

Estratexia galega de seguridade e calidade asistencial

2024-2028

Patient Name:
Contact No.
DOB
Blood Group:

Sex:
Reg:



758096349631

Estratexia galega
de seguridade e
calidade asistencial
2024-2028

Liñas estratéxicas

Estratexia galega
de seguridade e
calidade asistencial

2024-2028

01

Liderado



02

Identificación
de pacientes



03

Procesos
diagnósticos



04

Seguridade
nos coidados e
tratamentos.
Atención
á dor



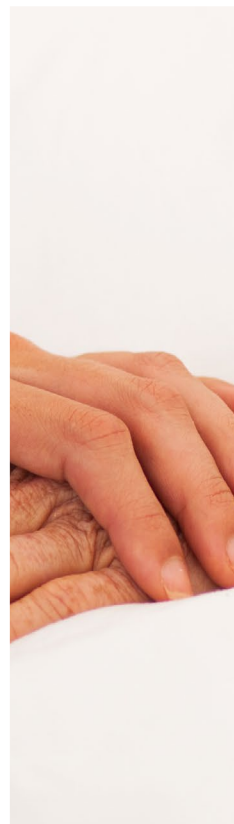
05

Uso seguro dos
medicamentos.
Conciliación.
Medicación de
alto risco



06

Xestión
de riscos



07

Notificación
e análise de
incidentes
relacionados
coa seguridade
do paciente.
Atención 2.^a
e 3.^a vítimas



08

Comunicación
e continuidade
asistencial



09

Prevenção
das infeccións,
seguridade
nos procesos
asistenciais
críticos e
de risco



10

Formación de
profesionais,
pacientes e
coidadores en
seguridade de
pacientes



OBXECTIVO

1.1

Potenciar a cultura da calidade e seguridade como estratexia clave da organización

ACTUACIÓN 1.1.1

Elaborar unha listaxe de eventos sentinela

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Cada institución dispón dunha listaxe de eventos sentinela e decide cales son os incidentes que deben someterse a unha ACR (análise causa-raíz). En todas as ACR de eventos sentinela participará activamente a Dirección.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Sí/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 1.1.2

Situar a calidade e a seguridade do paciente coma obxectivo estratéxico do Servizo Galego de Saúde

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Existencia de obxectivos estratéxicos de calidade e seguridade do paciente nos acordos de xestión anuais.

FÓRMULA 

Peso dos obxectivos de calidade e seguridade / total obxectivos x 100

ESTÁNDAR 

5 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 1.1.3

Formar no liderado e en competencias de mellora da calidade e seguridade do paciente os xestores e os mandos intermedios do Servizo Galego de Saúde

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Existencia dun itinerario formativo específico e de adquisición de competencias en calidade e seguridade do paciente para os xestores e mandos intermedios.

FÓRMULA 

N.º de xestores e mandos intermedios que teñen realizada unha acción formativa anual de calidade e seguridade / N.º total de xestores e mandos intermedios x 100

ESTÁNDAR 

50 %

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO

1.2

Comunicación e colaboración inter e multidisciplinar

ACTUACIÓN 1.2.1

Fomentar o traballo colaborativo e o enfoque a riscos multidisciplinar

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Creación e mantemento de grupos de traballo/comisións clínicas reguladas, como obxectivos enfocados á abordaxe de potenciais problemas de seguridade e á avaliación de resultados, creando canles de comunicación estables entre o equipo directivo e as comisións para mellorar a coordinación e facilitar a implementación de medidas.

FÓRMULA 

N.º de comisións clínicas activas / ano

ESTÁNDAR 

≥ 15

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 1.2.2

Incluír a calidade e a seguridade do paciente como información mínima dos plans de acollida a profesionais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Os plans de acollida dos novos profesionais inclúen aspectos relacionados coa seguridade do paciente, como poden ser a existencia de sistemas de notificación de incidentes, os programas Zero, programas de seguridade cirúrxica, aspectos básicos de identificación, rastrexabilidade e confidencialidade da información, ademais de aspectos organizativos.

FÓRMULA 

N.º de novos plans de acollida aos profesionais con información de seguridade / N.º de novos plans x 100

ESTÁNDAR 

100 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 1.2.3

Incluír a calidade e a seguridade do paciente como información mínima dos plans de acollida a pacientes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Os plans de acollida a pacientes (ingresados e consultas) inclúen aspectos relacionados coa seguridade do paciente, como programas de seguridade implantados, mecanismos de notificación de incidentes e accións para contribuir como axentes implicados no proceso da seguridade da atención (identificación, hixiene de mans, caídas etc.).

FÓRMULA 

N.º de novos plans de acollida aos pacientes con información de seguridade / N.º de novos plans

ESTÁNDAR 

100 %

PERIODICIDADE 

Anual

Estandarización, medición e mellora continua dos procesos asistenciais

ACTUACIÓN 1.3.1

Identificar referentes clínicos de calidade e seguridade

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Identificación dun referente de calidade e seguridade clínico, médico e enfermeiro, en cada servizo, con funcións definidas.

FÓRMULA

$N.º \text{ de referentes identificados} / N.º \text{ de unidades e servizos} \times 100$

ESTÁNDAR

60 %

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 1.3.2

Manter un cadro de mandos de indicadores de calidade e xestión de riscos clínicos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A organización revisa anualmente o funcionamento do sistema de calidade e xestión de riscos, elaborando informes de benchmarking entre áreas sanitarias e dando difusión aos profesionais sanitarios

FÓRMULA

Existencia dun informe de "benchmarking" anual difundido ás áreas sanitarias

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 1.3.3

Difundir as boas prácticas e a aprendizaxe dos erros

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A organización (área) difunde anualmente resultados de boas prácticas e fomenta a aprendizaxe dos erros, dándolles información aos mandos e aos profesionais sanitarios.

