

Ano: 2018
 Entidade: * Unidade Local de Saúde do Nordeste
 ARS: NORTE
 Tipologia: ULS
 Utilizador: Drª Eugenia Madureira
 E-mail: emadureira@ulsne.min-saude.pt

Reunião CA 9.2.2018

Aprovado.

Dr Carlos Alberto Vaz
 Presidente do
 Conselho de Administração

PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano de Atividades concluído? * ☒ Sim ☐ Não

1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade I: Melhoria da qualidade clínica e organizacional

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

0

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

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ As normas foram divulgadas pelo Gabinete de Comunicação e Imagem, mas não existe certeza das mesmas terem sido discutidas. No próximo ano vai-se propor aos diretores de Serviço o comprovativo da discussão das mesmas em reunião de serviço.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

0

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

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ As normas analisadas nos serviços serão sujeitas a auditorias.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

Ao abrigo do Despacho SES 17069/2011 de 2 Dezembro foi constituído um grupo de trabalho para monitorização da prescrição médica e MCDT.

Observações / Apoio
 Exemplo: incorporação de novos sistemas informáticos; de consumos; protocolos de trabalho, etc.

(anexe evidência) *

Ponto 3 MCDT.pdf ☒

Proposta de atividades para o próximo ano☐ Adicionar Proposta☒ Monitorização trimestral da prescrição de medicamentos e dos MCDT.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

4) Processo Assistencial Integrado

4.1) Número total de pessoas com diabetes com, pelo menos, um registo de exame ao pé no período =

9719

Observações / Apoio

Indicar os valores no espaço seguir ao símbolo "=" em c
numerador e denominador
Exemplo: Número total de
pessoas com diabetes con
menos, 2 consultas regista
"com presença" no ano an
1268

Número total de pessoas c
diabetes inscritas a 31 de
Dezembro do ano anterior

Número total de pessoas com diabetes em vigilância (1) a 30 de Novembro do presente ano =

10767

Nota para cálculo dos denominadores

(1) Excluir do total do
denominador as pessoas c
estão em tratamento por le
pé no Centro de Saúde e/c
Hospital, ou sejam portad
amputação do pé (bilateral

4.2) Número total de pessoas com diabetes com relatório do rastreio/consulta oftalmológico(a) no período =

6129

Nota para cálculo dos denominadores

(2) Excluir do total do
denominador as pessoas c
estão em tratamento por le
retina em consulta hospita
oftalmologia (ou equivalen
sejam portadoras de cegu

Número total de pessoas com diabetes em vigilância (2) a 30 de Novembro do presente ano =

10691

4.3) Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto está implementado no ACES?

☐ Sim☒ Não (indique os motivos)

Indique os motivos: *

Porque está em fase de remodelação.

Proposta de atividades para o próximo ano☐ Adicionar Proposta☒ Implementação do processo assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

5) Tabela Nacional de Funcionalidade

5.1) Taxa de preenchimento:

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

0

Nº total de pessoas saídas com registo da TNF =

0

Observações / Apoio

Despacho 10218/2014, de 8
agosto: para utentes entre o
os 64 anos com patologia cr
serviços identificados no De

5.2) Média de ganhos funcionais:

0.00

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

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

0.00

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Quando o programa permitir será preenchido. O ícone atualmente está indisponível.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

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

9.50 %

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

12.00 %

Observações / Apoio

Indicar o nº de registos não conformes e o nº total de r por semestre.

(anexe evidência)

NOTA DE ALTA.7z ☒

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Continuação da realização de auditorias aos registos das notas de alta e de enfermagem.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

7) Sistema de Triagem (Norma nº 02/2015, de 06/03/2015 atualizada a 23/10/2015)

A) Serviços de urgência de adulto

7.1) Identificação do Sistema de Triagem

MANCHESTER

7.2) Indicadores da implementação do sistema:

Demora média para triagem (hh:mm)

02:27

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:04
Laranja	00:07
Amarela	00:25
Verde	00:40
Azul	00:35
Branca	00:40

2.º Trimestre

Observações / Apoio

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

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:02
Laranja	00:06
Amarela	00:21
Verde	00:38
Azul	00:57
Branca	00:45

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:04
Laranja	00:06
Amarela	00:21
Verde	00:36
Azul	00:49
Branca	00:41

