

Ano

Entidade: *

ARS

Tipologia

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

Utilizador:

E-mail:

1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL

2. REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES

Diagnóstico de Situação no ano atual

Prioridade I: Melhoria da qualidade clínica e organizacional

Relatório de atividades (1 de Novembro do ano anterior a 30 de Novembro do ano atual)

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

Observações / Apoio (DGS)

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

(anexe evidência) *

  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta☒ Consolidar plano de adesão e implementação de NOC da DGS com formação dirigida a profissionais e implementar auditorias internas.

Atividade conjunta *Identifique a entidade*Prazo de Execução *

Sim	DGS	2017-11-30
-----	-----	------------

☒ Reunião da Direção Médica para enumeração e avaliação das NOC a trabalhar em 2017.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2017-02-28
-----	------------

☒ Manter alertas nas reuniões de acompanhamento mensal.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não	2017-11-30
-----	------------

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

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

(anexe evidência) *

  

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Criação formal de grupo de auditoria interna (no âmbito da prestação clínica - qualidade e segurança)
 Atividade conjunta *Prazo de Execução *
 Não 2017-03-31

☒ Auditoria interna às NOC's trabalhadas em 2016
 Atividade conjunta *Prazo de Execução *
 Não 2017-11-30

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

Reuniões mensais de acompanhamento da atividade;
 Envio de relatórios de monitorização da prescrição individuais ao prescriptor;
 Promover a realização de ações para análise e discussão das NOC da DGS de modo a harmonizar e adequar à especificidade do HFZ;
 Desenvolver e aprovar NOC/protocolos internos
 Dinamização do trabalho dos grupos constituídos

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

(anexe evidência) *

Evid.1.3)Inic.melhoria.presc.mec.mcdt.docx  ☒

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Manter reuniões mensais de acompanhamento da atividade;
 Manter envio de relatórios de monitorização da prescrição individuais ao prescriptor;
 Promover a realização de ações para análise e discussão das NOC da DGS de modo a harmonizar e adequar à especificidade do HFZ;
 Desenvolver e aprovar NOC/protocolos internos
 Dinamização do trabalho dos grupos constituídos
 Atividade conjunta *Prazo de Execução *
 Não 2017-11-30

5) Tabela Nacional de Funcionalidade

5.1) Taxa de preenchimento:

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

43

Nº total de pessoas saídas com registo da TNF =

0

Observações / Apoio
 Despacho 10218/2014, de 8 agosto: para utentes entre os 64 anos com patologia crónica serviços identificados no DGS

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 HFZ ainda não iniciou o preenchimento da TNF.
 Para este fato contribuiu a escassez de recursos humanos nos Serviços, a qual impossibilitou a afetação de recursos humanos a tarefa pela necessidade de formação específica.
 O HFZ pretende implementar a Tabela Nacional de Funcionalidade no serviço de medicina e na unidade de convalescença logo a equipa adquira competências e conhecimento.
 Atividade conjunta *Prazo de Execução *
 Não 2017-11-30

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

Qual a percentagem de registos clínicos eletrónicos não conformes no âmbito do ponto n. 7 do despacho 2784/2013 de 20/02?

0.00 %

(anexe evidência)

Evid.1.2)AuditoriasNOCDGS.pdf  X

Observações / Apoio

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

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Implementar auditoria

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

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

7.1) Identificação do Sistema de Triagem

0

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 Norma nº 02/2015.

Demora média para triagem:

0.00

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Vermelha":

0.00

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Laranja":

0.00

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Amarela":

0.00

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Verde":

0.00

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Azul":

0.00

Demora média entre a triagem e a primeira observação médica por prioridade "Branco":

0.00

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 por prioridade "Vermelha":

0.00

Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Laranja":

0.00

Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Amarela":

0.00

Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Verde":

0.00

Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Azul":

0.00

Demora média entre a triagem e saída do doente do serviço de urgência por prioridade "Branco":

0.00

(anexe evidência)

evid.zero.docx  X

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

☒ Sim ☐ Não

Observações / Apoio

É necessário demonstrar resultados obtidos.

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

2) Capacidade de replicação implementação em outros serviços.

