

Instrucció: 6/2022/GAD

CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

ÒRGAN DEL QUAL EMANA: SECRETARIA AUTONÒMICA D'EFICIÈNCIA
I TECNOLOGIA SANITÀRIA.

ASSUMPTE: Actualització de les funcions de qualitat assistencial i seguretat dels pacients en els departaments de salut. Pla de qualitat assistencial i seguretat del pacient.

DESTINATARIS: professionals dels departaments de salut i dels centres multidepartamentals.

La Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de salut de la Comunitat Valenciana, modificada per la Llei 8/2018, de 20 d'abril, de la Generalitat, estableix en l'article 10 que "els proveïdors de l'assistència sanitària hauran de prestar una atenció de qualitat centrada en el pacient que tinga en compte, entre altres aspectes, l'efectivitat, l'eficiència, l'accessibilitat, l'equitat i la seguretat, havent d'impulsar, la conselleria amb competències en matèria de sanitat, la implantació de sistemes de gestió de qualitat i seguretat en els centres sanitaris públics i privats".

La modificació de 2018 introdueix en l'article 3 com a principis rectors:

"1. El sistema valencià de salut s'orienta a la promoció de la salut, a la prevenció de les malalties i a l'assistència sanitària i desenvolupa totes les seues activitats conformement als següents principis rectors: g) Qualitat dels serveis, que busca augmentar contínuament la probabilitat d'obtindre els resultats que es desitgen, utilitzant intervencions basades en l'evidència científica".

Amb data 30 de gener de 2017, la Secretaria Autonòmica de Salut Pública i del Sistema Sanitari Públic va emetre la Instrucció 3/2017, amb l'objectiu de normalitzar les funcions de qualitat assistencial i seguretat del pacient dels departaments/centres de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Recollint l'experiència d'aquests 5 anys transcorreguts, ens veiem en la necessitat d'actualitzar aquesta instrucció i proposar un Pla de qualitat assistencial i seguretat del pacient els eixos del qual orienten els professionals dels departaments de salut i dels centres multidepartamentals en l'elaboració dels seus plans de qualitat.

D'aquesta manera, atés el que s'ha esgrimit, es dicta la present instrucció, que té per objecte definir i actualitzar les funcions bàsiques i comunes de qualitat assistencial i seguretat del pacient dels departaments de salut, incloent els centres sanitaris multidepartamentals de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

INSTRUCCIÓ PRIMERA

SOBRE LES UNITATS FUNCIONALS DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT

1. La qualitat assistencial i la seguretat del pacient és un deure i responsabilitat de cada professional que presta la seua labor en els centres sanitaris.
2. Cada departament i centre, liderat per l'equip directiu, desenvolupa la política de qualitat en la qual s'integren els objectius establits en el Pla de qualitat assistencial i seguretat del pacient (PCAySP).
3. La Unitat Funcional de Qualitat Assistencial i Seguretat del Pacient (UFCASP) del departament de salut o dels centres multidepartamentals és el grup multidisciplinari de professionals que s'encarrega de liderar aquesta política i de coordinar i impulsar la qualitat i seguretat del pacient.
4. La UFCASP depén funcionalment del consell de direcció del departament de salut i de la gerència del departament a raó de les seues respectives competències, o de la direcció del centre, a la qual ha d'informar de totes les seues activitats.
5. En les UFCASP es promou que hi haja representació dels diferents àmbits sanitaris (atenció primària, atenció hospitalària i salut pública). La seua composició s'adapta als intervals recomanats per al grup departamental definit (annex I).
6. Donada la dependència funcional de les UFCASP de la direcció, no formen part d'aquestes unitats els membres del consell de direcció del departament ni la direcció del centre.
7. Els professionals que componen la UFCASP són designats per la gerència del departament o per la direcció del centre multidepartamental. S'ha de mantindre un registre de professionals que la componen, de la seua formació i dedicació. Tant la designació com els canvis han de ser comunicats al servei amb competències en matèria de qualitat de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública¹

