

Entidade: * Hospital Garcia de Orta, EPE
 Morada:
 Código Postal: -
 N.º de camas:
 ARS:
 Tipologia: *
 ACES
 Hospital/Centro Hospitalar
 Unidade Local de Saúde

PLANO DE ATIVIDADES

Preenchimento do Plano de Atividades concluído? * Sim Não

Preenchimento do Relatório de Atividades concluído? Sim Não

Utilizador: Ana Terezinha Rodrigues

E-mail: aterezinha@hgo.min-saude.pt

Utilizador2: Ana Terezinha Rodrigues email_utilizador_2 aterezinha@hgo.min-saude.pt

...

6. Plano / Relatório de Atividades

1. MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA E ORGANIZACIONAL

Diagnóstico de Situação em 2015

1) Qual o n.º de Normas emitidas pela DGS que foram discutidas e analisadas na Instituição? * 50

Observações / Apoio

(DGS)

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) *

1_Normas emitidas DGS_discutidas HGO_2015.pdf

Adicionar Proposta

Continuar a divulgação das Normas da DGS na organização; Desenvolver reuniões e formações para a sua implementação quando necessário; Envolver Comissões e Serviços de forma integrada para a viabilidade do Normativo a introduzir; Dar continuidade à integração das Normas da DGS para NOC e Protocolos Internos do HGO.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

2) Quantas auditorias internas sobre as normas emitidas pela DGS foram realizadas? * 151

(anexe evidência) *

2_Auditorias_HGO_2015.pdf

Adicionar Proposta

Continuar a promover e desenvolver a prática da auditoria clínica interna. Continuar a melhorar a monitorização do processo de auditorias interno no HGO.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

Adicionar Proposta

Apesar de já ter sido avaliado internamente com a Governação Clínica a possibilidade de implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade, esta só será possível a partir do momento em que os aplicativos SAM e SAPE, sejam substituídos pelo aplicativo SClínico, através dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), pois só este apresenta esta funcionalidade disponível, experimentalmente, desde Julho de 2015.

Atividade conjunta *Identifique a entidade *Prazo de Execução *

Sim SPMS 2016-12-31

(anexe evidência) *

6_Projetos de Boas Práticas_HGO_2015.pdf

Adicionar Proposta

1 - Reforçar a parceria com a empresa consultora na consolidação de projectos em curso e no delinear novos
 2 - Captar novos estudos e ensaios clínicos patrocinados pela indústria farmacêutica
 3 - Incentivar e apoiar os profissionais das diferentes áreas no desenvolvimento de projectos inovadores
 4 - Reforçar as parcerias com as universidades
 5 - Normalizar os instrumentos de registo, nos processos de investigação, aos diferentes níveis de intervenção.

Estratégias para operacionalizar as linhas de orientação:

Ponto 1 - manter a parceria com a empresa "Exigo".

Ponto 2 - Aprofundar o protocolo de parceria com a Blueclinical e o Gabinete de investigação clínica, com aumento do número de Coordenadores de estudo.

Ponto 3 - Manter o apoio ao desenvolvimento de projetos. Concretizar o apoio da Exigo, nesta área específica.

Ponto 4 - Manter Parcerias com as universidades

Ponto 5 - Criar os instrumentos de registo, a sua organização no processo e divulgar junto dos promotores.

OUTROS

Realização de 4 conferências anuais.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

2. REFORÇO DA SEGURANÇA DOS DOENTES

Diagnóstico de Situação em 2015

Prioridade II: Reforço da Segurança dos Doentes

Cultura de Segurança

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

Apresentou-se um Relatório Síntese da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente Divulgou-se os resultados da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente, disponibilizados pela DGS, na Intranet; Foram Apresentados os Relatórios de Atividades e Planos de Ação das diferentes Comissões de Apoio Técnico aos profissionais do HGO; Deu-se continuidade à formação sobre segurança do Doente na organização; Foi adquirido um aplicativo informático para a gestão e a notificação dos incidentes internamente; Foram realizadas 70 Reuniões com os Serviços apresentando-se as diferentes medidas a desenvolver sobre o Programa Internacional de Acreditação para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde, o qual preconiza de forma intensiva medidas que garantem, promovem e melhoram a qualidade da prestação de cuidados, visando a segurança do doente; Foram elaboradas e revistas Políticas, Procedimentos, Normas de Orientação Clínica, Protocolos, etc., de natureza organizacional e clínica. Foram planeadas pelas diferentes Comissões e Grupos Auditorias relativas à segurança do doente tendo em vista melhoria da prestação de cuidados. Promoveu-se o registo sistemático das Notas de Alta Médica e de Enfermagem, bem como a qualidade dos seus registos, de forma a evidenciar e discriminar todos os ensinamentos e orientações para a alta, disponibilizadas aos doentes e/ou seus familiares. Os veículos utilizados foram: reuniões de fecho das auditorias com a entrega dos respectivos relatórios; revisão da NPG Reconciliação Terapêutica salvaguardando o registo e comunicação da terapêutica domiciliária, hospitalar e de ambulatório e outras condicionantes posteriores à hospitalização, que poderão influenciar as orientações para a alta. Foi revista a Política de Identificação do Doente por forma a incrementar o trabalho já realizado nesta área. Neste sentido deu-se continuidade à uniformização interna na identificação do doente, através do uso da identificação positiva, por forma a prevenir a indução em erro ou duplicação de identificação, incluindo regras de padronização nos seus serviços de imagiologia, análise clínicas, medicação domiciliária, unidose, entre outros. Foram revistos a Política e o Procedimento relativos à notificação: POL_0113-Notificação_Gestão_Incidentes,v2,