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:04
Laranja	00:08
Amarela	00:22
Verde	00:45
Azul	00:57
Branca	00:50

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

0.00

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

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	07:08
Laranja	06:26
Amarela	03:12
Verde	02:13
Azul	02:22
Branca	01:35

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	08:38
Laranja	05:57
Amarela	03:06
Verde	02:14
Azul	02:54
Branca	02:45

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	05:39
Laranja	05:43
Amarela	03:03
Verde	02:06
Azul	01:09
Branca	02:16

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	07:21
Laranja	05:37
Amarela	03:04
Verde	02:14
Azul	02:14
Branca	02:11

(anexe evidência) *

Tempos SU.pdf  X

B) Serviços de urgência pediátrica (se aplicável)

A instituição dispõe de Serviço de Urgência Pediátrica?

☐ Sim

☒ Não

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

☒ Sim ☐ Não

Observações / Apoio

É necessário demonstrar os resultados obtidos.

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

2) Capacidade de replicação da implementação em outros serviços.

(anexe evidência) *

PROJETOS.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Continuação dos projetos iniciados em anos anteriores.

Atividade conjunta *Identifique a entidade * Prazo de Execução *

Sim Escolas, Camaras municipais 2018-12-31

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

☒ Sim

☐ Não

Observações / Apoio

Anexar lista de estudos em

(anexe evidência) *

Investigação Clínica.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Continuação da realização de trabalhos relacionados com a investigação clínica.

Atividade conjunta	*Identifique a entidade	*Prazo de Execução *
Sim	Escolas	2018-12-31

2. REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade II: Reforço da Segurança dos Doentes

Cultura de Segurança

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

O Relatório foi divulgado na intranet e aos profissionais. Foi realizada formação sobre Gestão de Risco na Saúde e Comunicação em Saúde e Gestão de Stress e Conflitos

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Ponto 1.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Analise do relatório a preencher no ano de 2018. realização de atividades de acordo com os resultados obtidos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

2.1.) segurança do doente

Foram realizadas varias formações no âmbito segurança do doente

Observações / Apoio

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

2.1.) segurança do profissional

Foram realizadas varias formações no âmbito segurança do profissional

(anexe evidência) *

FORMAÇÃO SEGURANÇA DOENTE - PROFISSIONAL.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Continuação da realização de formação tanto do âmbito da segurança do doente como do profissional

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

Segurança da Comunicação

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

15

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Passagem de Turno.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Continuação da realização de auditorias ao procedimento da passagem de turno.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

Segurança Cirúrgica

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

0 (%)

Observações / Apoio

Anexar:
Nº de não conformidades re
em sede de auditoria, i.e., o
respostas do tipo "não" dos
de auditoria interna e o n.º t
respostas (excluídas as res
"NA" não aplicáveis).

(anexe evidência) *

Ponto 4.pdf  ☒

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Sensibilização dos profissionais para esta temática e continuação da realização de recolha de informação.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

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

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

Local cirúrgico errado:	0 (%)
Procedimento errado:	0 (%)
Doente errado:	0 (%)
Retenção de objetos estranhos no local cirúrgico:	0 (%)
Morte intraoperatória em doentes ASA1:	0 (%)

(anexe evidência) *

Ponto 5.pdf  ☒

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Sensibilização dos profissionais para o registo de complicações cirúrgicas e eventos inadmissíveis.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

3

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

(anexe evidência) *

CIRURGIA SEGURA 1º SEM 2017.pdf  ☒

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Continuação da realização de auditorias ao procedimento da cirurgia segura.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

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

0

Observações / Apoio

Indicar:

Anexar, por exemplo, quadro resumo, plano de intervenção

Proposta de atividades para o próximo ano
☐ Adicionar Proposta

☒ Sensibilização dos profissionais para as notificações.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

Segurança na utilização da medicação

8) Tem lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada?

☒ Sim (se sim, anexe evidência)

☐ Não
Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Medicamentos LASA 2017-2018.pdf



X

Proposta de atividades para o próximo ano
☐ Adicionar Proposta

☒ Através do microsite na intranet, com o link: http://intranet.ulsne.min-saude.pt/microsites/gqualidade/Manual%20da%20Qualidade%202013/Forms/Services.aspx?Paged=TRUE&p_GroupCol1=Inform%C3%A1tica%20e%20Comunica%C3%A7%C3%B5es&PageFirstRow=31&&View={E0740BEE-1BF2-4E9E-BD15-05BAD8AC364B}
Foram realizadas reuniões de apresentação com todos os enfermeiros chefe e médicos directores de serviço.

2018: reciclagem de conhecimentos, revisão da listagem de medicamentos e implementação do ponto A.2. Método de inserção de letras maiúsculas (Tall Man Lettering): método em que se recorre à inserção seletiva de letras maiúsculas no meio das denominações de medicamentos ortograficamente semelhantes para a sua diferenciação, da norma NÚMERO: 020/2014 (DGS), em complemento com o sistema colorimétrico já instituído.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

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

☒ Sim (se sim, anexe evidência)

☐ Não
Observações / Apoio

Anexar cópia da estratégia institucional com data de aprovação e de revisão, se aplicável, identificando os serviços onde está implementada. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) *

Procedimentos LASA.pdf



X

Proposta de atividades para o próximo ano
☐ Adicionar Proposta

☒ Idêntico ao ponto anterior.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

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

0

Observações / Apoio

Indicar:

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

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta☒ Elaboração de procedimento de registo, com plano de acção institucional.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

11) Tem lista de medicamentos de alerta máximo atualizada?

☒ Sim (se sim, anexe evidência)☐ Não**Observações / Apoio**

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

(anexe evidência) *

EST.885.FAR - Identificação e armazenamento dos medicamentos LASA e potencialmente perigosos.pdf

**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta

☒ Implementação de sistema colorimétrico de identificação - (LABELKIT MCD "LASA" "HAM"), composto por módulos dispensador automático de etiquetas previamente impressas, que proporciona uma fácil categorização dos fármacos, aumentando assim a segurança na administração e reduzindo a hipótese de erros de medicação. As etiquetas obedecem a uma codificação de cores internacional que está em conformidade com o projecto de uma norma internacional proposto pela American Society of Testing and Materials, subcomissão D4774-94.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

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

☒ Sim (se sim, anexe evidência)☐ Não**Observações / Apoio**

Anexar cópia da estratégia institucional com data de aprovação e de revisão, se aplicável, identificar os serviços onde está implementada. Evidenciar como foi realizada a divulgação.

(anexe evidência) *

EST.885.FAR - Identificação e armazenamento dos medicamentos LASA e potencialmente perigosos.pdf

**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta

☒ Implementação de sistema colorimétrico de identificação - (LABELKIT MCD "LASA" "HAM"), composto por módulos dispensador automático de etiquetas previamente impressas, que proporciona uma fácil categorização dos fármacos, aumentando assim a segurança na administração e reduzindo a hipótese de erros de medicação. As etiquetas obedecem a uma codificação de cores internacional que está em conformidade com o projecto de uma norma internacional proposto pela American Society of Testing and Materials, subcomissão D4774-94.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

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

0

Observações / Apoio

Anexar, por exemplo, quadro de incidências, resumo, plano de intervenção.

Proposta de atividades para o próximo ano☐ Adicionar Proposta☒ Elaboração de procedimento de registo, com plano de acção institucional.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

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

6

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Evidência auditorias LASA HAM.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Alterar cronograma semestral para trimestral.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

☒ Sim (se sim, anexe evidência)

☐ Não

Observações / Apoio

Anexar plano de melhoria, na origem da ação de melhoria (norma, auditoria, notificação)

(anexe evidência) *

Evidência de auditorias.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Manter plano de auditorias actualizado, com revisão da medicação dos serviços, ajustada às necessidades e garantindo sempre regras FEFO, LASA e HAM.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

Foi divulgado o procedimento às chefias, está colocado na intranet e este item é auditado na auditoria da nota de alta e do processo clínico

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

PRO 860 - Reconciliação Terapeutica.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Analise dos relatórios da auditoria da Nota de Alta Médica, onde está o critério da reconciliação terapêutica.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

Identificação inequívoca dos doentes

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

☒ Sim (se sim, anexe evidência)

☐ Não

Observações / Apoio

Anexar cópia da estratégia e com data de aprovação, mo divulgação e revisão, se apl

(anexe evidência) *

PRO.253.CA - Identificação dos doentes.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

 Continuação da realização de auditorias ao procedimento da identificação dos doentes.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

0

Observações / Apoio

Anexar, por exemplo, quadro resumo, plano de intervençã

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

 Sensibilização dos profissionais para as notificações relacionadas com a identificação dos doentes

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

17

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Realtorio identificação doentes 2º SEM 17.7z  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

 Continuação da realização de auditorias ao procedimento da identificação dos doentes.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

Foram realizadas auditorias a todos os serviços internamente, para verificação do cumprimento do procedimento da identificação dos doentes e o procedimento está divulgado na intranet.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Realtorio identificação doentes 2º SEM 17.7z  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

 Continuação da realização de auditorias para verificação do cumprimento do procedimento, submetido anteriormente sobre a identificação dos doentes.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)

☐ Não

(anexe evidência) *

Anexo 2.06 - MPE - Quedas.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Divulgação do procedimento das quedas às chefias e está disponível na intranet.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

106

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Relatorio notificações.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Continuação da monitorização das quedas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

13

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Quedas.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Continuação da realização de auditorias ao procedimento das quedas

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

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

☒ Sim (se sim, anexe evidência)☐ Não

(anexe evidência) *

Anexo 2.04 - MPE - Úlceras de pressão.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

X Continuação da divulgação do procedimento das quedas sempre que necessário.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-12-31

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

71

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Relatorio notificações.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Sensibilização dos profissionais para o notificação de incidentes relacionados com úlceras de pressão.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

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

14

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Úlceras.pdf  ☒**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta

☒ Continuação da realização de auditorias ao procedimento das úlceras de pressão.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

Notificação, análise e prevenção e incidentes

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

☒ Sim (se sim, anexe evidência)☐ Não**Observações / Apoio**

Anexe evidência indicando a data e a categoria dos incidentes notificados.

(anexe evidência) *

Notificações INTRANET.pdf  ☒**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta

☒ Continuação da sensibilização dos profissionais para notificação de incidentes. realização de formação sobre esta temática.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

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

Foram realizados cartazes e folhetos para dar a conhecer aos utentes. Foram alertados os profissionais para reforçar a vigilância aos doentes.

Observações / Apoio

Anexar documento comprovando a implementação de medidas.

(anexe evidência) *

Medidas preventivas ponto 28.7z  ☒**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta

☒ Continuação da elaboração e distribuição de documentação aos utentes, como forma de prevenção de incidentes e acidentes.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

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

☐ Sim (se sim, anexe evidência)☒ Não**Observações / Apoio**

Anexar relatório de auditoria

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Implementação de um plano de auditorias à metodologia da análise dos incidentes

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

☐ Não

2018-12-31

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

30) A Instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde mais relevantes, através dos programas de vigilância epidemiológica em rede Europeia e/ou Nacional:

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)

☐ Não

Observações / Apoio

Se sim, anexar relatório extraplataforma de cada programadados da própria instituição.

(anexe evidência) *

VE 2017.pdf ☒

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Manter programa de Vigilância Epidemiológica anual abrangendo todos os serviços de internamento.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

☐ Não

2018-12-31

a) Programa de VE das Infeções do Local Cirúrgico (rede europeia) - HAI-Net-SSI

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)

☐ Não

(anexe evidência) *

SSI.pdf ☒

b) Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (rede europeia) - HAI-Net-ICU

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)

☐ Não

(anexe evidência) *

hELICS uci.pdf ☒

c) Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia (rede nacional) - HAI-UCIN

☐ Sim (Se sim, anexe evidência)

☒ Não

d) Programa de VE das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em serviços de internamento de unidades de cuidados de agudos (rede nacional) - HAI-VE-INCS

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)

☐ Não

(anexe evidência) *

VigEpiINCS.pdf ☒

31) A Instituição analisa regularmente os dados das IACS (ex: semestral/anual) e fornece informação regular de retorno aos profissionais de saúde e gestores?

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)

☐ Não

(anexe evidência) *

RM ULSNE nov 2017.pdf ☒

32) A instituição monitorizou e notificou atempadamente os microrganismos alerta e problema, através da rede europeia de VE, de acordo com a Norma da DGS/PPCIRA nº 004/2013 de 08/08/2013, atualizada a 13/11/2015?

☒ Sim (anexe evidência)

☐ Não

Observações / Apoio

Admite-se evidência por amostragem. Anexar cópia enviada para notificação dos microrganismos alerta (amo e problema).

(anexe evidência) *

email_microrganismoalerta.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta Manter vigilância trimestral com envio dos microrganismos problema e envio imediato dos microrganismos alerta.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *

Prazo de Execução *

Sim

Laboratorio de Patologia/INSA

2018-12-31

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

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)☐ Não

Em que percentagem?

3.00 %

Observações / Apoio

Exclusão de duplicados; Ex de contaminações. Apenas amostras invasivas de sangue; Cálculo por 1000 dias (doentes saídos).

(anexe evidência) *

PAPA.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta ULSNE atualmente com taxa de prevalência de 33% (taxa de prevalência nacional de MRSA de 43,6% em 2016) assim propor taxa de prevalência inferior a 35%.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

32.2. Está implementado na Instituição a Norma da DGS/PPCIRA para a prevenção e controlo da transmissão de MRSA, n.º 018/2014 de 09/12/2014, atualizada a 27/10/2015?

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)☐ Não

Se sim, em que percentagem de serviços clínicos?

73.00 %

(anexe evidência) *

MRSA.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta Implementação em 100% dos serviços com internamento.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

32.3. A Instituição aplica a grelha de avaliação do risco individual do doente na admissão, de modo a implementar as medidas de isolamento adequada?

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)☐ Não

Se sim, em que percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento?

88.00 %

(anexe evidência) *

MRSA.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta Monitorização da taxa de cumprimento nos serviços com internamento de forma a garantir os 100%

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

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

- ☒ Sim (se sim, anexe evidência)
☐ Não

Observações / Apoio

Entende-se por "ter um prog facto do mesmo estar estrut implementado.

(anexe evidência) *

PAPA.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

-  Manter PAPA nos serviços de internamento de cirurgia, medicina e ortopedia e alargar o programa de forma mais eficiente nos
- Atividade conjunta *Prazo de Execução *
- | | |
|-----|------------|
| Não | 2018-12-31 |
|-----|------------|

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

- ☒ Sim (Se sim, anexe evidência)
☐ Não

Observações / Apoio

Anexar dados de consumo (antimicrobianos da instituição qualquer métrica escolhida (DHD, nº embalagens, despe

(anexe evidência) *

ConsumoATB.pdf  

35) Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenemes do ano anterior para o ano atual?

- ☐ Sim (Se sim, anexe evidência)
☒ Não

Observações / Apoio

Anexar dados de consumo (Carbapenemes em DDD (H ou em número de embalagens/despesa (ACES

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

-  Reforçar medidas de controlo de prescrição de antimicrobianos de uso restrito com revisão de prescrição de carbapenemes 72 horas.
Aumentar o número de visitas aos serviços.
Controlo mensal de antimicrobianos.
- Atividade conjunta *Prazo de Execução *
- | | |
|-----|------------|
| Não | 2018-12-31 |
|-----|------------|

36) Verificou-se, na instituição, diminuição do consumo de quinolonas do ano anterior para o ano atual?

- ☒ Sim (Se sim, anexe evidência)
☐ Não

Observações / Apoio

Anexar dados de consumo (Quinolonas em DDD (Hosp em número de embalagens/ (ACES)

(anexe evidência) *

ProMoniATBComunidade.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

-  Manter monitorização e divulgação do consumo de antimicrobianos
- Atividade conjunta *Prazo de Execução *
- | | |
|-----|------------|
| Não | 2018-12-31 |
|-----|------------|

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

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

☒ Sim☐ Não

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

57.00 %

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

Sim

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta☒ Ampliação da implementação dos feixes de intervenção aos restantes serviços cirúrgicos, bloco operatório de ambulatorio e se de urgência até dezembro de 2019.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2019-12-31

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

☒ Sim☐ Não

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

40.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta☒ Ampliação da implementação dos feixes de intervenção aos restantes serviços cirúrgicos, médicos, bloco operatórios e serviço urgência até dezembro de 2019.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2019-12-31

37.3) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção associada ao cateter intravascular?

☒ Sim☐ Não

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

10.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta☒ Ampliação da implementação dos feixes de intervenção até dezembro de 2019 nos seguintes serviços: blocos operatórios, mer cirurgias,, nefrologia, serviços de urgência e hospital de dia.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2019-12-31

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

☒ Sim☐ Não

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

100.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta☒ Consolidar e manter o percentual de adesão ao feixe acima de 95%

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2018-12-31

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

38.1) Módulo da Auditoria às PBCI?

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)☐ Não

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

100.00 %

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

(anexe evidência) *

PBCI.pdf



Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

- ☒ Iniciar um conjunto de visitas de acompanhamento para reforço de educação e ajuda na resolução de barreiras que impeçam a adequada implementação das PBCI. Manter a formação anual aos dinamizadores do PPCIRA restantes colaboradores da ULS. Efetuar formação de integração de novos colaboradores na sua admissão.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

38.2) Módulo de monitorização da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos?

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)☐ Não

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

100.00	%
--------	---

Observações / Apoio

Anexar cópia de formulário de adesão/ resultados obtidos

(anexe evidência) *

PBCI.pdf	 ☒
----------	---

Proposta de atividades para o próximo ano☐ Adicionar Proposta

- ☒ Iniciar um conjunto de visitas de acompanhamento para reforço de educação e ajuda na resolução de barreiras que impeçam a adequada implementação das PBCI. Manter a formação anual aos dinamizadores do PPCIRA restantes colaboradores da ULS. Efetuar formação de integração de novos colaboradores na sua admissão.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

38.3) Módulo de monitorização do uso de luvas?

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)☐ Não

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

80.00	%
-------	---

Observações / Apoio

Anexar cópia de formulário de adesão/ resultados obtidos

(anexe evidência) *

PBCI.pdf	 ☒
----------	---

Proposta de atividades para o próximo ano☐ Adicionar Proposta

- ☒ Aumentar o percentual de adesão para 100%. Iniciar um conjunto de visitas de acompanhamento para reforço de educação e ajuda na resolução de barreiras que impeçam a adequada implementação das PBCI. Manter a formação anual aos dinamizadores do PPCIRA restantes colaboradores da ULS. Efetuar formação de integração de novos colaboradores na sua admissão.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

39) A Instituição elaborou um plano de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos?

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)☐ Não**Observações / Apoio**

Anexar plano interno anual

(anexe evidência) *

Plano de Atividades 2017.pdf	 ☒
------------------------------	---

Proposta de atividades para o próximo ano☐ Adicionar Proposta

- ☒ Elaborar plano de atividades para 2018 até 31 de março após análise dos resultados PPCIRA 2017.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-03-31
-----	------------

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

- ☒ Sim (Se sim, anexe evidência)
☐ Não

Observações / Apoio
 Anexar relatório interno anu
 atividades e propostas de m

(anexe evidência) *

Relatório atividade e resultados PPCIRA 2016.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Produção do relatório da análise dos resultados PPCIRA 2017.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-06-30

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

- ☐ Sim
☒ Não

Observações / Apoio
 *FTE= Número de horas ser
 de trabalho: do Coordenado
 GCL-PPCIRA; dos Médicos
 do número de horas de tod
 médicos do núcleo executiv
 GCL-PPCIRA); Soma do nú
 horas do (s) Enfermeiro (s) c
 Núcleo Executivo do GCL-P

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

- ☒ Sim
☐ Não

Observações / Apoio
 Anexar plano interno anual c
 formação

(anexe evidência) *

Plano de Atividades 2017.pdf  X

3. MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade III: Monitorização permanente da qualidade e segurança

1) A instituição
 avaliou a
 satisfação do
 utente?

- ☐ Sim ☒ Não

**Observ
 Apoio**
 Identific
 instrum
 avaliaçã
 satisfaç
 apresen
 principa
 resultac

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Ao nível dos Cuidados hospitalares está a ser preparada a aplicação de inquéritos de satisfação durante o 1.º trimestre de 2018. Nos Cuidados de Saúde Primários está a ser aplicado um inquérito de satisfação com término a 31 de Janeiro.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2018-03-31

4. RECONHECIMENTO DA QUALIDADE DAS UNIDADES SAÚDE

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade IV: Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde

- 1) A instituição está acreditada?
☐ Sim ☒ Não

Observações / Apoio
 Se sim, identificar:
 1) unidade ou Hosp
 2) qual a Norma (ACSA, JCI, out
 3) período de vigência
 certificada

Proposta de atividades para o próximo ano
☐ Adicionar Proposta

- X** Iniciar processo de acreditação pelo Modelo ACSA, quando a situação financeira o permitir.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim	DGS	2018-12-31
-----	-----	------------

- 2) A instituição está certificada?
☐ Sim, anexe evidência ☒ Não

Observações / Apoio
 OBSERVAÇÕES/APOIO Se identificar:
 1) unidades/serviço ou Hosp
 2) qual a Norma (ISO 9001, outras...)
 3) período de vigência do(s) certificado(s).

Proposta de atividades para o próximo ano
☐ Adicionar Proposta

- X** Iniciar processo de certificação quando a situação financeira o permitir.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

5. INFO TRANSP CIDADÃO, AUMENTO DA SUA CAPACITAÇÃO**Relatório de atividades / Plano de Ação**

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

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

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

São distribuído folhetos nos serviços aos doentes com informação importante, de acordo com a situação clínica.

(anexe evidência) *

INFORMAÇÃO UTENTES.7z		X
-----------------------	---	----------

Proposta de atividades para o próximo ano
☐ Adicionar Proposta

- X** Continuação da distribuição de informação aos utentes, através de folhetos e outro tipo de documentos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2018-12-31
-----	------------

Observações / Apoio
 Anexar entre 1 e 3 exemplo: (panfletos, print-screen da p instituição, etc.).

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

Foram realizadas várias atividades formativas doentes, nomeadamente no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

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

(anexe evidência) *

Formação Utentes.pdf

**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta☒ Continuação da realização de atividades formativas e informativas aos utentes da ULSNE

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim

Escolas

2018-12-31

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

As principais causas das reclamações no ano foram:

- Tempos de Espera
- Focalização no utente (atitudes e comportamentos dos profissionais)
- Cuidados de Saúde e Segurança do Doente
- Acesso aos Cuidados de Saúde
- Procedimentos Administrativos
- Outros temas
- Instalações e Serviços Complementares
- Questões Financeiras

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

(anexe evidência) *

Causas reclamações-medidas.docx

**Proposta de atividades para o próximo ano**☐ Adicionar Proposta☒ PROPOSTA – 2018

Propostas de Melhoria:

1. Melhorar a informação aos utentes e acompanhantes sobre os tempos de espera e o motivo da demora no atendimento, nomeadamente no Serviço de Urgência e Consulta Externa.
2. Realização de formação em atendimento ao público e atitudes comportamentais a fim de melhorar as atitudes comportamentais profissionais que lidam diretamente com os utentes.
3. Melhorar do agendamento de consultas generalizando a marcação de consultas por hora nas três Unidades Hospitalares.
4. Reduzir o desfasamento entre o Horário de marcação de consulta externa de algumas especialidades e o início das consultas parte do médico.
5. Uniformização de critérios de acesso de visitas ao internamento.
6. Cumprir o procedimento instituído sobre o espólio dos utentes no serviço de urgência e nos vários serviços de internamento. Não de os doentes não trazerem espólio, devem assinar um documento como não têm.
7. Criar um impresso onde o doente tenha que declarar tudo o que traz consigo para o internamento, incluindo roupa, documento carteira, independentemente de se fazer o espólio de determinados bens.
8. Esclarecer os utentes sobre as regras de funcionamento da Consulta Aberta nos Centros de Saúde.
9. Reforçar a informação aos utentes de que a Consulta Aberta não é um Serviço de Urgência.
10. Divulgação de informação aos utentes sobre direitos e deveres e informação mais geral sobre o funcionamento da instituição

Atividade conjunta *Identifique a entidade *

Prazo de Execução *

Sim

Vários serviços da ULSNE

2018-12-31

6. APROVAÇÕES E HOMOLOGAÇÕES**Relatório de atividades / Plano de Ação****1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior****Aprovações e Homologações**☐ Plano de Ação aprovado, assinado pelo responsável máximo da Instituição (Presidente do Conselho de Administração/Diretor Exe) com o respetivo carimbo. *

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Validação do Plano de Atividades pela ARS *

☐ Sim ☐ Não ☐ Em avaliação

Adicionar documento:

Selecione...