¹ Adreça de correu electrònic secasp@gva.es

8. Els professionals que constitueixen la UFCASP tenen una dedicació plena o parcial en funció de les necessitats i dels recursos disponibles en cada departament, i no pot ser inferior a:
 - a. Departaments de grup I: 50 hores setmanals en còmput total dels membres que la conformen. El mínim és de 5 hores setmanals per professional de la UFCASP (exceptuant el professional que exercisca la funció de coordinació).
 - b. Departament de grup II i III: 30 hores setmanals en còmput total dels membres que la conformen.
 - c. Centres multidepartamentals: 10 hores setmanals en còmput total dels membres que la conformen.

9. L'equip directiu dels departaments de salut ha de proporcionar suport de personal administratiu necessari per a desenvolupar les actuacions encomanades. Queda exclòs del temps de dedicació del còmput de personal que forma part de les UFCASP.

10. El personal que conforma les UFCASP ha de tindre coneixements acreditats en matèria de qualitat i seguretat del pacient, que s'han d'actualitzar anualment per mitjà de l'oferta formativa de l'EVES o altres fonts que complisquen els requisits necessaris formatius.

INSTRUCCIÓ SEGONA

COORDINACIÓ DE LA UNITAT FUNCIONAL DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT

1. Entre els/les professionals que componen les UFCASP, un/a d'aquests exerceix les funcions de coordinació de la Unitat. El coordinador/a té capacitat per a treballar en equip, afavorir el bon clima laboral i la cooperació, liderar processos i col·laborar fixant objectius de qualitat i seguretat del pacient.

2. La persona coordinadora és designada per la gerència del departament de salut o per la direcció del centre multidepartamental. Ha de tindre dedicació plena o parcial en funció de les necessitats i recursos disponibles en el departament. La seua dedicació no pot ser inferior a 30 hores setmanals.

3. La persona coordinadora de la UFCASP actua d'interlocutor/a amb els diferents centres/serveis/unitats del departament de salut, amb la direcció del departament de salut, així com, amb els serveis centrals de la conselleria amb competències en matèria de qualitat i seguretat del pacient.

4. Són competències de la persona coordinadora de la UFCASP:

- I. Vetlar per l'execució dels objectius fixats en el Pla de qualitat assistencial i seguretat del pacient.
- II. Garantir l'intercanvi d'informació obtinguda de serveis centrals i de la direcció del departament.
- III. Elaborar el reglament intern de funcionament de les UFCASP, així com portar el registre actualitzat de professionals que la conformen.
- IV. Dur a terme reunions periòdiques de la UFCASP i elaborar cronogrames per al seguiment i assoliment dels objectius fixats.
- V. Representar la UFCASP, presentant una vegada a l'any els resultats obtinguts al consell de direcció.
- VI. Difondre i impulsar les mesures institucionals i jornades i esdeveniments que es comuniquen des del servei d'amb competències en matèria de qualitat de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

INSTRUCCIÓ TERCERA

FUNCIONS DE LES UNITATS FUNCIONALS DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEURETAT DEL PACIENT

Les UFCASP desenvolupen les seues activitats alineades amb els Objectius de qualitat assistencial i seguretat del pacient de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública recollits en el PCAySP, amb tasques dirigides a:

1. Assessorar el consell de direcció o direcció del centre en els objectius de qualitat i seguretat, i impulsar aquelles fórmules organitzatives encaminades a aconseguir una major integració dels recursos que redunden en una millora contínua de la qualitat en els processos assistencials, així com promocionar estratègies de comunicació apropiades que afavorisquen l'assoliment dels objectius de qualitat i seguretat.
2. Coordinar i assessorar les comissions, comités i grups de treball existents en matèria de qualitat assistencial i seguretat del pacient, així com impulsar la seua activitat.
3. Implementar, juntament amb l'equip directiu, el PCAySP del departament/centre i donar suport a la gestió de tots els programes inclosos en el citat Pla.
4. Fomentar la normalització de l'activitat assistencial mitjançant:
 - a) Revisió i actualització de protocols i procediments de pràctica clínica i administratius que faciliten la continuïtat de l'atenció sanitària.
 - b) Promoció i coordinació de bones pràctiques sanitàries que disminuïsquen la variabilitat assistencial.
5. Millorar la seguretat de pacients mitjançant actuacions tendents a:
 - a) Identificar els riscos associats a la prestació assistencial, a través de la identificació de situacions de risc dels processos i implantant accions necessàries per a la seua prevenció, reducció o, en el seu cas, control de l'impacte.
 - b) Potenciar la notificació d'esdeveniments adversos (EA) en la pràctica clínica diària, desenvolupant una metodologia homogènia de detecció i anàlisi dels EA i posada en marxa de les mesures de prevenció que eviten que tornen a produir-se.

6. Posar en valor el dret a la informació i consentiment de pacients i potenciar la normalització del procediment de consentiment informat segons el que s'estableix per la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
7. Difondre la cultura de la qualitat i seguretat entre els/les professionals i impulsar i coordinar la formació dels/les professionals en la metodologia per a l'avaluació i millora de la qualitat, seguretat del pacient i riscos associats a l'assistència sanitària alineats amb les estratègies de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
8. Garantir la participació i la cura dels professionals:
 - a) A través de mecanismes d'avaluació d'enquestes de clima laboral.
 - b) Promovent la incorporació de professionals en l'elaboració i/o revisió de protocols.
 - c) Promovent la correcta identificació de professionals.
 - d) Dissenyant mecanismes de participació dels professionals en la definició dels valors de l'organització.
 - e) Potenciant el desenvolupament d'eines de comunicació interna com a element facilitador del desenvolupament professional.
9. Potenciar la certificació i/o acreditació respecte a un sistema establert per norma reconeguda (ISO, EFQM...) de centres/serveis i unitats i el posterior registre d'aquestes certificacions en el registre autonòmic de certificacions de qualitat.
10. Col·laborar amb els Serveis d'Atenció i Informació al Pacient (SAIP) quant a:
 - a) l'accessibilitat i la informació sobre voluntats anticipades.
 - b) l'avaluació dels procediments de gestió de reclamacions, queixes i suggeriments, adaptats a la normativa d'aplicació.
 - c) la posada en marxa de procediments que asseguren l'adequada informació i intimitat del pacient.
 - d) la implantació de protocol d'acolliment a usuaris.
 - e) l'establiment d'àrees de millora detectades després de l'anàlisi de les queixes i suggeriments de pacients i usuaris.

f) la correcta identificació del personal voluntari que desenvolupa les seues tasques en el departament de salut.

11. Promoure la incorporació d'auditories i monitoratges sistemàtics com a estratègia clau de millora de la qualitat.

INSTRUCCIÓ QUARTA

PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT

1. Amb l'objectiu d'aconseguir la millora contínua, cada departament de salut/centre ha d'implementar el Pla de qualitat assistencial i seguretat del pacient (annex II) de la Comunitat Valenciana. Aquest pla preveu les recomanacions en matèria de qualitat i seguretat emeses per organismes internacionals i nacionals (OMS, Consell de la Unió Europea, Ministeri de Sanitat) i per la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Aquest pla s'ha d'adaptar a les característiques concretes i tipologia de cada entorn². El PCAySP adaptat és aprovat pel consell de direcció del departament o per la direcció del centre multidepartamental i es trasllada a la direcció general amb competències en matèria de qualitat assistencial i seguretat del pacient a través del servei amb competències en matèria de qualitat assistencial.

2. El pla té caràcter quadriennal (2022-2025) i estableix els circuits de difusió interna i externa que permeten donar-lo a conèixer a professionals i usuaris del sistema.

