

Ano

2021

Entidade: *

Unidade Local de Saúde do Nordeste

ARS

NORTE

Tipologia

ULS

Utilizador:

Drª Eugénia Madureira

E-mail:

emadureira@ulsne.min-saude.pt

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?

13

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) *

Normas 1.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

Continuação com a divulgação das Normas da DGS, pelo Gabinete de Comunicação e Imagem através da Intranet e infomail. Discussão das mesmas em reunião de serviço pelos Diretores de Serviço e Enfermeiros Chefes.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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 emitidas pela DGS pelo Gabinete de Comunicação e Imagem através da INTRANET e Infomail e solicitação aos serviços para a realização de auditorias.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

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

Existe um grupo de trabalho para a análise e monitorização da prescrição médica e MCDT. O grupo reuniu no início do ano 2020, cuja cópia da ata se junta. Foram ainda elaborados documentos no âmbito da SARS-COV-2, com directrizes relativas a prioridades nos testes de diagnóstico e relativas ao seu tratamento.

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

(anexe evidência) *

MCDT.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

-  Continuação da monitorização trimestral da prescrição médica e MCDT, para implementação de melhorias de qualidade nas prescrições.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

4) Processo Assistencial Integrado

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

8637

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 =

12283

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).

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 =

12146

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

 Solicitação aos serviços para a realização de auditorias, divulgação das Normas pelo Gabinete de Comunicação e Imagem e realização de ações de sensibilização aos utentes.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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 não se encontra ativo.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

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?

8.00 %

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

6.00 %

Observações / Apoio

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

(anexe evidência)

Nota Alta.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

🗑 Divulgação dos procedimentos internos, nos serviços de internamento, sobre a Nota de Alta Médica e de Enfermagem, sensibilizando para o cumprimento dos objectivos dos mesmos. Continuação da realização das auditorias semestrais à Nota de Alta de Enfermagem, conforme Plano de Auditorias. Iniciar a realização de auditorias à Nota de Alta Médica, semestralmente, conforme procedimento.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

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	00:08
Laranja	00:08
Amarela	00:31
Verde	00:46
Azul	01:04
Branca	00:13

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:06
Laranja	00:05
Amarela	00:08
Verde	00:11
Azul	00:16
Branca	00:07

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:04
Laranja	00:07
Amarela	00:12
Verde	00:20
Azul	00:27
Branca	00:13

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:07
Laranja	00:07
Amarela	00:12
Verde	00:16
Azul	00:24
Branca	00:14

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

0.00

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

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:48
Laranja	06:01
Amarela	03:32
Verde	02:30
Azul	02:35
Branca	02:15

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:06
Laranja	05:47
Amarela	03:30
Verde	02:24
Azul	02:20
Branca	01:25

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:18
Laranja	05:19
Amarela	03:38
Verde	02:32
Azul	01:53
Branca	01:32

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:22
Laranja	06:31
Amarela	03:53
Verde	02:38
Azul	02:04
Branca	02:23

(anexe evidência) *

Triagem Adultos.zip

B) Serviços de urgência pediátrica (se aplicável)

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

7.3) Identificação do Sistema de Triagem

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	00:06
Laranja	00:09
Amarela	00:25
Verde	00:26
Azul	00:10
Branca	00:16

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	00:08
Amarela	00:07
Verde	00:08
Azul	00:18
Branca	00:04

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:02
Laranja	00:06
Amarela	00:11
Verde	00:13
Azul	00:34
Branca	00:12

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:07
Laranja	00:07
Amarela	00:11
Verde	00:14
Azul	00:12
Branca	00:15

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

0.00

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

1.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:22
Laranja	02:40
Amarela	01:47
Verde	01:22

Branca 01:43

2.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	00:00
Laranja	02:56
Amarela	01:54
Verde	01:19
Azul	02:03
Branca	01:32

3.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	02:36
Laranja	03:21
Amarela	01:55
Verde	01:33
Azul	01:49
Branca	01:24

4.º Trimestre

Prioridade	Demora média (hh:mm)
Vermelha	09:19
Laranja	03:21
Amarela	01:51
Verde	01:31
Azul	01:01
Branca	01:42

(anexe evidência) *

Triagem Pediátrica.zip

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

☒ Sim ☐ Não

Observações / Apoio
É necessário demonstrar os resultados obtidos.

