

PLA DE QUALITAT SERVEIS DE SALUT INTEGRATS BAIX EMPORDÀ (SSIBE)

Elaborat per:	Data:
Xavier Garcia Balda Responsable Qualitat SSIBE	18 de desembre 2024
Núm. Revisió protocol:	1

Revisió realitzada per:	Data:	Aprovat per:	Data:
Gerència Consell de Direcció Ampliat	Febrer 2025	Consell Direcció	26 de febrer 2025
Periodicitat de revisió: cada 4 anys, excepte canvis rellevants.			

Paraules clau: Qualitat / seguretat / pla

Ruta d'accés: Per arribar a la guia cal introduir al cercador d'intranet (clicant l'opció de protocols i guies entitat), el títol d'aquest document o alguna d'aquestes paraules clau

HISTÒRIC DE CANVIS:

Revisió	Data	Motiu de la Modificació
0	15/3/2015	Document inicial
1	Febrer 2025	Actualització de la totalitat del document

C

INDEX

1.	QUÍ SOM	4
2	ABAST	5
3	POLÍTICA DE QUALITAT	5
4	PLA DE QUALITAT.....	6
5	INDICADORS DE QUALITAT	10

1. QUI SOM

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (en endavant SSIBE) som un grup format per la Fundació Hospital de Palamós – Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, Serveis de Salut Integrats Baix Empordà AIE, Emporhotel AIE i Emporsis AIE.

Fundació Hospital de Palamós- Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

Entitat sense ànim de lucre, gestiona els centres de Hospital de Palamós, Palamós Gent Gran i també gestiona 4 Àrees Bàsiques de Salut, 4 Centres d'Atenció Primària i 28 consultoris locals: ABS Palamós, ABS Palafrugell, ABS La Bisbal d'Empordà i ABS Torroella de Montgrí

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, AIE

Agrupació d'interès econòmic , presta serveis comuns no assistencials a les empreses que la conformen: control de gestió, avaluació innovació i recerca, gestió econòmic-financera, aprovisionament i logística, enginyeria, recursos humans, atenció al ciutadà i comunicació, qualitat, medi ambient i assessorament jurídic. És una entitat participada per la Fundació Hospital de Palamós-SSIBE, Emporsis AIE, i Emporhotel AIE

Emporhotel, AIE

Agrupació d'interès econòmic, dona serveis d'hoteleria i neteja a les empreses que la conformen. Gestiona 5 cuines. És una entitat participada per la Fundació Hospital de Palamós- SSIBE, la Fundació Palafrugell Gent Gran i la Fundació Salut Empordà.

Emporsis, AIE

Agrupació d'interès econòmic, dona serveis per al desenvolupament, implantació i manteniment d'aplicacions i sistemes informàtics comuns a les empreses que la conformen.

És una entitat formada per Fundació Hospital de Palamós- SSIBE i Fundació Salut Empordà.

A més, per contracte de gestió, gestionem els següents centres:

Residència Palafrugell Gent Gran i Centre de Dia

Residència Sant Feliu de Guíxols Gent Gran i Centre de Dia

Residència Suris Gent Gran

2 ABAST

Aquest Pla de Qualitat té doncs un abast que assumeix les accions planificades pel SSIBE en el període 2025-2026.

3 POLÍTICA DE QUALITAT

La política de qualitat dels Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE) es centra en assegurar una assistència sanitària excel·lent, enfocant-se en la millora contínua dels processos, la humanització de l'atenció i la sostenibilitat.

Els objectius generals del Política de Qualitat de SSIBE són millorar en la seguretat, la satisfacció dels usuaris i la coordinació interna dels diferents serveis. SSIBE té present uns compromisos en la seva política de qualitat, que són:

1. **Millorar la seguretat del pacient:** potenciar la cultura de seguretat entre els professionals sanitaris i implicar els pacients en el seu propi procés assistencial.
2. **Fomentar la qualitat assistencial i no assistencial:** avaluar i optimitzar els processos per garantir que es compleixin els estàndards de qualitat assistencial i no assistencial establerts es basarà en indicadors específics de qualitat.
3. **Incrementar la satisfacció dels usuaris:** mesurar la seva experiència i promoure la participació ciutadana per adaptar els serveis a les seves necessitats.
4. **Coordinar els serveis interns i externs:** promoure la col·laboració entre serveis interns i territorials. Importància de la continuïtat assistencial especialment en àrees atenció sociosanitària, atenció primària i hospitalària.
5. **Adaptar la tecnologia a la qualitat:** implementar eines per a la millora de la qualitat del procés assistencial i assegurar-ne un seguiment en temps real.
6. **Obtenir les acreditacions i certificacions dels centres**

Aquests compromisos formen part del Pla Estratègic 2022-2025, on l'atenció centrada en la persona i la qualitat del servei són prioritaris.