NPG_1049-Analise Incidentes Segurança Doente,v2. Foram revistas a EST-Desenvolvimento_Qualidade,v3 e a POL_0127-Segurança Doente,v2, tendo por orientações o Plano Nacional da Segurança dos Doentes 2015-2020, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 e as orientações dos Programas da Qualidade.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

[II_SD-1_Cultura de Segurança.pdf](#)  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Avaliar a Cultura de Segurança do Doente; Continuar o trabalho desenvolvido com as diversas Comissões de Apoio Técnico; Dar continuidade à formação sobre segurança do doente na Organização; Incentivar cada vez mais os profissionais para a notificação de acidentes ou eventos adversos; Continuar a desenvolver nos Serviços programas que garantam, promovam e melhorem a qualidade da prestação de cuidados, visando a segurança do doente; Dar continuidade às auditorias relativas à segurança do doente, incentivando os Serviços Clínicos a desenvolver as mesmas de forma sistemática; Continuar a desenvolver em todos os Serviços Clínicos de forma sistematizada os registos das notas de alta médica e de enfermagem, difundindo cada vez mais a sua qualidade e orientação na promoção da segurança do doente. Promover as boas práticas da medicação e da segurança do medicamento.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

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

2.1.) segurança do doente

Foi realizada no Centro Garcia de Orta, formação a todos os grupos profissionais, sobre a segurança do doente da qual destacamos: Precauções Básicas de Controlo de Infecção; Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde; Qualidade e Segurança Transfusional; Técnicas de Posicionamento do Doente Acamado; Intervenções de Enfermagem à Pessoa Portadora com Ferida Crónica; Segurança do Doente; Suporte Básico e avançado de Vida; Emergências Obstétricas; Basic-Basic Assessment & Support In Intensive Care; Violência Doméstica para Profissionais de Saúde; Cuidados Paliativos; Maus Tratos na Infância e Juventude; Projeto prevenção hipoglicemia Prevenção Rodoviária; Urgência e Emergência; Segurança Medicamento.

Observações / Apoio

Identificar: Tema(s) da formação; Datas; Entidade(s)

formadora(s); Nº de profissionais envolvidos / categoria, etc.

2.1.) segurança do profissional

Foi realizada no Centro Garcia de Orta, formação a todos os grupos profissionais, sobre a Segurança do Profissional, da qual destacamos: Acidentes de trabalho, Ergonomia e trabalho com Ecrans de visualização; Transporte Manual de cargas; Riscos Biológicos e Acidentes com Exposição a Sangue; Mecânica Corporal-Técnicas de Levante e Transferência; Exposição Profissional a Radiações Ionizantes;

(anexe evidência) *

[II_Segurança do doente e Profissionais.zip](#)  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

- *Continuar a promover e desenvolver formação aos profissionais sobre segurança do doente, de modo controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos;
- *Formação adicional sobre a execução de procedimentos exclusivos a esses departamentos tarefas em áreas especializadas como os blocos operatórios, a sala de partos, as unidades de cuidados especiais e os quartos de isolamento;
- *Formação de transporte e movimentação segura de doentes, equipamentos ou outras cargas pesadas
- *Formação em Auditoria da Qualidade
- *Formação em gestão do risco
- *Formação em Integração à Organização dando relevância à utilização de sistemas de informação e à inclusão das responsabilidades dos profissionais quanto à manutenção da segurança e confidencialidade dos dados dos doentes.
- *Formação em suporte de vida
- *Formação em técnicas básicas de ressuscitação.
- *Formação específica para os profissionais sobre os diferentes sistemas que tenham de utilizar para cumprirem as suas obrigações profissionais.
- *Formação na forma correta de comunicação de notícias significativas aos doentes
- *Formação proteção e salvaguarda dos Adultos vulneráveis
- *Formação sobre a análise da causa raiz
- *Formação sobre a gestão e administração segura de medicamentos.
- *Formação sobre atendimento e comunicação com o utente deve fazer parte do programa de iniciação da organização;
- *Formação sobre como reportar incidentes e ocorrências adversas
- *Formação sobre de proteção e salvaguarda da criança, para estar atento a sinais e sintomas de abuso pelos adultos e para apresentação de relatórios sobre eventuais suspeitas ou preocupações
- *Formação sobre o seu papel e o do serviço na resposta a uma situação de emergência ou de um incidente graves
- *Formação sobre questões de saúde e segurança
- *Formação sobre resolução de conflitos no ano passado
- *Programa educativo em matéria de segurança e saúde para todos os profissionais

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

Segurança da Comunicação

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

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Continuar a divulgar Políticas e Procedimentos sobre transferência da informação clínica nas transições de cuidados através de uma maior consolidação de conhecimento, dos profissionais sobre : POL_0102-Alta-Referenciação_Doentes,v6
NPG_1029-Planeamento_Alta_Referenciação_Doentes,v2
NPG_1065-Transferencia_Doentes,v2
Continuar a desenvolver auditorias ao Processo Clínico e às Notas de Alta Médica e de Enfermagem.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

Segurança Cirúrgica

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

(%)

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) *

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Planeamento de Formação em articulação com a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, por forma a que os profissionais envolvidos reconheçam a importância desta ferramenta para a segurança do doentes e dos profissionais sensibilizando-os para a importância da marcação do local cirúrgico, a lateralidade referida em processo, para a necessidade do Consentimento Informado devidamente preenchido e assinado;
Divulgar de forma efetiva NPG_1196-Prevencao Infecao Ferida Cirurgica,v3, para os profissionais envolvidos em procedimentos cirúrgicos e no Bloco Operatório Central e na UCA sobre utilização de antibioprofilaxia cirúrgica;
Promover a elaboração de NOC para Prevenção do Tromboembolismo tendo por orientação a NORMA da DGS 026 de 2012- Profilaxia do Tromboembolismo Venoso em Ortopedia-apesar de existirem alguns procedimentos sobre prevenção do tromboembolismo estes não são generalizados à instituição.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-06-30

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

Local cirúrgico errado: *

(%)

Observações / Apoio

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

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

(anexe evidência) *

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Divulgar de forma efetiva a NPG_1219-Procedimento correto, no doente correto e na localização anatômica correta.v3, para os profissionais envolvidos em procedimentos cirúrgicos no Bloco Operatório Central e na UCA continuem ser sensibilizados para este processo e tentam mitigar todos os incidentes que daí possam advir;
 Analisar e discutir com o Serviço de Bloco Operatório Central e Unidade Cirurgia do Ambulatório e os Serviços Cirúrgicos as suas Avaliações de Risco Clínico e propor-lhes medidas para prevenir este tipo de incidentes.