3. La implementació del citat pla, liderat i gestionat per la UFCASP del departament està orientat a la consecució dels objectius i plans d'acció definits i s'avaluarà amb indicadors i metes establides.

4. El seguiment de la implementació del pla és anual a través de les UFCASP.

Aquest seguiment del PCAySP es recollirà en model normalitzat facilitat pel servei amb competències en matèria de qualitat assistencial, on es defineixen els indicadors i metes proposades per a la consecució de cada objectiu, així com les fonts de dades i registres associats que evidencien la consecució de cada objectiu.

² L'adaptació incorporarà, entre altres, els objectius aprovats pel consell de direcció del departament en matèria de qualitat assistencial i seguretat del pacient.

INSTRUCCIÓ CINQUENA

COMUNICACIÓ EN MATÈRIA DE QUALITAT I SEGURETAT

1. Cada UFCASP ha d'actualitzar el seu reglament de funcionament intern d'acord amb el que es disposa en la present instrucció i ha d'enviar el document actualitzat i aprovat pel consell de direcció del departament o direcció del centre al servei amb competències en matèria de qualitat de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

2. Les UFCASP elaboren una memòria anual d'activitats en model normalitzat, que serà aprovada pel consell de direcció o direcció del centre. Aquesta memòria ha de contindre la informació relativa a l'acreditació de la formació de tots els membres de la UFCASP.

3. La persona coordinadora de la UFCASP és la responsable de difondre el seguiment del PCAySP i totes les actuacions en aquesta matèria als professionals a través de la Intranet, mitjançant jornades informatives o qualsevol mitjà de difusió que considere convenient.

4. Tant la memòria anual com l'informe anual de seguiment del Pla de qualitat assistencial i seguretat del pacient es comunicarà, a través de correu electrònic, al servei amb competències en matèria de qualitat de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Aquest servei serà el responsable d'avaluar els PCAySP.

INSTRUCCIÓ SISENA

EFICÀCIA I PÈRDUA D'EFECTES

La present instrucció adquireix eficàcia a partir de la seua signatura i deixa sense efecte la Instrucció 3/2017, de 30 de gener, de la Secretaria Autonòmica de Salut Pública i del Sistema Sanitari Públic, sobre "Normalització de les funcions de qualitat assistencial i seguretat del pacient dels departaments/centres de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública".

València, data en signatura

La Secretària Autonòmica d'Eficiència i Tecnologia Sanitària

ANNEX I. COMPOSICIÓ UFCASP

- Departaments que pertanyen al grup I: el nombre de professionals que la componen no pot ser inferior a 5 ni superior a 10.
- Departaments que pertanyen al grup II i III: el nombre de professionals no pot ser inferior a 3 ni superior a 8.
- Centres multidepartamentals: el nombre de professionals que la componen no pot ser inferior a 3 ni superior a 5.

ANNEX II. PLA DE QUALITAT ASSISTENCIAL I SEGURETAT DEL PACIENT

LÍNIA ESTRATÈGICA 1

GENERAR, POTENCIAR I DIFONDRE LA CULTURA DE QUALITAT I SEGURETAT DEL PACIENT entre les persones usuàries i professionals de tots els centres que permeta incrementar el sentit de pertinença a l'organització:

Objectiu 1

Establir directrius que fomenten la qualitat assistencial i seguretat del pacient i de les persones usuàries en els centres i adequar-la a les seues característiques i a l'estratègia global del departament de salut.