FÓRMULA

$N.º \text{ de accións de difusión anuais} / N.º \text{ de boas prácticas e erros identificados} \times 100$

ESTÁNDAR

≥ 10 %

PERIODICIDADE

Anual

Identificación de pacientes

Planificar a identificación inequívoca do paciente en todas as áreas sanitarias para mellorar a seguridade e a personalización, co fin de minimizar os eventos adversos relacionados con erros de identificación

ACTUACIÓN 2.1.1

O Servizo Galego de Saúde dispón dun procedemento para levar a cabo a identificación inequívoca de pacientes na atención presencial e non presencial en todas as áreas sanitarias e adapta, se é preciso, as particularidades que se encontren en cada centro sanitario

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

No Servizo Galego de Saúde existe un procedemento para levar a cabo a identificación inequívoca de pacientes na atención presencial e non presencial actualizado bianualmente.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

OBXECTIVO
2.2**Avaliar a identificación inequívoca do paciente en todas as áreas sanitarias para mellorar a seguridade e a personalización, co fin de minimizar os eventos adversos relacionados con erros de identificación**

ACTUACIÓN 2.2.1

Nomear un referente en identificación inequívoca de pacientes en cada área sanitaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Existe a nivel das áreas sanitarias un profesional sanitario responsable de xestión da identificación inequívoca de pacientes.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 2.2.2

Avaliar a implantación da identificación inequívoca de pacientes mediante a realización de auditorías internas e externas nas diferentes área sanitarias

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

As áreas sanitarias deben cumprir anualmente o estándar dos ítems avaliados nas auditorías internas/externas realizadas para avaliar a identificación inequívoca de pacientes.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de medidas cumpridas entre as auditadas} / N.º \text{ de medidas totais auditadas} \times 100$

ESTÁNDAR 

≥ 95 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 2.2.3

Incluír nos cadros de mandos das áreas sanitarias os indicadores de seguimento de identificación inequívoca de pacientes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen no cadro de mandos da área sanitaria indicadores empregados para a identificación inequívoca de pacientes.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO
2.3**Comunicarlles os resultados dos procesos de identificación inequívoca de pacientes tanto aos profesionais sanitarios como aos pacientes e á poboación xeral**

ACTUACIÓN 2.3.1

Dispoñer de vías de comunicación de eventos adversos nas áreas sanitarias para a identificación de pacientes (Sinasp), que serán coñecidos e utilizados tanto por profesionais coma por pacientes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de eventos adversos comunicados por pacientes e profesionais relacionados coa identificación inequívoca de pacientes con relación ao total de eventos adversos comunicados por Sinasp.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de eventos adversos comunicados por Sinasp relacionados coa identificación inequívoca de pacientes} / \text{Total de eventos adversos comunicados por Sinasp} \times 100$

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 2.3.2

Comunicarlles aos profesionais, ás asociacións de pacientes e a outras organizacións os resultados das accións de mellora para diminuír os erros de identificación

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen informes a través de boletíns, da Intranet das áreas sanitarias ou da páxina web do Sergas que poñen en coñecemento os resultados das accións de mellora para evitar os erros de identificación.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 2.3.3

Promover a participación activa dos pacientes e achegados nas accións de mellora da identificación inequívoca

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

N.º de actividades realizadas polas áreas sanitarias/Sergas para promover a participación activa dos pacientes e achegados na mellora da identificación inequívoca de pacientes.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de actividades realizadas polas áreas sanitarias} / \text{Total de actividades do Sergas}$

ESTÁNDAR 

≥ 1

PERIODICIDADE 

Anual

Procesos diagnósticos

OBXECTIVO

3.1

Racionalizar o uso das radiacións ionizantes na asistencia sanitaria

ACTUACIÓN 1.1.1

Definir guías e recomendacións de indicación e xustificación de estudos e de procedementos con radiacións ionizantes, especialmente para as probas máis frecuentes e, en pacientes pediátricos, reducindo aqueles innecesarios e que non acheguen valor

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


O Servizo Galego de Saúde elabora, aproba e difunde guías de indicacións e recomendacións consensuadas entre especialidades asistenciais e radioloxía para a indicación e a xustificación de estudos.

FÓRMULA 

N.º de recomendacións consensuadas e difundidas / ano

ESTÁNDAR 

> 5

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 3.1.2

Implantar a petición electrónica en todas as probas de diagnóstico por imaxe para minimizar erros na interpretación da xustificación e atrasos na programación

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


A petición electrónica atópase implantada e inclúe formularios de petición para a axuda da toma de decisións, recomendacións sobre probas de escaso valor (NON FACER) e identificación de función renal ou alerxias do paciente en probas con contraste.

FÓRMULA 

Dicotómico

ESTÁNDAR 

SI

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO

3.2

Seguridade e calidade dos procesos de laboratorio

ACTUACIÓN 3.2.1

Implantar un programa de seguridade na fase preanalítica para previr erros na identificación, preparación, transporte de mostras e almacenaxe ata o seu procesado

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Existen accións de implantación de mecanismos e sistemas de seguridade e rastrexabilidade para a correcta preparación, a utilización do medio ou o soporte adecuado, o transporte e o almacenamento.

FÓRMULA 

Accións de implantación de programas de seguridade preanalítica

ESTÁNDAR 

≥ 1

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 3.2.2

Formar os profesionais e os pacientes sobre as condicións de recollida de mostras nunha contorna de aprendizaxe e mellora compartida

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen accións formativas que lles permiten aos profesionais coñecer as condicións óptimas de obtención e identificación de mostras biolóxicas e que lles permiten aos pacientes implicarse na súa seguridade, informándoos das condicións necesarias de preparación para as probas diagnósticas.

FÓRMULA 

N.º de accións formativas / ano

ESTÁNDAR 

≥ 5

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 3.2.3

Fomentar os sistemas de xestión da calidade baseados na UNE: EN ISO 15189:2023 para mellorar a rastrexabilidade e os resultados do proceso preanalítico, analítico e postanalítico e dar garantía da fiabilidade do resultado

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Acreditación segundo a Norma UNE-EN ISO 15189:2022 os laboratorios clínicos nos alcances que cada centro determine.

FÓRMULA 

N.º de novos alcances / ano no Sergas

ESTÁNDAR 

≥ 5

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO
3.3

Estandarización, medición e mellora continua dos procesos asistenciais de diagnóstico

ACTUACIÓN 3.3.1

Introducir a análise sistemática de incidentes clínicos como estratexia en todos os servizos de atención hospitalaria e atención primaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existe análise sistemática de incidentes clínicos en relación co diagnóstico realizado en sesións periódicas nos servizos que abordan problemas no proceso de atención sen dano para o paciente (p. ex.: fallos na toma de decisións ou decisións complexas tomadas sen apoio).

FÓRMULA

$N.º \text{ de sesións realizadas} / N.º \text{ de unidades e servizos de atención hospitalaria e atención primaria} \times 100$

ESTÁNDAR

> 90 %

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 3.3.2

Crear estándares para procedementos diagnósticos invasivos que minimicen a posibilidade de erro

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Está determinada unha listaxe de procedementos para estandarizar, tendo en conta a frecuencia e o impacto na seguridade. De cada un dos procedementos da listaxe elabóranse uns estándares de calidade e seguridade.