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

(anexe evidência) *

Projetos 2020.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Retomar e dar continuidade aos projetos existentes. Implementação de novos projetos logo que possível com vista à melhoria e ao benefício do doente/utente e profissional.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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

☒ Sim

☐ Não

Observações / Apoio

Anexar lista de estudos em curso.

(anexe evidência) *

Projetos Investigação Clínica.zip

OENTES

Proposta de atividades para o próximo ano

1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior

Prioridade: Continuação da participação da instituição no estabelecimento de protocolos e projetos de investigação clínica com entidades externas para benefício dos utentes/doentes. Continuação da participação em trabalhos internos de investigação clínica.

Cultura de Segurança

Prazo de Execução *

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

Em 2020 a Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes nos Hospitais foi adiada para 2021, devido às circunstâncias excecionais causadas pela pandemia COVID-19. O último questionário de avaliação da segurança dos doentes aplicado pela ULSNE foi em 2019 com resultados muito positivos, face aos resultados nacionais, que se situaram nos 43%. A CQS em reunião concluiu que os métodos de divulgação utilizados (Intranet, email, site e colocação do link do questionário no ambiente de trabalho dos pc) foram eficazes para a obtenção desse resultado. No Dia Mundial da Segurança do Doente_2020 assinalado no dia 17 de setembro de 2020 a ULSNE desenvolveu várias iniciativas conforme evidências em anexo.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Iniciativas CQS.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

Prioridade: Continuação da divulgação do relatório dos resultados e iniciativas a desenvolver no âmbito da Avaliação da Cultura de Segurança através dos meios de comunicação utilizados anteriormente (Intranet, infomail, site e reuniões de serviço) e implementar sugestões de melhoria para obtenção de uma taxa de adesão mais elevada.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

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

2.1.) segurança do doente

Foram realizadas várias Ações de Formação online e algumas presenciais no âmbito da segurança do doente, conforme evidência em anexo.

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 Ações de Formação online e algumas presenciais no âmbito da segurança do profissional, conforme evidência em anexo.

(anexe evidência) *

Formação segurança doente_profis...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

Retomar a realização de Ações de Formação presenciais e continuação com a realização das mesmas no âmbito da Segurança do Doente e do Profissional.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

Segurança da Comunicação

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

12

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

(anexe evidência) *

Passagem Turno.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

Em 2020 não foram realizadas todas as auditorias à transferência de informação nas transições de cuidados, constantes no Plano de Auditorias interno, devido aos condicionamentos existentes nos serviços de internamento, resultantes da situação pandémica existente.

Mesmo assim, ainda foram realizadas algumas auditorias, como evidência em anexo. Para o ano de 2021 propomos a continuação da realização das auditorias conforme o Plano de Auditorias interno e a divulgação do procedimento interno, pelos serviços, para cumprimento dos objectivos constantes no mesmo.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

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 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) *

Auditorias Segurança Cirurgica ULS...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

Continuação com a realização de auditorias nas 3 Unidades Hospitalares para cumprimento do objetivo do procedimento interno sobre a Segurança Cirúrgica.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

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 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) *

Segurança Cirurgica ponto 5.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

[+ Adicionar Proposta](#)

 Sensibilização dos profissionais para o registo de incidentes inadmissíveis, através de Ações de sensibilização.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

6) Quantas auditorias internas foram realizadas?

48

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

(anexe evidência) *

Segurança Cirúrgica.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

[+ Adicionar Proposta](#)

 Em 2020 só foram realizadas auditorias à Verificação da Segurança Cirúrgica na Unidade Hospitalar de Macedo. Para 2021 propomos a continuidade da realização das auditorias nas 3 Unidades Hospitalares conforme o Plano de Auditorias da instituição.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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, através de Ações de sensibilização no Serviço.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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 arma...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

🗑 Revisão do procedimento EST.859.FAR relativo aos medicamentos LASA; atualização da lista de medicamentos LASA.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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 arma...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

🗑 Atualização das etiquetas identificativas em armazém e nos serviços para a designação mais recente, com aplicação do método de inserção de letras maiúsculas - a decorrer.
Atualização em Sistema Informático para a designação mais recente, com aplicação do mesmo método.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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 a notificação de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos LASA

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

|

Não

2021-12-31

11) Tem lista de medicamentos de alerta máximo atualizada?

☒ Sim (se sim, anexe evidência)☐ Não

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

EST.885.FAR+-+Identificação+e+ar...

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

2021-12-31

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

☒ Sim (se sim, anexe evidência)☐ Não

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

EST.885.FAR - Identificação e arma...

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

2021-12-31

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 2021-12-31

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

30

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

(anexe evidência) *

AUDITORIAS2020.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

-  Os documentos enviados nas evidências correspondem a um exemplo das várias auditorias feitas, tanto aos serviços clínicos como aos serviços farmacêuticos. No âmbito da pandemia COVID-19, algumas das auditorias realizadas aos serviços não foram feitas presencialmente, mas via telefónica com os enfermeiros responsáveis. Como proposta para 2021, destaca-se a continuidade destas auditorias e aumentar o seu número e serem feitas em presença física, caso seja possível, bem como as propostas de melhoria.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não 2021-12-31

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) *

medBO.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

-  Manutenção do plano de auditorias trimestrais a todos os serviços, carros de emergência, fármacos de controlo restrito e stocks de serviços: todos os pedidos de medicação dos serviços são neste momento feitos em suporte informático, para

diminuição de erros.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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

A Reconciliação da medicação tem um critério para preenchimento, 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 Terapeutic...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Divulgação do procedimento interno existente na instituição, sobre a Reconciliação Terapêutica, nos serviços e a realização de auditorias semestrais, como forma de monitorização da mesma.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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 doe...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Continuação da divulgação e aplicação do procedimento interno existente, sobre a Identificação Inequívoca dos doentes, em anexo, e garantir o seu cumprimento através da realização de auditorias em todos os serviços de internamento

semestralmente.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

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

Continuação com a sensibilização dos profissionais para a notificação de incidentes relacionados com a identificação dos doentes.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

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

0

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

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

Em 2020, devido ao condicionamento dos serviços, não foram realizadas auditorias à identificação inequívoca do doente. Propõe-se para o próximo ano a retoma da realização das auditorias, conforme o Plano de Auditorias interno da instituição.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

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

Devido ao condicionamento existente nos serviços devido ao Covid-19, não foi possível realizar todas as auditorias à verificação da identificação do doente, constantes do Plano de Auditorias. Estas Auditorias permitem verificar o cumprimento dos objetivos do procedimento interno existente sobre a Identificação do doente.

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

(anexe evidência) *

PRO.253.CA - Identificação dos doe...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Continuação da realização de auditorias, conforme o Plano de Auditorias interno, para verificação do procedimento. Divulgação do procedimento junto dos serviços e através da Intranet.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

Prevenir a ocorrência de quedas

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

(anexe evidência) *

Atividades Quedas.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Continuação e retoma da realização de atividades no âmbito da prevenção das quedas (distribuição de folhetos, elaboração de cartazes, exibição de vídeos nas salas de espera).
Divulgação do procedimento aos serviços. Retoma dos programas das UCC Comunitárias, no âmbito da prevenção e na literacia e cidadania em saúde, que inclui a prevenção de quedas.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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

17

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

(anexe evidência) *

Notificações Quedas 2020.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Continuação da sensibilização dos profissionais para a notificação das quedas, através de ações internas e registo das mesmas no processo clínico.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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

27

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Quedas.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Continuação da realização de auditorias no âmbito da prevenção das quedas, semestralmente, conforme constante no Plano de Auditorias interno da instituição.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

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

(anexe evidência) *

Atividades Úlceras Pressão.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Continuação e retoma da realização de atividades no âmbito da prevenção das úlceras de pressão (distribuição de folhetos, elaboração de cartazes, exibição de vídeos nas salas de espera).
Divulgação do procedimento aos serviços. Retoma dos programas das UCC Comunitárias, no âmbito da prevenção e na literacia e cidadania em saúde, que inclui a prevenção das úlceras de pressão.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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

13

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Notificações Úlceras Pressão 2020....

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Continuação da sensibilização dos profissionais para a notificação das úlceras de pressão, através de ações internas e registo das mesmas no processo clínico.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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

27

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Úlceras Pressão.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Continuação da realização de auditorias no âmbito da prevenção das úlceras de pressão, semestralmente, conforme constante no Plano de Auditorias interno da instituição.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

Notificação, análise e prevenção e incidentes

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

☐ Sim (se sim, anexe evidência)

☒ Não

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Continuação da realização de notificações no notifica, no link existente na página da intranet da ULSNE. Sensibilização dos profissionais para a notificação de incidentes.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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

Os incidentes com maior prevalência na instituição foram as quedas. Nesta medida a instituição adoptou como medida preventiva a compra de Sistemas de Mobilização nos serviços

de Ortopedia e AVC: Colchões de pressão alterna e também a disponibilização de meias com antiderrapantes nos serviços. Foram também realizadas auditorias como forma de monitorização e elaborados folhetos e cartazes para utentes.

Observações / Apoio
Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexe evidência) *

Medidas Preventivas fotos.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Distribuição dos sistemas de mobilização dos doentes em todos os serviços de internamento. Dar continuidade à realização de auditorias como forma de monitorização, Distribuição de folhetos aos utentes sobre a temática e retoma de ações de formação aos utentes. Divulgação dos relatórios de auditoria junto dos profissionais.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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

☒ Sim (se sim, anexe evidência)

☐ Não

Observações / Apoio
Anexar relatório de auditoria interna.

(anexe evidência) *

analise surtos.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ A PPCIRA fez uma análise de surtos, que se junta como evidência. No que concerne à realização de auditorias internas à metodologia de análise de incidentes pretende-se fazer a Nomeação do Grupo de Gestão de Risco, para fazer a análise dos incidentes da instituição e a elaboração de uma checklist para o efeito.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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) *

OneDrive_1_04-10-2021.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- ☒ Manter os programas de vigilância epidemiológica anual e divulgação e análise com regularidade semestral. Implementar programas de melhoria mediante a análise dos mesmos.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

a) Programa de VE da ☒ Sim (Se sim, anexe evidência)

s Infecções do Local Cirúrgico (rede europeia) ☐ Não

- HAI-Net-SSI

(anexe evidência) *

VEILC.zip

b) Programa de VE da ☒ Sim (Se sim, anexe evidência)

s quatro infecções mais relevantes em Unidades

s de Cuidados

Intensivos de Adultos

(rede europeia) - HAI-

Net-ICU

(anexe evidência) *

HAI ICU 2021 - 1º semestre.pdf

c) Programa de VE da ☐ Sim (Se sim, anexe evidência)

s quatro infecções mais relevantes em Unidades

s de Cuidados

Intensivos de Neonatol

ogia (rede nacional) -

HAI-UCIN

d) Programa de VE da ☒ Sim (Se sim, anexe evidência)

s Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em

serviços de intername

nto de unidades de cui

dados de agudos (rede

nacional)

- HAI-VE-INCS

(anexe evidência) *

INCS.zip

31) A Instituição analis ☒ Sim (Se sim, anexe evidência)

a regularmente os dados ☐ Não

os das IACS (ex: seme

stral/anual)

e fornece informação r

egular de retorno aos

profissionais de saúde
e gestores?

(anexe evidência) *

OneDrive_2_04-10-2021.zip

32) A instituição monitorizou e notificou adequadamente os microrganismos alerta e problema, através da rede europeia de alertas e problemas, 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 do mail enviado para notificação dos microrganismos alerta (amostragem) e problema.

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

☒ Manter notificação e monitorização semestral

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

SPC

2021-12-31

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

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

☒ Taxa de MRSA em 2019 foi de 0.014 por 1000 dias de internamento (1 bacteriemia por MRSA por 72766 dias)
Taxa de MRSA em 2020 foi de 0.016 por 1000 dias de internamento (1 bacteriemia por MRSA por 61237 dias)
Meta 2021: zero bacteriemias por MRSA nos serviços de internamento não UCI.
Dados acima apresentados referentes a todos os serviços de internamento da ULSNE, exceto UCI.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

Serviços Internamento

32.2. Está implementada ☒ Sim (Se sim, anexe evidência) do 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?

Se sim, em que percentagem de serviços clínicos?

100.00 %

(anexe evidência) *

MRSA Rastreio - Listagem por Prov...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- Atualização da Norma de Controlo de Infecção por MRSA.
Ações educativas contínuas.
Monitorização e divulgação dos resultados de adesão à Norma.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

Serviços Clínicos

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

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

65.00 %

(anexe evidência) *

OneDrive_3_04-10-2021.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- Aumento da taxa de adesão nos serviços cirúrgicos > 75%
Aumentos da taxa de adesão nos serviços médicos > 85%

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

2021-12-31

Serviços clínicos

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) *

OneDrive_2021-10-19 (1).zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

-  Apoio às equipas entre o 1º e o 4º dia de terapêutica antibiótica com o objetivo de parar, diminuir o espectro e número, reduzir duração, descalar e promover a educação

Atividade conjunta *

Sim

Identifique a entidade *

Serviços farmacêuticos

Prazo de Execução *

2021-12-31

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

☒ Sim (Se sim, anexe evidência)

☐ Não

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

(anexe evidência) *

Antimicrobianos CSH.zip

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 de Carbapenemes em DDD (Hospitais).

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

-  Retomar a revisão de todas as prescrições de carbapenemes no âmbito do Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos que foi parcialmente suspensa em 2020.

Atividade conjunta *

Sim

Identifique a entidade *

Farmácia e Microbiologia

Prazo de Execução *

2021-12-31

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)

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- Registou-se um aumento do consumo de quinolonas em DDD em de 10882 para 11279, representando um aumento de 4%. Retoma do PAPA nos CSP, com ações de sensibilização, formação e monitorização/divulgação.

Atividade conjunta *
Sim
Identifique a entidade *
Centros de Saúde
Prazo de Execução *
2021-12-31

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

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

a) se sim, indique a percentagem de serviços cirúrgicos aderentes? 100.00 %

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

Sim

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- Identificar áreas de melhoria e definir ações conjuntas com o objetivo de reduzir as taxas de infeção do local cirúrgico.

Atividade conjunta *
Sim
Identifique a entidade *
Serviços cirúrgicos e BO
Prazo de Execução *
2021-12-31

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

Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes? 100.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- Reforço do projeto de melhoria de forma a reduzir dias de exposição a cateter vesical para taxas de utilização prévias à pandemia.

Atividade conjunta *
Sim
Identifique a entidade *
Serviços clínicos
Prazo de Execução *
2021-12-31

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 25.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

- Verificou-se um incremento da taxa de infeção relacionada com o Cateter Venoso Central na UCI. Retoma das ações de melhoria para a aplicação da norma de prevenção na UCI. Identificar áreas e ações de melhoria. Retoma do processo de implementação no BO e Cirurgia.

Atividade conjunta *
Sim
Identifique a entidade *
BO/Cirurgia
Prazo de Execução *
2021-12-31
UCI e Sala Emergência e

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

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

100.00 %

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

☒ A bundle deverá ser aplicada a todos os serviços com doentes ventilados invasivamente, nomeadamente UCI, SE e BO.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
 Sim Identifique a entidade * 2021-12-31
 BO e SE

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?

6.00 %

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

(anexe evidência) *

PBCI_total.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

☒ A baixa taxa de adesão deveu-se à pandemia. Obter em 2021 uma taxa de adesão à auditoria de 95%.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
 Sim Identifique a entidade * 2021-12-31
 Serviços Clínicos

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?

67.00 %

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

(anexe evidência) *

HM_Total.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

☒ Obter adesão de 95% dos serviços e taxa de adesão Global superior a 80% e ao Primeiro momento superiores a 75%.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *
 Sim Identifique a entidade * 2021-12-31
 Serviços Clínicos

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?

52.00 %

Observações / Apoio

Anexar cópia de formulário de adesão/
resultados obtidos

(anexe evidência) *

Luvas padrão_Totalpdf.pdf

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 Adesão de 95% dos serviços à monitorização do uso de luvas. Obter IQ superior a 90%.

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

Serviços Clínicos

2021-12-31

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) *

Plano_Actividades_2021_assinado....

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 Manter a elaboração de plano anual de atividades

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Sim

Identifique a entidade *

serviços clínicos

2021-12-31

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) *

RelatorioAtividades_2020_assinado...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

 Manter a elaboração do relatório de atividades

Atividade conjunta *

Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

- 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

Indique os FTE* do GCL-PPCIRA, por grupo profissional

a) Coordenador

14:00

b) Médicos

69:50

c) Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA

12:75

Anexar composição do GCL-PPCIRA e carga horária (FTE*) afeta aos seus membros

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.

(anexe evidência) *

PPCIRA_ETC_2020.pdf

- 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) *

OneDrive_2021-10-19.zip

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.

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta



Aplicação de Inquéritos de avaliação da satisfação dos utentes, nos Serviços de Urgência das Unidades Hospitalares de Bragança e Mirandela e nos Serviços de Urgência Básica de Macedo de Cavaleiros e Mogadouro, Consulta externa das três

Unidades Hospitalares e Serviços de Internamento a designar:

Atividade conjunta *	Identifique a entidade *	Prazo de Execução *
Sim	Durante o mês de Novembro de 20121	2021-11-30

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](#)

A instituição está a avaliar a necessidade de iniciar um processo de acreditação de alguns serviços.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

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 nenhum tipo de certificação.

Atividade conjunta *	Prazo de Execução *
Não	2021-12-31

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?

Existem em todos os todos os serviços de internamento e salas de espera, folhetos e cartazes, no âmbito da segurança do doente (quedas, úlceras de pressão, segurança da medicação, segurança cirúrgica, lavagem das mãos e resistência aos antibióticos), , que se juntam como evidência. Nas televisões das salas de espera foram exibidos vídeos alusivos ao mesmo tema.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Segurança do doente.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

☒ Continuação com as ações de divulgação de informação junto dos utentes, no âmbito da segurança do doente e retomar e manter ativo o Projeto da Literacia.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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

No início do ano ainda foram realizadas nos serviços de consulta externa, ações de formação sobre a prevenção de quedas, úlceras de pressão, segurança da medicação, lavagem das mãos, resistência aos antibióticos e segurança cirúrgica. Foram também exibidos vídeos alusivos aos temas.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Segurança do doente.zip

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

☒ Retoma da realização de ações de formação às visitas dos utentes internados, pelos profissionais dos serviços de internamento, sobre a temática da segurança do doente. Manter ativo o projeto de literacia e alarga-lo aos Cuidados de Saúde Primários.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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

1. Informação aos utentes sobre os tempos de espera no Serviço de Urgência através de um monitor com os tempos de espera por prioridade.
2. Agendamento de consultas generalizando a marcação de consultas por hora nas três Unidades Hospitalares, para que se evitem desfasamentos entre a hora de marcação e de

realização da respetiva consulta e para evitar aglomerações de pessoas nas salas de espera.

3. Formação sobre Gestão de Stress e Conflitos, aberta a todas as categorias profissionais da ULSNE.

4. Divulgação e afixação do procedimento relativo ao horário de atendimento para esclarecimento de familiares / acompanhantes acerca do estado de saúde do doente internado. Durante o ano de 2020 o atendimento telefónico foi o principal meio de comunicação com os familiares dos doentes internados.

5. Divulgado o procedimento do espólio dos utentes no serviço de urgência e nos vários serviços de internamento.

6. Ao nível da Consulta Aberta, divulgação informação sobre para quem se destina esta consulta (atendimento de utentes em situação de doença aguda e agudização de doença crónica) e ainda o que não constitui critério para esta consulta.

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

(anexe evidência) *

Relatório Atividades Gabinete Cidad...

Proposta de atividades para o próximo ano

+ Adicionar Proposta

☒ Continuação da monitorização das principais causas das reclamações, elaboração do respetivo relatório semestral e anual e desenvolvimento de iniciativas que contribuam para a melhoria dos principais problemas identificados nas reclamações.

Atividade conjunta * Prazo de Execução *

Não

2021-12-31

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 Executivo) e com o respetivo carimbo. *


Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Validação do Plano de ☐ Sim ☐ Não ☐ Em avaliação
Atividades pela ARS *

Adicionar documento:

Selecione...