacles)
- Calçat adequat tancat
- Timbre a l'abast

Pacient enllitat:

- Llit en posició baixa i frenat
- Timbre a l'abast

Dades 2023

	HUV
Pacients estudiats	605
Nº pacients amb mesures aplicades	532
% pacients amb mesures de prevenció aplicades	87.9%

Comentaris

- ✓ A l'HUV un 87.9% dels pacients tenen les mesures aplicades: les que tenen més oportunitats de millora són el calçat adequat i tenir l'habitació endreçada (sense obstacles) en els pacients llevats.

IDENTIFICACIÓ INEQUÍVOCA DE PACIENTS (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

Per valorar l'acompliment de la identificació inequívoca de pacients (braçalel identificatiu amb dades correctes i llegibles) es van realitzar talls de prevalença, amb el mètode d'observació directa. Son dades de prevalença, valorant 1316 pacients.

Els talls i la mostra avaluada s'expressen a continuació:

- Hospitalització HUV (plantes d'internament): s'han observat 813 pacients
- Nounats: s'han observat 73 nadons.
- URG_OBS: s'han observat 125 pacients
- Hemodiàlisi: s'han observat 67 pacients (es valora si porten la targeta identificativa)
- Àrea Quirúrgica (UCSI/CMA): s'han observat 55 pacients
- Intervencionisme: s'han observat 28 pacients
- Hospital de dia de Salut Mental (Adults i Infanto-junvenil): S'han observat 61 pacients.
- UCI: s'han observat 31 pacients
- Alternatives a l'hospitalització (HD Poli/HD Onco): s'han observat 61 pacients

Hospitalització (inclou nounats)

	2022		2023	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	531		886	
Identificació correcta	516	97.2	851	96.0%

Obj CHV ≥95%

Unitat d'observació

	2022		2023	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	43		41	
Identificació correcta	43	100	40	97.6%

Obj CHV ≥95%

Àrea d'Urgències

	2022		2023	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	41		86	
Identificació correcta	40	97.6	85	98.8%

Obj CHV ≥95%

Unitat d'Hemodiàlisi

	2022		2023	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	(*)		67	
Identificació correcta			67	100.0%

Obj CHV ≥95%

(*) No hi ha dades

Àrea quirúrgica (CMA)

	2022		2023	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	(*)		55	
Identificació correcta			55	100.0%

Obj CHV ≥95%

Intervencionisme

	2022		2023	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	(*)		28	
Identificació correcta			28	100%

Obj CHV ≥95%

(*) No hi ha dades

Hospital Dia Salut Mental

	2022		2023	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	5		61	
Identificació correcta	5	100	52	85.2%

Obj CHV ≥95%

UCI

	2022		2023	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	41		31	
Identificació correcta	41	100	31	100%

Obj CHV ≥95%

Alternatives a l'hospitalització

	2022		2023	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	45		61	
Identificació correcta	45	100	61	100%

Obj CHV ≥95%

Identificació inequívoca mare-nadó

Per realitzar la identificació inequívoca dels nounats, es van realitzar talls d'observació mensuals a les unitats 4-1 (4-2) i 1-2. . En aquests casos es valora la correcta identificació del nounat mitjançant el braçalel identificatiu de codi i també a pinça umbilical.

	2021	2022	2023		Obj.
	%	%	n	%	
Nounats avaluats	47	9	73		
Braçalel correcte	66.0	66.7	68	93.2	100%

Comentaris

- ✓ S'assoleix l'objectiu $\geq 95\%$ en la identificació inequívoca a totes les àrees de l'HUV.
- ✓ No s'acompleix l'objectiu del 100% d'identificació inequívoca en nounats (93.2%).
- ✓ A Hospital de Dia de Salut Mental (85.3%) no s'acompleix l'objectiu $\geq 95\%$.

IDENTIFICACIÓ ACTIVA DE PACIENTS (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

S'entén per identificació activa la verificació de que es tracta del pacient correcte, demanant al pacient que digui el seu nom i cognoms.

Per valorar l'acompliment de la identificació activa en situacions de risc es van realitzar talls en les diferents plantes d'hospitalització i a l'hospital de dia oncològic, en el moment de l'administració del medicament endovenós.

Hospitalització

	2022		2023	
	Pacients n	Id. activa %	Pacients n	Id. activa %
HUV	530	16.23%	162	35.19%

Comentaris

- ✓ Al 35.2 % dels pacients a aguts se'ls fa identificació activa en el moment de l'administració del medicament endovenós

POSICIÓ CAPÇAL DEL LLIT – PREVENCIÓ DE LA PNEUMÒNIA IH (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

Per tal d'avaluar l'acompliment de l'aplicació de mesures estàndards en la prevenció de la pneumònia intrahospitalària indicades en el protocol del CHV, en tots els talls d'observació directa que s'han dut a terme durant l'any 2023 s'han inclòs les variables: "pacient al llit" i "posició del capçal 30º".

HUV	2021 (*)	2023
• Pacients al llit	311	322
• % capçal >30º	92.3%	99.0%

(*) L'any 2022 no es van fer talls de mesures de prevenció (MP) a l'HUV

Comentaris

- ✓ Ha augmentat l'acompliment d'aquesta mesura a l'HUV, amb un resultat del 99% (no es disposa de dades de l'any 2022).

RISC DE DISFÀGIA (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

L'objectiu d'aquesta valoració és garantir una alimentació segura (evitant aspiracions) als pacients amb edat ≥ 80 a que estiguin ingressats amb ingrés > 24 h.

Són dades d'incidència. S'avalua la constància del test de deglució fet en pacients amb edat ≥ 80 anys ingressats, amb una estada superior a 24h, abans de les primeres 24h de l'ingrés (obj $\geq 90\%$), mitjançant l'enregistrament al Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria (GACELA).

Hospital Aguts	Pacients amb valoració risc ennuegament mitjançant el test de deglució			desv.
	2022	2023		
	%	mostra	%	
Global	73,60%	2192	81,66%	10,95%

Objectiu CHV $\geq 90\%$

Són dades de prevalença. Es valora, mitjançant observació directa, el percentatge de pacients amb test de deglució positiu o disfàgia prèvia als que se'ls ha identificat amb l'etiqueta de risc de disfàgia al capçal del llit: "Pacient amb disfàgia: alerta tinc risc d'ennuegar-me" (obj $\geq 80\%$), segons el procediment de detecció i maneig de la disfàgia.

	2021 (*)		2023	
	Resultat positiu	Etiqueta risc disfàgia	Resultat positiu	Etiqueta risc disfàgia
	n	%	n	%
HUV	30	50.0	45	57.8

obj $\geq 80\%$

(*) L'any 2022 no es van fer talls d'observació a l'HUV

Comentaris

- ✓ El 81,7% dels pacients amb edat ≥ 80 anys tenen el test de deglució fet (no complint l'objectiu $\geq 90\%$).
- ✓ El 57,8% dels pacients amb risc de disfàgia tenen l'etiqueta identificativa del risc al capçal del llit (no complint l'objectiu $\geq 80\%$).

Nota: Trimestralment s'envia un informe amb les dades de Riscos a la Direcció d'Infermeria.

(👉 Tornar a l'índex)

INFECCIONS (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP D'INFECCIONS AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	 Instrucció de funcionament del grup d'Infeccions, aprovada el 29.9.2022-versió 04.  Instrucció de funcionament del grup PROA, aprovada setembre del 2022-versió 01.  Dins el banner específic de Seguretat de Pacients disponible a la intranet, hi ha un apartat d'Infeccions.  Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.  Es disposa de documents específics relacionats pel control de la infecció relacionada amb l'assistència sanitària com: ➤ Protocol de neteja d'habitat i superfícies dels hospitals del CHV, revisat l'any 2023 i aprovat el 12.02.2024. ➤ Procediment normalitzat de treball (PNT) de la recollida de mostres per cultius rutinaris de control de material clínic d'endoscòpies segons la normativa ESGENA i SEIMC 23.08.2023 ➤ Procediment de controls ambientals CHV, HSJM i FHSC 27.07.2023 aquest procediment inclou la prevenció de la legionel·losi. ➤ Document d'ajuda a la presa de decisions en profilaxi pre-exposició per VIH 05.09.2023
Desplegament	 Actes de les 3 reunions de la cap de Qualitat i SP i la tècnica del grup d'Infeccions per seguiment de temes: 22.02.2023, 21.05.2023 i 08.11.2023.  Actes de les reunions amb la Direcció d'infermeria i la tècnica del grup d'Infeccions com a coordinadora de la Unitat de vigilància i prevenció de la infecció per fer seguiment de temes i indicadors de resultat: 07.03.2023,08.05.2023,06.09.2023 les actes estan disponibles a la unitat de vigilància d'infeccions.  Actes de les 3 reunions del Comitè d'Infeccions, disponibles a Qualitat: 19/04/2023, 20/09/2023 i 12/12/2023. Contingut de cada acta: • Lectura i aprovació, si s'escau, de l'acta de la reunió anterior. • Aprovació de documents, si s'escau. • Higiene de mans • Informes sobre ILQ • Infeccions a la UCI • Resultats incidència infeccions (bacterièmies, gèrmens multirresistents) • PROA • Objectius CatSalut • Talls prevalença • Brots • Obres • Resum dels acords presos.  Fetes reunions del subgrup d'infeccions PREVINQ-CAT per establir dinàmica de funcionament, desplegar el programa de prevenció de la infecció quirúrgica amb el paquet de mesures preventives pactades i avaluar els resultats: 07.10.2023 i 18.10.2023.  Es passa per CPA (comitè permanent assistencial) el document del nou Xec-list amb les mesures noves del PREVINQ-CAT el dia 28.11.2023  Fetes reunions del grup Codi Sèpsia per establir un circuit i presa de decisions quan hi ha una urgència d'infeccions en un pacient sèptic amb la indicació del tractament antibiòtic empíric. Les actes són 31.05.2023, 27.09.2023 i 29.11.2023  Fetes reunions del grup PROA: cada dilluns el grup es troba a microbiologia per fer revisió de tots els antibiòtics restringits o que sobrepassen la durada aconsellada i es fan recomanacions al prescriptor. Un cop feta aquesta, es valora si ha estat acceptada. Aquestes accions es porten a terme a tots els centres del CHV (HUV, HSJM i FHSC).  Les actes de les reunions són: 21.01.2023 (tancament 2022), 03.04.2023 (1er trimestre), 03.07.2023(2on trimestre),02.10.2023(3er trimestre),15.01.2024 (tancament 2023) i 22/01/2024 (valoració objectius i propostes 2024).

	 El 05.05.2023 es participa en la celebració del Dia Mundial de la Higiene de mans amb diverses activitats per promocionar aquesta pràctica de Seguretat de Pacients i per evitar la transmissió d'infeccions a tots els centres del CHV i a tots els nivells assistencials. També es van fer pissarres digitals al respecte.  Es realitzen els talls de prevalença d'infeccions marcats pel VINCat en tots els centres del CHV (aguts el dia 17.05.2023 i atenció intermèdia la setmana del 24 de maig i del 20 de novembre 2023).  S'ha participat en el tall de prevalença de l'ENVIN-Hèlics a la UCI (abril-maig-juny 2023)  Promoció de l'ús prudent dels antibiòtics i adhesió de la campanya del PRAN al 20.11.2023 amb l'eslògan de "sense símptomes no tractis". També es va fer una pissarra virtual a l'abast de tots els professionals.  Sessió PROA a l'atenció intermèdia a través d'una sessió general de geriatria el dia 07.11.2023 i per infermeria el dia 19.12.2023.  El 14.11.2023 es fa una reunió amb el Departament de Salut per iniciar la certificació dels grups PROA del CHV i el dia 27.11.2023 s'envia l'autoavaluació a través de la plataforma ProSP del Departament i per tots els equips PROA del CHV.  Memòries anual del 2023 d'activitats del grup PROA d'atenció intermèdia de cada centre, presentades i signades per la Direcció corresponent el 22.02.2024. *Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat
Avaluació	 Presentació de resultats de les infeccions realitzada al Comitè Assistencial el dia 28.04.2023 on es fan propostes de millora sobre els resultats obtinguts i es fa un benchmarking de la resta d'hospitals del nostre grup del VINCat.  Publicació de resultats d'Infeccions al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2022 en data 13.07.2023 i penjat en xarxa.  Es publiquen els resultats de les infeccions del CHV a tot el personal a través de l'Informe d'infeccions penjat al banner de SP a l'apartat d'infeccions perquè sigui accessible per tothom. Al igual que l'informe de sensibilitats, l'informe d'aïllaments i els informes d'higiene de mans de tots els centres del CHV.  Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat del CHV realitzada el 08.11.2023 i propostes de millora per l'any següent.  S'han aconseguit tots els objectius del PROA del VINCat i del CATSalut. S'han assolit els objectius PROA hospital, PROA sociosanitari i PROA comunitari.  S'ha donat resposta a tots els indicadors del compromís del VINCat signat per aquest any.  Es donen resultats d'indicadors de Seguretat de Pacients del Departament de Salut (semestrals i anuals).  S'ha fet seguiment d'incidència dels objectius VINCat en: bacterièmies, Gèrmens multirresistents, Clostridium, Higiene de mans, infecció quirúrgica i infeccions de pacients crítics.  Seguiment del pla de millora segons l'auditoria externa de la prevenció i control de la infecció (s'han implantat millores en l'adquisició d'una màquina de UV per la desinfecció de superfícies a la UCI, intervencionisme i quiròfans, també s'han retirat els "dosifix" per sistemes d'un sol ús i s'han implantat les xeringues precargades, s'ha fet formació al personal en els programes "Zero" per evitar la infecció en dispositius mèdics i s'ha actualitzat el protocol de neteja d'habitat i superfícies).  S'han realitzat tots els controls rutinaris anuals de les sales d'ambient control del CHV segons la normativa vigent (UNE 17134_2020) i realitzats per una empresa externa.  S'han realitzat tots els controls rutinaris anuals del material clínic d'endoscòpies, cistoscòpies i broncoscòpies segons la normativa europea ESGENA (European Society of gastroenterology and endoscopy nurses and associates) i la SEIMC (Sociedad Española Enfermedades infecciosas microbiología clínica).  S'ha realitzat el seguiment d'obres en matèria de prevenció d'infeccions derivades d'elles i a tots els centres del CHV. Informes de notificació, seguiment i tancament d'obres que es disposen a la unitat de vigilància d'infeccions i a la Direcció de Serveis  S'han presentat els resultats de l'informe d'aïllaments al Comitè d'infermeria el dia 26.10.2023 i els resultats de la investigació d'un brot per Enterococ faecium resistent a vancomicina (EFRV) el dia 29.11.2023. Les actes són a la Unitat de Docència i Recerca.  També es va presentar a Comitè Assistencial del dia 27.10.2023 els resultats de la investigació del brot multicèntric EFRV. Les actes es disposen a la Direcció assistencial.

	 S'han realitzat sessions de simulació mitjançant el Rol-playing en matèria d'Higiene de mans i bon ús dels guants, al igual que les pràctiques de bona recollida d'hemocultius i urinocultius. Les sessions es fan cada dijous pel personal d'hospitalització i portalliteres.  S'ha elaborat una guia de presa de decisions en tractament empíric feta pel grup PROA de la comissió d'infeccions i està aprovat per la CPA i penjat en el banner d'infeccions a la Intranet.
Revisió	 Protocol de neteja d'hàbitat i superfícies dels hospitals del CHV. Versió 03  Procediment normalitzat de treball (PNT) de la recollida de mostres per cultius rutinaris de control de material clínic d'endoscòpies . Versió 02  Procediment de controls ambientals CHV, HSJM i FHSC. Versió 03  Procediment de la preparació dels pacients en la cirurgia oftalmològica de cataractes i retina penjat en xarxa a la intranet. Versió 02  Document d'ajuda a la presa de decisions en profilaxi pre-exposició per VIH. Versió 02

OBJECTIU

L'objectiu del grup d'infeccions és la vigilància, control i prevenció de les infeccions nosocomials i relacionades amb l'assistència sanitària (IRAS) del Consorci Hospitalari de Vic per tal de disminuir la mortalitat i la morbiditat, aconseguint una millora de la qualitat de vida hospitalària del pacient, i per altra banda, reduir les despeses hospitalàries. Al igual que optimitzar adequadament els tractaments antibiòtics mitjançant els programes PROA evitant així l'aparició de gèrmens multiresistents.

METODOLOGIA

El grup d'infeccions del Consorci Hospitalari de Vic utilitza la sistemàtica de treball, en què la vigilància de la infecció nosocomial es realitza mitjançant la incidència i la prevalença.

La metodologia de treball és el monitoratge dels aspectes de: Infecció Relacionada amb l'Assistència Sanitària (IRAS), gèrmens multiresistents, detecció de "Brots Nosocomials", utilització d'antibiòtics (PROA), infeccions intra UCI, infeccions de la localització quirúrgica (ILQ) i Higiene de mans.

HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC

ESTUDI DE PREVALENCÇA

El 17 de maig del 2023, es va realitzar 1 tall de prevalença VINCAt a l'Hospital Universitari de Vic que és el que correspon pel nivell i volum de l'hospital.

Factors de risc intrínsecs i extrínsecs

HUV

Sexe	N	% Rel	Edat mitjana
Dona	105	53,03	62,65
Home	93	46,97	63,85
TOTAL	198	100,00	63,22

VINCAt

Sexe	N	% Rel	Edat mitjana
Dona	3.361	46,97	63,72
Home	3.794	53,03	63,06
TOTAL	7.155	100,00	63,37

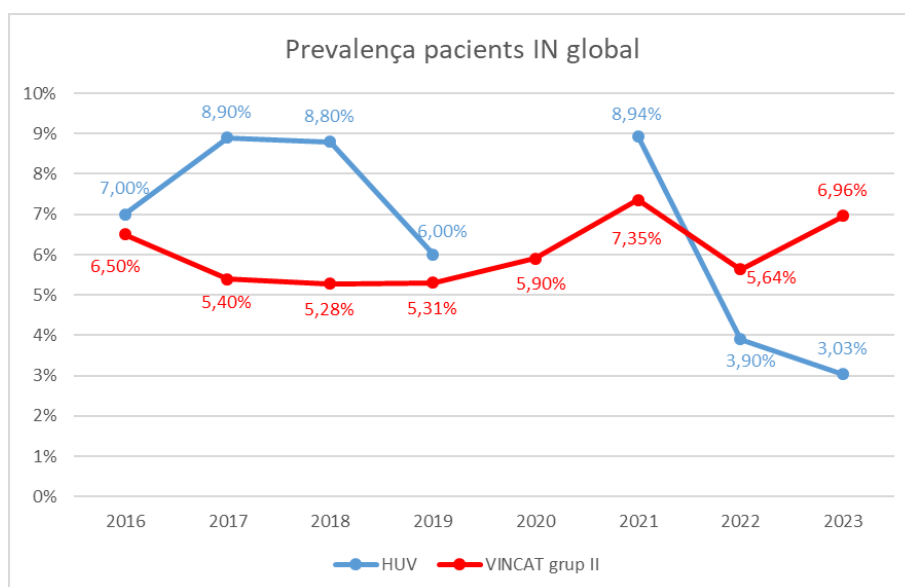
HUV

Grups d'edat	Pacients		IRAS totals		
	Pacients N	% Rel	N	%	[IC 95%]
< 18 Anys	12	6,06	0	0,00	-
18 - 64 Anys	75	37,88	0	0,00	-
≥ 65 Anys	111	56,06	6	5,41	[2,43 a 11,60]
TOTAL	198	100,00	6	3,03	[1,36 a 6,62]

VINCat

Grups d'edat	Centres N	Pacients		IRAS totals		
		Pacients N	% Rel	N	%	[IC 95%]
< 18 Anys	34	414	5,79	17	4,11	[2,57 a 6,51]
18 - 64 Anys	56	2.532	35,39	159	6,28	[5,40 a 7,29]
≥ 65 Anys	56	4.209	58,83	313	7,44	[6,68 a 8,27]
TOTAL		7.155	100,00	489	6,83	[6,27 a 7,44]

Infeccions detectades



Comentaris

- ✓ La mitjana d'edat dels pacients ingressats és al voltant dels 63 anys igual que la resta d'hospitals del VINCat i similar als anys anteriors. A l'HUV hi ha més dones que homes i s'han infectat més les dones, al contrari que la resta d'hospitals.
- ✓ Dintre del grup >65 anys, 4 de les 6 infeccions són en pacients de >80 anys. A la resta d'hospitals entre 60-69 anys és on hi ha més pacients infectats.
- ✓ Continua disminuint la prevalença d'IN global a l'HUV en relació als anys anteriors i per sota la del nostre grup del VINCat.
- ✓ La infecció més prevalent al VINCat és la ILQ seguida de les urinàries, mentre que al HUV no hi ha diferències entre elles havent una infecció de cada. No s'ha trobat cap infecció respiratòria.
- ✓ El servei més prevalent a HUV és el de Medicina interna però el que més infeccions presenta és Geriatria (50% de les infeccions). Al VINCat el més prevalent també és MI però els que tenen més infeccions són la UCI seguit de Cirurgia i Geriatria.
- ✓ A l'HUV els gèrmens causants de les infeccions han sigut Gram positius, essent enterococcus faecalis i s.epidermidis.
- ✓ Al VINCat els gèrmens Gram negatius són els més prevalents destacant la pseudomona aeruginosa, dels Gram positius destaca S.Aureus sensible juntament amb els S.epidermidis seguit dels enterococcus faecium.