FÓRMULA

$N.º \text{ de estándares elaborados} / N.º \text{ de procedementos invasivos frecuentes} \times 100$

ESTÁNDAR

> 20 %

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 3.3.3

Definir e difundir un manual de boas prácticas no rexistro e acceso á historia clínica electrónica para incrementar a seguridade dos rexistros electrónicos de saúde

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen accións de mellora da seguridade relacionada coas áreas clave de risco da HCE (p. ex.: difundir recomendacións de calidade á hora de cubrir a historia clínica electrónica, fomentar as prácticas seguras no manexo da información e na emisión de informes).

FÓRMULA

$N.º \text{ de accións de difusión}$

ESTÁNDAR

> 5

PERIODICIDADE

Anual

LIÑA
ESTRATÉXICA
04

Seguridade nos coidados e tratamentos. Atención á dor

OBXECTIVO
4.1

Mellorar a seguridade dos coidados nos centros asistenciais a partir da implantación de procedementos actualizados sobre os aspectos clave descritos

ACTUACIÓN 4.1.1

Identificar, elaborar e/ou actualizar os procedementos para a seguridade nos coidados, facéndoos accesibles aos profesionais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

O centro dispón dos procedementos, recollidos neste obxectivo, actualizados para a seguridade nos coidados e dispoñibles para os profesionais.

FÓRMULA

$N.º \text{ de procedementos dispoñibles} / N.º \text{ de procedementos recollidos no obxectivo} \times 100$

ESTÁNDAR

40 % o primeiro ano, 60 % o segundo ano, 80 % o último ano de vixencia da estratexia

PERIODICIDADE

Revisar os procedementos cada 3 anos desde a primeira edición en vigor

ACTUACIÓN 4.1.2

Fomentar as boas prácticas nos coidados dos pacientes en atención primaria e hospitalaria, desenvolvendo un sistema de avaliación do cumprimento dos puntos clave dos procedementos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

O centro dispón de indicadores vinculados a cada un dos procedementos descritos, realiza a súa análise e establece medidas de mellora.

FÓRMULA

$N.º \text{ de procedementos cun indicador vinculado no cadro de mando da organización} / N.º \text{ de procedementos totais} \times 100$

ESTÁNDAR

100 % procedementos cun indicador no cadro de mando

PERIODICIDADE

Revisión mensual do cadro de mando

OBXECTIVO
4.2

Apoderar os paciente como axentes activos, favorecendo a participación nos seus coidados e a posibilidade de influír nos factores que afectan a súa saúde e incorporando tamén a súa familia e coidadores

ACTUACIÓN 4.2.1

Fomentar e promover a participación do paciente, familia e coidadores dentro da actividade asistencial, proporcionando os coñecementos e as habilidades necesarias para intervir nos seus coidados

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de sesións formativas dirixidas aos profesionais de enfermería que promovan a participación de pacientes e familias nas unidades de hospitalización.

FÓRMULA

25 % de unidades de hospitalización cada ano

ESTÁNDAR

25 % de unidades de hospitalización cada ano, ata acadar o 100 % no 2028

PERIODICIDADE

Revisión Anual

ACTUACIÓN 4.2.2

Desenvolver actividades formativas e informativas dirixidas aos pacientes, coidadores principais e familias, asegurando que a información se dea de forma completa, clara e comprensible

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

O centro desenvolve actividades formativas e informativas dirixidas aos pacientes, coidadores principais e familias.

FÓRMULA

Número de actividades formativas e informativas realizadas / ano

ESTÁNDAR

Mínimo 3 actividades formativas realizadas

PERIODICIDADE

Revisión Anual

ACTUACIÓN 4.2.3

Crear contornas facilitadoras nos centros sanitarios para mellorar o benestar e a experiencia de pacientes e familias/coidadores

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

O centro dispón de contornas facilitadoras para mellorar o benestar e a experiencia de pacientes e familias/coidadores.

FÓRMULA

Número de contornas facilitadoras existentes na área sanitaria

ESTÁNDAR

1 contorna facilitadora no período

PERIODICIDADE

Revisión Anual

OBXECTIVO
4.3

Incorporar como práctica habitual nos centros a avaliación dos riscos e a aplicación dos coidados necesarios para a súa prevención, que deberán quedar reflectidos no plan de coidados do paciente

ACTUACIÓN 4.3.1

Avaliar os riscos do paciente (úlceras por presión, caídas, disfaxia...) no momento do seu ingreso hospitalario, rexistrándoos na súa historia clínica

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de pacientes coas avaliacións dos riscos ao ingreso rexistradas na súa historia clínica.

FÓRMULA

N.º de pacientes con avaliación de risco rexistrada na historia clínica / N.º pacientes totais x 100

ESTÁNDAR

90 % dos pacientes con avaliación de risco rexistrada na historia clínica

PERIODICIDADE

Revisión mensual dos indicadores vinculados no cadro de mando

ACTUACIÓN 4.3.2

Incorporar aos plans de coidados as accións preventivas adecuadas segundo os resultados da avaliación de risco

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de pacientes con accións preventivas adecuadas incorporadas ao seu plan de coidados.

FÓRMULA

N.º de pacientes con accións preventivas rexistradas na historia clínica / N.º pacientes con risco x 100

ESTÁNDAR

90 % dos pacientes con risco con accións preventivas rexistradas na historia clínica

PERIODICIDADE

Revisión mensual dos indicadores vinculados no cadro de mando



Mellorar o diagnóstico e o enfoque terapéutico de prevención, control e tratamento da dor aguda e crónica, incorporando o paciente mediante un afrontamento activo do seu proceso

ACTUACIÓN 4.4.1

Desenvolver actividades de divulgación, educación e formación tanto para pacientes e familias coma para profesionais sobre os distintos tipos de dor (dor aguda, dor crónica primaria e dor crónica secundaria)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

O centro desenvolve actividades de divulgación, educación e formación tanto para pacientes e familias coma para profesionais.

FÓRMULA

Número de actividades desenvolvidas anualmente

ESTÁNDAR

Mínimo 3 actividades / ano

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 4.4.2

Elaborar protocolos multiprofesionais de prevención, control e tratamento dos distintos tipos de dor (dor aguda, dor crónica primaria e dor crónica secundaria)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A área sanitaria dispón de protocolos multiprofesionais de prevención, control e tratamento dos distintos tipos de dor (dor aguda, dor crónica primaria e dor crónica secundaria).