Els òrgans de govern juntament amb la Direcció tenen la responsabilitat i el compromís de gestionar l'organització per assolir mitjançant estratègies i objectius concrets l'assoliment d'aquests 6 compromisos.

El Pla de Qualitat s'ha d'entendre com un sistema per detectar mancances i insuficiències i que estableix els mecanismes per superar-los i modificar-los en el sentit desitjat. Una avaluació continuada mitjançant la millora continua

4 PLA DE QUALITAT

Un **pla de qualitat sanitari** és un conjunt d'estratègies, accions i mesures dissenyades per millorar contínuament la qualitat de l'atenció sanitària que ofereixen els centres. L'objectiu principal és garantir que els pacients rebin una atenció segura, efectiva, eficient, equitativa, oportuna i centrada en el pacient. El pla de qualitat ha d'estar alineat amb el pla estratègic de l'entitat i així poder facilitar la implantació de les polítiques de qualitat en els centres.

Presentem les Línies estratègiques de qualitat de SSIBE (LEQSSIBE)

LEQSSIBE 01 Política de Qualitat

LEQSSIBE 02 Avaluar i fomentar la qualitat assistencial i no assistencial

LEQSSIBE 03 Millora de l'experiència del pacient

LEQSSIBE 04 Seguretat del pacient

LEQSSIBE 05 Optimització dels processos assistencials i no assistencials

LEQSSIBE 06 Formació contínua del personal sanitari per promoure una cultura de Qualitat

LEQSSIBE 07 Desenvolupar, desplegar i acreditar models i eines de Qualitat

LEQSSIBE 01 Política de Qualitat

SSIBE defineix la seva política de Qualitat i aprovada pels òrgans de govern. Aquesta política ha de promoure un entorn de treball de qualitat vesat amb la missió, visió i els valors de l'entitat.

Objectiu:

- ☐ Establir un marc normatiu clar i coherent que defineixi la qualitat per a totes les àrees assistencials i no assistencials.
- ☐ Garantir l'alineació de la política de qualitat amb els valors i la missió de l'organització.
- ☐ Comunicar de manera efectiva la política de qualitat a tot el personal i als pacients..

Acció: Definir la Política de Qualitat de SSIBE

Acció: Aprovar-la pels Òrgans de Govern

Acció: Difondre-la a tota l'entitat

LEQSSIBE 02 Avaluació contínua de la qualitat assistencial i no assistencial

Implementar sistemes de seguiment i avaluació periòdica de la qualitat dels serveis, amb auditories internes per identificar àrees de millora a partir d'indicadors específics de qualitat.

Objectiu:

- ☐ Implantar sistemes d'indicadors clau per monitoritzar la qualitat en temps real.
- ☐ Realitzar auditories periòdiques per identificar punts de millora.
- ☐ Comparar resultats amb estàndards per fomentar una millora contínua.

Acció: Crear quadre de comandament amb indicadors de qualitat clau per a cada àrea.

Acció: Planificar calendaris periòdics d'auditories.

Acció: Implantar plans de millora basats en les recomanacions d'auditories i dels indicadors

Acció: Participar en fòrums sectorials per compartir dades i millors pràctiques.

Acció: Alinear-se el Pla amb el Pla del Departament de Salut

LEQSSIBE 03 Millora de l'experiència del pacient

Establir sistemes de feedback per conèixer les necessitats i expectatives dels pacients, així com implementar protocols per garantir una atenció personalitzada i respectuosa. Escoltar les opinions dels pacients i assegurar-se que estiguin satisfets amb el tracte i l'atenció rebuda.

Actualment disposem d'eines per saber l'opinió dels usuaris. A nivell del departament de salut tenim l'enquesta PLAENSA i també disposen de un instrument d'avaluació com és el Net Promotor Score (NPS)

El Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA) és un projecte que va començar l'any 2001 per avaluar la qualitat del servei i el grau de satisfacció de les persones usuàries amb els diferents serveis sanitaris públics, amb l'objectiu d'obtenir una informació que resulta molt valuosa per dissenyar i implementar estratègies de millora de la qualitat en la provisió d'aquests serveis.