Atividade conjunta *Prazo de Execução *

6) Quantas auditorias internas foram realizadas? *

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Realizar duas Auditorias (semestralmente) à "Cirurgia Segura, Salva Vidas" e enviar os Resultados à DGS.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



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

Observações / Apoio

Indicar:

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

(anexe evidência) *

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Proposta ao Centro Garcia de Orta – Formação, para realização de formação sobre "Cirurgia Segura".
 Continuar formação sobre notificação de incidentes.
 Analisar as causas dos incidentes.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

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) *

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Auditar designações no Formulário terapêutico do HGO para verificação da sua conformidade em relação à NPG 1116 - Cuidados com Medicamentos de Aparência Semelhante ou Nomes Similares.v2 que se encontra actualizada à luz da norma 020/2014 da DGS;
 Auditar o Circuito do Medicamento, nomeadamente o acondicionamento e o aprovisionamento destes medicamentos nos Serviços.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

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) *

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Melhoria do acondicionamento e sinalização dos Medicamentos de Alto Risco e LASA nos Serviços.
 Monitorizar o suporte documental de acordo com:
 •POL 0145 - Administração de Terapêutica;
 •NPG 1048 - Soluções de Cloreto de Potássio;
 •NPG 1117 - Lista de Medicamentos de Risco Acrescido;
 •NPG 1116 - Cuidados com Medicamentos de Aparência Semelhante ou Nomes Similares

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

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

Observações / Apoio

Indicar:

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

(anexe evidência) *

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Alargar a toda a Instituição a Identificação dos medicamentos LASA no armazenamento e labilização dos medicamentos nos diferentes Serviços.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

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.

(anexo evidência) *

[II_SD-11_12Medicamentos Alerta Máximo_HGO_2015.pdf](#)  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Alargar a toda a Instituição a Identificação dos medicamentos de alerta máximo no armazenamento e labelização dos medicamentos nos diferentes Serviços.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

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

Sim (se sim, anexo 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.

(anexo evidência) *

[II_SD-11_12_Medicamentos Alerta Máximo_HGO_2015.zip](#)  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Melhoria do acondicionamento e sinalização dos Medicamentos de Alerta Máximo nos Serviços.

Monitorizar o suporte documental de acordo com:

- POL 0145 - Administração de Terapêutica;
- NPG 1048 - Soluções de Cloreto de Potássio;
- NPG 1117 - Lista de Medicamentos de Risco Acrescido;

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

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

7

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Melhorar o acondicionamento e sinalização dos Medicamentos de alerta máximo nos Serviços.

Revisão/atualização do suporte documental:

- POL 0145 - Administração de Terapêutica;
- NPG 1048 - Soluções de Cloreto de Potássio;
- NPG 1117 - Lista de Medicamentos de Risco Acrescido;

Articulação da Comissão Gestão de Risco Clínico (CGRC) com as Comissões da Qualidade e Segurança do Doente e de Auditoria Clínica.

Continuar formação sobre notificação de incidentes.

Analisar as causas dos incidentes.

Continuar a melhoria do acondicionamento e sinalização dos Medicamentos de Alto Risco nos Serviços.

Realizar auditoria à segurança do medicamento.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

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

18

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Realizar auditorias à segurança do Medicamento a 24 Serviços Clínicos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

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

Sim (se sim, anexo evidência)

Não

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Melhorar o acondicionamento e sinalização dos Medicamentos de alerta máximo nos Serviços com a Melhorar o acondicionamento e sinalização dos Medicamentos de alerta máximo nos Serviços com a colaboração dos Serviços Farmacêuticos.

Revisão/atualização do suporte documental:

- POL 0145 - Administração de Terapêutica;
- NPG 1048 - Soluções de Cloreto de Potássio;
- NPG 1117 - Lista de Medicamentos de Risco Acrescido;

Articulação entre as Comissões da Qualidade e Segurança do Doente, Gestão do Risco Clínico e Auditoria Clínica (auditar o circuito do medicamento).

Continuar a realizar a formação no âmbito da segurança do medicamento em articulação com o CGO e os Serviços Farmacêuticos.

Continuar formação sobre notificação de incidentes.

Analisar as causas dos incidentes.

Continuar as ações de melhoria no acondicionamento e sinalização dos Medicamentos de Alto Risco e LASA nos Serviços.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30



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

Foi revista a NPG da reconciliação terapêutica; Foi realizada auditoria à segurança do medicamento, sendo que uma das áreas auditadas foi a reconciliação terapêutica; Foi revista a Política de Administração terapêutica, tendo em conta as boas práticas preconizadas na literatura Nacional e Internacional.

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.