FÓRMULA

N.º de protocolos existentes na área

ESTÁNDAR

Mínimo 3 protocolos (un por cada tipo de dor)

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 4.4.3

Deseñar e implantar unidades multidisciplinares de afrontamento activo baseadas en educación e movemento para a abordaxe de pacientes con dor crónica primaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A área sanitaria dispón dunha unidade multidisciplinar de afrontamento activo para a abordaxe de pacientes con dor crónica primaria.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

1 unidade creada

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 4.4.4

Reactivar/constituír os comités clínicos técnicos da dor nas áreas sanitarias e a Comisión Central da Dor do Sergas

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A área sanitaria ten constituído o Comité Técnico da Dor e o Sergas a Comisión Central.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Ambos (comités/comisión) en funcionamento

PERIODICIDADE

Anual



Uso seguro dos medicamentos. Conciliación. Medicación de alto risco

OBXECTIVO
5.1

Uso seguro dos medicamentos. Prácticas para mellorar a seguridade no uso dos medicamentos de alto risco (MAR)

ACTUACIÓN 5.1.1

Elaborar e implantar un protocolo institucional sobre recomendacións para a utilización segura dos MAR tanto en atención hospitalaria coma en atención primaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existe un protocolo institucional elaborado e implantado sobre recomendacións para a utilización segura dos MAR tanto en atención hospitalaria coma en atención primaria.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 5.1.2

Identificar os MAR dispoñibles nos centros/unidades asistenciais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de MAR correctamente identificados no centro/unidades asistenciais.

FÓRMULA

N.º de MAR correctamente identificados no centro/unidade asistencial / N.º total de MAR dispoñibles no centro/unidade asistencial x 100

ESTÁNDAR

≥ 90 %

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 5.1.3

Promover a aplicación de actuacións para reducir os erros asociados aos MAR nas áreas sanitarias

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Actuacións levadas a cabo para reducir os erros asociados aos MAR nas áreas sanitarias.

FÓRMULA

N.º actuacións levadas a cabo para reducir os erros asociados os MAR

ESTÁNDAR

≥ 2

PERIODICIDADE

Anual

OBXECTIVO
5.2

Implantar ferramentas que aseguren a rastrexabilidade no uso seguro de medicamentos

ACTUACIÓN 5.2.1

Favorecer o uso de tecnoloxías integradas cos sistemas de información clínica que permitan o uso seguro de medicamentos ao longo do proceso de prescrición e validación

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de servizos/unidades con ingreso e hospitais de día que dispoñen de sistemas de prescrición electrónica asistida (sistemas de soporte ás decisións clínicas que relacionan as características dos medicamentos coas circunstancias clínicas do paciente).

FÓRMULA

N.º de servizos/unidades con ingreso e hospitais de día que dispoñen de sistemas de prescrición electrónica asistida / N.º total de servizos/unidades con ingreso e hospitais de día x 100

ESTÁNDAR

≥ 70 % (unidades de hospitalización, incluídas as unidades de críticos) ≥ 50 % (hospitais de día e urxencias). Exclúense as residencias sociosanitarias

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 5.2.2

Reducir os erros na preparación e dispensa de medicamentos, centralizar as preparacións no servizo de farmacia e utilizar sistemas electrónicos e de control

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A preparación de medicamentos no Servizo de Farmacia conta con sistemas de control que utilizan a identificación inequívoca do medicamento e con sistemas electrónicos de soporte á súa preparación.

FÓRMULA

N.º de preparacións de produtos estériles que utilizan a identificación inequívoca do medicamento e/ou sistemas electrónicos de soporte a preparación / N.º total de preparacións de produtos estériles x 100

ESTÁNDAR

≥ 50 %

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 5.2.3

Promover a identificación de poboacións e/ou situacións de especial risco, co obxectivo de reducir ou previr erros relacionados co uso dos medicamentos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Estratexias de prevención ou redución de erros relacionados co uso de medicamentos implantadas anualmente nos servizos hospitalarios/atención primaria.

FÓRMULA

N.º de estratexias de prevención ou de redución de erros relacionadas co uso de medicamentos implantadas nos servizos hospitalarios/atención primaria

ESTÁNDAR

≥ 2

PERIODICIDADE

Anual

OBXECTIVO
5.3**Conciliación da medicación e alerxias a medicamentos**

ACTUACIÓN 5.3.1

Elaborar un protocolo do Servizo Galego de Saúde sobre revisión e conciliación da medicación ao ingreso hospitalario en atención hospitalaria, en coordinación con atención primaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Existe un protocolo do Servizo Galego de Saúde sobre revisión e conciliación da medicación ao ingreso en atención hospitalaria en coordinación con atención primaria, actualizado bianualmente (servizos clínicos consensuados con cada área sanitaria).

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Bianual

ACTUACIÓN 5.3.2


Establecer prácticas de conciliación e revisión da medicación durante as transicións asistenciais, especialmente na transición de ingreso e alta hospitalaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de pacientes conciliados na poboación diana (poboación de pacientes seleccionada en cada área sanitaria).

FÓRMULA 
$$\frac{N.º \text{ pacientes conciliados}}{N.º \text{ total pacientes poboación diana}} \times 100$$
ESTÁNDAR 

≥ 70 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 5.3.3

Dispor de sistemas efectivos, integrados na historia clínica e no sistema de prescripción electrónica, que alerten de alerxias a medicamentos, previamente á prescripción

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Dispone de sistemas efectivos, integrados na historia clínica e no sistema de prescripción electrónica, que alerten de alerxias a medicamentos, previamente á prescripción.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Dentro do período de vixencia da estratexia 2023-2028

OBXECTIVO
5.4**Promover unha cultura de seguridade no uso dos medicamentos nas institucións, nos profesionais e nos pacientes**

ACTUACIÓN 5.4.1

Avaliar a mellora da cultura da seguridade en medicamentos nas institucións sanitarias mediante o cumprimento do cuestionario de autoavaliación da seguridade do sistema de utilización dos medicamentos nos hospitais (ISMP)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Cumprimento do cuestionario de autoavaliación da seguridade do sistema de utilización dos medicamentos nos hospitais (ISMP) nas áreas sanitarias por un grupo de traballo multidisciplinar.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Bianual

ACTUACIÓN 5.4.2


Desenvolver actividades formativas e informativas dirixidas a profesionais sanitarios sobre o uso seguro de medicamentos nos diferentes ámbitos asistenciais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Realización de actividades formativas e informativas dirixidas a profesionais sanitarios sobre o uso seguro de medicamentos nos diferentes ámbitos asistenciais.

FÓRMULA 
$$N.º \text{ de actividades formativas e informativas realizadas nos distintos ámbitos asistenciais por ano}$$
ESTÁNDAR 

≥ 3

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 5.4.3


Proporcionar información a pacientes ou cuidadores e fomentar a súa implicación na utilización correcta dos medicamentos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Realización de actividades formativas e informativas dirixidas a pacientes ou cuidadores sobre o uso seguro de medicamentos nos diferentes ámbitos asistenciais. Proporcionarlles información a pacientes/cuidadores e fomentar a súa implicación na utilización correcta dos medicamentos.