Pla d'acció:

- a. *Elaborar i implementar una política i marc institucional en matèria de qualitat i seguretat del pacient per a tot el departament de salut/centre.*
- b. *Realitzar una anàlisi interna i externa de l'entorn del departament de salut/centre que permeta identificar canvis i detectar oportunitats en matèria de qualitat i seguretat.*
- c. *Incloure en l'estratègia global del departament/centre el pla de qualitat assistencial i seguretat del pacient.*

Objectiu 2

Impulsar l'activitat de les comissions clíniques de garantia de qualitat. *En tots els departaments de salut han d'haver, almenys, les següents comissions clíniques: històries clíniques; teixits i tumors; mortalitat; infeccions i profilaxis; política antibiòtica, farmàcia i terapèutica hospitalària i farmàcia i terapèutica en atenció primària i sociosanitària; docència i formació, i comitès ètics d'investigació clínica.*

Pla d'acció:

- a. *Mantindre un registre departamental de comissions/comitès.*
- b. *Normalitzar reglaments interns de comissions/comitès clínics departamentals no regulats per normativa específica.*

LÍNIA ESTRATÈGICA 2

INCREMENTAR LA QUALITAT I SEGURETAT DE L'ATENCIÓ SANITÀRIA PRESTADA a usuaris/usuàries d'acord amb els coneixements disponibles en cada moment.

Objectiu 1

Potenciar l'estandardització de processos amb la finalitat de disminuir la variabilitat en la pràctica assistencial.

Pla d'acció:

- a. *Normalitzar processos administratius en tots els àmbits d'atenció del departament de salut. Serà necessari que cada centre/departament dispose d'un procés de gestió documental, en el qual es definisca la identificació de la documentació, el circuit d'aprovació documental, la difusió, registre, conservació i actualització dels documents que es generen en matèria de qualitat i seguretat del pacient.*
- b. *Desenvolupar i adaptar guies de pràctica clínica o altres documents d'actuació clínica basats en l'evidència (protocols, processos assistencials, vies clíniques...) consensuats en el centre, adequats a la seua cartera de serveis i basats en l'evidència científica, que garantisquen la continuïtat de l'atenció, faciliten la disminució de la variabilitat assistencial i milloren l'efectivitat clínica. Entre aquests, per la seua especial rellevància, el procés d'atenció integral a pacient amb dolor.*
- c. *Dur a terme accions per a la posada en marxa de la Guia de bones pràctiques per a l'atenció sanitària mitjançant modalitat no presencial. Elaboració i/o revisió de protocols d'assistència no presencial en cada departament de salut.*
- d. *Disseny i implantació de procediments de comunicació entre els/les professionals durant la transició assistencial dels/les pacients, per a garantir una atenció continuada i segura a pacients i usuaris.*

Objectiu 2

Potenciar la participació de l'usuari en la millora contínua de la qualitat assistencial.

Plan d'acció:

- a. *Detectar àrees de millora derivades de l'anàlisi de les enquestes de satisfacció anuals i implantar accions en aquelles àrees que es desvien de la seua tendència respecte d'anys anteriors i/o respecte de l'estàndard.*

- b. Gestionar agraïments, reclamacions i suggeriments de pacients i usuaris/àries com a element de millora contínua de la qualitat.*
- c. Elaborar i/o revisar el protocol normalitzat d'acolliment del pacient que afavorisca el tracte personalitzat i de respecte.*
- d. Impulsar eines per a la participació dels/les pacients i ciutadans/es en la presa de decisions i/o en la seua autocura.*
- e. Implementar cartes de serveis de les diferents unitats del departament/centre.*
- f. Promoure la correcta identificació de personal voluntari que desenvolupa tasques en el departament de salut/centre.*

LÍNIA ESTRATÈGICA 3

DIFONDRE LA CULTURA DE QUALITAT I SEURETAT EN L'ORGANITZACIÓ.

Objectiu 1

Difondre i impulsar les mesures institucionals de seguretat clínica del pacient.