(anexo evidência) *

[II_SD-16Reconciliação terapêutica_HGO_2015.pdf](#)  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Continuar a auditar o processo de reconciliação terapêutica e sensibilizar os profissionais para a importância das boas práticas nesta área.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

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) *



Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Dar continuidade ao desenvolvimento das práticas sobre a identificação dos doentes com pulseira.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

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

29

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *



Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Continuar Formação no Centro Garcia de Orta a todos os grupos profissionais sobre Notificação de Incidentes. Analisar as causas dos incidentes e desenvolver medidas corretivas. Continuar a Auditar a identificação inequívoca de doentes com pulseira.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

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

21

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

II_SD-19_Auditorias Identificação do Doente_HGO_2015.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Continuar a auditar a identificação inequívoca do doente com pulseira.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

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

21

Os dados de identificação do doente são gerados através do SONHO 2 e impressos eletronicamente, nas etiquetas (autocolantes) e nas pulseiras dos doentes internados. Todos os serviços garantem a colocação de pulseira de identificação do doente, aquando da admissão do doente na Instituição, bem como a manutenção e existência permanente de pulseira de identificação até ao momento da alta do doente. Os profissionais não realizam nenhum procedimento se não tiverem a certeza que é o doente certo. A dupla verificação é sempre prática recomendada para prestar o cuidado certo, ao doente certo, em todos os procedimentos a realizar. São sempre verificados os dados de identificação do doente através de dupla verificação, através das etiquetas e pulseiras do doente antes da realização de qualquer procedimento, nomeadamente:

- Amostras de produtos biológicos
- Administração de sangue e hemoderivados
- Administração de medicamentos
- Transferência do doente
- Intervenções cirúrgicas
- Exames complementares de diagnóstico e procedimentos invasivos
- Requisições/prescrições de análises/exames/sangue/hemoderivados
- Confirmação de morte, entre outros.

Para a realização da Auditoria aos Serviços envolvidos, foram efetuados os seguintes procedimentos:

- Identificação do Serviço, do público-alvo e o nº de realizações;
- Seleccionados aleatoriamente 14 serviços
- Prática segura: Identificação do doente com pulseira;
- Observados 236 doentes, dos quais 215 adultos e 21 pediátricos.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *



Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Mantem uma cultura de segurança, visando a identificação correta e inequívoca do doente, bem como a dupla verificação de identificação do doente, sempre antes da realização de qualquer procedimento. Continuar Formação no Centro Garcia de Orta a todos os grupos profissionais sobre Notificação de Incidentes. Analisar as causas dos incidentes e desenvolver medidas corretivas. Continuar a Auditar a Identificação do doente com pulseira em regime de internamento e alargar a auditoria aos serviços de urgência e áreas de ambulatório.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

Prevenir a ocorrência de quedas

21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas? *

- Sim
 Não

(anexe evidência) *

II_SD-21_Prevenção de Quedas_HGO_2015.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Dar continuidade à avaliação e monitorização do risco de queda do doente através da Escala de Morse; Continuar a avaliação proactiva dos riscos de queda nos serviços clínicos; Dar continuidade à monitorização do Indicador Queda através da aplicação informática BSC; Continuar a realizar Formação sobre Prevenção de Quedas; Dar continuidade à substituição faseada Parque de camas hospitalares. Continuar a auditar semestralmente as práticas visando a prevenção e redução de quedas

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

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

244

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *



Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Continuar a formação sobre notificação de Incidentes;
Analisar as causas de Incidentes e desenvolver ações corretivas;
Dar continuidade à formação sobre prevenção de Quedas;
Continuar a auditar as práticas para a prevenção e redução de quedas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

23) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de quedas, 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).

(anexo evidência) *



Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Auditar semestralmente as práticas para a prevenção e redução de quedas;
Continuar formação sobre prevenção de quedas;
Continuar a formação sobre notificação de Incidentes;
Analisar as causas de Incidentes e desenvolver ações corretivas;
Continuar a desenvolver a avaliação proativa dos riscos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão

24) Implementou atividades no âmbito da prevenção de úlceras de pressão? * (anexo evidência) *

Sim (se sim, anexo evidência)

Não



Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Aquisição de colchões de espuma visco elástica para as macas no Serviço de Urgência geral.
Aquisição de macas com colchões de espuma visco elástica no Serviço de Urgência geral.
Aquisição de forma faseada de colchões de espuma visco elástica para as camas dos diversos Serviços da Organização.
Dar continuidade à monitorização do indicador de úlcera de pressão, através da aplicação informática BSC.
Continuar a auditar as práticas para a avaliação, prevenção e tratamento de Úlceras de Pressão.
Avaliação proativa de riscos nos Serviços Clínicos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

25) Qual o nº de notificações de incidentes relativas a úlceras de pressão adquiridas na instituição? * 10

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

II_SD-25_Notificações_Úlceras de Pressão_HGO_2015.rar

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Realizar formação no Centro Garcia de Orta sobre "Cirurgia Segura."
Criação de Grupo para análise e gestão de notificação de Úlceras de Pressão.
Continuar formação sobre notificação de incidentes.
Analisar as causas de Incidentes e desenvolver ações corretivas;
Continuar a desenvolver a avaliação proativa dos riscos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

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).

(anexo evidência) *

II_SD-26_Auditorias Ulcera de Pressão_HGO_2015.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Continuar formação sobre notificação de incidentes.
Analisar as causas de Incidentes e desenvolver ações corretivas;
Continuar a auditar as práticas para a avaliação, prevenção e tratamento de Úlceras de Pressão.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

Notificação, análise e prevenção e incidentes

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

Sim (se sim, anexo evidência)

Não

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

II_SD-27_Notificação Análise e prevenção de Incidentes_HGO_2015.pdf

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Continuar formação sobre notificação de incidentes.
Analisar as causas de Incidentes e desenvolver ações corretivas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31