SSIBE l'any 2023 va posar en marxa un programa d'enquestes a tots els usuaris que d'alguna manera passaven per la nostra entitat, començant per Hospitalització, Consultes externes, Radiologia, Primària i Urgències. Aquest programa és l'anomenat NPS (Net Promoter Score)

És un indicador que s'utilitza als programes d'experiència del client. Serveix per determinar la lleialtat dels clients a una empresa. Es mesura mitjançant una enquesta que té una única pregunta i s'informa amb un número que va de -100 a +100. La informació que obtenim del NPS és de gran valor per implementar accions de millora. (NPS= N% promotors - % detractors)

Objectiu:

- ☐ Incorporar mecanismes de feedback actius, com enquestes de satisfacció o grups focals.
- ☐ Reduir els temps d'espera i millorar la comunicació entre pacients i professionals sanitaris.

Acció: Anàlisis i informes d'indicadors d'experiència de pacient

Acció: Anàlisis i informes temps espera de pacients a CCEE

Acció: Anàlisis i informes retards a CCEE

LEQSSIBE 04 Seguretat del pacient

Desenvolupar iniciatives per reduir errors.

Objectiu:

- ☐ Continuar amb la cultura de seguretat de pacients a l'Hospital, Primària i Atenció Intermedia
- ☐ Identificar i prevenir riscos potencials mitjançant protocols estandarditzats i revisables.
- ☐ Promoure una cultura de notificació d'incidents sense culpa per analitzar-ne les causes i aprendre'n.
- ☐ Garantir la formació específica del personal en pràctiques de seguretat.

Acció: Organitzar sessions formatives per promoure la notificació d'incidents

Acció: Actualitzar la plataforma de seguretat del Pacient a Hospital (SNiSP Cat)

Acció: Implantació i promoció de l'aplicació del PROSP Cat

LEQSSIBE 05 Optimització dels processos assistencials i no assistencials

Redissenyar els processos per reduir temps d'espera, evitar duplicitats i assegurar la continuïtat assistencial entre diferents nivells d'atenció.

Assegurar que els tractaments i procediments es basin en l'evidència científica i que els professionals de la salut segueixin les millors pràctiques. Optimitzar els recursos per reduir costos innecessaris i evitar el malbaratament. Monitoritzar i avaluar constantment el rendiment i els resultats per identificar àrees de millora

PROTOCOLS, PROCEDIMENTS, GUIES...

Els objectiu dels protocols, procediments, guies, són:

- Estandardització dels procediments de treball
- Definició de circuits que garanteixin la continuïtat entre nivells

Els procediments de treball de tots els processos aplicables a cada lloc de treball han de ser coneguts pels professionals implicats i hi han de poder accedir.

L'organització disposa de diversos procediments per a l'elaboració de guies clíniques i procediments, així com per a la normalització de la documentació i al mateix temps disposa d'un gestor documental com a emmagatzematge de tota la documentació.

Actualment es realitza un seguiment mensual de tota la documentació caducada o a punt de caducar per tal que el seu referent la pugui actualitzar quan toca.

Aquest seguiment es fa de les carpetes del gestor documental següents:

- Protocols i guies entitat
- Documentació per lliurar o fer signar usuaris

Objectiu:

- ☐ Simplificar els fluxos de treball per augmentar l'eficiència.
- ☐ Gestor documental
- ☐ Reduir el malbaratament de recursos i millorar
- ☐ Fomentar la col·laboració interdisciplinària per millorar la coordinació entre equips.

Acció: A través del Mapa de processos anar desenvolupant cadascun d'ells.

Acció: Mantenir actualitzat el Gestor Documental.

Acció: Presentar cada mes un procés de millora a l'entitat.

LEQSSIBE 06 Formació contínua del personal sanitari i no sanitari.

Potenciar la formació i capacitat del personal amb metodologies de qualitat i seguretat de pacients, en definitiva implantar una cultura de qualitat a l'entitat. Formació a Residents

Objectiu:

- ☐ Desenvolupar programes formatius adaptats als diferents perfils professionals.
- ☐ Establir un calendari anual de formació en aspectes tècnics i culturals vinculats a la qualitat.
- ☐ Incentivar el personal per participar en activitats formatives

Acció: Juntament amb el departament de Formació, planificar les formacions en qualitat de l'entitat

Acció: Formació anual de qualitat als residents de les Unitats Docents.