Plans d'acció:

- a. *Potenciar la implementació i difusió del programa de Cirurgia Segura, IQZ i projectes Zero del Ministeri de Sanitat.*
- b. *Impulsar jornades que afavorisquen la difusió dels dies mundials de qualitat i seguretat del pacient.*
- c. *Promoure l'ús de l'eina de notificació d'efectes adversos i incidents relacionats amb la seguretat (SINEA), així com potenciar l'anàlisi d'aquells esdeveniments notificats utilitzant una metodologia homogènia.*

Objectiu 2

Oferir transparència en la informació sobre l'atenció sanitària proporcionada, així com sobre les normes i directrius de qualitat.

Plans d'acció:

- a. *Impulsar l'aplicació /utilització de solucions digitals per a millorar la seguretat en l'atenció de la salut.*
- b. *Actualitzar la informació continguda en pàgines web departamentals en els aspectes relacionats amb la qualitat assistencial.*
- c. *Difondre els resultats anuals del PCAySP en el consell de salut departamental i en aquells mitjans que es consideren oportuns pel consell de direcció.*

Objectiu 3

Garantir un flux constant d'informació i formació dels/les professionals en matèria de qualitat i seguretat del pacient, i afavorir la cultura interna d'aprenentatge i compromís amb la consecució dels objectius de qualitat del centre.

Plans d'acció:

- a. *Promoure la formació dels/les professionals per a adquirir coneixements, habilitats i competències en matèria de qualitat i seguretat del pacient.*
- b. *Elaborar un Pla de formació de qualitat i seguretat del pacient que incloga formació en eines d'anàlisi de riscos.*
- c. *Incorporar sessions clíniques de matèries relacionades amb la qualitat i seguretat del pacient.*

LÍNIA ESTRATÈGICA 4

POTENCIAR L'ÚS DE MODELS I EINES DE GESTIÓ que permeten la certificació i/o acreditació dels centres/serveis/unitats sanitàries respecte als sistemes establits per norma reconeguda (ISO, EFQM...), així com la inscripció en el Registre autonòmic de certificacions de qualitat (GERCA) com a mesura de reconeixement a l'esforç realitzat pels professionals i donar transparència i visibilitat a la ciutadania de la qualitat dels serveis.

Objectiu 1

Afavorir la **certificació i/o acreditació** dels centres/serveis/unitats sanitàries respecte dels sistemes establits per norma reconeguda (ISO, EFQM...).

Plans d'acció:

- a. *Promoure processos d'obtenció i/o actualització de certificats/acreditacions en matèria de qualitat i seguretat.*
- b. *Destinar recursos dedicats a obtindre processos de certificació /acreditació.*
- c. *Registrar i comunicar els certificats al Registre Autonòmic de Certificats en qualitat de centres, serveis i establiments sanitaris de la CV.*
- d. *Visibilitzar els certificats de qualitat obtinguts en el departament de salut, a través de la pàgina web i de jornades de lliurament d'aquesta certificació com a element motivador i de benchmarking entre els serveis.*

LÍNIA ESTRATÈGICA 5

GARANTIR LA SEURETAT DE TOTS ELS PROCESSOS mitjançant la gestió de riscos sanitaris

Objectiu 1

Liderar la gestió de riscos associats a l'assistència sanitària:

Plans d'acció:

- a. Consolidar el compromís del centre/departament de salut de fomentar la cultura de seguretat.
- b. Elaborar un mapa de riscos associat al mapa de processos del departament que permeti una anàlisi periòdica dels riscos associats a l'assistència sanitària i la posada en marxa d'accions per a previndre o reduir els efectes d'un EA.
- c. Gestionar de manera proactiva els riscos associats a l'assistència sanitària, incorporant metodologies com ara l'anàlisi modal de fallades i efectes (AMFE).

Objectiu 2

Previndre infeccions relacionades amb l'assistència sanitària (IRAS). Identificar i disminuir els riscos de contraure i transmetre infeccions entre pacients i professionals sanitaris.

Plans d'acció:

- a. Implantar/complir procediments/programes relacionats amb el control d'IRAS per a disminuir les infeccions relacionades amb l'assistència.