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

- *Elaborado documento para orientação dos profissionais relativamente à etiquetagem de tubos para colheita de produtos analíticos.
- *Efetuada revisão da Política de Consentimento Informado, visando as orientações da Norma da Direção Geral da saúde relativamente ao Consentimento Informado, Norma nº015-2013, Atualização, 4.11.2015.
- *Realizadas auditorias ao Processo Clínico do Doente, visando a conformidade do Consentimento Informado relativamente a situações de intervenção cirúrgica e/ou procedimentos realizados.
- *Monitorização de indicadores de Prevenção de quedas, através da aplicação informática BSC.
- *Aquisição faseada do Parqueamento de camas para todos os Serviços da Organização, visando a prevenção de quedas.
- *Efetuada revisão das normas de procedimento geral relativas a medicamentos de alto risco e medicamentos LASA, da Política de Administração Terapêutica, tendo em linha de conta as novas guidelines Nacionais e Internacionais.
- *Realizada a Identificação dos medicamentos de alerta máximo e medicamentos LASA no armazenamento e labilização dos medicamentos em alguns Serviços.
- *Realizada Auditoria à segurança do Medicamento.
- *Efetuada análise das causas dos incidentes e realizados relatórios com propostas de prevenção, partilhadas e consensualizadas, com a participação dos serviços envolvidos.

Observações / Apoio

Anexar documento comprovativo da implementação de medidas.

(anexo evidência) *

II_SD-28_Notificação Análise e prevenção de Incidentes_HGO_2015.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

•Continuar a desenvolver as auditorias na Organização nas seguintes áreas:
 -Consentimento Informado,
 -Quedas;
 -Identificação do doente;
 -Segurança do Medicamento.
 •Continuar formação sobre notificação de incidentes e sobre a utilização da aplicação informática HER+.
 •Continuar a analisar as causas de Incidentes e desenvolver ações corretivas.
 •Continuar a realizar a formação no âmbito da segurança do medicamento em articulação com o CGO e os Serviços Farmacêuticos.
 •Continuar as ações de melhoria no acondicionamento e sinalização dos Medicamentos de Alto Risco e LASA nos Serviços.
 •Continuar a substituição do parqueamento de camas da organização.
 •Continuar a análise das causas dos incidentes e realizar relatórios com propostas de prevenção, partilhadas e consensualizadas, com a participação dos serviços envolvidos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

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

 Sim (se sim, anexo evidência) Não**Observações / Apoio**

Anexar relatório de auditoria interna.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Continuar a análise das causas dos incidentes e realizar relatórios com propostas de prevenção, partilhadas e consensualizadas, com a participação dos serviços envolvidos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

30) A instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde através dos 4 programas de incidência de infeção (HAI-SSI; HAI-UCI; UCIN; INCS)? *

 Sim Não**Observações / Apoio**

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

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Aguarda-se a adesão formal das INCS ao nível do PPCIRA Central da DGS.
 Dar continuidade à Vigilância Epidemiológica das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea, na Organização;
 Alargar o Programa a todos os Serviços do Internamento.
 Aguarda-se Formação Específica facultada pela DGS aos elementos responsáveis pelos HELICS nos Serviços de Cirurgia Geral e UCI e a 3 elementos do GCL-PPCIRA do HGO, bem como os códigos de acesso às Plataformas HELICS dos respetivos Serviços.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2016-12-31

31) A instituição monitorizou e notificou atempadamente os microrganismos alerta e problema? *

 Sim (anexo evidência) Não**Observações / Apoio**

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

(anexo evidência) *

II_SD-31_Prevenir e controlar as infeções_HGO_2015.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Dar continuidade à vigilância epidemiológica dos "Agentes Problema" nosocomiais ativa e diária com base nos resultados do laboratório de microbiologia e inserção em Base de Dados.
 Continuar a identificar e prevenir surtos/situações de alto risco, bem como a atualização diária de doentes em isolamento.
 Alargar a todos os Serviços a Sinalética de Identificação dos Locais de Isolamento e EPIs a utilizar.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2016-12-31

32) A instituição tem conhecimento e analisa os seus dados de consumo de antimicrobianos? *

 Sim (anexo evidência) Não**Observações / Apoio**

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

(anexo evidência) *

II_SD-32_Prevenir e controlar as infeções_HGO_2015.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

Continuar a monitorização da prescrição de antimicrobianos na Organização.
 Implementar a base de dados da monitorização dos DDD de Carbapenemes e Quinolonas, através da criação de variáveis e indicadores monitorizáveis, disponibilizados na intranet na página do microsite do GCL-PPCIRA para toda a Organização.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2016-12-31

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

 Sim (se sim, anexo evidência) Não**Observações / Apoio**

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

(anexo evidência) *

II_SD-33_Prevenir e controlar as infeções_HGO_2015.pdf  **Propostas de atividade para 2016**

Adicionar Proposta

•Continuar a monitorização da prescrição de antimicrobianos na Organização, por forma a atingir as metas da DGS, nomeadamente:
 ? - Promover e corrigir as práticas de uso de antibióticos, nomeadamente através da implementação de programa de assistência à prescrição antibiótica, tanto em profilaxia como em terapêutica, permitindo ao grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos a anulação do uso de antibióticos em situações em que não estão indicados ou utilizados por tempo superior ao necessário
 ? - Rever e validar as prescrições de, pelo menos, carbapenemes e fluoroquinolonas, nas primeiras 96 horas de terapêutica;
 ? - Ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro chefe de cada serviço clínico, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas por um médico e um enfermeiro de cada serviço, que funcionem como elos do processo.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2016-12-31

34) A instituição concluiu e ultrapassou a fase 1 da Campanha de Precauções Básicas de Controlo de Infeção? *

 Sim Não

Observações / Apoio
Anexar checklist de atividades da CPBCI.

(anexo evidência) *

II_SD-34_Prevenir e controlar as infecções_HGO_2015.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Dar continuidade à implementação da Campanha das Precauções Básicas de Controle de Infecção na Organização
Manter a Auditoria Interna ao cumprimento das PBCI nos 4 Serviços Piloto (Neurocirurgia; Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos; Unidade de Cuidados Intensivos e Medicina I) e em 2016 Implementar em mais 4 Serviços, dos quais (Medicina II; Cirurgia Geral Hematocologia; Medicina III e Infecologia).
Iniciar a monitorização em 4 Serviços Piloto no que respeita o correto uso de luvas (Neurocirurgia; Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos; Medicina I e Unidade de Cuidados Intensivos).
Promover Formações em Higiene das Mãos
Realizar auditoria Externa aos Serviços de Adesão à higiene das Mãos pelo menos 1x/ano.
Realizar comemoração do dia Mundial da Higiene das Mãos".
Monitorizar a higienização ambiental, sobretudo das superfícies frequentemente manuseadas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *



Não 2016-11-30

35) Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenems de 2014 para 2015? *

Sim
 Não

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

(anexo evidência) *

II_SD-35_Prevenir e controlar as infecções_HGO_2015.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Preconiza-se que até 2017 a taxa de conformidade na prescrição de carbapenems e quinolonas seja de 90%,
Pretende-se em 2016, reduzir em 10% o consumo de cabopenems e em 5% o consumo de Quinolonas, bem como reduzir em 10% o consumo de todos os antimicrobianos.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

37) A taxa MRSA/Staphylococcus aureus, considerando todos as amostras, diminuiu de 2014 para 2015, na instituição? *

Sim
 Não

Observações / Apoio
Quando se diz "considerando todas as amostras" implica todos os isolamentos, ie, sem exclusão de repetições no mesmo doente.
Deverão ser incluídas colonizações e infeções e excluídas contaminações.
Anexar o nº de amostras com isolamento de MRSA e o nº de amostras com isolamento de Staphylococcus aureus.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

*Dar continuidade à vigilância epidemiológica dos "Agentes Problema" nosocomiais de forma ativa e diária com base nos resultados do laboratório de microbiologia e inserção em Base de Dados.
*Continuar a identificar e prevenir surtos/situações de alto risco, bem como a atualização diária de doentes em isolamento.
*Diminuir a taxa de MRSA no HGO, nomeadamente:
? -Número de Bactérias adquiridas no Hospital por MRSA por 1000 dias de internamento, passar em 2016 para 0,140;
? -Proporção de bactérias adquiridas no Hospital por MRSA, passar em 2016 para 42%

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

38) Qual % de doentes que adquiriu colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta conforme definição da Norma n.º 004/2013, de 21/02/2013 atualizada a 05/08/2013? *

3.0900

38) Qual % de doentes que adquiriu colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta conforme definição da Norma n.º 004/2013, de 21/02/2013 atualizada a 05/08/2013? *

Observações / Apoio
Anexar o nº doentes com colonização/infeção por microrganismo alerta/problema no período em análise e o nº de doentes admitidos no período em análise.
Os dados dos doentes que adquiriram colonização ou infeção por microrganismos alerta e problema são fornecidos pelos Laboratórios de Microbiologia.

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Diminuir a % de doentes que adquiriram colonização ou infeção por microrganismo problema ou alerta na Organização.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31



39) Qual o nº de notificações de infeções associadas a cuidados de saúde, registados na instituição? *

13

(%)

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

(anexo evidência) *

II_SD-39_Prevenir e controlar as infecções_HGO_2015.rar  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Continuar a identificar e monitorizar as notificações de surtos/situações de alto risco, bem como o acompanhamento e orientação dos profissionais nos serviços.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

3. MONITORIZAÇÃO PERMANENTE QUALIDADE E SEGURANÇA

Diagnóstico de Situação em 2015



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.

(anexo evidência) *

III_SD-1_Monitorização Permanente da Qualidade e Segurança.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Uma vez que durante 2015 a Instituição avaliou a satisfação do utente na Organização, transversalmente na Urgência Geral e na Consulta Externa, pretendemos em 2016 realizar dois estudos de Avaliação da Satisfação do Doente nas áreas do Internamento e da Urgência Pediátrica. Em 2015, alguns Serviços também avaliaram internamente a satisfação junto dos utentes, nomeadamente o Serviço de Anatomia Patológica, o Bloco Operatório Centralizada e a Pediatria, e para 2016 pretende-se conseguir a adesão de três Serviços de MCDTs para Avaliação Interna da Satisfação dos Utentes e de mais três Serviços de Internamento, para além daqueles que já tem esta pratica enraizada.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

4. RECONHECIMENTO DA QUALIDADE DAS UNIDADES SAÚDE

Diagnóstico de Situação em 2015

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).

(anexo evidência) *

IV_SD-1_Instituição Acreditada.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Obter a Re-Acreditação pelo Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde (4ª ed.). UK: CHKS em 2016.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

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).

(anexo evidência) *

IV_SD-2_Instituição Certificada.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Dar continuidade ao Processo Recertificação/manutenção da certificação dos Serviços pelas diferentes entidades certificadoras, nomeadamente adequando-nos à ISO 9001:2015 até 2018:
 • CHKS-UKAS pela NP EN ISO 9001: 2015, os Serviços de Anatomia Patológica, Bloco Operatório, Patologia Clínica e Gestão Logística;
 • APCER pela NP EN ISO 9001:2015, o Serviço de Medicina Transfusional;
 • APCER pela NP EN ISO 9001:2015 e NP EN ISO 13485:2015, o Serviço de Esterilização Centralizada;
 • SGS, pela NP EN ISO 9001:2015, o Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida (CIRMA).
 Após a obtenção do Licenciamento do Banco de Olhos e Transplantação, implementar um Sistema de Certificação da Qualidade com reconhecimento externo.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-12-31

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

Diagnóstico de Situação em 2015

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 elaborados diversos folhetos informativos/formativos nas diversas áreas de especialidades, que são facultados ao doente/família, no momento da alta ou aquando da realização de um procedimento ou tratamento, de forma a ajudá-los a sedimentar os seus conhecimentos e a esclarecer algumas dúvidas relacionadas com a sua situação de saúde.
 Foram realizados Rastreios que permitiram a participação do doente, de forma a sensibilizá-los para a prevenção do Cancro Cutâneo; Prevenção da Diabetes, Prevenção da Hipertensão Arterial e Colesterolémia.
 Desenvolvidas algumas iniciativas com os doentes com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e reintegração na sociedade, que devido à sua situação de doença ficaram com limitações ou incapacidades que levaram a alterações significativas nos seus estilos de vida, das quais destacamos: a Caminhada do Coração, na qual foram envolvidos os doentes em Programa de Reabilitação Cardíaca; Ténis adaptado a cadeira de rodas, cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida e reintegração dos utentes que, por diversos motivos, ficaram com incapacidades;
 Realizado concurso de Fotografia Sobre Amamentação, com o objetivo de sensibilizar as mães para a importância da amamentação do seu filho.
 Participação na semana da Proteção Civil em Almada realizada no Forum Almada, cujo objetivo foi sensibilizar a população para a importância da lavagem das mãos, bem como a importância do suporte básico de vida no adulto e pediátrico.

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

V_SD-1_Iniciativas de Divulgação de Informação ao doente.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Continuar a promover iniciativas de divulgação de informação ao doente, através de folhetos informativos, rastreios, atividades pedagógicas, com vista a contribuir cada vez mais para a prática de hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida e segurança do doente.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30



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

Foram realizadas diversas ações de formação/cursos no âmbito da segurança do doente em diversas especialidades, das quais destacamos:
 • O Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade, que é um curso no qual a grávida adquire conhecimentos teórico-práticos específicos que lhe permitem uma participação activa durante a gravidez, trabalho de parto e parto. Estes Cursos decorrem mensalmente e são ministrados por Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. São compostos por 8 sessões de 2 horas cada, distribuídos por uma sessão semanal durante 8 semanas seguidas, todos os meses dá-se início a um novo curso, decorrendo em simultâneo 2ª e 5ª feira das 14 às 16 horas, 2 cursos;
 • O Curso de Preparação para o Aleitamento Materno, que é composto por 4 módulos de 2 horas cada, distribuído por um módulo semanal todas as 4ª feiras durante 4 semanas seguidas, todos os meses dá-se início a um novo curso. Têm no máximo de 10 utentes inscritas, podendo estas ser acompanhadas se assim o entenderem pela pessoa significativa.
 • Preparação Operatória que se realiza todas as quartas feiras das 9h-13h, para todas as crianças e jovens até aos 18 anos que vão ser submetidas a intervenção cirúrgica. A preparação é realizada em 2 fases: 1ª Fase - Grupo de crianças e acompanhantes. Formação em grupo, das 9 às 10 h, no 5.º Piso, na Sala da Biblioteca com o recurso a meios audiovisuais e material de apoio clínico (Caixa de Apoio Didáctica); Visita ao espaço físico do Serviço. 2ª fase - Consulta de Enfermagem – Pediatria Cirúrgica Consulta individual com cada criança/jovem/família das 10h-13h, no 1º piso no espaço da consulta de pediatria.
 • Preparação para realização de Cateterismo ou Angioplastia, que se realiza em grupo todas as 4ª Feiras no Centro de Formação das 10h às 11h, com todos os doentes que vão realizar estes procedimentos/tratamentos.
 • Programa de Reabilitação Cardíaca, no qual é trabalhado com o doente o desenvolvimento de competências e mudanças de comportamento, que lhe permitam readquirir um estilo de vida mais saudável e uma melhor qualidade de vida. Este programa é realizado em consulta com a participação de uma equipa multidisciplinar, nomeadamente médico, dietista e enfermeiro.
 • Reunião Familiar – Grupo de Apoio às Famílias do doente com Esquizofrenia, que se realiza quinzenalmente às 6ª Feiras das 14h às 16h, e tem como principal objetivo apoiar a família/cuidadores de pessoas com esquizofrenia e envolve-los no tratamento do seu familiar.
 • Reunião Familiar-Grupo de Apoio aos Cuidadores Familiares da Pessoa com Demência, que se realiza quinzenalmente às 3ª feiras das 14h às 16h, e que tem como principal objetivo apoiar a família/cuidadores de pessoas com esquizofrenia, envolvendo-os no tratamento do seu familiar.
 • Programa de Cuidados Integrados e Recuperação de pessoas com doença mental grave (CIR), cujo objetivo é ajudar os doentes com experiência de sintomas psiquiátricos a desenvolverem capacidades personalizadas para lidar com a sua doença, e alcançar os seus objetivos, oferecendo uma variedade de informações, estratégias e competências que podem usar para alcançar a sua recuperação. É realizado em sessões semanais durante um período estimado de três a seis meses, podendo ser utilizado em formato individual ou em grupo. Realiza-se todas as 5ª feiras, das 14h às 16h.

Observações / Apoio

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

(anexo evidência) *

V_SD-2_Ações de Formação_Segurança do doente.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Dar continuidade a todos os cursos existentes na Organização, bem como ações de formação e procurar alargar a outras especialidades clínicas.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

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

*Após análise dos Relatórios de Exposição de 2014 e 2015 do Gabinete do Cidadão, verificou-se um decréscimo do peso de reclamações que foi significativo (-5,4%), correspondendo a menos 103 exposições face ao ano de 2014. Para isso contribuíram as ações desenvolvidas nos Serviços com maior nº de reclamações, nomeadamente a Urgência Geral, a Admissão de Doentes e a Imagiologia, tais como:

Serviço de Urgência Geral
 ? Disponibilizados Monitores para as Salas de Espera dos Serviços Urgência, com informação no momento (atualizada), sobre Tempos de Espera de Atendimento;
 ? Foram desencadeadas ações para diminuição dos tempos de espera no Serviço de Urgência até à 1ª observação, enfoque nas prioridades de cores laranja e amarelo: Cor Laranja = 20 minutos; Cor Amarelo = entre 60 minutos a 100 minutos;
 ? Criada uma área restrita para o atendimento dos doentes (Serviço Urgência Verdes e Azuis-SUVA) para triagem e encaminhamento de doentes de baixa prioridade, com pulseira de Cores Verde e Azul;
 ? Foi reforçada a Equipa médica e de Enfermagem no Serviço de Urgência Geral;
 ? Foi redimensionado e adequado às necessidades da população o Gabinete de Informações e Acompanhamento (GIA) para Utentes e Acompanhantes com o objetivo de melhorar a informação e o apoio aos doentes e familiares;
 ? Foram realizadas 6 ações de formação no âmbito Comunicação e Atendimento para a Urgência Geral, abrangendo a maioria dos profissionais.

Neste Serviço verificou-se uma diminuição de 613 para 421 reclamações, isto é um decréscimo de 31,3% relativo a 2014.

Serviço de Radiologia
 ? Foram adquiridas prestações de serviços a entidades externas para exames de Tomografia Computorizada e Ecografia e RM, para recuperação de doentes da Lista de Espera;
 ? Foi feito o reforço da Equipa Médica (2 médicos) com a contratação de 1 médico Radiologista a tempo inteiro e 1 a tempo parcial;
 ? Fez-se um alargamento dos turnos duas vezes por semana até às 23h. Estas três medidas contribuíram para um acréscimo da produção interna de 29,9%.
 ? Fez-se o reforço sobre a obrigatoriedade de dar resposta aos pedidos de audição/reclamação à Direção do Serviço ou noutros elementos por delegação.
 ? Todas as reclamações passaram a ser também monitorizadas pelo Administrador Hospitalar, responsável por esta área.

Apesar de se terem desenvolvidos os esforços acima identificados, constatou-se uma subida do nº de reclamações de 159 para 162, isto é um acréscimo de 1,88 % relativo a 2014.

Consulta Externa- Admissão de Doentes



? Afectação de dois Assistentes Técnicos, em retaguarda, para dar resposta ao atendimento telefónico e emails, no horário das 8 às 18 horas (a funcionar desde o dia 01/02/14);
 ? Foram disponibilizados 10 quichets em funcionamento no horário das 8 às 12 horas, em que pelo menos um priorizou o atendimento das situações abrangidas no âmbito do "atendimento prioritário" e os pedidos de declaração de presença;
 ? Foram sensibilizados os Diretores dos Serviços Clínicos para informarem o Serviço de Admissão de Doentes, das desmarcações de consultas/exames com 72 horas de antecedência, desde que tenham conhecimento prévio;
 ? Foi realizada alteração do Regulamento do Serviço de Consulta Externa, no qual passou a ser definido expressamente para as desmarcações da consulta, necessidade de autorização assinada pelos Diretores dos Serviços e pelo Diretor da Consulta Externa;
 ? Desenvolvida a monitorização dos tempos de espera para efetivação/marcação de consultas e exames, na aplicação ADW da Consulta a Tempo Horas (CTH);
 ? Foi reforçada a informação disponível aos utentes através dos meios disponíveis (email, fax, telefone direto) para informação/efetuação de marcações/desmarcações/pedidos de informação.

Neste Serviço verificou-se uma diminuição de 210 para 121 reclamações, isto é um decréscimo de 42,4 % relativo a 2014.

Observações / Apoio

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

(anexe evidência) *

Relatório Exposições Anual_2015.pdf  

Propostas de atividade para 2016

Adicionar Proposta

Pretende-se continuar a desenvolver as ações necessárias para diminuir as causas das reclamações em três das áreas com maior incidência do nº de reclamações:

-SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL - Continuara a otimizar os tempos dos tempos de espera no SU até à 1ª observação, enfoque nas prioridades de cores laranja e amarelo: Cor Laranja = 20 minutos; Cor Amarelo = entre 60 minutos a 100 minutos; Fazer formação Equipa do GIA, Triagem, Assistentes Técnicos e Operacionais em Comunicação e atendimento.

- SERVIÇO DE RADIOLOGIA - Reforço das equipas Médicas e de Técnicos de Radiologia; Monitorizar e aumentar a qualidade da prescrição; Continuar reforçar a obrigatoriedade de resposta aos pedidos de audição/reclamações e cumprimento dos prazos por parte da Direção do Serviço ou outro elemento, por delegação e sua monitorização pelo Administrador Hospitalar, responsável por esta área.

- SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA - Marcação de consultas subsequentes e exames efectuadas pelo médico informaticamente, no decorrer da consulta, e não em suporte papel; Implementação de atendimento em sistema de senhas; Reforçar a obrigatoriedade de resposta aos pedidos de audição/reclamações e cumprimento dos prazos por parte da Direção do Serviço ou outro elemento, por delegação.

Atividade conjunta *Prazo de Execução *

Não 2016-11-30

Inserir Atividade

6. 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.

Data de aprovação * 2016-02-25

Adicionar documento: * Relatório Atividades 2015 & Plano Acção 2016 QSD-HGO,vf 2016-02-25.zip  

Homologação do Plano de Atividades pelo Diretor-Geral da Saúde

Data de homologação * 2016-03-30

Adicionar documento: Selecione...

Ano *

Aprovação do Relatório de Atividades pelo Conselho de Administração/Presidente do ACES

Plano anos anteriores