Acció: Projectes de qualitat de l'entitat presentats en una jornada interna

Acció: Promoció de l'accessibilitat a altres continguts de Qualitat creats per altres entitats, com el Departament de Salut

LEQSSIBE 07 Desenvolupar desplegar i acreditar models i eines de Qualitat

Desplegament dels diferents models d'acreditació del departament. Hospital, Primària i preparació de l'Atenció Intermedia.

Objectiu:

- ☐ Crear eines pràctiques i integrades que facilitin la implementació dels estàndards de qualitat.
- ☐ Assegurar que els models de qualitat desenvolupats compleixen amb els criteris d'acreditació
- ☐ Garantir un pla de desplegament efectiu amb terminis i responsabilitats clarament definits.

Acció: Seguiment del pla de millora de l'acreditació de l'Hospital

Acció: Quan el Departament anunciï els nous estàndards de l'acreditació de primària, començar-la a treballar

5 INDICADORS DE QUALITAT

Els indicadors facilitaran el seguiment i ens permetran valorar, en un temps determinat, la correcta consecució de la implementació de l'objectiu.

Els indicadors són instruments de mesura que ens permeten expressar quantitativament aspectes de l'atenció i/o suport prestats i els resultats obtinguts, aspectes relacionats amb la millora de l'organització i la gestió de centre i que, alhora, serveixen de guia per a avaluar la qualitat o l'adequació de l'acció portada a terme. Quan aquests indicadors es mesuren de manera periòdica i sistemàtica, ens proporcionen informació del procés i de les seves tendències.

El mecanisme natural de difusió interna i externa dels indicadors són bàsicament el **Quadern de Comandament** i la **Memòria Anual**.

Actualment tenim INFOVIEW, és la principal eina de difusió de la informació a nivell de comandaments de l'entitat. Disposa d'un recull d'informes que es poden consultar en pdf per la última data disponible, o bé per un històric de dates de generació d'informes o obrir i actualitzar directament l'informe web i pels paràmetres que l'usuari necessiti.

L'Infoview té varis objectius; establir un sistema sòlid, fiable i automatitzat de difusió de la informació de l'entitat als comandaments segons nivells mitjançant informes interactius.

Aquesta forma de treballar permet promoure sistemàtiques i metodologies per a la millora contínua, planificar un calendari d'implementació d'actuacions de millora i, en definitiva, identificar problemes, detectar punts de millora i introduir les modificacions necessàries per aconseguir una millora contínua de la qualitat del treball, sigui aquest assistencial o de suport.

L'objectiu principal del quadre de comandament és disposar d'un sistema que proporcioni als directius i comandaments de l'entitat la informació necessària per al seguiment de les principals activitats del conjunt de l'entitat, els centres i les unitats operatives, en un format sintètic i que estigui disponible de forma periòdica.

Aquesta eina ha de permetre identificar amb facilitat els àmbits de millora de l'organització en general i unitats específiques en particular, per a l'establiment d'estratègies i objectius i seguir l'evolució històrica dels indicadors seleccionats i el compliment dels objectius establerts per al període en curs.

De manera anual, es presenten a la societat els resultats obtinguts durant l'any en format memòria, on de forma resumida es fa difusió dels resultats obtinguts i dels fets destacats de l'entitat.

D'aquesta manera, el cercle de la millora continua queda tancat; Planificar - Fer - Verificar- Actuar.

Els indicadors de qualitat permeten conèixer el grau d'assoliment dels objectius, faciliten el seguiment dels processos i permeten fer comparacions amb determinats elements i revisar l'evolució de certs assumptes.

Presentem un llistat d'indicadors que formaran part d'un quadre de Comandament (QC) de Qualitat. Podrem filtrar el llistat per àrea de treball (Urgències, Radiologia, Bloc Quirúrgic...) o bé per classificació (Seguretat, Accessibilitat, Efectivitat, etc...)