FÓRMULA 
$$N.º \text{ de actividades formativas e informativas realizadas nos distintos ámbitos asistenciais por ano}$$
ESTÁNDAR 

≥ 3

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO

6.1

Incorporar estratexias para a axeitada xestión de riscos relacionados coa atención sanitaria

ACTUACIÓN 6.1.1

Incorporar actuacións de xestión de riscos sanitarios e realizar a apreciación e o tratamento destes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


N.º de servizos que realizaron actuacións de xestión dos seus riscos sanitarios específicos: identificación, análise e tratamento.

FÓRMULA 

N.º de unidades/servizos que realizaron actuacións de xestión dos seus riscos / N.º de unidades/servizos existentes x 100

ESTÁNDAR 

≥ 20 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 6.1.2

Realizar actividades formativas para promover a formación de todos os profesionais na xestión de riscos e no uso de ferramentas de valoración do risco aplicables ao seu ámbito

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Número de actividades formativas destinadas aos profesionais que se realizaron coa temática da seguridade do paciente e xestión dos riscos.

FÓRMULA 

N.º de actividades formativas realizadas ao ano

ESTÁNDAR 

≥ 2

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 6.1.3

Incluír nos plans de acollida aos novos profesionais información sobre a xestión de riscos e a seguridade do paciente

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Número de plans de acollida aos profesionais que conteñen información sobre o sistema de xestión de riscos da área ou da unidade (se existise unha específica) do total de plans de acollida existentes.

FÓRMULA 

N.º de plans de acollida aos profesionais con información sobre o sistema de xestión de riscos / N.º de plans de acollida existentes x 100

ESTÁNDAR 

≥ 50 %

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO

6.2

Dispoñer dun mapa de riscos nas unidades/servizos adaptado á súa realidade funcional e actualizado polo menos anual

ACTUACIÓN 6.2.1

Promover diferentes métodos para a identificación de riscos relacionados coa seguridade do paciente (análise de reclamacións e suxestións, roldas de seguridade, revisión de historias clínicas, sesións para aprender dos erros, estudos epidemiolóxicos etc.)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de actividades formativas realizadas con contidos relacionados coa identificación e coa análise proactiva dos riscos.

FÓRMULA 

N.º de actividades formativas realizadas / ano

ESTÁNDAR 

> 2

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 6.2.2

Establecer para cada risco identificado a súa definición, posibles orixes e causas para cada orixe, consecuencias potenciais ou reais, así como as súas barreiras ou controis existentes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Porcentaxe de unidades/servizos que teñen un mapa de riscos onde figuren os riscos identificados, a súa definición, orixes e causas, as consecuencias e os controis asociados a cada risco. Os mapas de riscos deben ser adaptados á realidade de cada unidade/servizo ou agrupacións, no caso de que a situación funcional destes permita esa unificación de riscos.

FÓRMULA 

N.º de unidades/servizos con mapa de riscos / N.º de unidades/servizos existentes x 100

ESTÁNDAR 

≥ 20 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 6.2.3

Elaborar en cada área sanitaria o seu mapa de riscos, onde presente graficamente a apreciación dos riscos coas probabilidades potenciais ou reais de ocorrencia e a gravidade das consecuencias no caso de que ocorra

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de unidades/servizos que teñen un mapa de riscos onde figuren os riscos identificados, a súa definición, orixes e causas, as consecuencias e os controis asociados a cada risco. Os mapas de riscos deben ser adaptados á realidade de cada unidade/servizo ou agrupacións, no caso de que a situación funcional destes permita esa unificación de riscos.

FÓRMULA 

N.º de unidades/servizos con mapa de riscos / N.º de unidades/servizos existentes x 100

ESTÁNDAR 

≥ 20 %

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO

6.3

Establecer accións de mellora para os riscos nos que, tras a súa avaliación, poida determinarse a súa pertinencia e necesidade

ACTUACIÓN 6.3.1

Realizar a avaliación dos riscos, determinando se o risco é aceptable ou non para a organización e establecendo o grao de prioridade para o seu tratamento, en función dos recursos dispoñibles e da mellora esperada

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Porcentaxe de accións de mellora das cales, tras a súa avaliación, se determina a necesidade de tratamento, cuns beneficios importantes na seguridade dos pacientes. Estas accións de mellora teñen que expresar no seu contido os responsables, as accións con prazos e as necesidades de recursos que levan consigo.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de accións de mellora} / N.º \text{ de riscos non aceptables} \times 100$

ESTÁNDAR 

≥ 50 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 6.3.2

Desenvolver plans de mellora con responsables, accións, prazos e necesidades de recursos, así como a súa medición e seguimento periódico (polo menos trimestralmente)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Porcentaxe de accións de mellora das cales, tras a súa avaliación, se determina a necesidade de tratamento, cuns beneficios importantes na seguridade dos pacientes. Estas accións de mellora teñen que expresar no seu contido os responsables, as accións con prazos e as necesidades de recursos que levan consigo.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de accións de mellora} / N.º \text{ de riscos non aceptables} \times 100$

ESTÁNDAR 

≥ 50 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 6.3.3

Establecer indicadores e sistema de medición que permitan determinar os niveis de partida e a eficacia das accións de mellora desenvolvidas en canto á redución do nivel de risco

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Porcentaxe de riscos identificados que teñen polo menos un indicador que permite coñecer a situación na que se atopa e os cambios que se producen no tempo tras desenvolver accións de mellora.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de indicadores} / N.º \text{ de riscos con accións de mellora implantada} \times 100$

ESTÁNDAR 

100 %

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO

6.4

Difundir as actividades sobre seguridade do paciente aos profesionais e implantar sistemas de información e consulta que garantan a recollida de información das partes interesadas

ACTUACIÓN 6.4.1

Difundir por parte dos profesionais dos servizos/ unidades que teñan establecida unha análise dos riscos a información relacionada coa seguridade do paciente que consideren pertinente

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de boletíns/publicacións/informes relacionados coa seguridade do paciente e a xestión de riscos que se difunden por algún medio a profesionais da área sanitaria.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de publicacións relacionadas coa xestión de riscos} / \text{ano}$

ESTÁNDAR 

≥ 2

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 6.4.2

Avaliar periodicamente a percepción que teñen os profesionais e os pacientes/coiadores sobre a seguridade do paciente e a xestión de riscos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Porcentaxe de profesionais que responden ás enquisas sobre a seguridade do paciente.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de enquisas recibidas} / N.º \text{ de profesionais} \times 100$