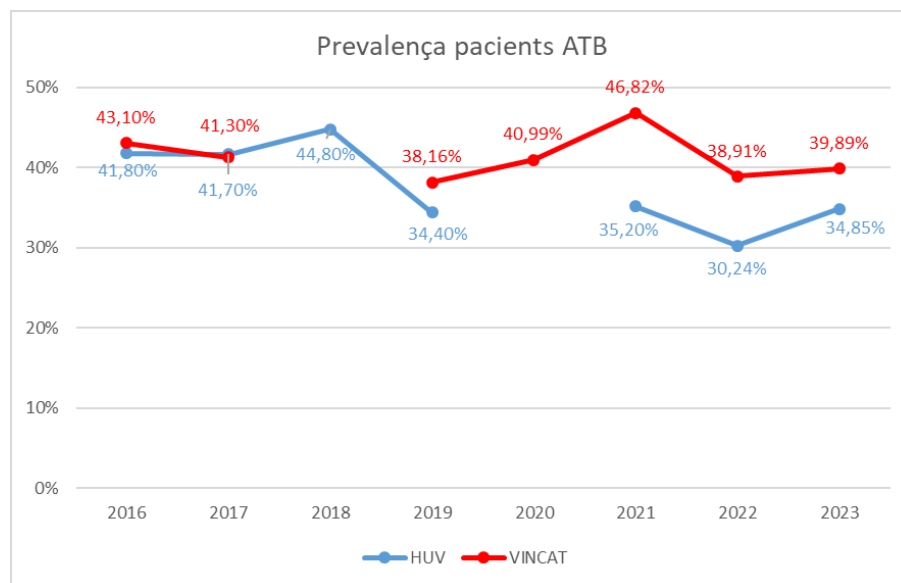
Ús d'antimicrobians

HUV

Indicació	Prescripcions d'antimicrobians	
	N	% Rel
Tractament empíric	72	75,00
Tractament dirigit	23	23,96
Indicació desconeguda	1	1,04
TOTAL	96	100,00

VINCat

Indicació	Prescripcions d'antimicrobians	
	N	% Rel
Tractament empíric	1.992	55,13
Tractament dirigit	1.095	30,31
Profilàxi quirúrgica o altres	300	8,30
Profilaxi mèdica	186	5,15
Altres indicacions	23	0,64
Indicació desconeguda	17	0,47
TOTAL	3.613	100,00



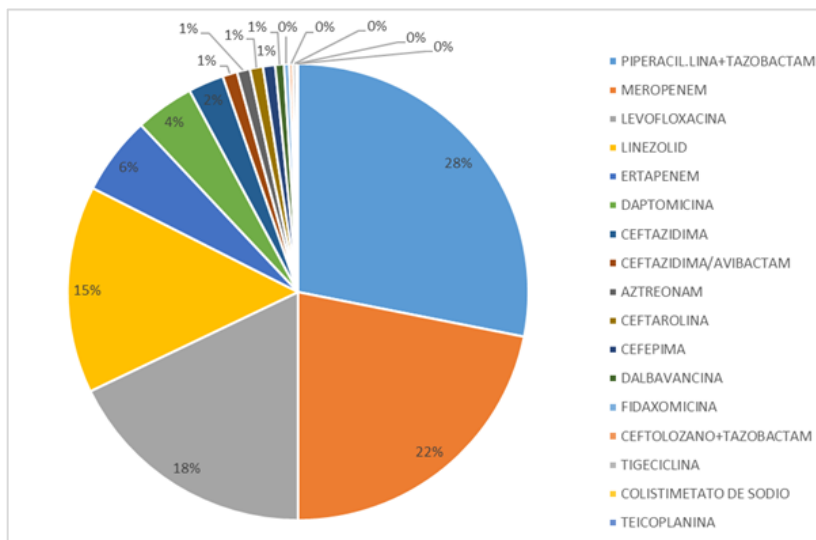
Comentaris

- ✓ Estem per sota la prevalença de pacients amb antimicrobians pautats que la resta d'hospitals catalans, però s'observa un repunt de la prevalença d'ATB respecte al 2022.
- ✓ La prescripció de tractament empíric està per sobre del VINCat amb un resultat del 75%.
- ✓ El VINCat l'antimicrobià més utilitzat és l'amoxicil.lina/clavulàmic seguit de la ceftriaxona, la piperacil.lina/tazobactam, la ceftazidima, la ciprofloxacina, la levofloxacina i el meropenem.
- ✓ A l'HUV la ceftriaxona és la més utilitzada seguit de l'amoxicil.lina/clavulàmic, el metronidazol, la piperacil.lina/tazobactam, la clindamicina, el linezolid, la azitromicina, la cefazolina i el meropenem.

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals

		Segueixen Protocol
Antibiòtics restringits prescrits	1642	
Antibiòtics restringits avaluats	503 (30,64%)	73,96%

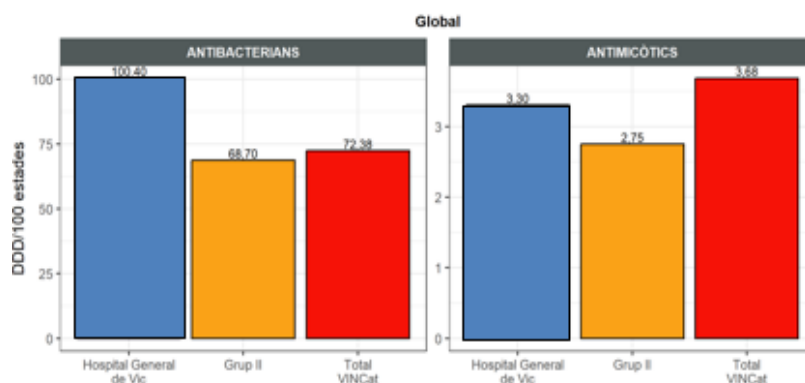


Comentaris

- ✓ Han augmentat els antibiòtics restringits prescrits (100 més) però ha millorat l'adhesió al protocol.
- ✓ Es mantenen els antibiòtics més prescrits respecte l'any anterior observant-se una disminució del Meropenem.
- ✓ Es manté la baixa adherència al protocol de la Piperacilina Tazobactam i del Meropenem respecte el 2023 i es redueix l'adherència de l'Aztreonam i la Ceftazidima/Avibactam.
- ✓ El grup PROA ha realitzat un total de 499 (443+56) recomanacions mantenint-se respecte l'any anterior.
- ✓ Segons la valoració feta el 2023 ha disminuït l'acceptació de les recomanacions que el grup PROA fa al prescriptor respecte el 2022 (76.8%).
- ✓ Les recomanacions són bàsicament de durada del tractament i de canvi segons antibiograma. Cal destacar que s'accepta millor la recomanació de canvi que la de durada (82.5% envers 68.2%). Aquests resultats són similars als de l'any 2022.
- ✓ S'han assolit tots els objectius PROA hospitalari i comunitari pactats amb el VINCat, i millorat els resultats de l'any anterior.

Monitoratge estandarditzat del consum d'antimicrobians

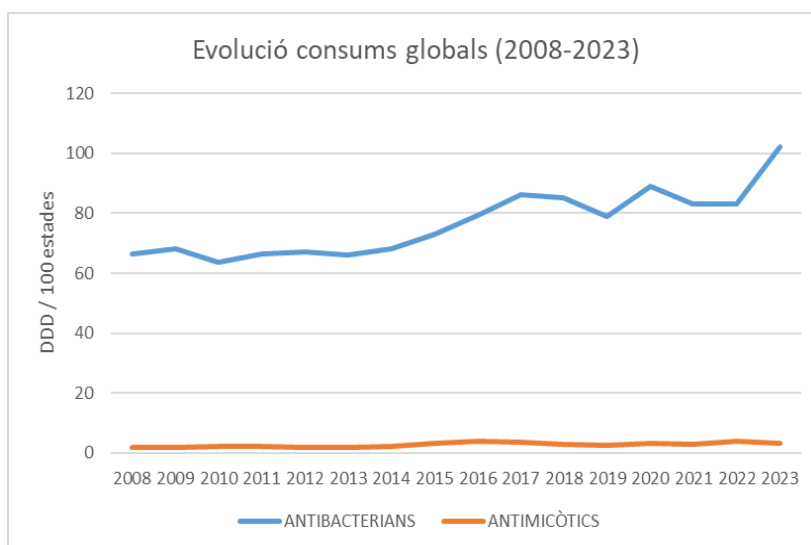
Resultats anuals consum hospitalari d'adults per tipus d'antimicrobià (DDD)



Comentaris

- ✓ El consum global d'antimicrobians augmenta un 23.26% respecte 2022 a conseqüència de l'augment de consum als serveis mèdics i quirúrgics. Per contra, el consum de micòtics disminueix un 15.57% respecte l'any anterior.
- ✓ A la UCI es manté el consum d'antimicrobians i disminueixen els antimicòtics en un 37.2%.
- ✓ A nivell de consum global estem per sobre dels hospitals del grup II del VINCat i per a tots els serveis

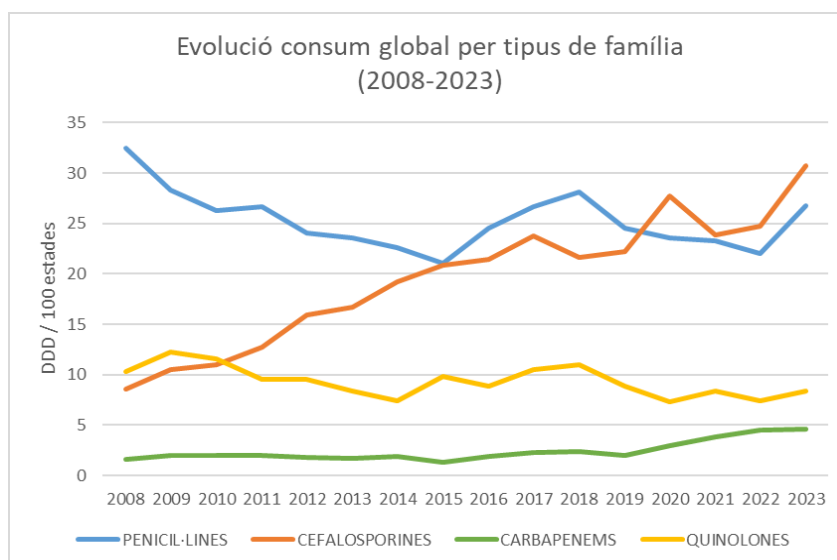
Resultats evolutius CHV (2008-2023) Consum Hospitalari Adults per tipus d'antimicrobià (DDD)



Comentaris

- ✓ Des de l'any 2015 el consum global d'antimicrobians presenta una tendència creixent trencant l'estabilitat observada des del 2008.
- ✓ Aquest increment es degut als serveis mèdics i quirúrgics, en canvi a la UCI el creixement del consum s'ha moderat els darrers anys.

Resultats evolutius CHV (2008-2023) Consum Hospitalari Adults per tipus de família (DDD)



Comentaris

- ✓ A nivell global cal destacar un estancament en el creixement del consum de carbapenems que es venia observant des de 2019 degut a la disminució del consum a la UCI.
- ✓ El consum de cefalosporines presenta una tendència creixent igual com passa amb el consum de les penicil·lines.
- ✓ Tot i l'increment respecte el 2022, el consum de quinolones es manté en nivells similars des del 2019.
- ✓ A conseqüència de les intervencions del grup PROA el consum de carbapenems i quinolones no ha experimentat un increment.

Resultats anuals consum hospitalari pediàtric per tipus d'antimicrobià (DOT)

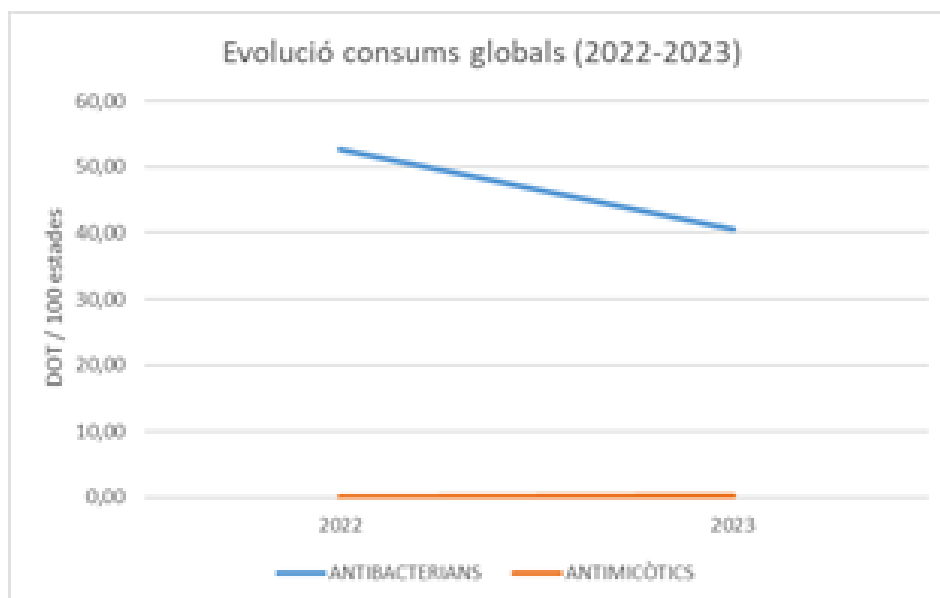
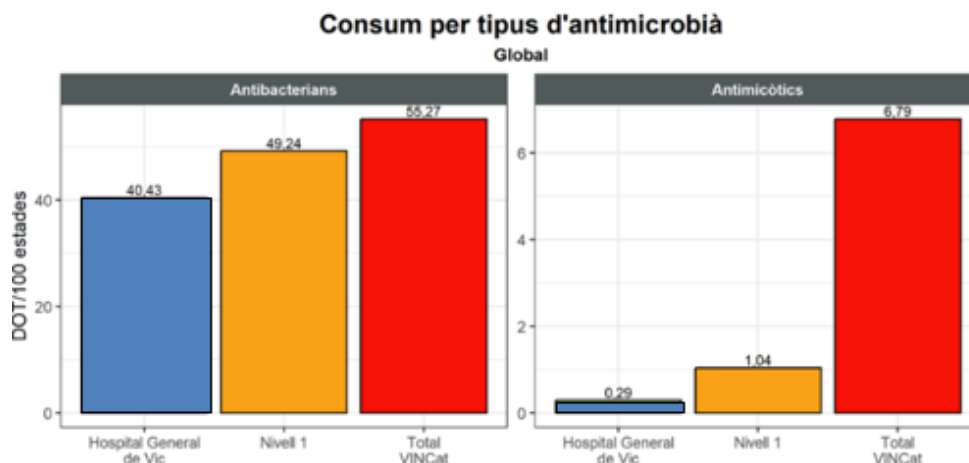
Des de 2022 es declaren al VINCat els consums d'antimicrobians dels pacients pediàtrics per poder fer comparativa amb els centres del nostre nivell. La classificació dels nivells d'hospitals en pediatria són els següents:

Nivell 1: serveis mèdics ó quirúrgics (nivell al que pertany el CHV)

Nivell 2: nivell 1 + UCI neonatal

Nivell 3a: Nivell 2 + UCI pediàtrica

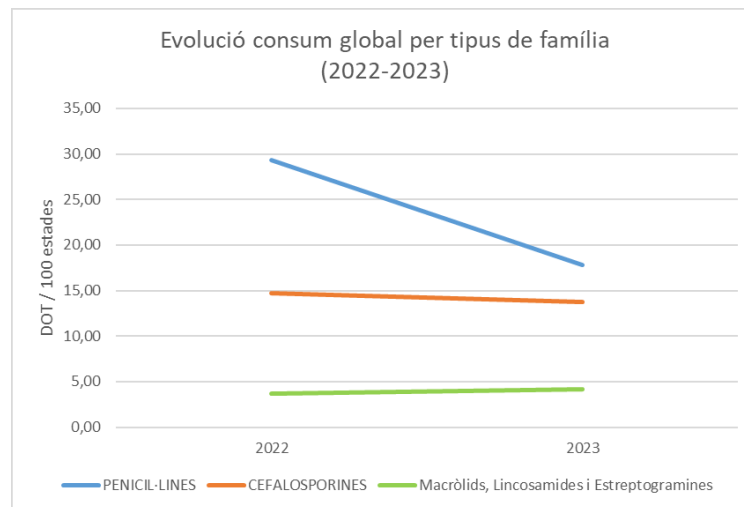
Nivell 3b: Nivell 3a + onco hemato



Comentaris

- ✓ El consum global d'antibacterians disminueix respecte el 2022, a causa de la disminució del consum als serveis mèdics. S'atribueix aquesta disminució amb l'inici de l'equip PROA al servei de Pediatria.
- ✓ S'observa un increment del consum d'antimicrotics, respecte al 2022 situant-nos per sobre dels altres centres del mateix nivell (0.29 vs 0.19/100 estades).

Resultats evolutius CHV (2022-2023) Consum Hospitalari Pediàtric per tipus de família (DOT)



Comentaris

- ✓ Hi ha una disminució del consum de Penicil·lines i Cefalosporines respecte l'any 2022.
- ✓ Per contra s'observa un increment del consum de Macròlids respecte l'any anterior, probablement per l'increment de casos d'infecció respiratòria per Mycoplasma que hem vist en els darrers mesos de l'any.

HIGIENE DE MANS (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

Des de l'any 2021 es realitzen observacions trimestrals, així es garanteixen taxes d'adherència més reals que si es fes l'observació en un únic tall anual. Podeu consultar el detall per unitats i serveis a l'informe global d'Higiene de mans HUV de 2023 al banner de Seguretat de Pacients a la Intranet, dins de l'apartat d'Infeccions.

Evolució taxa d'adherència global higiene de mans

2021	2022	2023
67%	72%	73%

Resultats indicador HM a hospitalització segons criteris VINCAt i SP

HUV

	1er trimestre	2n trimestre	3er trimestre	4rt trimestre	ANUAL 2023
Indicador consum PBA	23,1	25,2	32,1	25,0	26
litres/estadesx1000 <i>(fórmula)</i>					

VINCAt

Taula 2.1: Nombre total de litres de PBA entregats a les unitats o plantes d'hospitalització x 1.000 estades (pacients-dies). Any 2023.

Grup	Nº Centres	Litre PBA	Estades	Litres PBA per 1000 estades	[IC 95%]
Grup I	10	48.313	1.683.224	28,70	[28,45 a 28,96]
Grup II	17	21.879	1.205.268	18,15	[17,91 a 18,39]
Grup III	34	14.317	763.210	18,76	[18,45 a 19,07]
Grup IV	5	3.629	120.164	30,20	[29,23 a 31,20]
TOTAL	66	88.138	3.771.866	23,37	[23,21 a 23,52]

Resultats indicador HM a UCI segons criteris VINCAt i SP

HUV

	1er trimestre	2n trimestre	3er trimestre	4rt trimestre	ANUAL
Indicador consum PBA	116,2	108,5	76,2	113,9	103
litres/estadesx1000 (fórmula)					

VINCAt

Taula 3.1: Nombre total de litres de PBA entregats a les unitats de cures intensives (UCI) x 1.000 estades (pacients-dies). Any 2023.

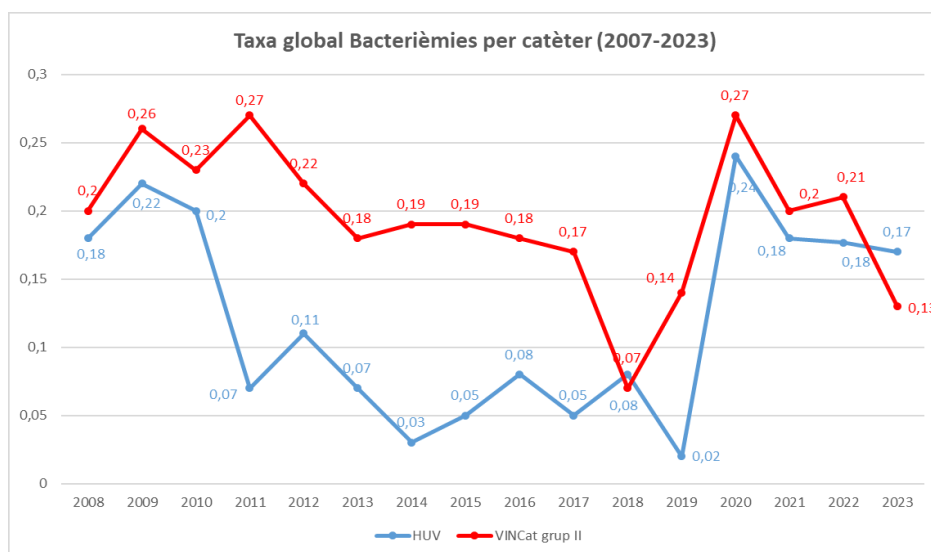
Grup	Nº Centres	Litre PBA	Estades	Litres PBA per 1000 estades	[IC 95%]
Grup I	10	19.329	209.197	92,40	[91,10 a 93,71]
Grup II	16	5.698	97.443	58,48	[56,97 a 60,01]
Grup III	6	936	16.360	57,21	[53,61 a 61,00]
TOTAL	32	25.963	323.000	80,38	[79,41 a 81,36]

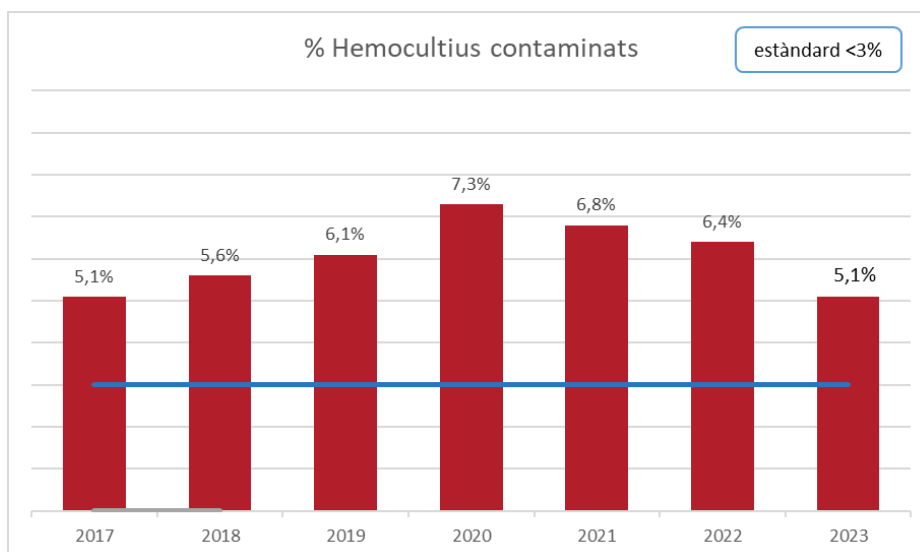
Comentaris

- ✓ L'indicador de consum de PBA global ha disminuït vers l'any passat, però ens mantenim dins el llindar marcat per la OMS.
- ✓ El consum de PBA a hospitalització ha disminuït vers l'any passat però continuem arribant a l'estàndard recomanat pel VINCAt l'any 2023 (18.15 litres).
- ✓ El consum de PBA a UCI ha augmentat vers l'any passat. Aquest any s'ha aconseguit arribar a l'estàndard recomanat pel VINCAt de l'any 2023 (58.48 litres).

ANÀLISI DE LA INCIDÈNCIA

Evolució de les taxes totals de bacterièmia ajustades per tipus de catèter



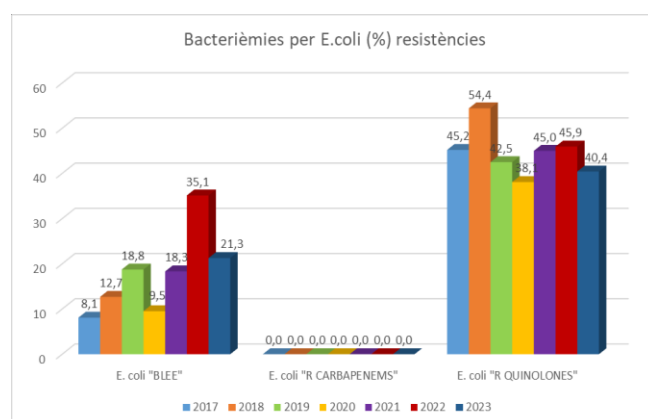
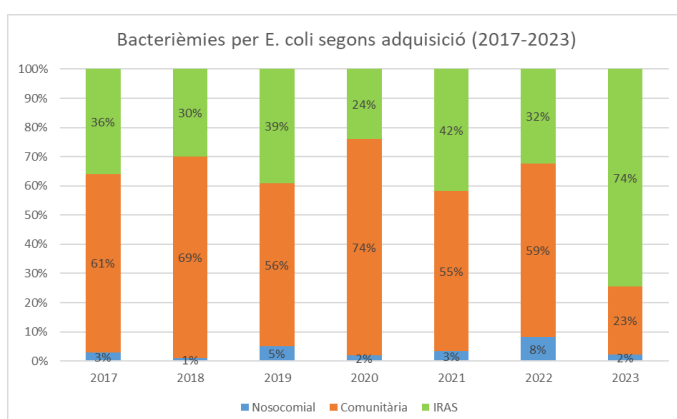


Comentaris

- ✓ La taxa de bacterièmies global és del 0.17 x1000 (VINCat grup II 2023=0.13 x1000), Des del 2021 continuem per sobre de la mitjana del nostre grup del VINCat.
- ✓ Han disminuït les bacterièmies en pacients crítics, respecte l'any 2022, tornant a taxes prepandèmiques i situant-nos per sota de les UCIs del VINCat.
- ✓ Es manté el percentatge (37.5%) de bacterièmia en pacients quirúrgics respecte el 2022 però per sobre del VINCat (23.8%) . Els catèters causants de les bacterièmies són majoritàriament per CVP a diferència de l'any anterior que eren per CVC.
- ✓ Els gèrmens causals a totes les àrees són colonitzadors de la pell com els staphylococcus epidermidis, coagulasa negatius i staphylococcus aureus semblant als resultats del VINCat.
- ✓ Seguim amb bacterièmies per catèter utilitzats per nutrició parenteral amb un resultat de 0,96 x 1.000 (VINCat grup II 2023=0.91 x1000), situant-nos per primer cop per sobre del resultat del nostre grup.
- ✓ En general han augmentat les bacterièmies en catèters perifèrics a totes les àrees respecte l'any 2022. L'any 2023 l'àrea mèdica és la que concentra més casos (60%) com el VINCat 2023 global (77.9%).
- ✓ La taxa d'hemocultius contaminats disminueix respecte l'any passat però continua molt per sobre dels estàndards òptims. Cal destacar que a Pediatria la taxa d'hemocultius contaminats és del 13.2% enfront del 17.5% de l'any 2022.

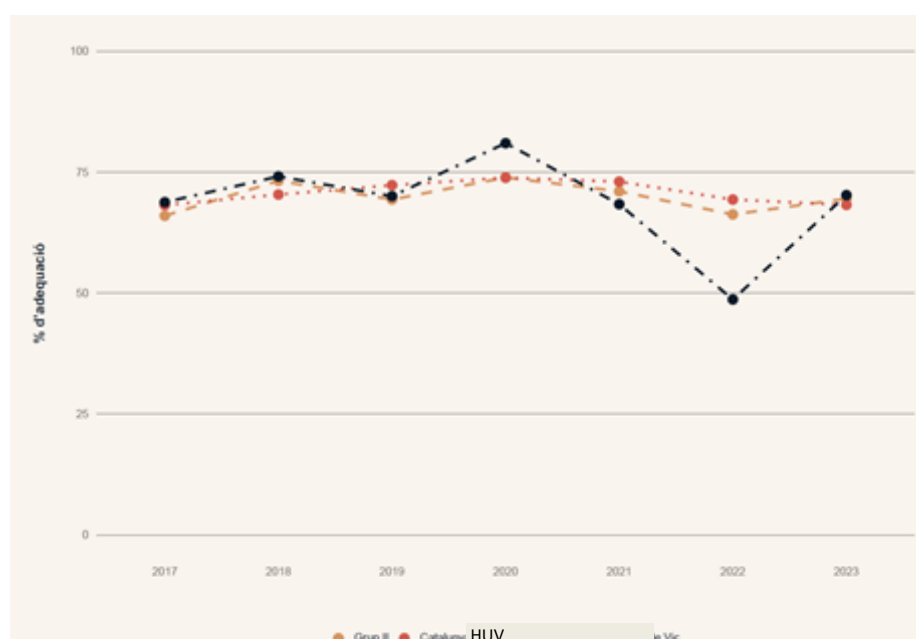
Bacterièmies per E. Coli d'origen urinari

Distribució segons adquisició i àrea HUV i grup II VINCat



	HUV	VINCat
Nombre de casos	47 (100,00%)	521 (100,00%)
Àrea d'adquisició		
Comunitaria	35 (74,47%)	350 (67,18%)
Nosocomial	1 (2,13%)	39 (7,49%)
Relacionada amb sistema salut	11 (23,40%)	132 (25,34%)
Àrea d'hospitalització		
Crítics	2 (4,26%)	31 (5,95%)
Mèdica	39 (82,98%)	411 (78,89%)
Quirúrgica	6 (12,77%)	79 (15,16%)

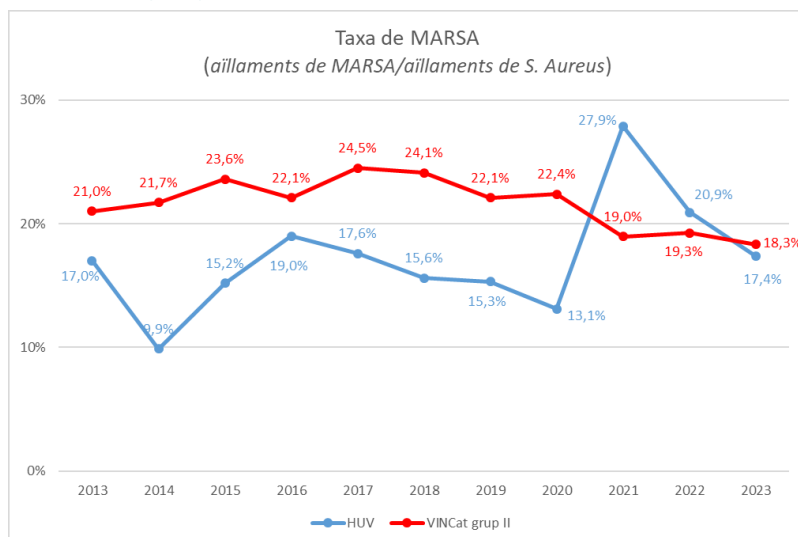
Evolució del percentatge de tractament antibiòtics adequats a les guies i adequat a l'activitat in vitro al HUV



Comentaris

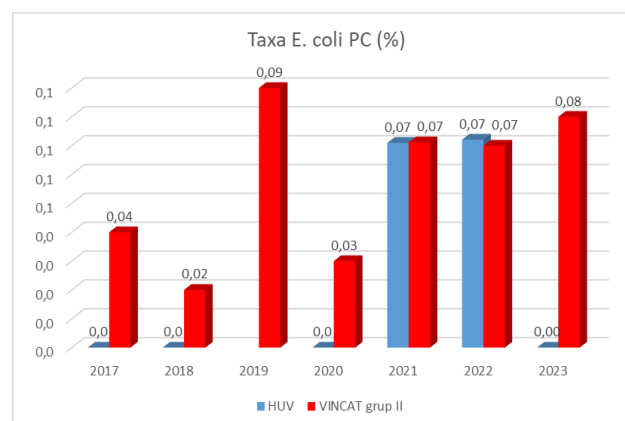
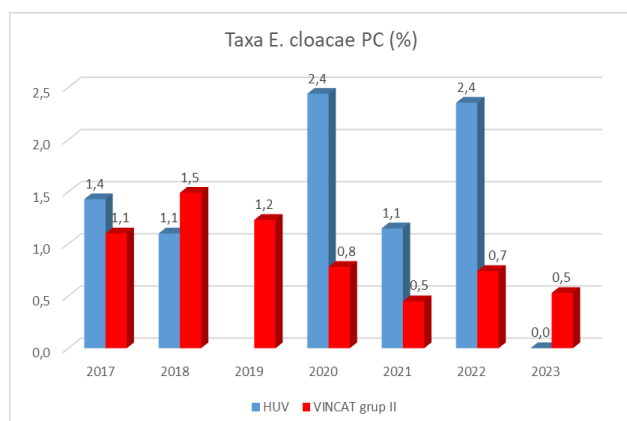
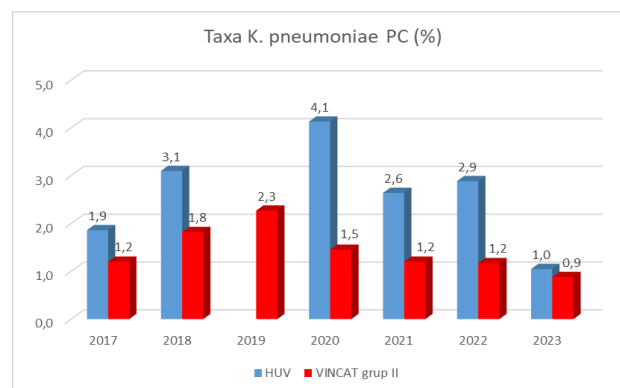
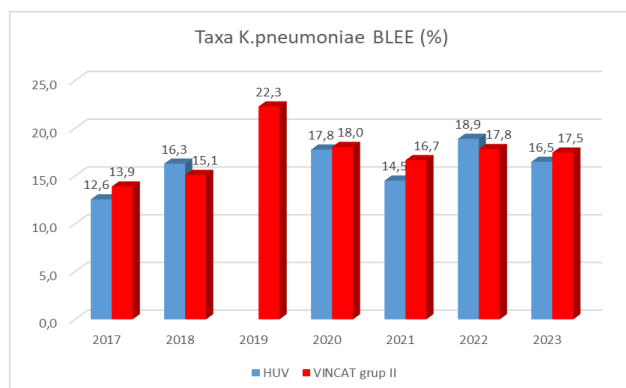
- ✓ L'any 2023 s'han detectat 47 casos, 10 més que l'any 2022.
- ✓ D'aquests casos una quarta part són d'adquisició comunitària (74.5%) superior al grup II (VINCat 2023=67.2%) i augmentant respecte l'any anterior.
- ✓ En segon lloc l'adquisició IRAS (23.4%) amb resultats similars al grup II (VINCat 2023=25.3%) i disminuint respecte l'any 2022.
- ✓ L'adquisició nosocomial ha baixat respecte el 2022(2.1%) continuant per sota de la del grup II (VINCat 2023=7.5%).
- ✓ La majoria de casos (83%) estan hospitalitzats a l'àrea mèdica, igual que en anys anteriors i que la resta d'hospitals. A l'àrea de pacients crítics el nombre de casos continua sent baix, estant per sota del grup II (VINCat 2023=5.9%).
- ✓ Les resistències d'E. Coli per betalactamases d'espectre estès(BLEE) i per quinolones han disminuït respecte l'any 2022 i les quinolones i continuem sense resistències d'E.coli a carbapenems.
- ✓ El Grau d'error del tractament empíric adequat a les guies (4/37): 10,8% és semblant al VINCat del grup II (10.2%) i millorant respecte l'any anterior.
- ✓ L'any 2023 s'han fet un total de 16 recomanacions, el doble que l'any passat, amb una adherència del 68.75% disminuït respecte al 2022
- ✓ Suspendre l'ATB i passar a la teràpia seqüencial són les recomanacions que més s'ha fet i la més acceptada és la última.
- ✓ L'antibiòtic empíric més utilitzat és el meropenem que quan es dirigeix és la cefuroxima la més utilitzada i que es segueix en el tractament a l'alta.
- ✓ La durada mitjana dels tractaments són de 14.1 per sobre del grup II del VINCat que és de 13.8

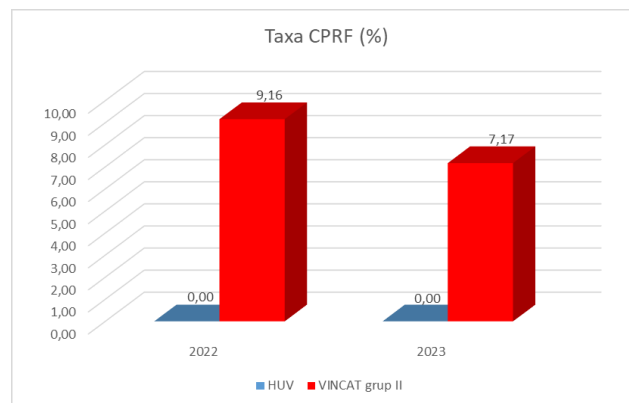
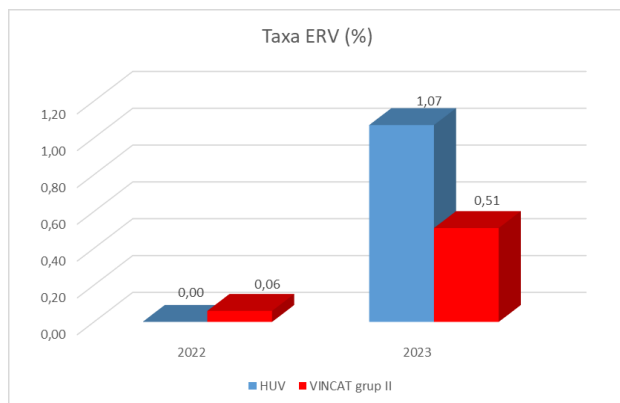
Microorganismes multiresistents (MR)



Comentaris

- ✓ Taxa de resistència a metil·lina en S. Aureus (MARSA): 17.4% (VINCAT 2023 grup II: 18.4%), disminuint respecte 2022 i situant-nos altre cop per sota del nostre grup.
- ✓ Densitat incidència de nous casos de MARSA : 5.25 ‰ (VINCAT 2023 grup II: 5.78‰) augmentant vers l'any 2022 però ens tornem a situar per sota el nostre grup.
- ✓ Densitat incidència de nous casos de MARSA d'adquisició hospitalària: 0.54 ‰ (VINCAT 2023 grup II: 0.73‰) augmentant també respecte l'any anterior però continuant per sota el nostre grup del VINCAT.
- ✓ Densitat incidència de bacterièmia per MARSA: 0.91 ‰ (VINCAT 2023 grup II: 0.66‰) augmentant igual que la resta d'hospitals del nostre grup i respecte l'any passat.





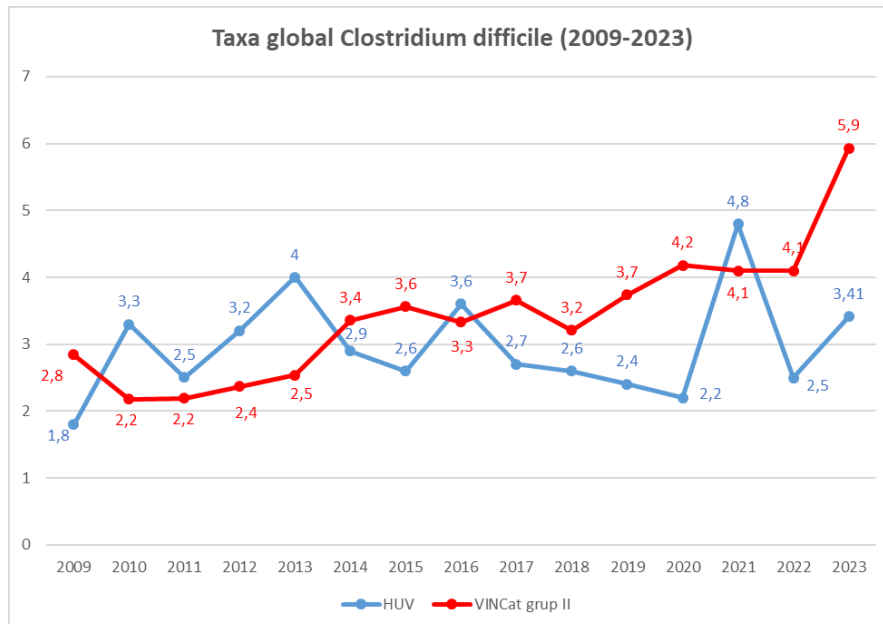
Comentaris

S'observen resultats per sota del grup II del VINCat en:

- ✓ Taxa de *Klebsiella pneumoniae* BLEE: 16.5% (VINCat 2023 grup II: 17.4%)
- ✓ Taxa de *Enterobacter cloacae* PC: 0.0% (VINCat 2023 grup II: 0.5%)
- ✓ Taxa d'*Escherichia coli* PC: 0.0% (VINCat 2023 grup II: 0.08%)
- ✓ Taxa de *Candida parapsilosi* resistent a fluconazol (CPRF): 0.0% (VINCat 2023 grup II: 7.2%)

Per altra banda es supera el resultat del grup II del VINCat en:

- ✓ Taxa de *K.pneumoniae* productora de carbapenemes (PC): 1.0% (VINCat2023grup II: 0.9%)
- ✓ Taxa d'*enterococ* faecium resistent a vancomicina (ERV): 1.1% (VINCat 2023 grup II: 0.5%). Cal destacar un brot de ERV (4 casos) i una bacterièmia per ERV.



Comentaris

- ✓ Ha augmentat la taxa global del clostridium a un 3.4 X10000 respecte a l'any 2022, de la mateixa forma que ha augmentat a la resta d'hospitals del nostre grup. Aquest augment es deu sobretot a l'augment de casos d'adquisició comunitària.
 - Augmenta la taxa dels clostridiums adquirits degut a l'assistència sanitària (IRAS) respecte al 2022 amb una taxa del 0.95 x10000 (VINCat grup II 2023=1.52 x10000).
 - La taxa de clostridium d'origen nosocomial ha estat del 1.14 x10000 (VINCat grup II 2023=1.69 x10000) i d'origen comunitari del 1.33 x10000 (VINCat grup II 2023=2.72 x10000).

Vigilància de les precaucions per evitar la transmissió d'infeccions

Fer una vigilància i control d'aquests microorganismes contribueix a una millora en la Seguretat del Pacient i a controlar la seva disseminació en el territori. Sense oblidar, que una bona vigilància de les mesures de prevenció realitzades fa augmentar l'eficiència dels Serveis Sanitaris i eviten els efectes psicosocials dels pacients sotmesos a ser aïllats durant l'estada hospitalària.

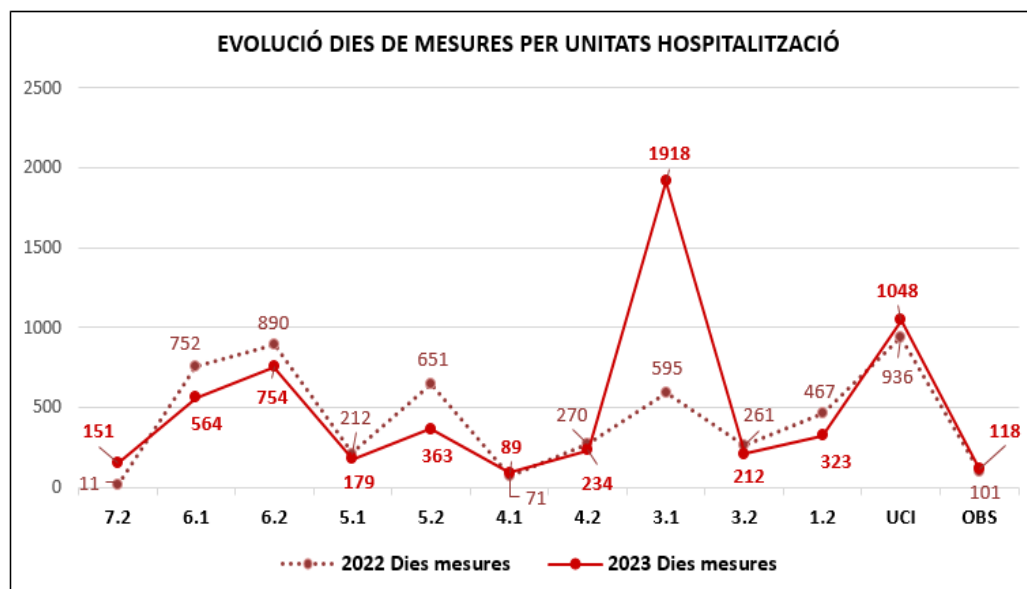
Per aquest motiu es realitza un registre de les mesures aplicades segons els gèrmens aïllats. (en el registre no s'ha inclòs la vigilància COVID-19 del primer trimestre)

Distribució de les mesures per trimestre:

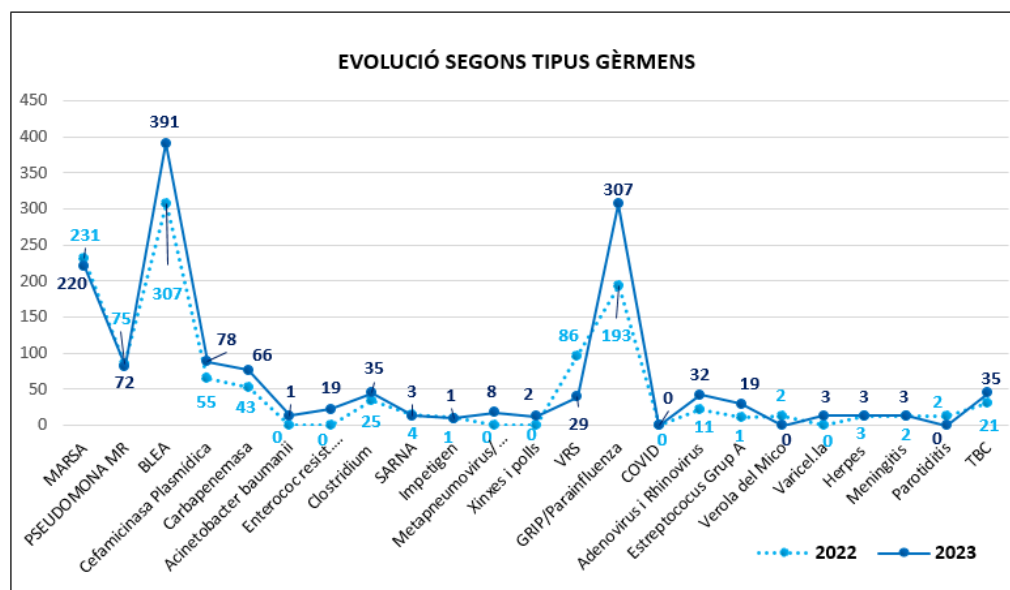
	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	2023
AÏLLAMENTS	454	284	326	458	1522
NOMBRE PACIENTS AMB MESURES	324	181	223	306	1034
DIES MESURES PREVENCIÓ	2388	1519	1509	1820	7236
MITJA AÏLLAMENTS PER MES	151	95	109	153	127

(*) Cal tenir present que un pacient pot tenir diferents aïllaments si s'han fet canvis d'unitat d'hospitalització.

Distribució de les mesures i dies segons unitat hospitalització



Distribució mesures aplicades segons el germen



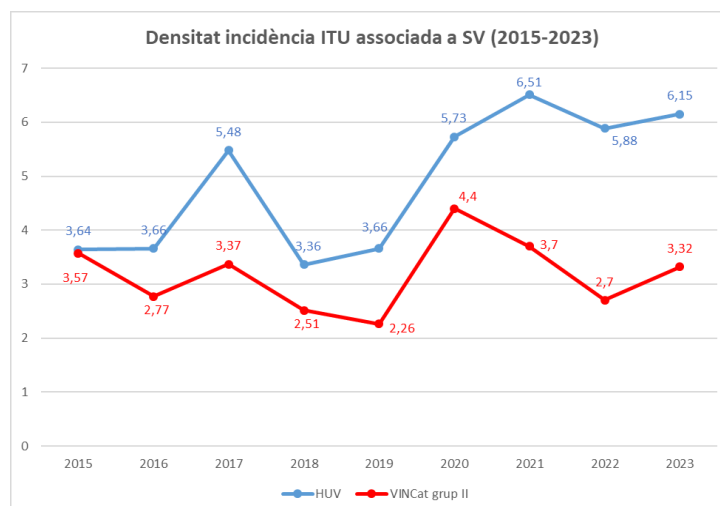
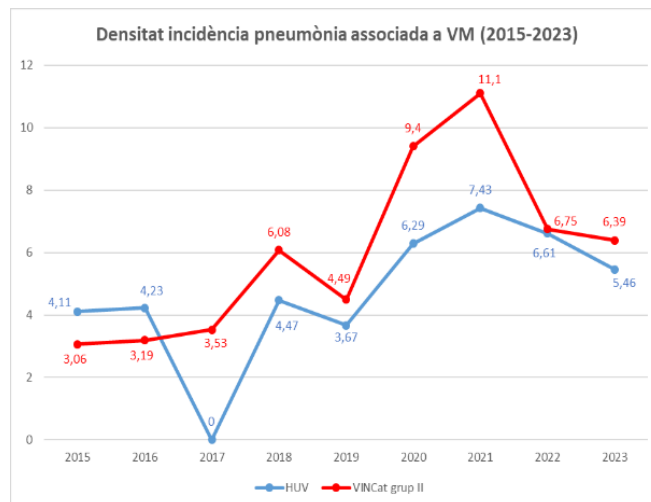
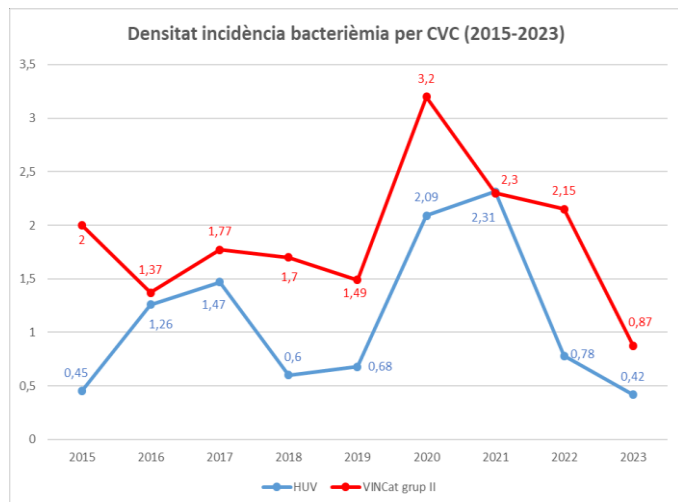
* No inclosos els pacients amb mesures per Covid-19.

Comentaris

- ✓ S'observa un increment del 24% (227 casos més) d'aïllaments respecte el 2022 i també augmenten els dies de mesures per evitar la transmissió realitzades respecte l'any passat en un 14% (increment de 736 dies). Com a conseqüència, ha augmentat un 24% la mitjana global d'aïllaments durant el 2023. S'ha passat de 79 aïllaments mensuals al 2022 a 127 al 2023.
- ✓ La distribució per trimestres ha sigut igual que l'any passat on en el primer i quart trimestre s'han acumulat el major número de pacients amb mesures de prevenció i dies d'aïllament a causa dels virus respiratoris.
 - Hi ha un augment respecte l'any 2022 de tots els tipus de mesures realitzades, amb excepció de les mesures per gotes que ha disminuït un 25%.
 - En les mesures per contacte i gotes, l'augment ha estat del 81%, a causa de l'increment dels virus respiratoris (Grip, Adenovirus i Rinovirus) i l'Estreptococ del grup A.
 - Augment del 67% de les mesures per aire, com a conseqüència de l'augment de casos de infeccions per TBC.
- ✓ S'observa un augment global dels gèrmens multirresistents comparant amb l'any passat, els més prevalents durant el 2023 han estat els productors de BLEES seguit del MARSA. Com a virus respiratoris, els més destacats han estat el virus COVID-19 i el virus de la GRIP.
- ✓ Cal destacar l'augment de les enterobactèries multirresistents, un 27% els gèrmens productors de BLEES (84 casos més), un 42% els productors de cefamicinasa plasmídica (23 casos més) i un 53% els productors de carbapenemasa (23 casos més). Augment del 40% (10 casos més) en casos d'infecció per Clostridium difficile, i d'un 66% (14 casos més) en infecció per Mycobacterium tuberculosis (TBC).
- ✓ Aquest any, per primera vegada al CHV, s'han detectat 19 casos/pacients de colonització/infecció per Enterococ faecium resistent a la vancomicina.
- ✓ El control de les mesures per evitar la transmissió aplicades ha estat correcte en el 99% igual que l'any 2022 però s'han identificat 14 casos on el cartell del tipus d'aïllament no era correctes segons el germen corresponent, 7 més que l'any passat.

Nota: Per conèixer les dades de la vigilància de les precaucions per evitar la transmissió d'infeccions (aïllaments), consulteu l'informe específic al banner de Seguretat de pacients a la intranet, dins de l'apartat d'Infeccions.

INFECCIONS A LA UCI



Comentaris

- ✓ **Densitat incidència de bacterièmia per CVC:** s'observa un disminució arribant al nivell més baix des del 2015 i situant-nos amb una de les taxes més baixes del grup II del VINCcat. La RUD (Ratio Ús Dispositiu) és del 0.80 per sobre del grup II (0.68) però la DI de la infecció és més baixa 0.42 respecte el grup II del VINCcat que és de 1.
- ✓ **Densitat incidència de pneumònia associada a VM:** seguim la tendència a disminuir i ens situem amb una taxa més baixa que el VINCcat i situant-nos al mig de les UCIs del grup II. La RUD és del 0.43 igual que la del VINCcat essent la DI de pneumònia de 5.46 més baixa que la resta d'UCIs d'hospitals del grup II (6.39).
- ✓ **Densitat incidència d'ITU associada a SV:** ha augmentat la taxa a 6.15 per sobre l'any passat igual que la del VINCcat que també ha augmentat vers l'any 2022, però nosaltres ens mantenim amb taxes elevades per sobre el nostre grup i des del 2015. La RUD és del 0.82 igual que les UCI's amb el mateix grau de complexitat que la nostra però la DI en infecció urinària per SV és el doble 6.15 que la resta del VINCcat 2.96.

VIGILÀNCIA INFECCIÓ LOCALITZACIÓ QUIRÚRGICA

MALUC	TAXA ILQ	GENOLL	TAXA ILQ
2017	0%	2017	3.6%
2018	2.6%	2018	7.4%
2019	3%	2019	2.9%
2020	2%	2020	3.2%
2021	1.2%	2021	3.0%
2022	3.37%	2022	3.64%
2023	1.0%	2023	2.5%
GRUP II (VINCat)	1.12%	GRUP II (VINCat)	1.39%

CÒLON	TAXA ILQ	RECTE	TAXA ILQ
2017	1.2%	2017	3.4%
2018	4.5%	2018	3.7%
2019	-----	2019	-----
2020	11.4%	2020	10.5%
2021	1.7%	2021	10.0%
2022	6.0%	2022	8.3%
2023	7.1%	2023	18.2%
GRUP II (VINCat)	6.99%	GRUP II (VINCat)	10.11%

MARCAPÀS	TAXA ILQ
2023	1.0%
VINCat	1.5%

Comentaris

- ✓ S'han detectat 14 infeccions de localització quirúrgica, 5 menys que l'any passat i dels procediments seleccionats que tenen criteris d'inclusió del VINCat (462). En total s'han detectat 1 de PTM, 5 de PTG, 4 de cirurgia de recte, 3 de cirurgia de còlon i 1 marcapàs.
- ✓ Respecte l'any passat, s'ha disminuït la taxa d'ILQ en cirurgia ortopèdica i ha augmentat en colorectal. Totes han sigut d'òrgan-espai menys una de superficial en cirurgia de recte.
- ✓ La taxa d'ILQ en cirurgia de còlon ha pujat vers el 2022 a (7.1%) similar a la del VINCat (6.99%) situant-nos just al mig dels hospitals del nostre grup II.
- ✓ En ILQ de recte s'ha arribat a una taxa del 18.2% essent la més alta dels anys registrats i per sobre dels hospitals del nostre grup II 10.11%.
- ✓ Per primer any s'ha monitorat la taxa d'ILQ en el procediment d'inserció de marcapasses permanent aconseguint 1% per sota la taxa del VINCat.
- ✓ Disminució de la profilaxi adequada en totes les cirurgies vers l'any passat.
- ✓ Cal insistir en el registre del bundle sobretot en glicèmia i en les mesures específiques en cirurgia colorectal.

(👉 Tornar a l'índex)

MORTALITAT (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE MORTALITAT AL CHV L'ANY 2023

Enfocament	 Instrucció: Funcionament del grup de Mortalitat, revisat 2019 (versió 03). Pendent nova revisió l'any 2024.  Instrucció: Nota d'èxits (versió 01). Pendent nova revisió l'any 2024.  Document integrat en xarxa per ser accessible per a tots els professionals.
Desplegament	 Actes de les 3 reunions realitzades entre la Cap de Qualitat i SP i la tècnica del grup per seguiment de temes (disponibles a Qualitat): 01.03.2023, 16.05.2023 i 08.11.2023.  Actes de les reunions mensuals del grup, disponibles a Qualitat: 18.01.2023, 15.02.2023, 15.03.2023, 19.04.2023, 17.05.2023, 21.06.2023, 20.09.2023, 18.10.2023, 15.11.2023 i 20.12.2023. Continguts de cada acta: ○ Anàlisi dels casos d'excés de mesures ○ Anàlisi dels èxits secundaris a problemes hospitalaris (ESPH) ○ Casos clínics sense objectivar ESPH ○ Detecció d'èxits als que s'hauria d'haver demanat necròpsia mèdica o necròpsia judicial.  Actes de les 2 reunions de la Comissió Mixta, disponibles a Qualitat: 08.03.2023 per tancament de l'any 2022 i 02/08.2023 per seguiment del 1r sem del 2023.
Avaluació	 Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 08.11.2023 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent.  Publicació de resultats de Mortalitat i de la Comissió Mixta al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2022 en data 13.07.2023, publicat a la Intranet i a la pàgina web.  Des de Qualitat es fa un Informe de l'activitat de la Comissió Mixta del 2022 i s'envia al sub-director/a de la Divisió Barcelona Comarques IMLCFC amb data: 10.05.2023
Revisió	 Instrucció del Funcionament del grup de Mortalitat (versió 03)  Instrucció: Nota d'èxits (versió 01).

OBJECTIU

- Identificar els errors o complicacions existents que són causa d'èxits o hi contribueixen.
- Analitzar les mesures pal·liatives i de suport físic que ha rebut el pacient.
- Impulsar la pràctica de sessions de mortalitat pels propis centres de responsabilitat, així com també a llarg termini sessions generals de mortalitat.
- Impulsar la realització de necròpsies i la donació de teixits
- Estudiar aspectes concrets de la mortalitat que es creguin d'interès.
- Reduir la taxa de suïcidis a la Comarca d'Osona i impulsar la col·laboració entre els diferents nivells assistencials per a prevenir-lo.

METODOLOGIA

- El grup de mortalitat revisa el 100% dels èxits del Consorci Hospitalari de Vic.
- S'analitzen de forma sistemàtica el 100% de les mortalitats perinatals i la correlació clínico-patològica.
- La Comissió mixta analitza el 100% de casos de suïcidis de la Comarca d'Osona.

MORTALITAT GLOBAL CHV

No es disposa de dades globals de mortalitat desglossades per àmbit agut i d'atenció intermèdia. Les dades que es presenten són globals de CHV.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023		Dif. 22 - 23	objectiu
	%	%	%	%	%	n	%	%	
Global (n)	536	493	534	530	463	500		+37 èxits	
Correlació clinicopatològica	100.0	92.3	83.3	100.0	80.0	3	75.0		
ESPH/èxits no Ingrés cadàver	6.9	4.7	8.5	8.2	8.4	31	6.2	-26.3	
Criteris de Rutstein	0	0	1	0	0	0			0
Donacions de teixits (n)	15	43	21	38	26	22			
Donants multiòrgans (n)	0	0	1	1	1	1			

Comentaris

- ✓ El nombre d'èxits global del CHV és de 500 (118 èxits HSJM, 50 CdV i 332 HUV), augmentant el nombre de casos respecte de l'any anterior (37 més).
- ✓ No hi ha hagut cap cas de mortalitat evitable amb criteris de Rutstein.
- ✓ Disminució, respecte de l'any anterior, de les donacions. Hi ha hagut 1 donant multiòrgan i 22 donacions de teixits.

MORTALITAT A HOSPITALITZACIÓ CHV

No es disposa de dades de mortalitat a hospitalització desglossades per àmbit agut i d'atenció intermèdia. Les dades que es presenten corresponen al CHV (HUV + HSJM).

	2018	2019	2020	2021	2022	2023		Dif. 22- 23	Objectiu
	%	%	%	%	%	n	%	%	
Global (per altes)	3.8	3.5	4.4	3.9	3.4	478	3.5	+2.8	
Mitjana edat	80.8	81.0	80.6	81.2	80.9	82.2	anys	+1.7	
Tancament informe èxits <15 dies	80.6	80.4	63.5	72.7	78.1	316	66.1		
Quirúrgica (èxits <48h IQ)	0.41	0.18	0.34	0.23	0.20	7	0.20		
ESPH/Altes	0.27	0.16	0.37	0.34	0.31	31	0.23	-26.0	<0.5%
Mortalitat materna	0	0	0	0	0	0			
Perinatal (per mil)	4.3	3.5	4.9	5.1	3.9	4	4.2	+7.6	≤ 6.25 x mil
Necròpsies	0.8	2.6	0.8	0.2	1.2	5	1.0		>7%
Indicació de necròpsia correctament resoltes	30.6	53.1	22.9	22.7	33.3	8	22.9		
Terminal / agònic a l'ingrés	53.7	47.4	33.4	40.5	35.3	240	50.2		

Comentaris

- ✓ Augment de la mitjana d'edat en relació a l'any anterior, 80.9 anys al 2022.
- ✓ Disminució del percentatge d'informes d'èxits tancats <15 dies, 66.1% l'any 2023.
- ✓ Disminució dels ESPH/altes respecte l'any 2022 (-26.0%), mantenint-se dins l'objectiu establert.
- ✓ No hi ha hagut cap èxits matern i la mortalitat perinatal ha augmentat respecte a l'any anterior (l'any 2019 es modifica el càlcul de l'indicador de mortalitat perinatal, considerant-se mort perinatal la mort fetal de més de 20 setmanes, enlloc de les 22 setmanes considerades fins a l'any 2018).
- ✓ Disminució de les necròpsies realitzades i de les indicacions correctament resoltes durant el 2023, en relació a l'any anterior, no aconseguint l'objectiu. Han demanat necròpsies els serveis de MI, UCI i Cirurgia vascular. El grup de mortalitat creu que s'haurien d'haver fet 25 necròpsies més.
- ✓ Augmenta el percentatge de pacients terminals / agònics a l'ingrés (50.2%) en relació a l'any anterior

MORTALITAT A URGÈNCIES CHV

	2018	2019	2020	2021	2022	2023		Dif. 2022 - 23	objectiu
	%	%	%	%	%	n	%	%	
Èxits a Urgències	0.08	0.06	0.09	0.13	0.08	22	0.06	- 8 èxits -29.2	
Mitjana edat	70.4	72.2	79.09	72.14	81.0	83.9	anys		
ESPH/altes	0.0028	0.0026	0.007	0.003	0.0	0	0.0	-	<0.5%
Ingressos cadàver (n)	2	7	2	8	1	2			
Necròpsies (sobre exit.urg - judicials)	6.9	5.6	8.3	5.7	0.0	1	4.5	-	>7%

Comentaris

- ✓ Disminució del nombre d'èxits, 22 a 2023 (2 ingressos cadàver), 8 menys que l'any anterior. Increment de la mitjana d'edat en relació a l'any anterior.
- ✓ No hi ha hagut cap cas de mortalitat evitable amb criteris de Rutstein. No hi ha hagut cap ESPH d'èxits d'urgències.
- ✓ S'ha fet 1 necròpsia que es va demanar, no assolint l'objectiu (>7%), per indicació del grup s'haurien d'haver demanat 2 necròpsies més.

ÈXITS SECUNDARIS A PROBLEMES HOSPITALARIS (ESPH) CHV

No es disposa de dades d'ESPH desglossades per àmbit agut i d'atenció intermèdia. Les dades que es presenten corresponen al CHV.

Amb un tancament del 84.3%, s'han detectat 31 ESPH representant un 6.2% dels èxits de l'any 2023.

TIPUS DE PROBLEMES HOSPITALARIS DETECTATS	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	n	n	n	n	n	n
Infecció nosocomial	24	7	36	27	27	27
Tècnica diagnòstica-terapèutica	15	12	21	9	18	18
Insuf. valoració/demora de tractament/profilaxi	12	8	8	8	5	5
Incident nociu	7	2	4	8	8	8
Problema organitzatiu-estructural	3	0	0	0	0	0
Número de problemes Hospitalaris	61	29	69	52	58	58

ESPH EVITABLES

Insuf. valoració/demora de tment. + organitzatius	2018	2019	2020	2021	2022	2023		Obj.
	%	%	%	%	%	n	%	
ESPH evitables / èxits	2.8	1.6	1.5	1.5	1.1	7	1.4	<3%
Informes realitzats (sobre els sol·licitats)	31.3	30.0	40.0	20.0	50.0	4	44.4	

Comentaris

- ✓ Durant el 2023, el motiu més freqüent d'ESPH és la infecció nosocomial, seguit de la tècnica diagnòstica terapèutica, amb 22 i 18 casos respectivament.
- ✓ Augmenten els èxits evitables en relació a l'any anterior, amb un resultat de 1.4%, tots ells per insuficient valoració o demora de tractament, s'assoleix l'objectiu (<3%).

ACOMPLIMENT DE LA NOTA D'ÈXITUS D'INFERMERIA HUV

	2022			2023		
	Èxitus (*)	Sí nota		Èxitus (*)	Sí nota	
H. UNIVERSITARI DE VIC	n	n	%	n	n	%
Hospitalització	190	177	93.16	256	247	96.48
URG+UCI+Observació	110	102	92.73	66	56	84.85
Hospitalització domiciliària	1	0	0,0	8	5	62.50
Activitat no pública (4-1 i 4-2)	42	41	97.62	50	49	98.00
GLOBAL HUV	343	320	93.29	380(*)	357	93.95

(*)No s'inclouen els ingressos cadàver en les dades (2), no cal nota èxitus

Objectiu: notes correctes ≥ 95%

Comentaris

- ✓ El percentatge global de l'HUV és del 93.95%, no assolint l'objectiu ≥95%.

ANÀLISI DE LA QUALITAT DE MORT HUV

	2022		2023	
	n	%	n	% (*)
ÈXITUS CONSTÀNCIA ESCRITA DE...	301(*)	87.76	305(*)	80.26
Nota èxitus mèdic (sobre èxitus no ingrés cadàver *)				
Mort previsible	223	74.09	247	81.0
Ttment no Pal·liatiu, no benefici previsible	8	2.74	9	2.97
Tractament Pal·liatiu	239	74.69	267	74.78
Eficaç	235	98.33	261	97.75
Hi havia acompanyants	290	90.62	314	87.95
Indicació No RCP	246	76.88	270	75.63
Habitació individual	297	92.81	320	89.63
Èxitus en hab. doble per manca llits	4	1.25	4	1.12

(*) S'exclouen els "no procedeix" del càlcul dels % / 2 ingrés cadàver(2023)

Comentaris

- ✓ Augment dels casos de mort previsible i es mantenen els casos amb tractament no pal·liatiu i no hi ha benefici previsible (el 77,78% duïen fàrmacs i en un 44,44% es fan mesures quirúrgiques).
- ✓ Un 89,63% ha mort en habitació individual i un 1,12% del global (4 casos) han mort en habitació compartida per manca de llits.
- ✓ Es manté el % tractaments pal·liatius, i en un 97,75% han sigut eficaços. L'ítem d'indicació de no RCP, disminueix en relació al 2022.
- ✓ En un 88,51% consta que la família estava informada.

MORTALITAT AJUSTADA PER RISC HUV

L'Índex de Mortalitat Ajustada per Risc (IMAR) és el quocient entre el nombre de defuncions observades i el nombre de defuncions esperades.

Valors de l'IMAR > 1 denoten un major nombre de defuncions observades respecte a les esperades; per exemple, un IMAR de 1,15 significa que s'observa un excés de mortalitat del 15% respecte al que seria esperable.

Per a una correcta interpretació del resultat de l'indicador, s'ha de tenir sempre en compte la contribució, que és el resultat de restar les defuncions esperades a les defuncions observades. La contribució resulta generalment més útil que el propi IMAR per quantificar l'excés de mortalitat ja que permet determinar amb exactitud el nombre absolut de defuncions observades per sobre de les esperades. Aquest indicador s'obté a partir de l'aplicatiu IAMETRICS de IASIST (dades de gener a desembre 2023).

	2020	2021	2022	2023
IMAR CHV	1,1265	1,0608	0,7819	0,8289
Defuncions Observades	307	307	241	254
Defuncions Esperades	272,5	289,4	308,2	306,4
Contribució	34,5	17,6	- 67,2	-52,4
Episodis Avaluats	9.906	10.940	11.239	11.856
Defuncions no avaluades	71	62	72	98

Comentaris

- ✓ S'obté un valor de l'IMAR < 1 (valor de 0,8289), que indica que la mortalitat observada a l'HUV durant l'any 2023 ha estat inferior a l'esperada. En nombres absoluts són 52 èxits observats menys que els esperats.

ANÀLISI DELS SUÏCIDIS A LA COMARCA D'OSONA A L'ANY 2023

Seguint les directrius establertes pel conveni de col·laboració signat el 12 de juliol de 2006 entre l'entitat i el Departament de justícia, es va crear la Comissió Mixta que fa el seguiment dels suïcidis a la Comarca d'Osona.

Enfocament	- Conveni de col·laboració signat el 12 de juliol de 2006 entre el CHV i el Departament de justícia, pel qual es va crear la Comissió mixta que fa el seguiment dels suïcidis a la Comarca d'Osona. (Original del conveni a DG). - Ratificació amb data 1 de desembre de 2014, del contingut del Conveni de col·laboració entre el CHV i el Departament de justícia de l'any 2006 amb el Sotsdirector de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, de Barcelona comarques, el Dr. Carles Martín. - Instrucció de funcionament del grup de mortalitat. Revisió 03, de 18 de gener de 2019. - Instrucció de funcionament de la Comissió Mixta, de 27 d'abril de 2018.
Desplegament	- Actes de les 2 reunions de la Comissió mixta del 2023 per seguiment d'objectius i anàlisi de suïcidis (08.03.2023 i 02.08.2023) i acta de la reunió de tancament 2023 (26.01.2024). - Actuacions específiques a nivell de Psiquiatria i Salut mental del CHV: urgències, hospitalització SM i atenció ambulatoria. - Activitats formatives internes i externes: • Escrits publicats a pissarra virtual per a professionals del CHV; ✓ 8 de setembre: "El suïcidi: La prevenció és la clau" ✓ 12 d'octubre: "El suïcidi, exi de les III Jornades Interdisciplinàries de Salut mental a la Catalunya Central" • Organització de les III Jornades Interdisciplinàries de Salut mental a la Catalunya Central: "El suïcidi: desafiaments", celebrades el 20 d'octubre a Vic. - Sessions a nivell d'Atenció Primària: 10 sessions - Altres activitats: 20 activitats entre conferències, comunicacions, treballs i projectes
Avaluació	- Seguiment semestral de les dades de suïcidis a la comarca d'Osona amb data: 02.08.2023. - Reunió de la comissió mixta per tancament de dades de l'any anterior amb dates: 08.02.2023 i 26.01.2024. - Lliurament a l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya (IMLCFC) de l'informe de tancament. Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Revisió	En la reunió de tancament de dades de l'any s'analitza el funcionament del grup i es proposen els objectius de la comissió mixta per l'any següent.

DADES DELS SUÏCIDIS A LA COMARCA D'OSONA

	2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Número suïcidis	20		9		16		8		15	
Mitjana edat	56,2	(30-83)	53	(39-85)	54,2	(17-85)	49,4	(36-61)	53,2	(20-91)
Homes	14		9		13		7		9	60,0
Dones	6		0		3		1		6	40,0
Taxa suïcidis per 100.000 hab.	12,46		5,52		9,74		4,82		8,89	

Objectiu marcat : ≤ 7 per 100.000 habitants

Comentaris

- ✓ Hi ha hagut un augment de la taxa de suïcidis de la comarca d'Osona, per sobre de l'objectiu marcat.
- ✓ S'han analitzat el 100% dels casos que havien estat atesos o que feien seguiment al CHV

(👉 Tornar a l'índex)

ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA (AID)

DOCUMENTACIÓ CLÍNICA (AID)

OBJECTIUS

1. Vetllar per l'estructura i l'organització de la història clínica, intentant crear una documentació general unificada que permeti garantir el manteniment en el temps de la informació i que aquesta sigui entenedora, perquè pugui seguir-la qualsevol equip assistencial.
2. Conèixer la qualitat de la informació i intentar millorar-la.
3. Promoure que la documentació s'ajusti a les normatives vigents (DOGC, BOE, Criteris d'acreditació hospitalària, codis deontològics, Comitè de bioètica, normatives internes de l'entitat...)

METODOLOGIA

Lligada a les DPOs, l'any 2023 s'ha iniciat la revisió de l'informe d'alta de Geriatria i el consentiment informat de les transfusions sol·licitades des de l'Atenció Intermèdia.

REVISIÓ DE LA QUALITAT DE LA DOCUMENTACIÓ PER ÀREES (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

HOSPITALITZACIÓ

INFORME D'ALTA	HSJM	HUSC	Global
	%	%	%
Total històries revisades (n)	102	154	256
Estat basal a l'informe d'alta			
Consta l'estat basal	92,2	75,0	94,5
Estat basal correctament omplert	56,9	100,0	68,0
Pla d'intervenció individualitzat			
Consta la identificació suggerida	99,0	48,3	93,0
Consten objectius de salut del pacient	99,0	75,0	93,0
Consta Nivell d'intervenció assistencial	94,1	98,3	91,0
Consten Recursos-seguiment	98,0	50,0	94,9
Tots els ítems correctes (PII)	93,1	50,0	88,7
Adequació de la prescripció	93,1	98,3	90,6

Comentaris

- ✓ El resultat global d'Atenció Intermèdia de pla d'intervenció individualitzat correcte als informes d'alta va ser del 88,7% (93,1% a HSJM i 50% a HUSC) dels pacients amb més de 5 dies d'estada i que anaven a domicili .

ANÀLISI DEL DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

El Comitè de Bioètica de Catalunya, aconsella que ha de constar el consentiment informat (CI), entre d'altres procediments, en les intervencions quirúrgiques amb anestèsia general o regional, la radiologia amb contrast intravascular, intervencionista o amb anestèsia i en la donació i recepció d'hemoderivats.

	HC revisades	Hi ha consentiment		Hi ha CI normalitzat		Correcte/ total CI valorats		Correcte/ HC revisades	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
HSJM	14	14	100,0	14	100,0	9	64,3	9	64,3
HUSC	24	24	100,0	24	100,0	12	50,0	12	50,0
Global 2023	38	38	100,0	38	100,0	21	55,3	21	55,3

Comentaris

- ✓ Aquest any s'han revisat un total de 38HC d'atenció intermèdia, trobant-se CI i sent normalitzat (document del CHV) en un 100,0% dels casos. De les HC revisades, el 55,3% tenen CI correctament emplenat. Ja que en la majoria falta la identificació del professional.

(👉 Tornar a l'índex)

TERAPÈUTICA (AID)

ERRORS DE MEDICACIÓ (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

El grup de terapèutica té com a prioritat promoure i vetllar per a que tot acte terapèutic, farmacològic o no, sigui en tot moment el més adequat segons els estàndards d'eficàcia, efectivitat i seguretat, produint-se els mínims riscos possibles per als pacients.

Per aquest motiu s'analitzen de forma sistemàtica els errors de medicació que es poden originar en els processos de prescripció, dispensació (preparació d'unidosi) i preparació/administració d'un medicament.

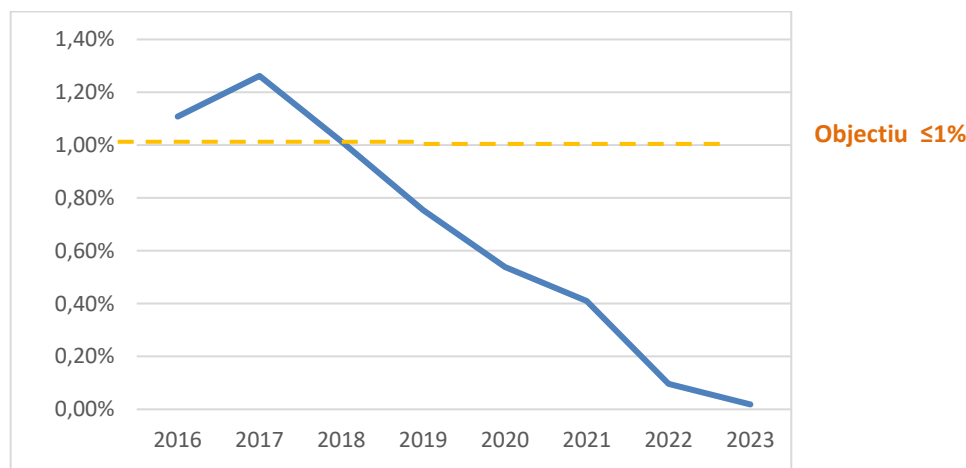
Periòdicament es recullen les dades dels diferents centres que integren l'entitat mitjançant diferents fonts de dades (observació directa, registres...). Pel que fa a atenció intermèdia i dependència, aquest 2023, no disposem de dades de l'Hospital Universitari Santa Creu de Vic.

Així mateix, també es notifiquen errors mitjançant la comunicació voluntària, l'anàlisi dels èxits secundaris a problema hospitalari (ESPH) i les reclamacions realitzades pels usuaris.

PRESCRIPCIÓ FARMACOLÒGICA PER PART DEL FACULTATIU (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

El servei de farmàcia revisa diàriament la prescripció informatitzada (validació) realitzada pel facultatiu responsable del pacient i registra els possibles errors de prescripció detectats. El percentatge d'errors de prescripció a l'HSJM ha estat:

Errors prescripció HSJM

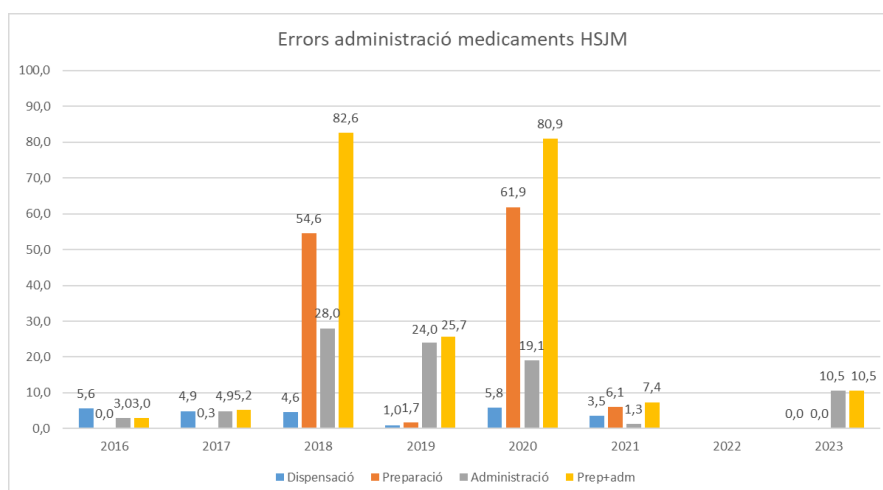


Comentaris

- ✓ El percentatge d'errors de prescripció a l'HSJM estan per sota l'objectiu (1%).

DISPENSACIÓ I PREPARACIÓ/ADMINISTRACIÓ DELS MEDICAMENTS (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

Durant el 2023 s'han fet talls de prevalença d'observació directa, per a valorar la dispensació, preparació i l'administració dels medicaments. S'han observat un total de 39 pacients i 114 fàrmacs a l'Hospital Sant Jaume de Manlleu.



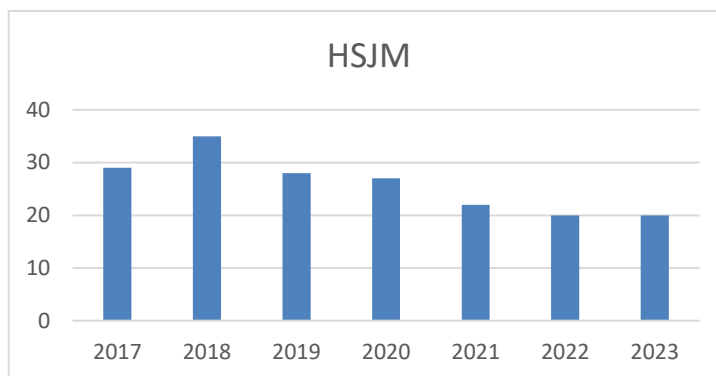
Comentaris

- ✓ Preparació del medicament;
 - Tots els fàrmacs s'han preparat correctament. No es té en compte la unitat de Psicogeriatria (J4) ja que no es poden preparar els fàrmacs a prop del pacient.
- ✓ Administració del medicament;
 - Medicació parenteral: Administració errònia: 0,0%.
 - Medicació oral: Administració errònia: 11,6%. La medicació s'ha deixat a la tauleta del pacient i no s'ha assegurat la presa.

DECLARACIÓ VOLUNTÀRIA DELS ERRORS DE MEDICACIÓ (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

La comunicació voluntària es basa en la comunicació confidencial, espontània i no punitiva, tal com ha intentat transmetre la cultura de qualitat i seguretat del pacient al Centre. En aquest sentit, el Consorci Hospitalari de Vic té dissenyat un programa de comunicació d'errors de medicació.

DECLARACIONS VOLUNTÀRIES D'ERRORS DE MEDICACIÓ



Comentaris

- ✓ Les notificacions voluntàries d'errors de medicació s'han mantingut constants a l'HSJM.

DETECCIÓ D'ERRORS DE MEDICACIÓ A PARTIR D'ESPH I RECLAMACIONS (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

- No s'ha detectat cap èxitus secundari a problema hospitalari (ESPH) per errors de medicació.
- S'ha detectat 1 reclamació per errors de medicació a l'HSJM.

[\(👉 Tornar a l'índex\)](#)

RISCOS (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

Es presenten indicadors per a l'Hospital Sant Jaume de Manlleu. En el cas de l'Hospital Universitari de la Santa Creu, l'any 2023 només es disposa de dades d'identificació correcta.

PREVALENCIA DE LES ÚLCERES PER PRESSIÓ (UPP) D'HOSPITALITZACIÓ (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

Les dades referents a les UPP, s'han obtingut a través del programa QlikSense que explota les dades registrades al Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria (GACELA) dels pacients donats d'alta. Són dades d'incidència. S'avalua el compliment del formulari/registre de la valoració del risc de patir una UPP-IH dins de les primeres 24h de l'ingrés, mitjançant l'escala BRADEN, en pacients, amb ingrés igual o superior a 24h. Les gestants, puerperes i nens estan exclosos de la població de risc.

ÚLCERES PER PRESSIÓ IH

HSJM

% de pacients amb valoració RISC UPP	2022	2023
Altes estada >24h	654	775
Altes amb valoració Risc UPP	646	774
% Altes amb valoració Risc UPP	98.8%	99.9%

Objectiu SP > 90% - CHV > 95%

HSJM

	2022	2023
Altes amb risc UPP	%	%
	74.3%	70.8%

HSJM

Taxa UPP-IH	2022	2023
Altes estada > 2 dies	641	702
UPP-IH	16	24
% altes UPP-IH	2.5%	3.4%

Objectiu SP 6-8%

APLICACIÓ DE MESURES PREVENTIVES (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

L'Aliança per a la Seguretat de Pacients indica que l'aplicació de mesures preventives dirigida a malalts que presenten risc disminueix la incidència d'úlceres per pressió intrahospitalàries i l'impacte dels seus efectes indesitjables.

Durant el 2023 s'han fet talls d'observació a les unitats de cures amb la finalitat d'avaluar l'aplicabilitat de mesures de prevenció bàsiques.

Son dades prevalença, valorant 145 pacients. S'avalua la presència de matalàs dinàmic als pacients amb risc alt de patir una UPP així com d'utilització de coixí per reduir pressions en pacients amb risc moderat i alt que poden sedestar.

HSJM

mesures prevenció aplicades

		2021(*)	2023		
		%	n	%	mostra
Pacients risc alt	matalàs dinàmic	79%	13	61.9%	21
Pacients risc moderat i alt	coixí reducció pressions	No dades	45	91.8%	49

(*) No es van realitzar talls de mesures prevenció l'any 2022

Comentaris

- ✓ El percentatge de pacients amb valoració del risc amb l'escala de Braden a l'HSJM és del 99.9%, acomplint l'objectiu de Seguretat de pacients.
- ✓ A l'HSJM el 70.8% dels pacients ingressats tenien risc de presentar una UPP_IH.
- ✓ La taxa d'UPP_IH té una incidència del 3.4% a l'HSJM, complint l'objectiu de Seguretat de Pacients.
- ✓ Les mesures aplicades per disminuir el risc d'UPP en pacients amb alt risc tenen marge de millora.

DECLARACIÓ VOLUNTÀRIA DE CAIGUDES (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

L'exploració de dades es fa a través del programa QlikSense que obté les dades de les caigudes que s'han enregistrat en el Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria i de les notificacions voluntàries que arriben a la Unitat de Qualitat (unitats que no disposen del programa Gacela).

Dades d'incidència a l'HSJM de l'any 2023 i comparativa amb anys anteriors.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Objectiu
Caigudes declarades HSMJ							
	n	n	n	n	n	n	
Hospital Sant Jaume Manlleu	138	97	105	96	124	141	
% de caigudes a HSMJ (x mil estades)	5.56	3.99	4.37	4.22	5.14	5.87	≤ 2 per mil

	2018	2019	2020	2021	2022	2023		Objectiu
Conseqüències						n	%	
Sense conseqüències i lleus	99.3	96.9	99.0	94.8	98.4	140	99.3	>95%
Conseqüències importants	0.7	3.1	1.0	5.2	1.6	1	0.7	

Comentaris

- ✓ Augment de les caigudes declarades a nivell de l'HSJM (17 caigudes més) i la taxa de caigudes a l'HSJM és del 5.87% superant l'objectiu establert pel Departament de Salut, de seguretat de pacients (SP) ≤2%.
- ✓ El percentatge de caigudes a l'HSJM sense conseqüències i/o lleus és del 99.3% assolint l'objectiu (SP>95%).
- ✓ A l'HSJM s'han produït 3 caigudes amb conseqüència greu, de les quals s'ha fet anàlisi causa-arrel al 100% del casos. Les conseqüències han estat fractura de fèmur.

CAIGUDES REITERADES (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

A nivell de l'entitat s'analitza la reiteració de ≥3 caigudes en un mateix pacient, analitzant-se tots els casos per establir accions de millora.

ANY 2023

Edifici	Mitjana caigudes per pacient	Rang	Pacients que han caigut ≥3 vegades
HSJM	1.86	1-15	13

Comentaris

- ✓ Dels pacients que han caigut més de tres vegades s'ha fet anàlisi en el 100% dels casos.
- ✓ Hi ha hagut 13 pacients ingressats a l'HSJM que han caigut més de 3 vegades. Aquests pacients han acumulat un total de 67 caigudes, que representen el 47.5% de les caigudes que s'han produït a l'HSJM. S'han analitzat i aplicat mesures preventives.

APLICACIÓ DE MESURES PREVENTIVES (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

L'Aliança per a la Seguretat de Pacients indica que l'aplicació de mesures preventives dirigida a malalts que presenten risc disminueix la incidència de caigudes i l'impacte dels seus efectes indesitjables.

Durant el 2023 s'han fet talls d'observació a les unitats de cures de l'HSJM, amb la finalitat d'avaluar l'aplicabilitat de mesures de prevenció bàsiques. Dades de prevalença, valorant 144 pacients.

S'avaluen els pacients enllitats i els llevats que duen mesures aplicades on les variables avaluades són:

Pacient llevat:

- Llit en posició baixa i frenat
- Habitació endreçada (sense obstacles)
- Calçat adequat tancat
- Timbre a l'abast

Pacient enllitat:

- Llit en posició baixa i frenat
- Timbre a l'abast

Dades 2023

	HSJM
Pacients estudiats	144
Nº pacients amb mesures aplicades	132
% pacients amb mesures de prevenció aplicades	91.7%

Comentaris

- ✓ A l'HSJM un 91.7% dels pacients tenen les mesures aplicades. Les que tenen més oportunitats de millora són el calçat adequat i habitació endreçada (sense obstacles) en els pacients llevats.

IDENTIFICACIÓ INEQUÍVOCA DE PACIENTS (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

Per valorar l'acompliment de la identificació inequívoca de pacients (braçalel identificatiu amb dades correctes i llegibles) es van realitzar talls de prevalença, amb el mètode d'observació directa.

Són dades de prevalença, valorant 144 pacients a Hospitalització (plantes d'internament) de l'HSJM i 50 pacients a l'HUSC.

IDENTIFICACIÓ INEQUÍVOCA Atenció Intermèdia (HSJ)	2023	
	Pacients avaluats n	Identificació correcte %
GLOBAL HSM	144	97,92

Objectiu SP Dep Salut / CHV ≥95%

IDENTIFICACIÓ INEQUÍVOCA Atenció Intermèdia (HSC)	2023	
	Pacients avaluats n	Identificació correcte %
GLOBAL HSC	50	98

Objectiu SP Dep Salut / CHV ≥95%

Comentaris

- ✓ S'assoleix l'objectiu ≥95% en la identificació inequívoca a totes les àrees de l'HSJM i a les de l'HUSC excepte a la P-3.

IDENTIFICACIÓ ACTIVA DE PACIENTS (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

S'entén per identificació activa la verificació de que es tracta del pacient correcte, demanant al pacient que digui el seu nom i cognom.

Per valorar l'acompliment de la identificació activa en situacions de risc es van realitzar talls en les diferents plantes d'hospitalització de l'HSJM en el moment de l'administració del medicament.

Hospitalització

	2021 (*)		2023	
	Pacients	Id. activa	Pacients	Id. activa
	n	%	n	%
HSJM	134	18.2%	39	23.1%

(*) L'any 2022 no es van realitzar talls d'observació a l'HSJM

Comentaris

- ✓ El 23.1% dels pacients hospitalitzats a l'HSJM als quals s'administra medicació endovenosa o de risc, se'ls hi fa identificació activa.

POSICIÓ CAPÇAL DEL LLIT – PREVENCIÓ DE LA PNEUMÒNIA IH (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

Per tal d'avaluar l'acompliment de l'aplicació de mesures estàndards en la prevenció de la pneumònia intrahospitalària indicades en el protocol de l'entitat, en tots els talls d'observació directa que s'han dut a terme durant l'any 2021 s'han inclòs les variables: "pacient al llit" i "posició del capçal 30º".

	2021 (*)	2023
HSJM		
• Pacients al llit	40	40
• % capçal >30º	86.8%	100%

(*) L'any 2022 no es van realitzar talls d'observació a l'HSJM

Comentaris

- ✓ Respecte l'any 2021, ha augmentat l'acompliment d'aquesta mesura a l'HSJM, amb un resultat del 100%. No es disposa de dades de l'any 2022.

RISC DE DISFÀGIA (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

L'objectiu d'aquesta valoració és garantir una alimentació segura (evitant aspiracions) als pacients amb edat ≥ 80 a que estiguin ingressats amb ingress > 24 h.

Són dades d'incidència. S'avalua la constància del test de deglució fet en pacients amb edat ≥ 80 anys ingressats, amb una estada superior a 24h, abans de les primeres 24h de l'ingrés (obj $\geq 90\%$), mitjançant l'enregistrament al Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria (GACELA).

Atenció Intermèdia (H.S.J)	Pacients amb valoració risc ennuegament mitjançant el test de deglució			desv.
	2022	2023		
	%	mostra	%	
Global	55,43%	456	79,39%	43,23%

Objectiu CHV $\geq 90\%$

Són dades de prevalença. Es valora, mitjançant observació directa, el percentatge de pacients amb test de deglució positiu o disfàgia prèvia als que se'ls ha identificat amb l'etiqueta de risc de disfàgia al capçal del llit: "Pacient amb disfàgia: alerta tinc risc d'ennuegar-me" (obj $\geq 80\%$), segons el procediment de detecció i maneig de la disfàgia.

	2021 (*)		2023	
	Resultat positiu	Etiqueta risc disfàgia	Resultat positiu	Etiqueta risc disfàgia
	n	%	n	%
HSJM	14	100.0	37	67.6

(*) L'any 2022 no es van realitzar talls d'observació a l'HSJM

obj $\geq 90\%$

Comentaris

- ✓ A l'HSJM el 79.4% dels pacients amb edat ≥ 80 anys tenen el test de deglució fet, no complint l'objectiu $\geq 90\%$.
- ✓ El 67.6% dels pacients amb risc de disfàgia tenen l'etiqueta identificativa del risc al capçal del llit, no complint l'objectiu $\geq 90\%$.

(👉 Tornar a l'índex)

INFECCIONS (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

HOSPITAL SANT JAUME DE MANLLEU

ESTUDI DE PREVALENCIA

L'any 2023 es van realitzar 2 talls de prevalença VINCat que corresponen en els centres d'Atenció Intermèdia. A l'Hospital Sant Jaume de Manlleu es van realitzar al maig i al novembre de 2023.

Factors de risc intrínsecs i extrínsecs

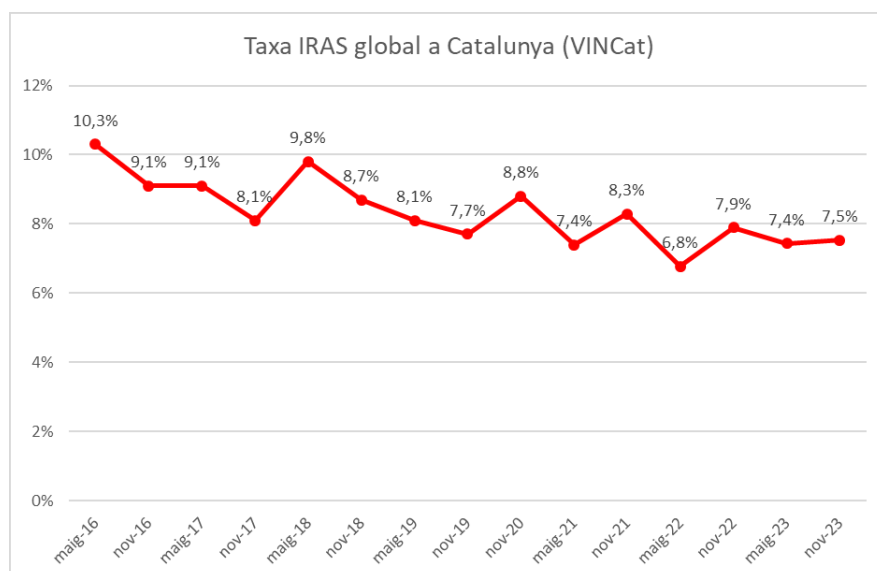
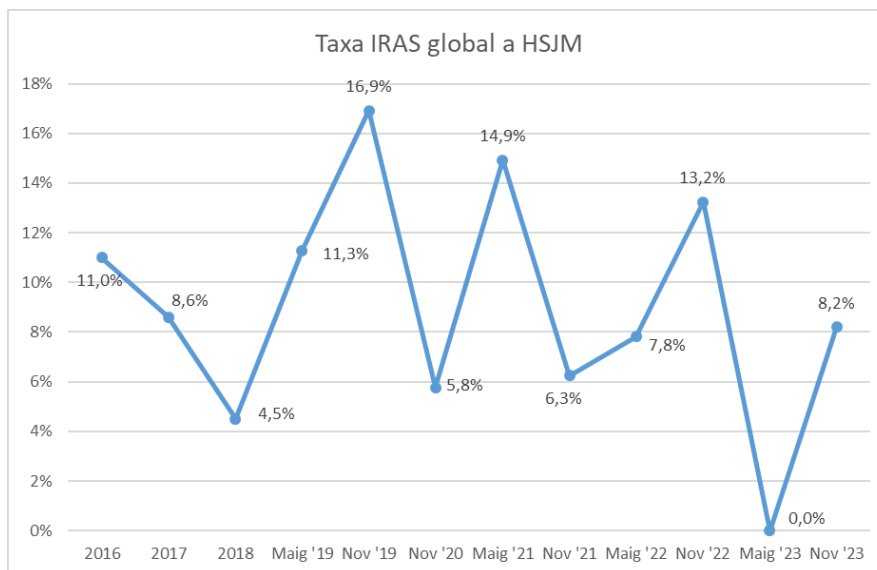
	Maig '23		Nov. '23		VINCat Nov. '23	
Situació	N	% Rel	N	% Rel	N	% Rel
Desorientació T/E	23	32,86	28	45,90	3.366	42,09
Gran dependència	28	40,00	26	42,62	3.324	41,57
Disfàgia	11	15,71	21	34,43	1.889	23,37
Úlceres per pressió	12	17,14	15	24,59	1.078	13,48
Incontinència fecal i/o urinària	36	51,43	48	78,69	4.674	58,45
Intervenció quirúrgica recent (<30 dies)	15	21,43	13	21,31	764	9,55
Pacients N: Nombre de pacients						

	Maig '23		Nov. '23		VINCat Nov. '23	
Dispositiu	N	% Rel	N	% Rel	N	% Rel
Catèter urinari	4	5,71	16	26,23	676	8,45
Catèter vascular	16	22,86	19	31,15	1.004	12,55
Catèter vascular perifèric	13	18,57	14	22,95	818	10,23
Catèter vascular perifèric mitjà	1	1,43	3	4,92	106	1,33
Catèter vascular central	2	2,86	3	4,92	104	1,30
Traqueotomia	0	0,00	1	1,64	75	0,94
Gastrostomia (PEG)	0	0,00	0	0,00	157	1,96
Sonda nasogàstrica	0	0,00	1	1,64	34	0,43
Pacients N: Nombre de pacients						

Comentaris

- ✓ S'observa que, en general, els pacients de l'HSJM tenen més factors de risc intrínsecs que la resta d'hospitals del VINCat, destacant la disfàgia, les UPP's i la incontinència.
- ✓ Pel que fa a la prevalença de pacients post IQ < 30 dies, és estable en els 2 talls realitzats i per sobre dels hospitals del VINCat. Això ens indica que el perfil de pacients de l'HSJM són majoritàriament de convalescència.
- ✓ També s'observa que els pacients de l'HSJM tenen més factors de risc extrínsecs que la resta d'hospitals del VINCat, destacant els catèters urinaris i vasculars (inclòs el central).
- ✓ El 95.05% dels pacients tenien un resultat de l'índex de Charlson superior o igual a 3.

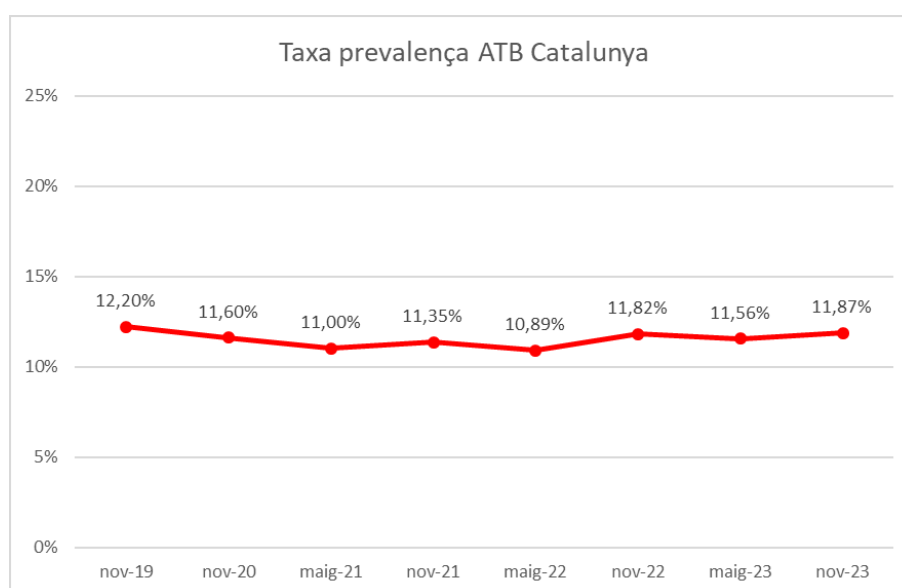
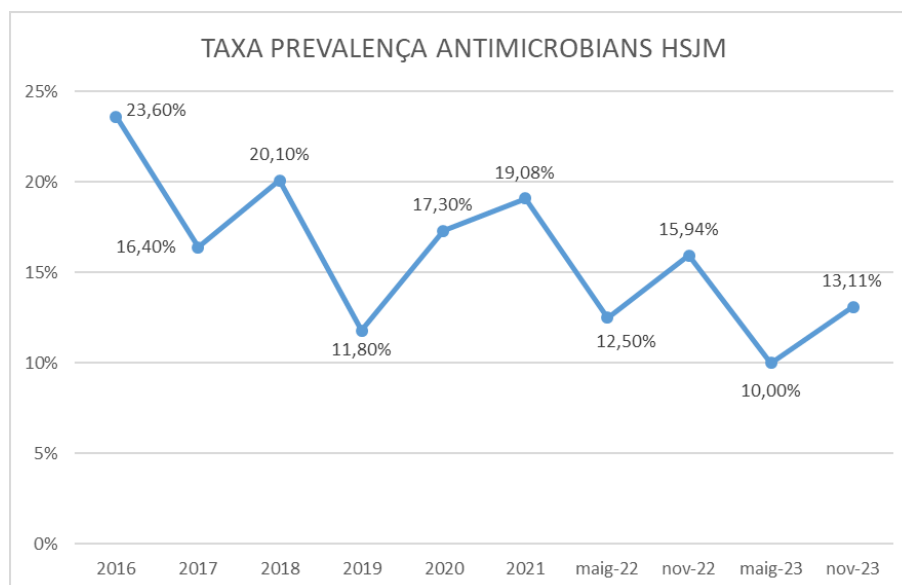
Infeccions (IRAS) detectades



Comentaris

- ✓ La taxa d'infecció de 2023 va ser del 8.20%, per sobre del resultat del VINCAt. Evolutivament s'observen taxes de prevalença d'infecció més elevades en els talls de novembre, possiblement a causa de virus respiratoris.
- ✓ A l'igual que la resta d'hospitals del VINCAt els pacients amb gran dependència i incontinència són els que presenten més prevalença d'infecció, però a l'HSJM s'afegeix com a factor de risc intrínsec la intervenció quirúrgica recent degut al perfil dels pacients que ingressen. En aquesta línia la taxa d'infecció a convalsència supera el resultat del VINCAt, mentre que a llarga, estada no es van registrar infeccions.
- ✓ Es confirma que els pacients que porten catèter vascular perifèric o urinari presenten més infeccions, igual que la resta d'hospitals del VINCAt.
- ✓ Els gèrmens responsables de les infeccions són gram positius en un 25% (SARM i enterococcus faecalis) i el 12.5% eren gram negatius (Stenotrophomonas maltophilia). En el cas de la resta d'hospitals del VINCAt, el 4% eren gram positius i el 18.3% gram negatius.
- ✓ A destacar que el 50% de les infeccions a l'HSM no tenien cultiu practicat, resultat per sota del global del VINCAt amb un 73.3%

Ús d'antimicrobians

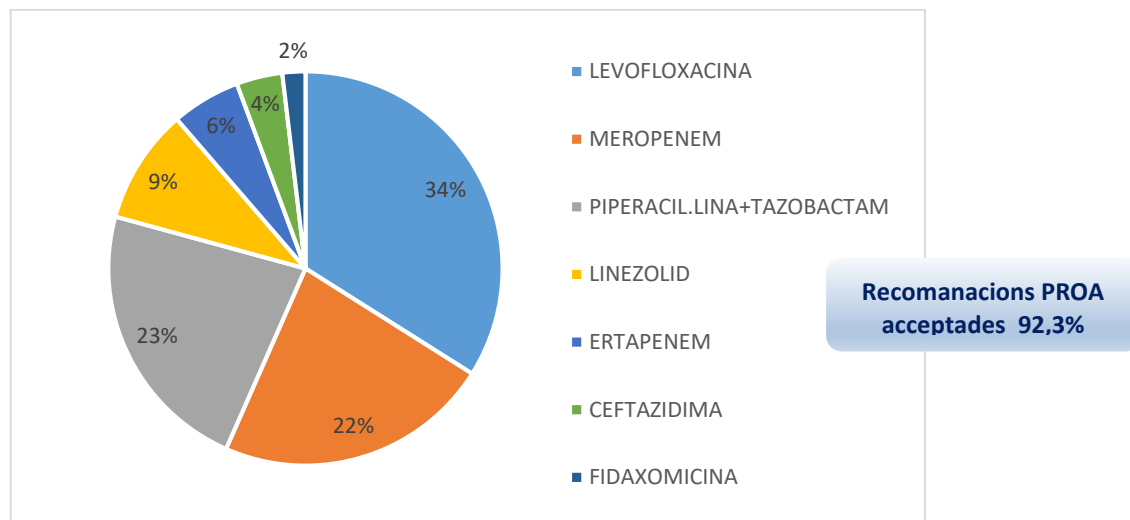


Comentaris

- ✓ La taxa de prevalença d'ús d'ATB ha anat disminuint a l'HSJM en els darrers anys fins a situar-se en valors similars a la de la resta d'hospitals del VINCat.
- ✓ El tractament empíric correspon a un 62.5% de les indicacions de les prescripcions antibiòtiques per sobre de la resta d'hospitals del VINCat.
- ✓ Els antibiòtics més prescrits a l'HSJM són l'amoxiclavulàmic, seguit de cefalosporines, quinolones antimicòtics, fosfomicines i nitrofurantoïna tots amb la mateixa prevalença.
- ✓ Als hospitals del VINCat l'antibiòtic més utilitzat és l'amoxiclavulàmic seguit de ciprofloxacino, ceftriaxona i carbapenems

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals

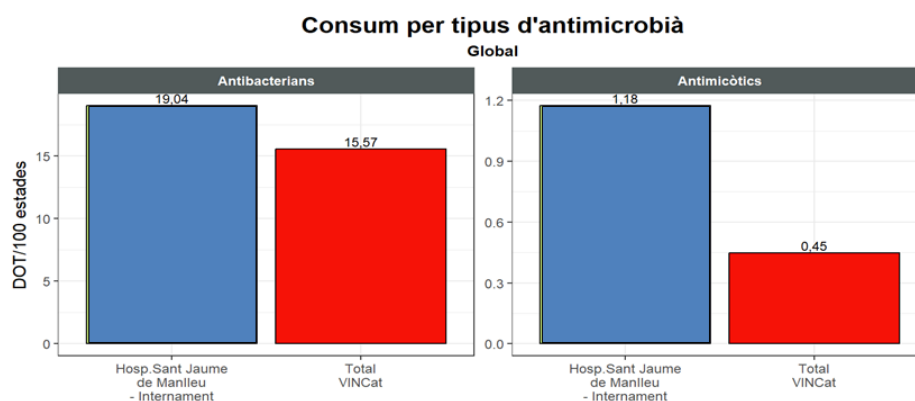


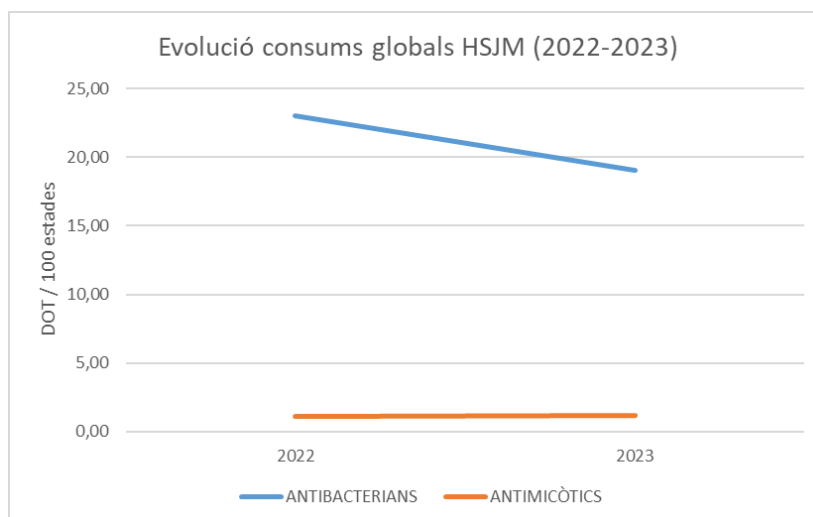
Comentaris

- ✓ Han disminuït els antibiòtics restringits prescrits (35 menys) i ha millorat l'adhesió al protocol.
- ✓ Es mantenen els antibiòtics més prescrits respecte l'any anterior observant-se una disminució de la Levofloxacina i augmentant els carbapenems i la Piperacilina Tazobactam.
- ✓ Disminueix l'adherència al protocol de la Piperacilina Tazobactam i augmenta en el cas del Meropenem i la Levofloxacina respecte el 2022.
- ✓ El grup PROA ha realitzat un total de 54 (52+2) recomanacions disminuint respecte l'any anterior.
- ✓ Es manté per sobre del 90% l'acceptació de les recomanacions que el grup PROA fa al prescriptor respecte el 2022.
- ✓ Les recomanacions són bàsicament de durada del tractament i de canvi segons antibiograma. Cal destacar que s'accepta millor la recomanació de canvi que la de durada (100% envers 84%). Aquests resultats són similars als de l'any 2022.

Resultats anuals consum hospitalari sociosanitari a l'HSJM per tipus d'antimicrobià (DOT)

Des de 2022 es declaren al VINCat els consums d'antimicrobians dels pacients dels sociosanitaris per poder fer comparativa amb els centres del nostre nivell.

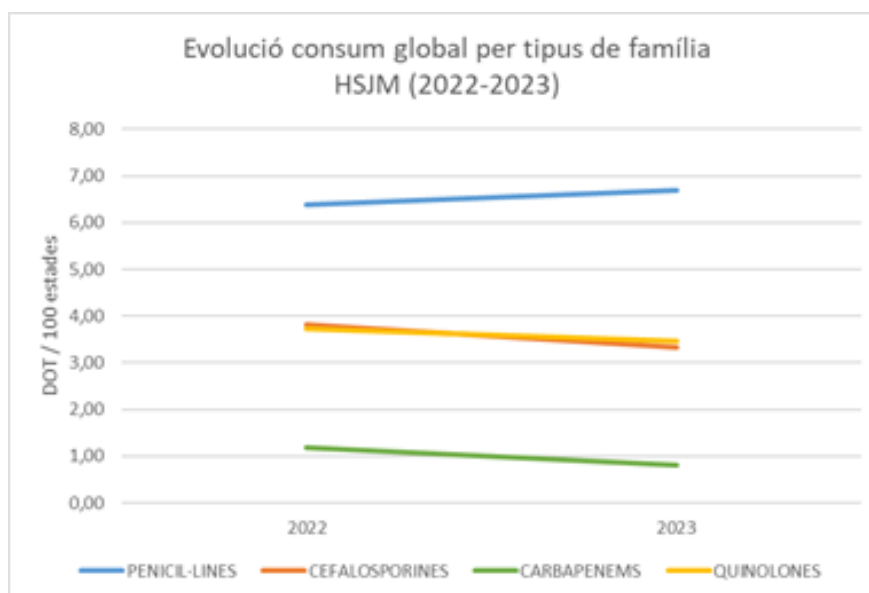




Comentaris

- ✓ El consum global d'antibacterians disminueix respecte el 2022, tant a Convalescència com a Llarga Estada. S'atribueix aquesta disminució amb la consolidació de l'equip PROA a Sociosanitari.
- ✓ S'observa un increment del consum d'antimicòtics, respecte al 2022 situant-nos per sobre dels altres centres sociosanitaris, sobretot per Convalescència.

Resultats evolutius HSJM (2022-2023) Consum Hospitalari Sociosanitari per tipus de família (DOT)



Comentaris

- ✓ Hi ha una disminució del consum de Cefalosporines, Carbapenems i Quinolones respecte l'any 2022.
- ✓ Per altra banda augmenta el consum de Penicil·lines respecte l'any anterior per l'increment a Convalescència.

HIGIENE DE MANS

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA GLOBAL HIGIENE DE MANS HSJ:

2020	2021	2022	2023
65.1%	80.5%	80%	72%

Es disposa de les dades evolutives de la taxa d'adherència per unitat:

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA HIGIENE DE MANS							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
CONVALESCÈNCIA	69.7%	69.4%	-	77.4%	78.1%	84%	75%
PSICOGERIATRIA	63.7%	57.7%	-	62.2%	77.3%	76%	62%
REHABILITACIÓ	-	-	-	-	77%	76%	78.2%
						TOTAL	72%

EVOLUCIÓ INDICADOR CONSUM GLOBAL PBA:

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
CONSUM PBA	512 litres	530 litres	1083 litres	1083 litres	617 litres	578 litres
ESTADES	24814	24962	22783	23046	23956	23143
INDICADOR CONSUM PBA	21	21	47	27	22	22.1

Objectiu OMS > 20 litres

Comentaris

- ✓ L'any 2023 s'observa una disminució en la taxa d'adherència HM global a l'HSJM en relació als 2 anys anteriors
- ✓ Des de 2018, i de forma global, s'assoleix el líndar mínim de consum PBA recomanat per l'OMS (>20 litres).
- ✓ La prevalença de llits amb PBA en el punt d'atenció a l'HSJM és del 98.8%. La prevalença de llits amb el PBA al punt d'atenció va augmentar l'any 2023 amb la col·locació de PBA's a les habitacions de Convalescència.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANTA CREU DE VIC

ESTUDI DE PREVALENÇA

Es van realitzar 2 talls de prevalença VINCAt en els centres d'Atenció Intermèdia. A l'Hospital Universitari Santa Creu de Vic es van realitzar al maig i al novembre de 2023.