(anexe evidência) *

evid.I.8)Instit.IdentificaProjetosBoasPrat.Implementadas.pdf  

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 Implementar na totalidade o despacho 2784/2013 de 20.02.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

 Desmaterializar do processo clínico na cirurgia do ambulatório

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

 Uniformizar registos clínicos;

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

 Manter a programação de formação para os profissionais no âmbito da segurança dos doentes, em especial sobre literacia e atendimento.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

 Fomentar o recurso regular e sistemático de auditoria a práticas e procedimentos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

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

☐ Sim
☒ Não

Observações / Apoio

Anexar lista de estudos em

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

 O Conselho de Administração reconhece as limitações atenta o universo institucional e os constrangimentos de recursos humanos financeiros mas continuará a incentivar e promover a participação em atividades de investigação clínica.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

3.MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA

Diagnóstico de Situação no ano atual

Prioridade III: Monitorização permanente da qualidade e segurança

1) A instituição
avaliou a
satisfação do
utente?
☒ Sim ☐ Não

Observação / Apoio
Identificar:
1) unidades/serviço ou Hosp
2) qual a Norma (ISO 9001,
outras...)
3) período de vigência do(s)
certificado(s).

(anexe evidência) *

Evid.III.1)AvaliacaoSatisfacaoUtente2016.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Promover a aplicação generalizada do inquérito de satisfação e a adesão do cidadão ao mesmo nas áreas de internamento e de ambulatório;

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

X Definir critérios de amostragem para avaliação da satisfação, por inquérito, na Consulta Externa; Equacionar avaliação automática através do posto digital.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

X Definir critérios de amostragem para avaliação da satisfação, por inquérito, na Consulta Externa; Equacionar avaliação automática através do posto digital.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

4.RECONHECIMENTO DA QUALIDADE DAS UNIDADES SAÚDE

Diagnóstico de Situação no ano atual

Prioridade IV: Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde

1) A instituição
está
acreditada?
☒ Sim ☐ Não

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

(anexe evidência) *

Evid.IV.1)CertificadoAcred.UC.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Propor à DGS candidatura para acreditação da Consulta Externa do HFZ.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim DGS 2017-06-30

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

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

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Atendo o domínio da prestação direta de cuidados a CQSD sugere que seja privilegiada a acreditação proposta pela DGS.

Recordamos que o Hospital foi acreditado em 2004 pelo Kings Fund.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-02-28

5. INFO TRANSP CIDADÃO, AU/TO DA SUA CAPACITAÇÃO

Diagnóstico de Situação no ano atual

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?

Divulgação de notícias sobre temas diferenciados no site oficial do Hospital; Sensibilização para as temáticas em discussão nacional no site; Elaboração de folhetos temáticos no âmbito da literacia em saúde para distribuição individual aos utentes; Divulgação de vídeos no âmbito da segurança das salas de espera dos Utentes; Afixação de cartazes informativos.

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

(anexe evidência) *

Evid.VI.1)Inic.Div.InfDte.pdf ☒

Proposta de atividades para o próximo ano

☐ Adicionar Proposta

☒ Estender a elaboração de folhetos informativos e formativos a todas as áreas da prestação de cuidados;

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

☒ Integrar no Plano de Atividades do Gabinete de Qualidade e Comunicação a promoção e apoio ao desenvolvimento de iniciativas dirigidas para o cidadão (utente/doente), tais como:

- Dia Mundial da Alimentação
- Dia Mundial da Diabetes
- Dia Mundial da Fisioterapia
- Dia Mundial do Antibiótico

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

☒ Passagem de apresentações/vídeos destinada aos utentes nos monitores das salas de espera consulta externa:

- momentos da lavagem das mãos; uso de antibióticos; vídeos da DGS (gripe; exercício físico, etc)
- automedicação
- outros a designar.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim DGS 2017-11-30

☒ Inscrever no Plano de Formação da Unidade Formativa ações dirigidas aos utentes no âmbito da literacia e promoção de saúde, continuidade com a realizada em 2016:

- Higienização das mãos IPSS (lares e Infantários) e Escolas
- Uso racional de medicamentos (escolas)

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim IPSS e Escolas 2017-11-30

☒ Promover e participar em ações conjuntas na comunidade:

- Mês sénior

Atividade conjunta *Identifique a entidade * Prazo de Execução *

Sim Camara Municipal de Ovar 2017-10-31

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

Organização de rastreios de quedas; Formações diversas (Diabetes; Privacidade, intimidade e confidencialidade; Testamento V PBCI)

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

(anexe evidência) *

Evid.VI.2)Form.Sobre.Seg.Doente.docx  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Consolidar formação no âmbito da diabetes, privacidade, intimidade e confidencialidade; Testamento Vital; PBCI

Desenvolver ação educativa no âmbito do uso racional de medicamentos (foco antibiótico)

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

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

Implementação e acompanhamento do proc. 100 -Avaliação do impacto da decisão e implementação de medidas internas em consequência das exposições dos cidadão

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

(anexe evidência) *

EvidV3-Iniciativas_desenvolvidas_principais-reclamacoes.pdf  X

Proposta de atividades para o próximo ano

 Adicionar Proposta

X Solicitar e promover formação no âmbito da qualidade do atendimento e de comunicação assertiva.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2017-11-30

6. APROVAÇÕES E HOMOLOGAÇÕES

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

Data de aprovação * 2017-02-08

Adicionar documento: * EvidI1-NOC.docx Seleccione...

Validação do Plano de Atividades pela ARS *

☐ Sim ☐ Não ☐ Em avaliação

Adicionar documento: Seleccione...

Plano de Ação

da Comissão de Qualidade e Segurança HO 2017

(1 de dezembro de 2016 a 30 de novembro de 2017)

O Plano de Ação (PA) da Comissão de Qualidade e Segurança (CQS) do HO é o instrumento de organização e gestão da sua atividade, um guia para articulação com as diversas atividades das Comissões de Apoio Técnico e Grupos de Trabalho temáticos ao longo do ano 2017, em linha com o Plano Nacional da Comissão de Qualidade e Segurança e com objetivos partilhados com o plano de atividade do HO e em face da disponibilidade de recursos (humanos e económicos) existentes. Este documento define orientação conceptual pela qual vai orientar-se toda a atividade da prestação de cuidados de saúde, tanto na sua componente de Qualidade como na componente de Segurança, bem como em todas as componentes de complemento que confluem para a concretização da missão institucional - “Melhor e Maior Valor em Saúde, perto de Si.”

Em linha com o extrato do prefácio do PNS extensão a 2020 agora expresso:

Os grandes desígnios propostos para 2020 são a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco, tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde.

Para alcançar tais desígnios, todas as intervenções em saúde devem assentar em quatro Eixos Estratégicos transversais: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e, Políticas Saudáveis.

by
E
fun

Nesta linha, a atualização do PNS visa rever e consolidar algumas das intervenções já implementadas, melhorar a qualidade das respostas existentes e desenvolver ações justificadas pelo atual contexto social e epidemiológico. Os desafios atuais de transição demográfica, sustentabilidade económica e ambiental, e a globalização, requerem que os Sistemas de Saúde dos países desenvolvidos revisitem os seus objetivos.

Como referido, o Plano define quatro Eixos Estratégicos que correspondem a perspetivas do âmbito, responsabilidade e competência de cada agente do Sistema de Saúde, cuja melhoria exige reconhecer a sua interdependência, reforçando a perspetiva de Sistema de Saúde. A ação, no âmbito destes Eixos, permite obter ganhos em saúde, melhorar o desempenho do Sistema, bem como a capacidade deste se desenvolver como um todo, nomeadamente através do fortalecimento de sistemas de informação para a tomada de decisão; integração de programas e projetos; e intervenções focadas em resultados.

Ao longo do relatório é patente o enfoque presente e no futuro nos quatro eixos principais: Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde, Qualidade em Saúde e Políticas Saudáveis.

Sublinhamos ainda o empenho da CQS na avaliação e implementação de processos indicadores tendo em conta a restrição de recursos (recursos humanos e estruturais) e a pressão da procura.

Para maior comodidade, gestão de recursos limitados e alinhamento com a plataforma da DGS no cumprimento do **Desp. 3635/2013**, mantemos foco nos eixos prioritários e no enfoque do reporte obrigatório para benchmarking nacional e em especial nas áreas de menor cumprimento em 2016 nomeadamente **auditoria interna, notifiQ@, TNF e registos clínicos digitais** por resistência cultural, limitação de recursos, afetação quase exclusiva à prestação direta de cuidados e “instabilidade institucional” – definição Institucional.

Ano

Entidade: *

ARS

Tipologia

PLANO DE ATIVIDADES

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

Validação do Plano de Atividades concluída? * ☒ Sim ☐ Não

Utilizador:

E-mail:

5. Info transp cidadão, au/to da sua capacitação

6. Aprovações e Homologações

3. Monitorização permanente qualidade e segurança

4. Reconhecimento da qualidade das atividades

1. Melhoria da qualidade clínica e organizacional

2. Reforço da segurança das atividades

☒ Plano de Ação aprovado, assinado pelo responsável máximo da Instituição (Presidente do Conselho de Administração/Diretor-Geral) e respetivo carimbo. *

Data de aprovação * ...

Adicionar documento: *  

Validação do Plano de Atividades pela ARS *

☒ Sim ☐ Não ☐ Em avaliação

Data: * ...

Adicionar documento:  

☐ Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Adicionar documento:

<                               >

