

Modificaciones respecto a la anterior edición

Revisión del Plan de Calidad 2011/2013

Elaborado	Revisado	Aprobado
Coordinación de Calidad (Enero del 2014)	Comisión de Calidad (20 de Marzo del 2014)	Comité de Dirección (27 de Marzo del 2014)

Índice

1.- Introducción	1
2.- Órganos de Calidad	1
2.1- Coordinación de Calidad	2
2.2- Comisiones y/o Grupo Promotores	3
2.3- Grupos de mejora	3
3.- Líneas de trabajo y objetivos	4
3.1.- Conocimiento de las personas	4
3.2.- Desarrollo organizativo	4
3.3.- Seguridad del paciente	6
3.4.- Atención centrada en el paciente	8
3.5.- Sostenibilidad ambiental	9
4 Evaluación del plan	9
5 Seguimiento del Plan	10
6 Revisión del Plan	10

1.- Introducción

Los principios que inspiran este Plan de Calidad están alineados con los del Plan de Asistencial de Calidad y Seguridad del Paciente elaborado por la Dirección General de Innovación Sanitaria del Gobierno del Principado de Asturias.

2.- Órganos de Calidad

La estructura de la que el hospital dispondrá para dar soporte a la gestión de la calidad estará formada por:

- Dirección del Hospital.

- Coordinación de Calidad.
- Comisiones.
- Grupos de Mejora.

2.1- Coordinación de Calidad

La misión servir de soporte y facilitar el desarrollo de la política de calidad, propiciando y apoyando todos los procesos de calidad que se aborden en todo el conjunto de la organización.

Las funciones del área de calidad son:

- Implicarse en la gestión de la calidad de forma global en el Hospital y, en particular, en el área asistencial.
- Motivar a los profesionales en la consecución de una asistencia de calidad.
- Promover el análisis para desarrollar acciones de mejora.
- Facilitar la implantación de las diferentes acciones de mejora surgidas del análisis de la actividad de cualquiera de los niveles implicados en la gestión de la calidad.
- Promover, conjuntamente con la Dirección, la participación de los profesionales, en las estrategias de calidad.
- Facilitar la formación en herramientas de gestión de la calidad a los diferentes servicios y profesionales.
- Participar de forma activa en las reuniones de las Comisiones Clínicas.
- Coordinar las acciones de mejora que se propongan desde los diferentes niveles de responsabilidad del hospital.
- Controlar la evolución de las diferentes acciones que se propongan en materia de calidad. En este sentido, propondrá indicadores para valorar el resultado de las mismas.
- Representar a la Dirección del Hospital en aquellas actividades en las que el hospital participa dentro de la red pública de hospitales del Principado de Asturias

en materia de calidad, delegando en los casos que por su implicación en los temas propuestos parezca más eficaz.

2.2- Comisiones y/o Grupo Promotores

Las Comisiones Clínicas deben seguir trabajando en las áreas de su competencia.

Deben realizar un análisis riguroso de sus objetivos y plantearse nuevas acciones para conseguir alcanzarlos. El trabajo de las comisiones está muy orientado a algunos aspectos de la práctica asistencial, de ahí su importancia. Sin embargo deben mejorar los canales de comunicación para facilitar la recepción de sus recomendaciones a todos los niveles del hospital.

Las comisiones existentes son:

- Comisión de Calidad.
- Comisión de Historias Clínicas.
- Comisión de Docencia.
- Comisión de Formación Continuada.
- Comisión de Farmacia y Terapéutica.
- Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.
- Comisión de Investigación.
- Comisión de Mortalidad.
- Comisión de Cuidados de Enfermería.
- Comité de Transfusión.
- Comisión de Calidad de Radioterapia.

2.3- Grupos de mejora

Son grupos formados para analizar un problema o proyecto concreto, y proponer una respuesta al mismo. Estos grupos pueden ser internos (del Hospital) o externos al Hospital (Área Sanitaria, Comunidad Autónoma, etc.)

Los grupos de mejora se han de crear con objetivos concretos y con representación de todos los profesionales implicados en el problema que se va a analizar.

3.- Líneas de trabajo y objetivos

3.1.- Conocimiento de las personas

Objetivo 1	Adecuar el conocimiento de las personas responsables de ejecución de los objetivos establecidos en éste Plan de Calidad		
Acciones	Compromiso		
	2014	2015	2016
Elaboración de un Plan Anual de Formación que incluya las necesidades formativas necesarias para la ejecución de éste Plan de Calidad			
Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
Plan de formación elaborado	Si	Si	Si
Cumplimiento del Plan de Formación	50%	75%	75%

3.2.- Desarrollo organizativo

Objetivo 2	Progresar en las certificaciones y acreditaciones existentes		
Acciones	Compromiso		
	2014	2015	2016
Renovación / Mantenimiento de las certificaciones existentes en base a los requisitos de la norma ISO 9001 (Admisión, Documentación clínica, Anatomía Patológica, Bioquímica, Cocina, Farmacia, Hematología, Microbiología, Radioterapia, Servicio Transfusional, Suministros y Almacén)			
Ampliación de las certificaciones existentes en base a los requisitos de la norma ISO 9001:	Limpieza		
	Mantenimiento y Electromedicina		
	Hospital de día quirúrgico		
	Atención al usuario		
	Trabajo social		
Incorporación de estándares de acreditación en transfusión sanguínea de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia y de la Sociedad Española de transfusión sanguínea al sistema de gestión del Servicio Transfusional			
Mantenimiento de la acreditación docente del hospital y colaboración con la acreditación docente de Medicina Familiar y Comunitaria			
Establecimiento de objetivos de calidad en procesos certificados bajo el amparo de la norma ISO 9001			

Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
Número de procesos normalizados bajo alguna norma de reconocido prestigio internacional	Nº ₂₀₁₃₊ 1	Nº ₂₀₁₄₊ 2	Nº ₂₀₁₅₊ 2
Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
Mantenimiento de la acreditación docente del hospital y colaboración con la acreditación docente de Medicina Familiar y Comunitaria	Si	Si	Si
% de procesos certificados que tiene objetivos de calidad definidos y cumplidos	50%	50%	50%

Objetivo 3	Mejorar la recuperación del paciente quirúrgico		
Acciones	Compromiso		
	2014	2015	2016
Normalización e implantación de un protocolo de dolor agudo postoperatorio			
Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
% de pacientes quirúrgicos con registro de la intensidad de dolor en las primeras 48 horas tras cirugía mediante escala analógica visual	---	>70%	>90%
% de pacientes quirúrgicos con puntuación > 4 en la escala analógica visual en las primeras 48 horas tras cirugía	---	Monitorizar	

Objetivo 4	Promocionar el funcionamiento de la Comisiones		
Acciones	Compromiso		
	2014	2015	2016
Mantenimiento periódico de reuniones de la Comisiones del Hospital dando cumplimiento a los objetivos de las mismas.			
Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
Número de reuniones al año de cada Comisión constituida en el Hospital.	3	3	3

Objetivo 5	Optimizar el uso de antibióticos		
Acciones	Compromiso		
	2014	2015	2016
Elaboración e implantación de un Plan de optimización del uso de antibióticos en el (PROA) Hospital			
Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
Definición de PROA	Si		
Implantación de PROA		Si	
Evaluación de PROA			Si

3.3.- Seguridad del paciente

Objetivo 6	Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención		
Acciones	Compromiso		
	2014	2015	2016
Edición de boletín interno a través del cual se divulguen los resultados de los sistemas de vigilancia implantados en el Hospital (Hemovigilancia, Farmacovigilancia, Infección Nosocomial, UPP, identificación de pacientes, etc.)			
Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
Número de boletines internos a través del cual se divulguen los resultados de los sistemas de vigilancia implantados en el Hospital.	1	1	1

Objetivo 7	Minimizar la infección asociada a la asistencia sanitaria		
Acciones	Compromiso		
	2014	2015	2016
Definición e Implantación de procedimiento de Uso adecuado de antisépticos			
Monitorización, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria (INCLIMECC) en cirugía de colon, vesícula endoscópica, protesis total de cadera y prostatectomía radical abierta			
Actividades formativas sobre higiene de manos enfermería			
Revisión de infraestructura de higiene de manos y elaboración de un plan de mejora			
Implantación y evaluación del plan de mejora elaborado como resultado de la Revisión de infraestructura de higiene de manos			
Actividades formativas sobre higiene de manos médicos			

Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
Procedimiento de Uso de antisépticos elaborado		Si	
Incidencia de infección en cirugía de colon	≤ 14	≤ 12	≤ 10
Incidencia de infección de prótesis total de cadera	0	0	0
Incidencia de infección de vesícula endoscópica	≤ 1,5	≤ 1	≤ 1
Incidencia de infección Prostatectomía radical abierta	≤ 3,5	≤ 3	≤ 3
Infraestructuras de higiene de manos revisadas y plan de mejora elaborado	Si		Si
Plan de mejora de infraestructuras de higiene de manos implantado y evaluado		Si	
Actividades formativas sobre higiene de manos enfermería		Si	
Actividades formativas sobre higiene de manos médicos	Si		Si

Objetivo 8		Mejorar la seguridad de los procesos		
Acciones	Compromiso			
	2014	2015	2016	
Implantación y seguimiento del listado de verificación en cirugía				
Indicadores	Compromiso			
	2014	2015	2016	
Seguimiento del listado de verificación quirúrgico adecuado al protocolo		> 90%	> 95%	

Objetivo 9		Mejorar la seguridad del uso del medicamento		
Acciones	Compromiso			
	2014	2015	2016	
Auto-evaluación según el ISMP (Instituto para el uso seguro de los medicamentos).				
Desarrollo de un proyecto de mejora derivado de la auto-evaluación según el ISMP				
Fomentar la notificación de RAM (Reacciones adversas a medicamentos).				
Desarrollar un proyecto de conciliación de la medicación / atención al paciente polimedcado.				
Indicadores	Compromiso			
	2014	2015	2016	
Envío de la auto-evaluación y formular un plan de mejora	Si		Si	
Implantación de Plan de Mejora		Si		
Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos por cada 1000 habitantes.		≥0,32		

Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
% de usuarios revisados en el programa de atención a pacientes con polimedicación.	>30%	> 40%	> 50%

Objetivo 10	Fomentar la gestión de sucesos adversos		
Acciones	Compromiso		
	2014	2015	2016
Implantar un equipo de gestión de riesgos			
Implementar el registro de sucesos adversos			
Elaborar e implantar un plan de gestión de eventos centinelas y 2ª víctimas			
Existencia de equipo con designación de responsable	Si		
Existencia de Plan de gestión de eventos centinelas y 2ª víctimas		Si	
Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
Número de sucesos adversos declarados		Monitorizar	Monitorizar
% de eventos centinela		Monitorizar	Monitorizar
% de eventos centinela analizados		100%	100%
Informe trimestral de análisis de sucesos adversos declarados		50%	100%

3.4.- Atención centrada en el paciente

Objetivo 11	Progresar en la autonomía del paciente		
Acciones	Compromiso		
	2014	2015	2016
Revisión de Documento de Consentimiento Informados Específicos para todos los procedimientos que así lo requiera el marco legal			
Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
Documento de Consentimiento Informados Específicos revisados	100%		
% de Documento de Consentimiento Informados Específicos cumplimentados debidamente presentes en la Historia Clínica de acuerdo al nuevo modelo de los mismos	75%	90%	100%

Objetivo 12	Evaluar la percepción de los usuarios		
Acciones	Compromiso		
	2014	2015	2016
Evaluar, a través de encuestas de Satisfacción, la percepción de los usuarios sobre los servicios recibidos (Urgencias, Hospitalización, etc.)			
Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
Encuestas dirigidas a usuarios del Hospital de Jove	≥ 1	≥ 1	≥ 1

3.5.- Sostenibilidad ambiental

Objetivo 13	Mejorar la gestión ambiental desarrollada por la institución		
Acciones	Compromiso		
	2014	2015	2016
Revisión de Procedimiento de Gestión de Residuos del Hospital			
Auditoría interna de la gestión de residuos en el Hospital y elaboración de un Plan de mejora			
Implantación de plan de mejora de Gestión de Residuos definido a raíz de la auditoría de gestión de residuos			
Definición de procedimientos de gestión ambiental de acuerdo a la norma ISO 14001			
Indicadores	Compromiso		
	2014	2015	2016
Procedimiento de gestión de residuos en el Hospital revisado	Si		
Auditoría interna de la gestión de residuos realizada		Si	
Plan de mejora de la gestión de residuos elaborado		Si	
Plan de mejora de gestión de residuos implantado			Si
Procedimientos de gestión ambiental definidos			Si

4 Evaluación del plan

Cada uno de los objetivos será objeto de una evaluación específica, desde la Comisión de Calidad apoyada en el Coordinador de Calidad.

	PLAN DE CALIDAD 2014 - 2016
Fecha: MARZO 2014	Plan 05.2

5 Seguimiento del Plan

En el primer trimestre de cada año (2015 y 2016), el Plan de Calidad será revisado por la Comisión de Calidad.

Así mismo, cada vez que la Consejería de Sanidad u Órgano dependiente de ésta, elabore un Plan de Calidad que pueda afectar al Plan de Calidad del Hospital, el Coordinador de Calidad del Hospital procederá a la revisión y proposición de cambios. Estos cambios antes de ser trasladados a la Gerencia del Hospital deben contar con el VºBº de la Comisión de Calidad.

Todas las modificaciones que se propongan deben de ser autorizadas por la Gerencia del Hospital.

6 Revisión del Plan

A lo largo del último trimestre del año 2016 se procederá a la elaboración del nuevo Plan de Calidad para el Hospital.