ESTÁNDAR 

≥ 5 %

PERIODICIDADE 

Anual

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de enquisas que se lles realizan aos pacientes/coiadores sobre a seguridade do paciente.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de enquisas cubertas polos pacientes/coiadores}$

ESTÁNDAR 

≥ 100

PERIODICIDADE 

Anual

Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. Atención 2.ª e 3.ª vítimas

OBXECTIVO
7.1

Estandarizar a xestión de riscos a nivel de áreas sanitarias, mediante a redefinición do núcleo de seguridade de pacientes en canto á composición, organización e funcionamento

ACTUACIÓN 7.1.1

Establecer en todas as áreas sanitarias unha normativa común do núcleo de seguridade e xestión de riscos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Implantación do núcleo de seguridade tendo en conta a *Guía da composición, funcións e normas xerais de funcionamento dos núcleos de seguridade*.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 7.1.2

Desenvolver protocolos de seguridade tras a análise de incidentes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Establecer protocolos de seguridade en eidos sensibles (con carácter enunciativo: contención terapéutica, emerxencia clínica, conciliación de medicación, uso seguro medicamentos, carros de PCR, identificación de pacientes, identificación nai/fillo, hixiene de mans...).

FÓRMULA 

N.º de protocolos

ESTÁNDAR 

≥ 2

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 7.1.3

Promover accións formativas en materia de seguridade do paciente e xestión de risco

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Número de accións formativas en xestión de riscos e seguridade do/a paciente programadas.

FÓRMULA 

N.º de accións formativas

ESTÁNDAR 

≥ 4

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO
7.2

Fomentar a notificación de incidentes de seguridade e promover a súa análise, de forma sistemática e estruturada, para a aprendizaxe e para o establecemento de accións de mellora e busca de solucións que eviten a súa repetición

ACTUACIÓN 7.2.1

Analizar os incidentes de seguridade, tendo en conta os sistemas de notificación específicos (Sinasp, Sensor), xerais (Contacte) e informais (comunicación oral ou por correo electrónico)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Número de reunións anuais relacionadas coa xestión de riscos.

FÓRMULA 

N.º reunións de xestións de riscos

ESTÁNDAR 

≥ 6

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 7.2.2

Propoñer accións de mellora e implantar accións preventivas e correctoras

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de accións implantadas sobre o total de incidentes analizados.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de accións implantadas} / N.º \text{ de incidentes analizados} \times 100$

ESTÁNDAR 

30 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 7.2.3

Impulsar a comunicación e a retroalimentación cos profesionais da xestión do incidente

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de boletíns de seguridade que inclúen as accións de mellora realizadas.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de boletíns de seguridade con accións de mellora} / N.º \text{ total de boletíns de seguridade difundidos} \times 100$

ESTÁNDAR 

20 %

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO
7.3

Desenvolver unha cultura positiva de seguridade que aborde tanto a atención ao paciente como ás segundas e terceiras vítimas

ACTUACIÓN 7.3.1

Implementar un plan de actuación que permita a xestión inmediata e homoxénea de eventos adversos graves en todos os centros

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Desenvolvemento de plan de actuación seguindo a *Guía de recomendacións para a xestión de eventos adversos graves e atención ás segundas e terceiras vítimas*.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 7.3.2

Realizar ACR en todos os incidentes de seguridade nos que proceda unha análise en profundidade

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de ACR realizados en caso de eventos adversos graves, así como nos que proceda a súa análise en profundidade.

FÓRMULA

$$\frac{N.º \text{ de ACR realizados}}{N.º \text{ de incidentes categorizados como SAC 1 e aqueles considerados como catastróficos}} \times 100$$

ESTÁNDAR

80 %

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 7.3.3

Promover a formación de todos os profesionais na identificación e xestión de eventos adversos graves

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de profesionais formados anualmente en xestión de eventos adversos graves e atención a segundas e terceiras vítimas.

FÓRMULA

$$\frac{N.º \text{ de profesionais sanitarios formados}}{N.º \text{ de profesionais sanitarios}} \times 100$$

ESTÁNDAR

5 %

PERIODICIDADE

Anual

LIÑA
ESTRATÉXICA
08

Comunicación e continuidade asistencial

OBXECTIVO
8.1

Impulsar unha comunicación eficaz entre o/a paciente, o sistema sanitario e os profesionais que garanta unha atención continuada integral e centrada na persoa

ACTUACIÓN 8.1.1

Impulsar unha comunicación clara e acorde coas necesidades de pacientes, familias e cuidadores fomentando o coñecemento e a utilización das plataformas existentes (É-Saúde, CRM-100...)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de cidadáns que consultan as plataformas descritas sobre o total da cidadanía que teñen acceso a estas.

FÓRMULA

$$\frac{N.º \text{ de cidadáns que consultan as plataformas}}{N.º \text{ de cidadáns con acceso ás plataformas}} \times 100$$

ESTÁNDAR

≥ 30 %

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 8.1.2

Realizar talleres formativos para pacientes e cuidadores, logrando decisións compartidas cos profesionais sanitarios encamiñadas a autoxestionar a súa enfermidade e a corresponsabilizarse no mantemento e mellora da súa saúde

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Realizacións de intervencións formativas, informativas e de difusión dirixidas a pacientes, familiares e cuidadores.

FÓRMULA

$$N.º \text{ de intervencións realizadas ao ano}$$

ESTÁNDAR

4

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 8.1.3

Avaliar as reclamacións dos pacientes con relación á atención prestada polos profesionais sanitarios

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de reclamacións de pacientes recollidas en QUERES con relación á atención percibida entre o número de reclamación totais.

FÓRMULA

$$\frac{N.º \text{ de reclamacións de pacientes en QUERES sobre a atención percibida}}{N.º \text{ de reclamacións totais}} \times 100$$

ESTÁNDAR

< 5 %

PERIODICIDADE

Anual

OBXECTIVO

8.2

Asegurar a coordinación e a comunicación eficaz entre os profesionais dos distintos niveis asistenciais que garanta a continuidade dos procesos que conforman a atención do paciente

ACTUACIÓN 8.2.1

Elaborar e difundir cara aos profesionais un procedemento que regula as transicións asistenciais, como derivacións, traslados inter e intracentros ou probas diagnósticas, maximizando a axilidade e asegurando a seguridade do paciente

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

A área sanitaria dispón dun manual para a regulación das transicións asistenciais.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 8.2.2

Impartir talleres informativos a pacientes, familiares e cuidadores, polos profesionais sanitarios referentes en cada un dos ámbitos da prestación da asistencia para mellorar a comunicación e diminuír a frecuentación innecesaria aos centros sanitarios

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de sesións formativas anuais impartidas polos profesionais referentes en cada un dos ámbitos asistenciais para fomentar a atención sanitaria non presencial.