Objectiu 3

Identificar correctament el pacient i les seues mostres. L'establiment de mesures que garantisquen la correcta identificació del pacient i les seues mostres és una pràctica recomanada per organitzacions internacionals.

Plans d'acció:

- a. Elaborar i/o revisar el protocol d'identificació del pacient i les seues mostres en el qual s'incloga:
 - L'ús d'almenys dos identificadors únics del pacient.
 - Identificació del pacient en cada procediment.
 - Identificació inequívoca al nounat abans d'eixir del paritori i en presència de la mare o familiar, sempre que siga possible.
 - Identificació de la titularitat del document clínic de cada usuari, que s'utilitze durant l'assistència sanitària.
 - Etiquetat/identificació de les mostres biològiques i proves d'imatge en el mateix moment de la seua obtenció.
- b. Implantar accions que asseguren la traçabilitat de mostres biològiques determinants per al diagnòstic, des de l'origen d'obtenció de la mostra.

Objectiu 4

Ús segur del medicament. L'anàlisi i la gestió dels errors de medicació detectats pels professionals sanitaris durant la seua activitat és una estratègia essencial per a millorar la qualitat i seguretat de l'ús de medicaments, i un element clau per a crear una cultura de seguretat facilitant l'intercanvi d'experiències i lliçons apreses.

Plans d'acció:

- a. *Elaborar i/o revisar el compliment del protocol d'ús segur de medicaments i productes sanitaris, que incloga selecció, emmagatzematge, prescripció, validació, preparació, dispensació, administració i seguiment d'aquests.*
- b. *Gestió d'incidents/alertes de medicaments/productes sanitaris dels sistemes de notificació.*
- c. *Implantar pràctiques segures amb els medicaments d'alt risc.*

- d. *Complir el protocol de conciliació dels medicaments durant les transicions assistencials.*
- e. *Promoure l'optimització d'ús d'antimicrobians per a reduir el risc de generació de resistències.*

Objectiu 5

Notificació i anàlisi d'esdeveniments adversos (EA). Els sistemes de notificació ens donen l'oportunitat d'aprendre de l'experiència per a previndre els errors.

Plans d'acció:

- a. *Potenciar l'ús de la notificació i gestió d'esdeveniments adversos en el sistema d'identificació, notificació i anàlisi d'incidents relacionats amb l'atenció sanitària (SINEA).*
- b. *Analitzar els EA com a àrea de millora contínua.*
- c. *Impulsar el protocol de suport a les segones i terceres víctimes d'efectes adversos.*

Objectiu 6

Seguretat en processos assistencials. Garantir la seguretat del pacient/usuari:

Plans d'acció:

1. *Promoure l'elaboració/revisió de protocols relacionats amb la seguretat del pacient, i especialment en les àrees següents:*
 - a. *àrea quirúrgica.*
 - b. *processos diagnòstics i terapèutics amb radiacions ionitzants.*
 - c. *processos oncològics de quimioteràpia.*
 - d. *prevenció de caigudes i lesions associades.*
 - e. *prevenció d'úlceres per pressió.*
 - f. *seguretat en les contencions mecàniques.*
 - g. *abordatge integral del dolor.*
 - h. *prevenció de reaccions al·lèrgiques al làtex.*
 - i. *actuació davant aturada cardiorespiratòria i control de carretons d'aturada.*

- j. inserció, cures i manteniment de dispositius invasius com a catèters, sondes, drenatges.
- k. qualsevol altra que es considere.

2. Promoure l'elaboració de pla de cures individualitzat per a cada pacient en el qual es preveja l'avaluació de riscos, les escales de valoració i les accions preventives adequades que s'avaluen de manera periòdica.

Seguretat en processos de suport a l'assistència: Les polítiques de gestió mediambientals no adequades poden tindre un gran impacte en la societat. Una adequada gestió de les infraestructures i els residus augmenta la seguretat de pacients, usuaris i professionals, i contribueix a la protecció del medi ambient potenciant la cultura d'ecologia i salut.

Plans d'acció:

- a. Promoure l'ús segur de les instal·lacions i equips disponibles en el departament/centre.
- b. Elaborar i/o revisar procediments de control de caducitat de material fungible, així com potenciar les polítiques de reciclatge.
- c. Implantar en centres/departament de salut la gestió de residus derivats de l'assistència. El centre/departament disposarà d'un procediment que regule aquesta gestió.

Objectiu 7

Garantir el manteniment i la millora contínua del programa d'Higiene de Mans (HM) recomanat per l'SNS en tots els centres sanitaris.

Plans d'acció:

- a. Realització d'auditories per a verificar el compliment del programa en tot el centre/departament (A. Hospitalària, A. Primària i Salut Pública).
- b. Elaboració, difusió i implementació de les campanyes d'HM coincidint amb el dia mundial.
- c. Seguiment dels indicadors d'HM establits en l'estratègia mundial

LÍNIA ESTRATÈGICA 6

PROMOURE LA CULTURA DE BONES PRÀCTIQUES I IMPULSAR LA CULTURA DE BIOÈTICA DINS DE L'ORGANITZACIÓ.

Objectiu 1

Promoure les **recomanacions de "NO FER"** segons l'evidència científica i identificar aquelles pràctiques locals que aporten els millors resultats (*benchmarking*).

Plans d'acció:

- a. *Difondre i implementar les "Recomanacions de NO fer" en la pràctica sanitària .
(http://www.msc.es/organizacion/sns/plancalidadesns/ca_sccc.htm)*

Objectiu 2

Posar en valor la humanització com a "manera de cuidar i curar el pacient com a persona, amb base en l'evidència científica, incorporant la dimensió de la dignitat i la humanitat del pacient i establint una atenció basada en la confiança i empatia, i contribuint al seu benestar i als millors resultats possibles en salut"³

Plans d'acció:

- a. *Posar en valor del procediment d'informació i consentiment informat com un dret del pacient, i afermar la utilització dels documents normalitzats de consentiment informat (CI) publicats en la pàgina web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.*
- b. *Impulsar la formació en matèria de bioètica entre els professionals del departament, especialment en aquelles matèries que protecció de dret de pacients (eutànasia...).*
- c. *Potenciar la labor dels comitès de bioètica assistencials com a referents en matèria de bioètica en el departament de salut.*

³ Basat en el Model "Afectiu-Efectiu" proposat per Albert Jovell

LÍNIA ESTRATÈGICA 7

CONTRIBUIR A POSAR EN VALOR ELS/LÉS PROFESSIONALS DEL SISTEMA SANITARI

Objectiu 1

Posar en valor els/les professionals sanitaris, tenint en compte les seues necessitats.

Plans d'acció:

- a. *Elaborar enquestes de clima laboral, detectar àrees de millora i implantar accions.*
- b. *Comunicar les àrees de millora als serveis/unitats/centres implicats.*
- c. *Disposar d'un protocol d'acolliment actualitzat per als professionals que afavorisca la seua integració, facilitant l'inici de la seua relació laboral amb el centre.*
- d. *Promoure mecanismes de participació dels professionals en la definició de valors i consecució d'objectius.*
- e. *Promoure la correcta identificació de professionals.*

Objectiu 2

Promoure la cultura de la innovació com a element facilitador del desenvolupament professional.

Plans d'acció:

- a. *Implementar eines de comunicació interna com a element facilitador del desenvolupament professional.*
- b. *Promoure la implementació de guies de bones pràctiques com a mecanisme de comparació entre departaments, que facilite el benchmarking amb l'objectiu d'aprendre de l'experiència dels altres i extraure idees aplicables al centre/departament.*
- c. *Establir mecanismes per a identificar pràctiques innovadores establint el procés de selecció i priorització d'iniciatives més beneficioses per al centre/departament.*