Factors de risc intrínsecs i extrínsecs

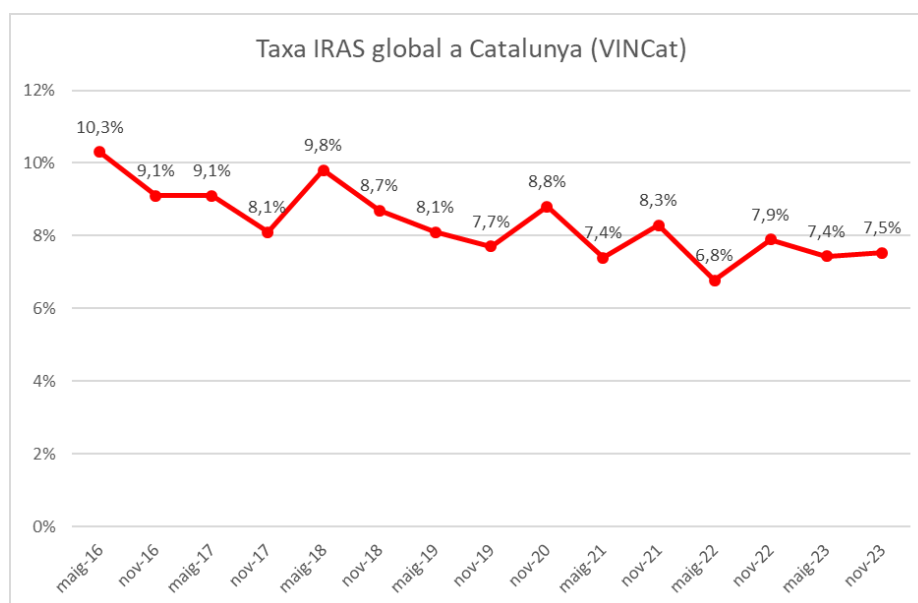
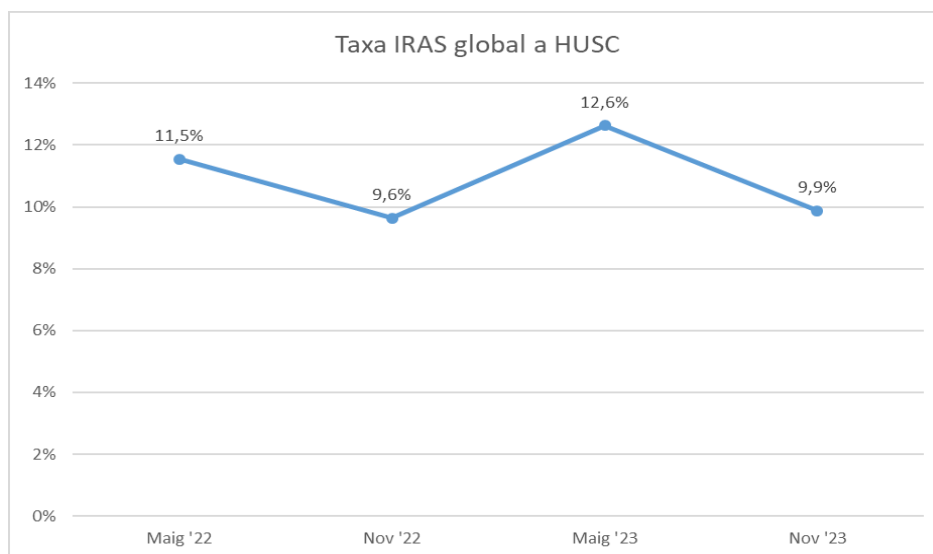
	Maig '23		Nov. '23		VINCAt Nov. '23
Situació	N	% Rel	N	% Rel	N % Rel
Desorientació T/E	40	45,45	32	39,51	3.366 42,09
Gran dependència	34	38,64	33	40,74	3.324 41,57
Disfàgia	31	35,23	28	34,57	1.869 23,37
Úlceres per pressió	18	20,45	14	17,28	1.078 13,48
Incontinència fecal i/o urinària	49	55,68	44	54,32	4.674 58,45
Intervenció quirúrgica recent (<30 dies)	19	21,59	15	18,52	764 9,55
Pacients N: Nombre de pacients					

	Maig '23		Nov. '23		VINCAt Nov. '23
Dispositiu	N	% Rel	N	% Rel	N % Rel
Catèter urinari	16	18,18	15	18,52	676 8,45
Catèter vascular	41	46,59	39	48,15	1.004 12,55
Catèter vascular perifèric	36	40,91	38	46,91	818 10,23
Catèter vascular perifèric mitjà	3	3,41	1	1,23	106 1,33
Catèter vascular central	6	6,82	2	2,47	104 1,30
Traqueotomia	0	0,00	0	0,00	75 0,94
Gastrostomia (PEG)	0	0,00	0	0,00	157 1,96
Sonda nasogàstrica	0	0,00	0	0,00	34 0,43
Pacients N: Nombre de pacients					

Comentaris

- ✓ S'observa que els pacients de l'HUSC tenen més disfàgia i més UPP's que la resta d'hospitals del VINCAt.
- ✓ Pel que fa a la prevalença de pacients post IQ < 30 dies, és estable en els 2 talls realitzats i per sobre dels hospitals del VINCAt. Això ens indica que el perfil de pacients de l'HUSC són majoritàriament de Convalescència.
- ✓ També s'observa que els pacients de l'HUSC tenen més factors de risc extrínsecs que la resta d'hospitals del VINCAt, destacant els catèters urinaris i vasculars (inclòs el central).
- ✓ El 97,53% dels pacients tenien un resultat de l'índex de Charlson superior o igual a 3.

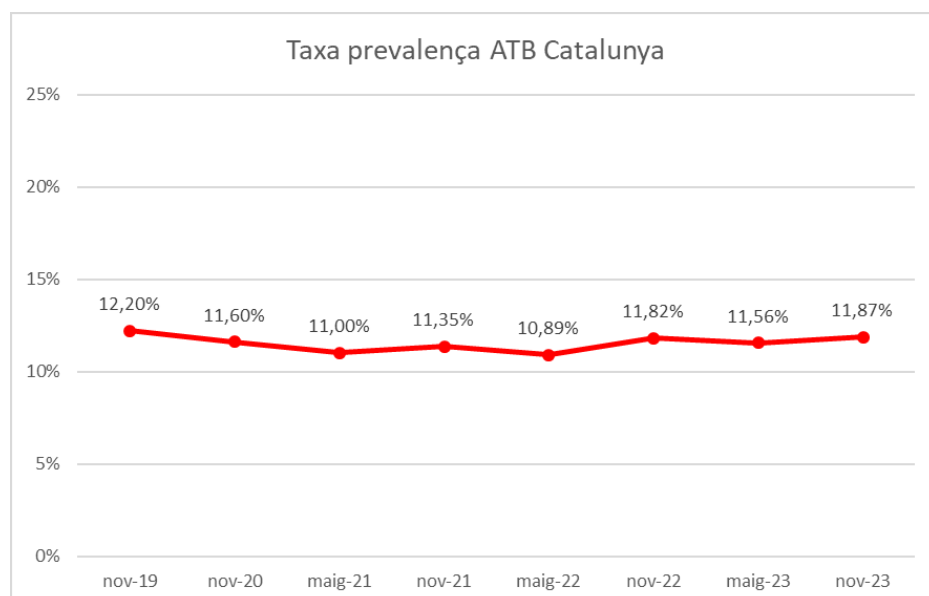
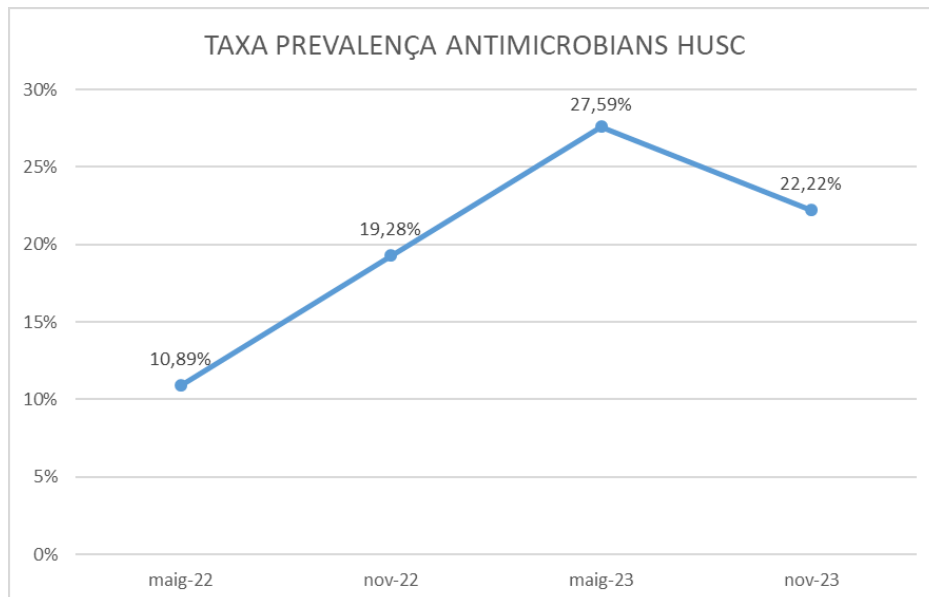
Infeccions (IRAS) detectades



Comentaris

- ✓ La taxa d'infecció de novembre de 2023 va ser del 9.88%, per sobre del resultat del VINCAt.
- ✓ A l'igual que la resta d'hospitals del VINCAt els pacients amb gran dependència i incontinència són els que presenten més prevalença d'infecció.
- ✓ Es confirma que els pacients que porten catèter vascular perifèric o urinari presenten més infeccions, igual que la resta d'hospitals del VINCAt.
- ✓ Els gèrmens responsables de les infeccions són gram positius en un 18.75% (staphylococcus spp, enterococcus faeciu i faecalis) i el 6.25% eren gram negatius (moraxella spp). En el cas de la resta d'hospitals del VINCAt, el 4% eren gram positius i el 18.3% gram negatius.
- ✓ A destacar que el 75% de les infeccions a l'HUSC no tenien cultiu practicat, resultat per sobre del global del VINCAt amb un 73.3% .

Ús d'antimicrobians

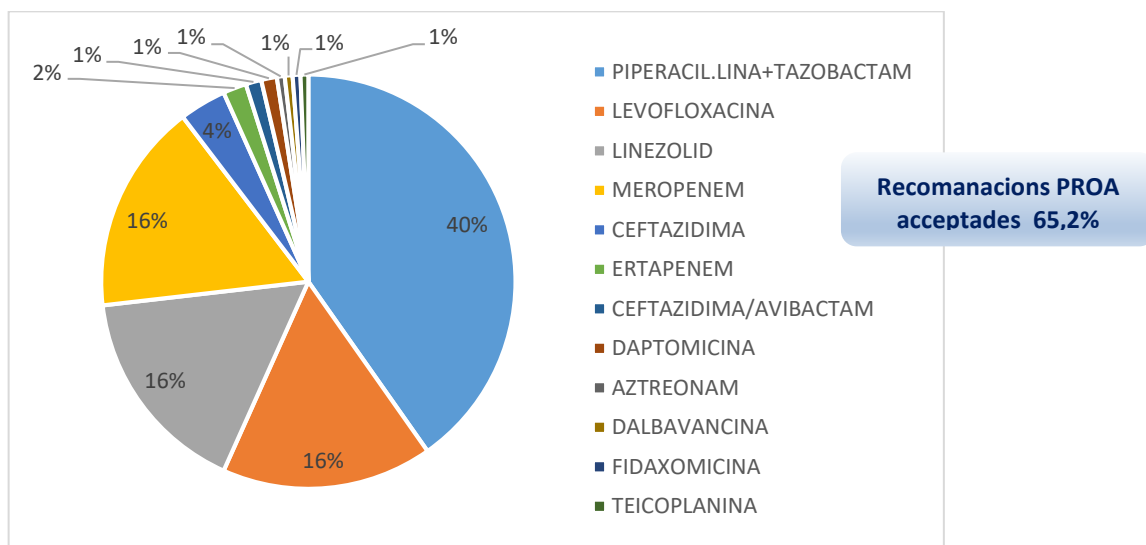


Comentaris

- ✓ La taxa de prevalença d'ús d'ATB ha augmentat respecte el 2022 possiblement per l'ingrés de pacients a la unitat de subaguts situant-se al doble de la resta d'hospitals del VINCAt
- ✓ El tractament dirigit correspon a un 55% de les indicacions de les prescripcions antibiòtiques per sobre de la resta d'hospitals del VINCAt.
- ✓ Els antibiòtics més prescrits a HUSC són l'amoxiclavulàmic, ciprofloxacino i el linezolid amb la mateixa prevalença.
- ✓ Als hospitals del VINCAt l'antibiòtic més utilitzat és l'amoxiclavulàmic seguit de ciprofloxacino, ceftriaxona i carbapenems.

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals

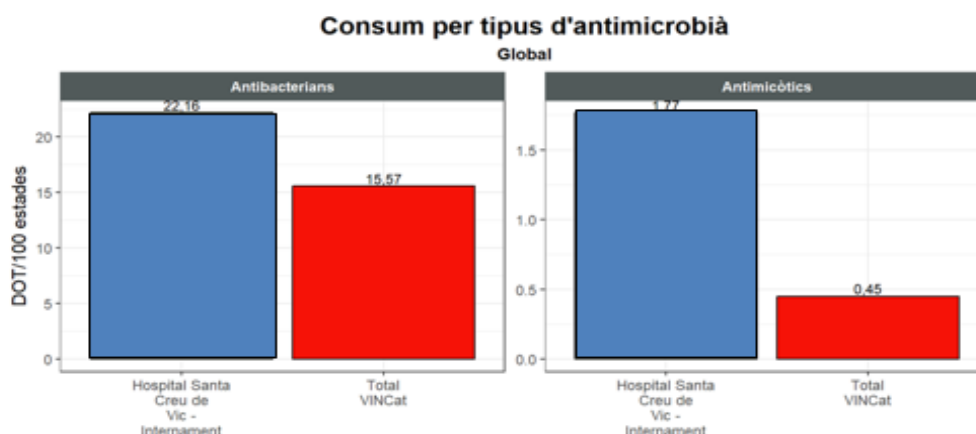


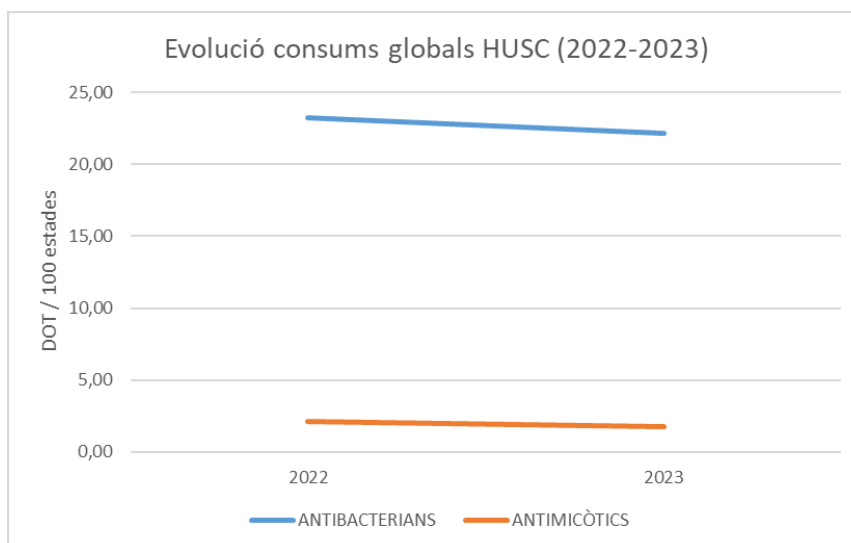
Comentaris

- ✓ Han augmentat els antibiòtics restringits prescrits (107 més) però es manté l'adhesió al protocol per sobre del 80%.
- ✓ Es manté la Piperacilina Tazobactam com l'antibiòtic més prescrit respecte l'any anterior observant-se un augment dels carbapenems i una disminució de la Levofloxacina.
- ✓ Augmenta l'adherència al protocol del Linezolid i disminueix la Piperacilina Tazobactam (situant-se per sota del 50%) i del Meropenem respecte el 2022.
- ✓ El grup PROA ha realitzat un total de 36 (23+13) recomanacions augmentant respecte l'any anterior.
- ✓ Augmenta l'acceptació de les recomanacions que el grup PROA fa al prescriptor respecte el 2022.
- ✓ Les recomanacions són bàsicament de durada del tractament i de canvi segons antibiograma. Cal destacar que s'accepta millor la recomanació de durada que la de canvi (83% envers 75%).

Resultats anuals consum hospitalari sociosanitari a l'HUSC per tipus d'antimicrobià (DOT)

Des de 2022 es declaren al VINCat els consums d'antimicrobians dels pacients dels sociosanitaris per poder fer comparativa amb els centres del nostre nivell.

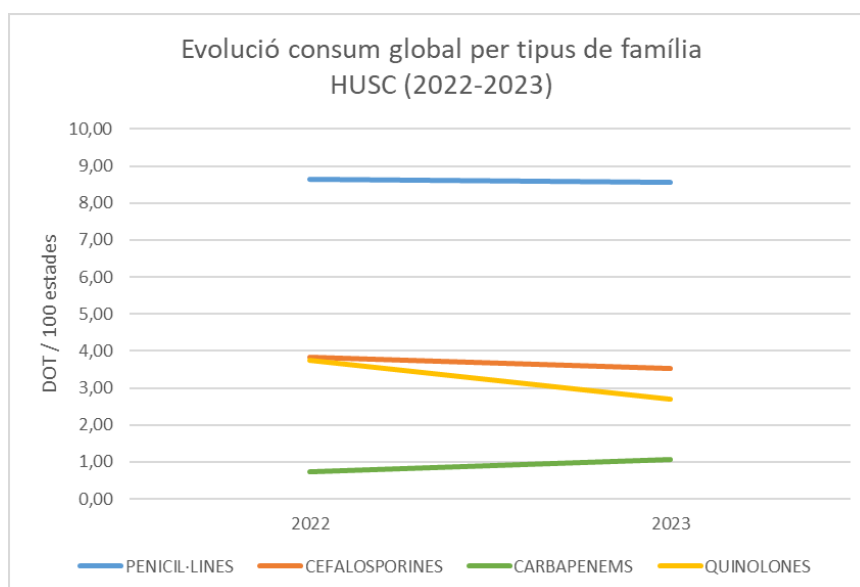




Comentaris

- ✓ El consum global d'antibacterians disminueix respecte el 2022, a causa de la disminució del consum a tots els serveis excepte Subaguts que augmenta. S'atribueix la disminució de consums global amb l'inici de l'equip PROA a Sociosanitari.
- ✓ S'observa una disminució del consum global d'antimicòtics, respecte al 2022 però continuem per sobre dels altres centres sociosanitaris, excepte a Subaguts que estem per sota.

Resultats evolutius HUSC (2022-2023) Consum Hospitalari Sociosanitari per tipus de família (DOT)



Comentaris

- ✓ Hi ha una disminució del consum de totes les famílies respecte l'any 2022, excepte de Carbapenems. Aquest increment es deu sobretot a l'augment dels consums a la unitat de Cures pal·liatives.
- ✓ La disminució de Quinolones és sobretot a Llarga Estada i Curs pal·liatives.
- ✓ Cal destacar que Subaguts és un servei amb un baix consum de Carbapenems, segurament per les accions del grup PROA d'Aguts prèvies a la derivació a Sociosanitari.

HIGIENE DE MANS

S'ha continuat el programa d'higiene de mans amb la constitució del grup de higiene de mans i així poder iniciar la seva formació com a observadors en HM i poder disposar de dades dels diferents indicadors.

L'observació es va iniciar el mes de maig amb els resultats següents:

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA GLOBAL HIGIENE DE MANS HUSC:

Maig	Desembre	2023
42.6%	41.1%	49.6%

Comentaris

- ✓ Segons el resultat global HM s'aconsegueixen taxes baixes que es el que estima la OMS quan s'inicia l'observació d'aquesta pràctica.
- ✓ L'any 2023 s'ha fet el canvi de PBA a l'HUSC i no es disposa del consum real per valorar el compliment segons l'estàndard de l'OMS (>20 litres).
- ✓ Des de 2018, i de forma global, s'assoleix el llindar mínim de consum PBA recomanat per l'OMS (>20 litres).
- ✓ La prevalença de llits amb PBA en el punt d'atenció a l'HUSC és del 100%.

(👉 Tornar a l'índex)

MORTALITAT (ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA)

No es disposa de dades de l'Hospital Universitari de la Santa Creu.

ACOMPLIMENT DE LA NOTA D'ÈXITUS D'INFERMERIA HSJM

	2022			2023		
	Èxitus	Sí nota		Èxitus	Sí nota	
H. SANT JAUME DE MANLLEU	n	n	%	n	n	%
Unitat de convalsència	97	89	91.75	104	104	100.00
Unitat de psicogeriatría	22	22	100.00	14	13	92.85
GLOBAL HSJM	119	111	93.27	118	117	99.15

Objectiu: notes correctes $\geq 95\%$

Comentaris

- ✓ El percentatge global de l'HSJM és del 99.15%, assolint l'objectiu $\geq 95\%$.

ANÀLISI DE LA QUALITAT DE MORT HSJM

	2022		2023	
	n	%	n	% (*)
ÈXITUS CONSTÀNCIA ESCRITA DE...	116	97.48	118(*)	100.00
Nota èxitus mèdic (sobre èxitus no IC *)				
Mort previsible	105	90.5	117	99.2
Ttment no Pal·liatiu, no benefici previsible	0	0.00	1	0.85
Tractament Pal·liatiu	98	88.29	111	94.87
Eficaç	95	96.94	107	96.40
Hi havia acompanyants	94	84.68	97	82.91
Indicació No RCP	90	81.08	89	76.07
Habitació individual	108	97.30	110	94.02
Èxitus en hab. doble per manca llits	0	0.00	1	0.85

Comentaris

- ✓ Augment dels casos de mort previsible i disminució dels casos amb tractament no pal·liatiu i no hi ha benefici previsible (1 cas amb fàrmacs).
- ✓ Un 94,02% ha mort en habitació individual i un 0,85% del global (1 cas) ha mort en habitació compartida per manca de llits.
- ✓ Han augmentat els tractaments pal·liatius, fins a un 94,87%, i en un 96,40% han sigut eficaços. L'ítem d'indicació de no RCP, ha disminuït en relació al 2022.

(👉 Tornar a l'índex)