

Ano: 2019
 Entidade: * Unidade Local de Saúde do Nordeste
 ARS: NORTE
 Tipologia: ULS
 Utilizador: Dr^a Eugenia Madureira
 E-mail: emadureira@ulsne.min-saude.pt

Reunião c d 24.1.2019

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?

2

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

DIVULGAÇÃO NORMAS.7z  

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, à exceção do Rastreio Visual e Vacinação. No ano de 2019 propõem-se a divulgação das normas pelo Gabinete da Qualidade, aos Directores de Serviço, e Enf^s Chefe solicitando os comprovativo da discussão das mesmas em reunião de serviço.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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 da auditoria, a(s) norma(s) e equipa(s) auditora(s).

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

 Divulgação das normas pelo Gabinete de Comunicação e Imagem e solicitação aos serviços da realização das auditorias.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

FOI CONSTITUÍDO UM GRUPO DE TRABALHO PARA MONITORIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA E MCDT. EM ANEXO ESTÃO AS ATAS E UM RELATÓRIO

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

MCDT.7z  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

✗ MONITORIZAÇÃO TRIMESTRAL DA PRESCRIÇÃO MÉDICA E DE MCDT.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2019-12-31
-----	------------

4) Processo Assistencial Integrado

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

10382

Observações / Apoio

Indicar os valores no espaço a seguir ao símbolo "=" em cada numerador e denominador

Exemplo: Número total de pessoas com diabetes com, pelo menos, 2 consultas registadas "com presença" no ano anterior = 1268

Número total de pessoas com diabetes inscritas a 31 de Dezembro do ano anterior = 1580

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

12889

Nota para cálculo dos denominadores

(1) Excluir do total do denominador as pessoas que já estão em tratamento por lesão do pé no Centro de Saúde e/ou Hospital, ou sejam portadoras de amputação do pé (bilateral).

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

6673

Nota para cálculo dos denominadores

(2) Excluir do total do denominador as pessoas que já estão em tratamento por lesão da retina em consulta hospitalar de oftalmologia (ou equivalente) ou sejam portadoras de cegueira.

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

13255

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

☒ Sim

☐ Não (indique os motivos)

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

✗ Divulgação das normas pelo Gabinete de Comunicação e Imagem e solicitação aos serviços da realização das auditorias.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2019-12-31
-----	------------

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 de agosto: para utentes entre os 18 e os 64 anos com patologia crónica serviços identificados no Despacho

5.2) Média de ganhos funcionais:

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

0.00

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

0.00

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

✗ O ÍCONE JÁ NÃO ESTÁ ACTIVO

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2019-12-31
-----	------------

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?	9.00 %
6.2) Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no 2º semestre do ano?	10.00 %

Observações / Apoio

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

(anexe evidência)

NOTA DE ALTA.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

	Continuação da realização de auditorias às notas de alta medicas e de enfermagem
	Atividade conjunta *Prazo de Execução *
Não	2019-12-31

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 TRIAGEM MANCHESTER II

7.2) Indicadores da implementação do sistema:

Observações / Apoio

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

Demora média para triagem (hh:mm) 00:05

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:14
Laranja	00:23
Amarela	00:40
Verde	00:53
Azul	00:66
Branca	00:39

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:16
Laranja	00:21
Amarela	00:31
Verde	00:38
Azul	00:49
Branca	00:29

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:28
Laranja	00:20
Amarela	00:36

Verde	00:46
Azul	00:60
Branca	00:40

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:11
Laranja	00:20
Amarela	00:36
Verde	00:43
Azul	00:58
Branca	00:33

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	03:48
Laranja	05:48
Amarela	03:11
Verde	02:21
Azul	02:08
Branca	02:66

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	03:41
Laranja	05:16
Amarela	02:52
Verde	02:00
Azul	01:51
Branca	03:02

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	04:01
Laranja	04:34
Amarela	02:58
Verde	02:09
Azul	02:11
Branca	02:23

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	03:02
Laranja	05:16
Amarela	02:59
Verde	02:07
Azul	02:10
Branca	02:23

(anexe evidência) *

Dados da triagem.pdf  **B) Serviços de urgência pediátrica (se aplicável)**

A instituição dispõe de Serviço de Urgência Pediátrica?