FÓRMULA 

N.º de sesións realizadas

ESTÁNDAR 

2

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 8.2.3

Consolidar o informe de continuidade de cuidados de enfermería garantindo a calidade da información transferida

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de pacientes con informe de continuidade de cuidados de enfermería rexistrado no aplicativo Gacela.


FÓRMULA 

N.º de pacientes con informe de continuidade de cuidados cuberto á alta / N.º pacientes de alta hospitalaria x 100.

Exclusión: quedan excluídos os exitus.

ESTÁNDAR 

≥ 85 %

PERIODICIDADE 

Trimestral

OBXECTIVO

8.3

Asegurar que o paciente comprendeu a información dada polos facultativos con relación aos procesos que requiren consentimento informado: obxectivos, riscos e beneficios

ACTUACIÓN 8.3.1

Garantir unha comunicación eficaz entre facultativo e paciente con relación ao consentimento informado

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de consentimentos informados revisados e actualizados.

FÓRMULA 

Dicotómico

ESTÁNDAR 

≥ 5

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 8.3.2

Asegurar que o consentimento informado cumpre cos requisitos formais e legais vixentes

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de historias clínicas electrónicas auditadas que conteñen o consentimento informado asinado polo paciente e o facultativo médico responsable.

FÓRMULA 

N.º de consentimentos informados rexistrados en IANUS asinados / N.º total de probas/ procesos auditados na historia clínica que requiren consentimentos informados x 100

ESTÁNDAR 

100 %

PERIODICIDADE 

Anual [mediante auditorías realizadas pola Inspección de Servizos Sanitarios da Consellería de Sanidade]



Prevenção das infeccións, seguridade nos procesos asistenciais críticos e de risco

OBXECTIVO

9.1

Reactivar, manter e avaliar os proxectos de Bacteriemia zero, Pneumonía zero, Infección do tracto urinario zero e Resistencia zero nas unidades de críticos coa finalidade de reducir as IRAS nesas unidades. Introducción do proxecto Flebite zero nos hospitais da nosa comunidade

ACTUACIÓN 9.1.1

Avaliar a implantación dos proxectos Zero nas unidades de críticos mediante auditorías externas

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


As unidades de críticos de adultos (UCI, unidades de reanimación e unidades de queimados) deberán cumprir anualmente o estándar dos ítems/medidas avaliadas nas auditorías externas realizadas pola Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria.

FÓRMULA 

$N.º \text{ medidas cumpridas de entre as auditadas} / N.º \text{ de medidas totais auditadas} \times 100$

ESTÁNDAR 

≥ 60 %

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 9.1.2

Introducir o proxecto Flebite zero nos hospitais de Galicia

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Existe un plan de implantación do programa Flebite zero en Galicia e cúmprense os obxectivos para a súa introdución nas diferentes áreas sanitarias.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 9.1.3

Avaliar e mellorar a cultura de seguridade nos proxectos Zero nas unidades de críticos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN


Porcentaxe de profesionais sanitarios das unidades de críticos que realizaron os cursos de formación sobre proxectos Zero con relación ao total dos profesionais sanitarios das unidades de críticos de Galicia.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de profesionais das unidades de críticos con formación en todos os cursos dos PZ} / \text{Total profesionais sanitarios das unidades de críticos} \times 100$

ESTÁNDAR 

95 %

PERIODICIDADE 

Anual

OBXECTIVO

9.2

Reactivar e avaliar a identificación e o tratamento temperá da sepse. Código Sepse

ACTUACIÓN 9.2.1

Actualizar o Plan de asistencia á sepse en Galicia. Código Sepse

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen actas das reunións realizadas periodicamente polo grupo multidisciplinar de expertos do Código Sepse.

FÓRMULA 

$N.º \text{ de actas das reunións}$

ESTÁNDAR 

≥ 2

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 9.2.2

Reconstituír o grupo multidisciplinar de expertos do Código Sepse, quen propondrá as actuacións para a súa implantación e seguimento

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen actualizacións bianuais do documento do Plan de asistencia á sepse de Galicia. Código Sepse.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

Anual

ACTUACIÓN 9.2.3

Desenvolver ferramentas automatizadas para o rexistro e a identificación dos pacientes con sepse

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existe un mecanismo que permite alertar automaticamente do score que indica que o paciente está en risco de deterioración.

FÓRMULA 

Dicotómica

ESTÁNDAR 

Si/Non

PERIODICIDADE 

2023-2028

OBXECTIVO

9.3

Impulsar a implantación do Programa galego de prevención da infección de localización cirúrxica (ILC)

ACTUACIÓN 9.3.1

Crear un grupo de traballo multidisciplinar de expertos para regular a implantación do Programa galego de prevención da ILC

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen actas das reunións realizadas periodicamente do grupo multidisciplinar de expertos para a implantación do Programa galego de prevención da infección de localización cirúrxica (ILC) nas unidades cirúrxicas de Galicia.

FÓRMULA

N.º de actas

ESTÁNDAR

≥ 2

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 9.3.2

Consolidar a implantación da listaxe de verificación cirúrxica adaptada nas unidades do bloque cirúrxico de Galicia, así como crear na historia clínica electrónica un lugar habilitado para o seu rexistro

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de pacientes intervidos cirurxicamente nos que se cubriu a listaxe de verificación cirúrxica (LVC) en relación co total de pacientes intervidos.

FÓRMULA

N.º de intervencións nas que se cubriu o LVC / N.º total de intervencións x 100

ESTÁNDAR

≥ 60 %

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 9.3.3

Elaborar un protocolo do Servizo Galego de Saúde sobre profilaxe cirúrxica con actualizacións bianuais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existe un protocolo do Servizo Galego de Saúde sobre profilaxe cirúrxica actualizado bianualmente.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

OBXECTIVO

9.4

Fomentar e manter o Programa da hixiene de mans do Sergas

ACTUACIÓN 9.4.1

Concienciar e fomentar a adherencia á hixiene de mans polos profesionais sanitarios como unha ferramenta sinxela e eficaz para previr as infeccións, mediante programas formativos e a elaboración e distribución de materiais entre os profesionais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existe unha celebración institucional en cada área sanitaria dedicado ao Día Mundial da Hixiene de Mans cuxas actividades realizadas están publicadas na páxina web do Sergas e na Intranet de cada área sanitaria.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 9.4.2

Realizar auditorías por parte de profesionais referentes na hixiene de mans para avaliar a adherencia aos 5 momentos da hixiene de mans da OMS

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de oportunidades nas que se realiza correctamente a hixiene de mans observadas polos auditores externos.