SEGURETAT

- Grau de cobertura d'identificació inequívoca de pacients
- Reclamacions relacionades amb la seguretat de pacients
- Bacterièmies nosocomials associades a catèter
- Nombre d'esdeveniments sentinella notificats
- Caigudes en pacients hospitalitzats per estada
- Transfusió errònia per identificació inadequada de pacients
- Taxa de mortalitat
- Microorganismes multiresistents (MRSA i Pseudomonas aeruginosa multiresistent)

CONSULTES EXTERNES

- Pacients que esperen <30 min a ser visitats
- Visites ambulatories no presencials
- % visites fallides
- % visites forçades
- % de canvis de visita
- Mitjana de dies de demora per visita ordinària
- Taxa de reiteració de Consultes Externes
- Interval primera consulta-tractament (unitat funcional colorectal, mama i pulmó)

RADIOLOGIA

- Taxa de rebuig d'imatges o repetició d'imatges per baixa qualitat
- % Informes no informats
- % Incidència de les peticions

URGÈNCIES

Pacients que el temps d'espera per triatge ha estat <10min
Readmissions abans de 72h
Nº Urgències (nivell 1,2 i 3)
Actes no completats (Abandona urgències)
Actes no completats (Alta voluntaria)
Actes no completats (Urgència anul·lada indicació metge)
Actes no completats (Urgència anul·lada pacient)
Mortalitat

BLOC QUIRÚRGIC

Pacients que estan en llista d'espera quirúrgica dins de garantia
Pacients amb preparació correcta a hospital de dia quirúrgica
Infeccions de localització quirúrgica en pròtesis de maluc
Retorn no previst a quiròfan en intervencions programades en 72h
Infeccions de localització quirúrgica en protesis de genoll
Suspensió quirúrgica per motiu de l'hospital
% cesàries
% embaràs de risc
Índex d'estada mitjana preoperatòria ajustada per GRD
Índex d'ambulatorització per GRD
% ingressos el mateix dia de la intervenció programada
% reintervencions urgents
Complicacions postquirúrgiques en cirurgia programada
Profilaxi antibiòtica segons protocol (intervencions quirúrgiques)
Reintervencions quirúrgiques a 30 dies
Índex d'ambulatorització (cirurgia sense ingrés)
Avaluació sistemàtica del dolor postquirúrgic
Pacients amb dolor (EVA) durant les 24h posteriors a la intervenció quirúrgica

HOSPITALITZACIÓ

Índex d'estada mitjana ajustada per GRD
Pes mitjà de complexitat
Taxa de caigudes en pacients hospitalitzats
% d'úlceres per pressió intrahospitalàries en pacients de risc

CPT

% de trucades contestades

UAC

Nombre de reclamacions

Nombre de reclamacions de tracte

Nombre d'agraïments

Nombre de consultes

Reclamacions Urgències, Hospitalització, Consultes externes

Pla d'enquestes de satisfacció - PLAENSA - Valoració dels usuaris de l'atenció

Atenció pacient

Accessibilitat Plaensa

Eficiència Plaensa

Informació Plaensa

Tracte Plaensa

Hoteleria Plaensa

SATISFACCIÓ PER L'ATENCIÓ REBUDA

Servei d'urgències

Atenció especialitzada ambulàtoria

Procés de rehabilitació ambulàtoria

Satisfacció dels pacients (font Aquas)

NPS

SSIBE ??

Consultes Externes

Hospitalització

Radiologia

Primària

ACREDITACIÓ

Enfocament de la nova acreditació

Revisió indicadors i documentació

Superar l'acreditació >71%

PRIMÀRIA

Població assignada i atesa:

Accessibilitat a 5 dies:

Longitudinalitat:

% de Pacients amb derivació a l'especialista

% de pacients amb sol·licitud de diagnòstic per la imatge

Índex de qualitat en la prescripció farmacèutica

Índex de seguretat en l'ús de medicaments

Cobertura vacunal antigripal

Grau de cobertura vacunal sistemàtica infantil

Tractament d'odontologia conservadora als infants de 7 a 15 anys amb patologia bucodental

% trucades ateses

% de consultes no presencials

ATENCIÓ INTERMÈDIA

Caigudes en pacients

% altes convalsència amb destí domicili/residència:

% de pacients de mitja estada polivalent ingressats directament des d'urgències de l'Hospital de Palamós o atenció primària:

% de resposta telefònica PADES<24h:

% d'úlceres per pressió intrahospitalàries iniciades a l'ingrés

PCC/MACA amb conciliació terapèutica a l'alta

% trucades ateses