- ☒ Sim
☐ Não

7.3) Identificação do Sistema de Triagem

MANCHESTER II

7.4) Indicadores da implementação do sistema:

Observações / Apoio

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

Demora média para triagem (hh:mm)

00:05

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica:**1.º Trimestre**

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:07
Laranja	00:22
Amarela	00:34
Verde	00:41
Azul	00:38
Branca	00:42

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:11
Laranja	00:15
Amarela	00:26
Verde	00:27
Azul	00:28
Branca	00:14

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:15
Laranja	00:21
Amarela	00:29
Verde	00:30
Azul	01:20
Branca	00:26

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:12
Laranja	00:19
Amarela	00:30
Verde	00:30
Azul	00:40
Branca	00:28

Ponderação do número de óbitos até à primeira observação médica

0.00

por nível de prioridade:

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

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	06:20
Laranja	02:55
Amarela	01:38
Verde	01:19
Azul	01:47
Branca	01:35

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	03:56
Laranja	02:26
Amarela	01:29
Verde	01:08
Azul	01:09
Branca	01:15

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	06:09
Laranja	02:27
Amarela	01:41
Verde	01:14
Azul	02:26
Branca	01:28

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:01
Laranja	03:00
Amarela	01:47
Verde	01:12
Azul	01:31
Branca	01:31

(anexe evidência) *

Dados da triagem.pdf  

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

☒ Sim ☐ Não

Observações / Apoio

É necessário demonstrar os resultados obtidos.

- 1) Valor acrescentado para o utente/doente, o profissional e a instituição, através de indicadores de monitorização direta ou indireta;
- 2) Capacidade de replicação e/ou implementação em outros serviços.

(anexe evidência) *

PROJETOS ULSNE 2018.pdf  

[Proposta de atividades para o próximo ano](#)

 Adicionar Proposta

 DAR CONTINUIDADE AOS PROJETOS EXISTENTES E SE POSSÍVEL IMPLEMENTAÇÃO DE OUTROS NOVOS.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *

Prazo de Execução *

Sim

ESCOLAS E OUTRAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

2019-12-31

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

☒ Sim

☐ Não

Observações / Apoio

Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) *

INVESTIGAÇÃO CLÍNICA.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Continuação da participação em trabalhos de investigação clínica

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2019-12-31

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 AOS COLABORADORES E COLOCADO NA INTRANET. A COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA REUNIU REUNIU PARA ANALISAR O RELATÓRIO E FORAM IMPLEMENTADAS AS SUGESTÕES DE MELHORIA SUGERIDAS

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

ATA CQS - RELATORIO.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 ANÁLISE DO RELATÓRIO E IMPLEMENTAÇÃO DAS SUGESTÕES REFERIDAS NO MESMO.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não

2019-12-31

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

2.1.) segurança do doente

Foram realizadas várias formações no âmbito da segurança do doente.

Observações / Apoio

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

2.1.) segurança do profissional

Foram realizadas várias formações no âmbito da Segurança do Profissional.

(anexe evidência) *

FORMAÇÃO SEGURANÇA.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

✗ CONTINUAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE FORMAÇÃO NO ÂMBITO DA SEGURANÇA DO DOENTE E DO PROFISSIONAL

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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 auditado e equipa auditora

(anexe evidência) *

PASSAGEM DE TURNO.pdf  ✗

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

✗ CONTINUAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE AUDITORIAS SOBRE A TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÃO.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

Segurança Cirúrgica

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

1.5 (%)

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Relatorio Segurança Cirurgica.pdf  ✗

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

✗ CONTINUAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE AUDITORIAS AO PROCEDIMENTO DA SEGURANÇA CIRÚRGICA.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

Observações / Apoio

Indicar: N.º de incidentes inadmissíveis (por tipo) e o n.º de doentes intervençionados.

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) *

Cirurgia Segura Ponto 5.pdf  ✗

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

✗ SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA O REGISTO DE INCIDENTES INADMISSÍVEIS.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

198

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Plano Auditorias Clinicas 2017-20.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta CONTINUAÇÃO DA REALIZAÇÃO DAS AUDITORIAS DE ACORDO COM O PLANO.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

0

Observações / Apoio

Indicar:

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

Proposta de atividades para o próximo ano Adicionar Proposta SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA A NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES, RELACIONADOS COM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

Segurança na utilização da medicação

8) Tem lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada?

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

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

EST.859.FAR - Identificação e armazenamento dos medicamentos LASA.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Atualização da lista dos medicamentos LASA e aplicação da nomenclatura LASA. Divulgação da documentação atualizada.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

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

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

EST.859.FAR - Identificação e armazenamento dos medicamentos LASA.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Atualização da lista dos medicamentos LASA e aplicação da nomenclatura LASA. Divulgação da documentação atualizada.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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 Sensibilização dos profissionais para notificação de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos LASA.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

Observações / Apoio

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

11) Tem lista de medicamentos de alerta máximo atualizada?

☒ Sim (se sim, anexe evidência)☐ Não

(anexe evidência) *

EST.885.FAR - Identificação e armazenamento dos medicamentos LASA e potencialmente perigosos.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Atualização, sempre que necessário, da lista dos medicamentos potencialmente perigosos e divulgação dentro dos serviços.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

Observações / Apoio

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

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

☒ Sim (se sim, anexe evidência)☐ Não

(anexe evidência) *

EST.885.FAR - Identificação e armazenamento dos medicamentos LASA e potencialmente perigosos.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Atualização, sempre que necessário, da lista dos medicamentos potencialmente perigosos e divulgação dentro dos serviços. Aquisição de etiquetas de alerta.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

0

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano Adicionar Proposta Sensibilização dos profissionais para a notificação de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos potencialmente perigosos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

10

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Relatorio Farmacia.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Plano trimestral de auditorias aos serviços, com reforço das oportunidades de melhoria.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

(anexe evidência) *

Última auditoria Bloco.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Manter plano de auditorias trimestrais a todos os serviços, conforme anexo, a carros de emergência, fármacos de controlo restrito e stocks de serviços.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

A RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO TEM UM CRITÉRIO INCLUÍDO NA NOTA DE ALTA PARA SER AUDITADO, NOS TERMOS DO PROCEDIMENTO EM ANEXO

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

PRO 860 - Reconciliação Terapeutica.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X REALIZAÇÃO DE AUDITORIAS NO ÂMBITO DA RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

Identificação inequívoca dos doentes

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

☒ Sim (se sim, anexe evidência)☐ Não

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

PRO.253.CA - Identificação dos doentes.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X CONTINUAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE AUDITORIAS SEMESTRAIS À IDENTIFICAÇÃO DOS DOENTES.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

0

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

✗ SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA A NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES RELACIONADOS COM A IDENTIFICAÇÃO DOS DOENTES

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

12

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

RELATORIO IDENTIFICAÇÃO DOS DOENTES.rar  ✗

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 2019-12-31

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

FORAM REALIZADAS AUDITORIAS EM TODOS OS SERVIÇOS PARA VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DO PROCEDIMENTO DA IDENTIFICAÇÃO DOS DOENTES.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

RELATORIO IDENTIFICAÇÃO DOS DOENTES.rar  ✗

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

✗ CONTINUAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE AUDITORIAS PARA VERIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO . DIVULGAÇÃO NOVAMENTE DO PROCEDIMENTO JUNTO DOS SERVIÇOS.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?

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

(anexe evidência) *

formação sobre prevenção de quedas.pdf  ✗

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

✗ Continuação da realização de actividades no âmbito da prevenção das quedas e divulgação do procedimento aos serviços.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

30

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

RELATORIO NOTIFICAÇÕES 2018.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta CONTINUAÇÃO DA SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA A NOTIFICAÇÃO DAS QUEDAS E REGISTO DAS MESMAS NO PROCESSO CLÍNICO.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

12

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Auditoria QUEDAS 2018.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta CONTINUAÇÃO DA REALIZAÇÃO DAS AUDITORIAS SEMESTRAIS, DE ACORDO COM O PLANO DAS AUDITORIAS

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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) *

Formação prevenção úlceras.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Continuação da realização de actividades no âmbito da prevenção das úlceras.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

18

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

RELATORIO NOTIFICAÇÕES 2018.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta CONTINUAÇÃO DA SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA A NOTIFICAÇÃO DAS ULCERAS DE PRESSÃO E REGISTO NO PROCESSO CLÍNICO DO DOENTE

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

7

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

RELATORIO ÚLCERAS.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

☒ Continuação da realização de auditorias no âmbito da prevenção das úlceras.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

☐ Não ☐ 2019-12-31

Notificação, análise e prevenção e incidentes

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

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

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

pag. Intranet GESTÃO DE RISCO.jpg  ☒

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

☒ Continuação da realização de notificações no notifica, na pagina da intranet da ULSNE.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

☐ Não ☐ 2019-12-31

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

FORAM ELABORADOS CARTAZES E FOLHETOS PARA DISTRIBUIR AOS UTENTES E FORAM REALIZADAS AÇÕES DE FORMAÇÃO

Observações / Apoio

Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) *

Medidas preventivas ponto 28.7z  ☒

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

☒ CONTINUAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE FOLHETOS AOS UTENTES. DIVULGAÇÃO DOS RELATÓRIOS JUNTO DOS PROFISSIONAIS.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

☐ Não ☐ 2019-12-31

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

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

Observações / Apoio

Anexar relatório de auditoria interna.

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

☒ Elaboração de uma check list para auditoria interna à metodologia de análises de incidente. Está previsto que durante o ano de 2019 o Grupo de Gestão de Risco dedique uma parte da sua atividade a este tema.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

☐ Não ☐ 2019-12-31

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

(anexe evidência) *

Relatórios_HAI-SSI_2018.zip  ☒

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

☒ Propostas 2019:
 1. Reduzir Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em 10%
 2. Reduzir Infeções Cirúrgicas Ortopédicas, concretamente HPRO em 50%
 3. Manter Infeção Cirúrgica do Cólon em 12%

4. Reduzir Infecções Cirúrgicas das Hernioplastias em 50%
 5. Reduzir Infecções da Corrente Sanguínea Relacionada com CVC na UCI para 0%

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim ULSNE-PPCIRA 2019-12-31

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

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

(anexe evidência) *

Relatórios_HAI-SSI_2018.zip  

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

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

(anexe evidência) *

HAI_ICU.zip  

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

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

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

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

(anexe evidência) *

INCS 2018 1º semestre.zip  

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) *

Relatorio mensal de maio 2018.pptx  

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

(anexe evidência) *

Notificação Estirpes alerta.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Manter programa de vigilância de microrganismos problema e alerta e reporte para o INSA.

Atividade conjunta *Identifique a entidade * Prazo de Execução *

Sim Serviço Patologia e INSA 2019-12-31

32.1. A taxa de Staphylococcus aureus resistentes à meticilina (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

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Proposta de redução de 50%, de 0.05 para 0.025 densidade de incidência, através de:

1. Redução da exposição a dispositivos endovenosos
2. Rastreio de MRSA mais eficaz
3. Aumento da higienização das mãos e cumprimento das PBCI

Atividade conjunta *Identifique a entidade * Prazo de Execução *

Observações / Apoio

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

Observações / Apoio

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

Sim	CA, Serviços Clínicos	2019-12-31
-----	-----------------------	------------

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?

100.00 %

(anexe evidência) *

POL_820_PPCIRA.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Aumentar a taxa de adesão dos serviços clínicos de internamento à POL.820.PPCIRA.

Atividade conjunta * Identifique a entidade * Prazo de Execução *

Sim	ULSNE	2019-06-30
-----	-------	------------

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?

80.00 %

(anexe evidência) *

Avaliação risco admissão POL_820_MRSA.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Efetivação da implementação nos serviços de urgência.

Atividade conjunta * Identifique a entidade * Prazo de Execução *

Sim	Serviços Urgência	2019-12-31
-----	-------------------	------------

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

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

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

PAPA_2018.docx  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Existência de recursos humanos para aumentar o numero de consultas realizado
 Manter o programa de melhoria da qualidade de diagnostico e tratamento de pneumonia no serviço de medicina interna da UH Mirandela

Atividade conjunta * Identifique a entidade * Prazo de Execução *

Sim	CA	2019-07-31
-----	----	------------

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

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

Observações / Apoio

Anexar dados de consumo de antimicrobianos da instituição em qualquer métrica escolhida (DDD, DHD, n.º embalagens, despesa).

(anexe evidência) *

DAdos_ATB_1º_Semestre_2018_2017.zip  

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

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

Observações / Apoio

Anexar dados de consumo de Carbapenemos em DDD (Hospitais).

(anexe evidência) *

Consumo Carbapenemes ULSNE 2017_2018.xlsx  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Redução de 5% para 2019

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim Serviços Clínicos 2019-12-31

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 de Quinolonas em número de embalagens/despesa (ACES)

(anexe evidência) *

Fw_Prescrição_de_antimicrobianos_CSP.zip  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Monitorização por Centro de Saúde.
Redução de 5% face a 2017.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim CSP 2019-12-31

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?

75.00 %

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

Sim nos 3 BOs da ULSNE.

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Iniciar monitorização do feixe nos 4 serviços; Apesar do feixe estar implementado não temos medição do seu cumprimento.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim Serviços de internamento cirúrgico 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?

60.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta Ampliação do Projeto Stop infeção hospitalar aos restantes serviços, incluindo Cuidados de Saúde Primários.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim Serviços da ULSNE 2020-12-31

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

20.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta O Serviço de Medicina Intensiva tem o Feixe implementado com monitorização - Projeto Stop. Aumentar a taxa de adesão ao Feixe DGS e PRO.837.PPCIRA em 30% - ampliação Projeto Stop.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim Serviços médicos e cirúrgicos ULSNE 2020-12-31

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

☒ Sim☐ Não

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

100.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano Adicionar Proposta Manter adesão neste serviço.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim	SMI	2019-12-31
-----	-----	------------

38) A Instituição aderiu à Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (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 de adesão/resultados obtidos

(anexe evidência) *

PBCI ULSNE 2018.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Manter monitorização anual das PBCI em todos os serviços hospitalares e de cuidados de saúde primários; Formação inicial, na admissão, a todos os novos colaboradores. Finalizar módulo e-Learning PBCI; Formação/reciclagem no âmbito das PBCI.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim	Serviços da ULSNE	2019-12-31
-----	-------------------	------------

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) *

HM ULSNE 2018 Cat Prof.zip  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Manter monitorização e aumentar a taxa de adesão ao 1º momento para 75% em todas as áreas de cuidados.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim	Serviços da ULSNE	2019-12-31
-----	-------------------	------------

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) *

Luvas ULSNE 2018 Padrão.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Aumentar para 95% a taxa de adesão dos serviços de prestação de cuidados à monitorização do uso de luvas.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim	Serviços ULSNE	2019-12-31
-----	----------------	------------

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 de ação

(anexe evidência) *

PlanoAtividades2018.zip  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Elaborar relatório de actividades de 2018 e Plano de actividades para 2019.

Atividade conjunta * Identifique a entidade * Prazo de Execução *

Sim	CA da ULSNE	2019-03-31
-----	-------------	------------

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 anual de atividades e propostas de melhoria

(anexe evidência) *

relatórios_2017.zip  **Proposta de atividades para o próximo ano** Adicionar Proposta Manter ampliação do STOP Infeção Hospitalar de forma a concluir no final de 2019

Atividade conjunta * Identifique a entidade * Prazo de Execução *

Sim	CA e PPCIRA	2019-12-31
-----	-------------	------------

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

- ☐ Sim
☒ Não

Observações / Apoio

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

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

- ☒ Sim
☐ Não

Observações / Apoio

Anexar plano interno anual de formação

(anexe evidência) *

Anexo 3 - Plano formação 2018.pdf  **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

Observações / Apoio

Identificar instrumento de avaliação da satisfação e apresentar principais resultados.

(anexe evidência) *

Avaliação de Satisfação.pdf  **Proposta de atividades para o próximo ano**

 Adicionar Proposta

 Avaliação da satisfação dos doentes nos Serviços de Internamento das três Unidades Hospitalares.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 INICIO DO PROCESSO DA QUALIDADE ATRAVÉS DO MODELO ACSA, LOGO QUE POSSÍVEL

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim DGS 2019-12-31

2) A instituição está certificada?

☐ Sim, anexe evidência ☒ Não

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 NÃO ESTÁ PREVISTO NENHUMA CERTIFICAÇÃO

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-01-10

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?

Foram realizadas ações de formação mensais nos hospitais sobre as diferentes temáticas da segurança do doente, com distribuição de folhetos informativos. Foi realizado o primeiro Ciclo de Conferências para a Comunidade.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

SEGURANÇA DO DOENTE.rar  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

✗ Continuação da divulgação de informação junto dos utentes, no âmbito da segurança do doente e manter ativo o Projeto da Literacia.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

Foram realizadas para os utentes formação sobre prevenção de quedas, úlceras, segurança da medicação, segurança cirúrgica, lavagem das mãos e resistência aos antibióticos. estas atividades eram feitas mensalmente nos serviços de consulta externa dos 3 hospitais.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

SEGURANÇA DO DOENTE.rar ✗

Proposta de atividades para o próximo ano

Adicionar Proposta

✗ continuação da realização de formação às visitas dos utentes internados pelos enfermeiros dos serviços de internamento. Manter ativo o Projeto da Literacia e alarga-lo aos Cuidados de Saúde Primários.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

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

Foi elaborado um relatório referente ao ano 2018, onde, além de outros itens, foram analisadas as principais causas das reclamações. O total de reclamações da ULSNE no ano de 2018 foi de 304, e as principais causas foram as seguintes:

- A causa mais recorrentemente assinalada nas reclamações foi a relacionada com atitude e comportamento dos profissionais / humanização dos serviços, ocupando pela primeira vez o lugar cimeiro da tabela com 74 reclamações (24,2%), mais 10 reclamações do que no ano anterior, sendo que 58 destas reclamações visaram os Cuidados de Saúde Hospitalares.
 - O acesso aos cuidados de saúde, com 23,1%, sobe para segundo lugar, mas com um maior crescimento do número de reclamações face ao ano anterior (+39 rec. que em 2017). Este crescimento muito se deve ao elevado nº de reclamações verificado nos Cuidados de Saúde Primários, motivadas pela falta de médico de família, nomeadamente Centro de Saúde de Vila Flor e Extensão da Torre Dona Chama).
 - Os tempos de espera caiu para terceiro lugar, com 21,1% (-9 rec. que em 2017). Os tempos de espera englobam os tempos de espera nos vários serviços da ULSNE, nomeadamente, Serviços de Urgência, Consulta Aberta dos vários Centros de Saúde e na Consulta Externa dos Hospitais.
 - Segue-se em 4.º lugar, com 12,5%, as reclamações relativas aos Cuidados de Saúde e Segurança do Doente (-9 rec. / 2017).
 - Os procedimentos administrativos ocupam a 5.ª posição, com 9,2% das reclamações apresentadas (+1 rec. / 2017).
 - Instalações e Serviços complementares com 5,3% das reclamações (+2 Rec /2017).
- De realçar que a causa mais apontada difere dos Cuidados de Saúde Hospitalares para os Cuidados de Saúde Primários e Serviços de Urgência Básica. Assim, nos Cuidados de Saúde Hospitalares temos como causa mais apontada a atitude e comportamento dos profissionais / humanização dos serviços, seguida dos tempos de espera, Cuidados de Saúde e Segurança do doente, acesso aos cuidados de Saúde e procedimentos administrativos.
- Nos Cuidados de Saúde Primários temos como causa mais apontada o acesso aos cuidados de saúde, seguida da atitude e comportamento dos profissionais / humanização dos serviços, procedimentos administrativos, cuidados de Saúde e Segurança do doente e tempos de espera.
- Nos Serviços de Urgência Básica temos como causa mais apontada os tempos de espera, seguida atitude e comportamento dos profissionais / humanização dos serviços, cuidados de saúde e segurança do doente.

Medidas implementadas:

? Foi estabelecido o horário para prestar informação

clínica aos familiares/acompanhantes dos doentes internados e afixação do mesmo nos respetivos serviços
 ? Informação aos utentes sobre o tempo previsível de espera no Serviço de Urgência.
 ? Nos serviços de internamento, mediante o problema detetado, foram aplicadas medidas corretivas com vista à melhoria da satisfação do doente.
 ? Sensibilização junto das equipas da consulta externa para a importância de cumprir o agendamento das consultas e respetivo horário.
 ? Sensibilização para o cumprimento do procedimento instituído sobre o espólio dos utentes no serviço de urgência e nos vários serviços de internamento.
 ? Divulgação dos direitos e deveres dos utentes.
 ? Nos Cuidados de Saúde de Primários aplicação do Regulamento da Consulta Aberta.
 Principais medidas implementadas:

? Foi estabelecido o horário para prestar informação clínica aos familiares/acompanhantes dos doentes internados e afixação do mesmo nos respetivos serviços
 ? Informação aos utentes sobre o tempo previsível de espera no Serviço de Urgência.
 ? Nos serviços de internamento, mediante o problema detetado, foram aplicadas medidas corretivas com vista à melhoria da satisfação do doente.
 ? Sensibilização junto das equipas da consulta externa para a importância de cumprir o agendamento das consultas e respetivo horário.
 ? Sensibilização para o cumprimento do procedimento instituído sobre o espólio dos utentes no serviço de urgência e nos vários serviços de internamento.
 ? Divulgação dos direitos e deveres dos utentes.
 ? Nos Cuidados de Saúde de Primários aplicação do Regulamento da Consulta Aberta.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

relatorio 2018.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Monitorização das causas das reclamações ao longo do ano e implementação de sugestões de melhoria mediante as causas das mesmas

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2019-12-31

6. APROVAÇÕES E HOMOLOGAÇÕES



Dr Carlos Alberto Vaz
 Presidente do
 Conselho de Administração

Relatório de atividades / Plano de Ação

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Aprovações e Homologações

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

Validação do Plano de Atividades pela ARS *

☐ Sim ☐ Não ☐ Em avaliação

Adicionar documento:

 Seleccione...