FÓRMULA

N.º de oportunidades nas que se realiza correctamente a hixiene de mans observadas polos auditores externos/todas as oportunidades posibles para a hixiene de mans observadas durante o período de auditoría observacional x 100

ESTÁNDAR

≥ 60 %

PERIODICIDADE

Anual

Formación de profesionais, pacientes e coidadores en seguridade de pacientes

OBXECTIVO
10.1

Dispoñer dun plan actualizado de formación en calidade asistencial e seguridade do paciente

ACTUACIÓN 10.1.1

Identificar as necesidades de formación en calidade asistencial e seguridade do paciente para profesionais, pacientes, coidadores e cidadanía en cada área sanitaria

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existencia dun procedemento para a identificación, en todas as áreas sanitarias, das necesidades de formación en calidade asistencial e seguridade do paciente para profesionais, pacientes, coidadores e cidadanía.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Necesidades de formación en calidade asistencial e seguridade do paciente identificadas en cada área sanitaria para profesionais, pacientes, coidadores e cidadanía.

FÓRMULA

N.º de formación identificada

ESTÁNDAR

> 0. Incremento do 10 % anual

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 10.1.2

Desenvolver itinerarios formativos para profesionais, pacientes, coidadores e cidadáns en calidade asistencial e seguridade do paciente

Itinerario 1: Profesionais do Sergas non sanitarios que prestan servizos de apoio ou soporte

Itinerario 2: Profesionais do Sergas sanitarios

Itinerario 3: Profesionais con responsabilidade en xestión de equipos e mandos intermedios (dirección de UGC, supervisores...) e directivos do Sergas de calquera nivel nas organizacións

Itinerario 4: Pacientes, coidadores e cidadanía

Itinerario 5: Alumnado en prácticas de titulacións sanitarias

Itinerario 6: Traballadores de empresas externas prestadoras de servizos (constituirá un requisito nos contratos)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existen itinerarios formativos específicos para o alumnado en prácticas de titulacións sanitarias, profesionais, pacientes, coidadores e cidadanía.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de itinerarios activos en calidade asistencial e seguridade do paciente para alumnado en prácticas de titulacións sanitarias, profesionais, pacientes, coidadores e cidadanía (integrado nos procedementos de ACIS).

FÓRMULA

N.º de itinerarios activos

ESTÁNDAR

> 0. Incremento do 10 % anual

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 10.1.3

Promover a creación e o desenvolvemento da Rede galega de formadores referentes en calidade asistencial e seguridade do paciente

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Crear a Rede galega de formadores referentes en calidade e seguridade do paciente.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

N.º de formadores referentes expertos en calidade e seguridade do paciente que participan en actividades de formación anualmente nas áreas.

FÓRMULA

N.º de formadores

ESTÁNDAR

> 0. Incremento do 10 % anual

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 10.1.4

Impartir talleres formativos/informativos dirixidos á cidadanía e a pacientes a través da Escola de Pacientes/Cidadáns e das sociedades científicas colaboradoras

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de talleres formativos/informativos en calidade asistencial e seguridade do paciente impartidos anualmente a través da Escola de Pacientes/Cidadáns destinados á formación en calidade e seguridade do paciente.

FÓRMULA

Número de talleres

ESTÁNDAR

> 7

PERIODICIDADE

Anual

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Número de pacientes/cidadáns formados nos talleres formativos/informativos impartidos anualmente a través da Escola de Pacientes/Cidadáns e das sociedades científicas colaboradoras destinados á formación en calidade e seguridade do paciente.

FÓRMULA

Número de talleres

ESTÁNDAR

> 7

PERIODICIDADE

Anual

10.2

Identificar, recoller e xestionar o coñecemento e experiencias en calidade asistencial e seguridade do paciente

ACTUACIÓN 10.2.1

Crear canles de difusión que faciliten a divulgación das actividades de formación entre pacientes, familiares e profesionais

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Establécese un procedemento para identificar, difundir e compartir boas prácticas, información e experiencias en calidade asistencial e seguridade do paciente.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Incorporación nas canles de difusión de polo menos unha información semestral por área sanitaria e servizos centrais.

FÓRMULA

N.º de informacións

ESTÁNDAR

≥ 1 AA e SSCC

PERIODICIDADE

Semestral

ACTUACIÓN 10.2.2

Avaliar e aplicar a metodoloxía de mellora continua ao funcionamento do Banco de Boas Prácticas

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Desenvolvemento do Banco de Boas Prácticas e da metodoloxía para o seu funcionamento.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Porcentaxe de cumprimento dos obxectivos anuais de funcionamento do Banco de Boas Prácticas.

FÓRMULA

N.º obxectivos cumpridos / N.º obxectivos totais anuais x 100

ESTÁNDAR

≥ 80 %

PERIODICIDADE

Anual

ACTUACIÓN 10.2.3

Habilitar un espazo específico na web do Sergas e na web e Intranet de cada área sanitaria de información actualizada dos programas vixentes, xornadas claves en seguridade e boletíns e informes técnicos

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existencia de canles de difusión que facilitan a divulgación dos resultados de investigación a pacientes/cidadanía e profesionais en calidade asistencial e seguridade do paciente.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Publicación de polo menos unha noticia nas devanditas canles por área sanitaria e servizos centrais ao trimestre.

FÓRMULA

N.º de noticias

ESTÁNDAR

≥ 1 AA e SSCC

PERIODICIDADE

Trimestral

ACTUACIÓN 10.2.3

Desenvolver e colaborar no mantemento da Biblioteca Breve de Calidade Asistencial e Seguridade do Paciente do Sergas, cun sistema dirixido a profesionais e a pacientes integrado nas ferramentas do Sergas (Bibliosaúde, É-Saúde, Escola de Cidadáns...)

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Existencia da Biblioteca Breve en Calidade Asistencial e Seguridade do paciente.

FÓRMULA

Dicotómica

ESTÁNDAR

Si/Non

PERIODICIDADE

Anual

CRITERIOS DE AVALIACIÓN

Incorporación na biblioteca e xeración dunha alerta trimestral para profesionais e outra para pacientes.

FÓRMULA

N.º de alertas

ESTÁNDAR

≥ 1 / AS e SSCC

PERIODICIDADE

Trimestral



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE