

I COLÓQUIO QUALIDADE EM SAÚDE DO ALENTEJO ARS ALENTEJO



PERTO de si



UNIDADE LOCAL de SAÚDE de MATOSINHOS



Perto de Si



I COLÓQUIO QUALIDADE EM SAÚDE DO ALENTEJO

ARS ALENTEJO

20 de Maio de 2011

Auditório da Direcção Regional da Educação - Évora

ULSMATOSINHOS EPE

Perto de Si



A Certificação da ULSM



Rede de intervenção

- ACESM
- Hospital Pedro Hispano
- Rede de Cuidados Continuados
- Pólos de intervenção social disponíveis para parcerias em saúde



Mapa de localização da ULSM





Percurso da Qualidade na ULSM

- 06.2000 - Início do Processo de Acreditação HQS do HPH
- 11.2001 - Acreditação provisória HQS do HPH
- 08.2002 - Acreditação total HQS do HPH
- 09.2003 - Início do Processo de Acreditação dos CS
- 02.2005 – Re-acreditação HQS do HPH
- 06.2006 - Acreditação HQS total dos CS
- 11.2006 - Certificação ISO 9001:2000 – Esterilização



Percurso da Qualidade na ULSM

- 09.2007 - Re-Certificação ISO 9001:2000 – Lab. Anatomia Patológica
- 09.2007 - Re-Certificação ISO 9001:2000 – Lab. Hemoterapia.
- 10.2008 - Certificação ISO 9001:2000 pela SGS do HPH
- 09.2009 – Auditoria de Acompanhamento ISO 9001:2000 pela SGS do HPH
- 11.2009 – Re-Certificação ISO 9001:2008 – Esterilização
- 10.2010 – 2ª Auditoria de Acompanhamento e Transição para ISO 9001:2008 pela SGS do HPH
- 2011 – Renovação da Certificação do HPH e Extensão da Certificação ao ACESM – ISO 9001:2008



VISAO

- **Equidade**
- **Integração**
- **Acessibilidade**
- **Produtividade**
- **Eficiência**
- **↓ Necessidades Saúde**
- **População/Estilo Vida Saudável**



MISSÃO

- **Satisfazer todas as necessidades em saúde à População**
- **Educação para a saúde**
- **Auto-cuidados**
- **Tratamentos continuados e paliativos**
- **Referenciação para outros níveis da rede hospitalar**



VALORES

- **Valor primordial da vida**
- **Dignidade da pessoa humana**
- **Atitude de serviço**
- **Atenção e cortesia**
- **Compaixão e respeito**
- **Competência e eficiência**



São atribuições da ULSM:

- a) Prestar Cuidados Primários e Continuados de saúde à população do Concelho de Matosinhos
- b) Prestar Cuidados Diferenciados de saúde às populações residentes na área de influência da ULSM
- c) Assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde no Concelho de Matosinhos
- d) Participar no processo de formação pré e pós-graduada de profissionais do sector, mediante a celebração de acordos com as entidades competentes



Politica da Qualidade da ULSM

Assume

A qualidade, consubstanciada na satisfação dos seus utentes e profissionais, como valor fundamental



Define Qualidade como o nível de prestação de serviços que:

- **Assegura a mais alta probabilidade de efeitos desejáveis**
- **Minimiza a probabilidade de efeitos indesejáveis**
- **Tem em conta o estado da arte em matéria técnico científica**
- **Maximização da sua efectividade ao melhor custo**



POLÍTICA DA QUALIDADE

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos:

Assume a qualidade, consubstanciada na satisfação dos seus utentes e profissionais, como valor fundamental.

Define qualidade como o nível de prestação de serviços que assegura a mais alta probabilidade de efeitos desejáveis e minimiza a probabilidade de efeitos indesejáveis na prestação desses serviços, tendo em conta o estado da arte em matéria técnico científica e a maximização da sua efectividade ao melhor custo.

Neste contexto, a ULSM tem como objectivo ir ao encontro das necessidades e superar as expectativas dos utentes/doentes a quem presta serviços bem como de outras partes interessadas.

Sistematiza os processos de trabalho em políticas, regulamentos, procedimentos, protocolos e outros documentos que definem de uma forma clara os requisitos das prestações realizadas, traduzindo-se em fluxos de trabalho para todas as áreas de actividade e identificando todos os processos críticos e os respectivos procedimentos de gestão de risco, de acordo com a estratégia de risco da organização.

Efectua auditorias regulares que permitem, simultaneamente, controlar os processos de trabalho e evidenciar orientações que possam ser adicionadas aos Planos de Actividades dos Serviços, garantindo a definição de medidas para a implementação de melhorias e por conseguinte uma estratégia de melhoria contínua de qualidade.

Compromete-se em implementar práticas sistemáticas de gestão, cumprindo todos os requisitos normativos, legais, regulamentares bem como as boas práticas clínicas, que conduzam à satisfação dos seus utentes e profissionais, com particular atenção na melhoria contínua dos processos organizacionais e da eficácia do Sistema de Gestão de Qualidade.





Objectivo da ULSM

- **Ir ao encontro das necessidades**
- **Superar as expectativas dos utentes/doentes a quem presta serviços e de outras partes interessadas**



Perto de Si



Sistemas de Gestão da Qualidade Acreditação / Certificação



Estrutura dos Sistemas

- 1 – Os sistemas maiores são constituídos a partir dos pequenos
- 2 – Os micro-sistemas são a *frontline* dos cuidados
- 3 – Os *outcomes* dos macro-sistemas não podem ser melhores do que os dos micro-sistemas





Filosofia do Sistema da Qualidade

- Avaliar o hospital como um todo enquanto macro-sistema
- Utilizar normas de consenso para a avaliação e manter todo o sistema coeso e coerente
- Conseguir o empenho dos profissionais de saúde para a elaboração das normas e procedimentos específicos da actividade
- Centrar as normas e o processo de avaliação na segurança e nos cuidados efectivos ao doente
- Criar uma cultura de qualidade que conduza à melhoria contínua



Regulamentação e Práticas de Segurança e Qualidade - Acreditação/Certificação

- Processo formal de assegurar a prestação de cuidados de saúde seguros e de elevado nível de qualidade;
- Baseado em padrões e métodos criados e desenvolvidos por profissionais da saúde para os serviços de saúde;
- Com recurso às competências externas de equipas de auditores;



Normas e Especificações

- Organizadas em torno de funções importantes
- Centradas no doente
- Transversais a toda a actividade hospitalar
- Desenhadas para serem interpretadas e avaliadas dentro da cultura e enquadramento legal do país



O que os doentes devem encontrar

- O pessoal a trabalhar em equipa
- Unidades em sintonia
- Informação (disponível, fluído, atempada)
- Articulação dos componentes do SNS
- Serviços de alta qualidade, delicados, eficientes
- Satisfação com os cuidados prestados e os resultados obtidos

US **UNITOSINHOS** EPE

Perto de Si



O que caracteriza o trabalho nas Unidades de Saúde?



O que caracteriza o trabalho nas Unidades de Saúde?

- Multidisciplinaridade
- Interdependência dos profissionais
- Procedimentos frequentes, de rotina, realizados por muitas pessoas diferentes
- Procedimentos imprevistos, alguns raros
- Procedimentos realizados em situações de grande stress.
- **Complexidade do sistema global**

US **MATOSINHOS** EPE

Perto de Si



Como se organizam os Sistemas de Qualidade em saúde?



Sistema de Gestão da Qualidade - Princípios

- Focalização no cliente/utente
- Liderança
- Envolvimento das pessoas
- Abordagem por processos
- Abordagem da Gestão como um Sistema
- Melhoria contínua
- Abordagem à tomada de decisões baseada em factos
- Relações mutuamente benéficas com fornecedores



Etapas do SGQ

- Determinação das necessidades e expectativas dos clientes;
- Estabelecimento da Política da Qualidade e dos Objectivos Institucionais;
- Definição dos processos e responsabilidades necessárias para atingir os objectivos da qualidade;
- Determinação e disponibilização dos recursos necessários;
- Estabelecimento de métodos para medir a eficácia e a eficiência de cada processo;
- Identificação dos meios de prevenção de não-conformidades e eliminação das suas causas;
- Estabelecimento e aplicação de um processo para a melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade.



Implementação do SGQ

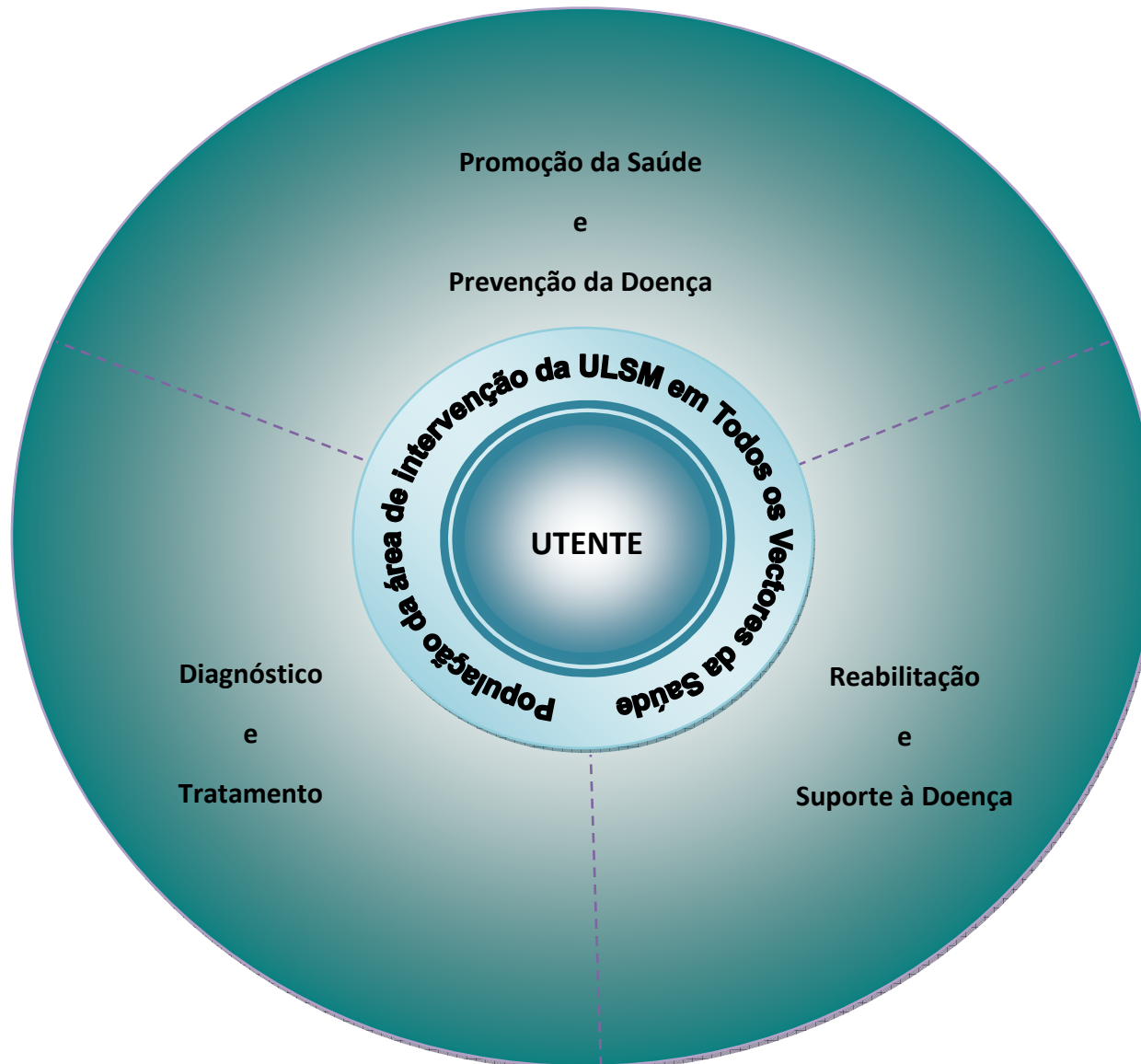




Gestão por Processos



INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS - CUIDADOS PRIMÁRIOS, HOSPITALARES E CONTINUADOS





Categoria	Processos	Descrição/Actividades
PROCESSOS CHAVE	Consultas (Consulta Aberta, Consulta Programada e Consulta Domiciliária)	Saúde Familiar e Individual Prestação de Cuidados de Saúde Primários à Pessoa e à Família
	Projectos de Intervenção Comunitária	Saúde da Comunidade Cuidados orientados e organizados para grupos e ambientes específicos
	Saúde Populacional, Ambiental, Pública e Autoridade de Saúde	Saúde Pública Intervenções orientadas para garantir o bem público comum no domínio da saúde. Autoridade de Saúde, Sanidade e Fronteiras
	Urgência	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão • Triagem • Observação • Tratamento
	Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa • Hospital Dia • Cirurgia Ambulatório
	Internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Sub-processos associados aos vários Serviços de internamento do HPH
	Cuidados Continuados	<ul style="list-style-type: none"> • ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados • Unidade de Convalescença • Unidade de Cuidados Paliativos • Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados paliativos
	Parcerias Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Projectos no âmbito do Plano Municipal de Saúde • CLAS – Conselho Local de Acção Social de Matosinhos • SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância • ELI – Equipas Locais de Intervenção do SNIPI • NLI – Núcleo Local de Inserção • AI – Atendimento Integrado



Sistema de Gestão da Qualidade - Processos

Sistematiza processos de trabalho em políticas, regulamentos, procedimentos, protocolos e outros documentos

Definem de forma clara os requisitos das prestações realizadas

Fluxos de trabalho para todas as áreas de actividade

Identificar processos críticos

Procedimentos de gestão

Estratégia de Risco da Organização



Sistema de Gestão da Qualidade – Auditorias

Efectua Auditorias regulares

Controlar os processos de trabalho

Evidenciar orientações que possam ser adicionadas aos Planos de Actividades dos Serviços

Definição e implementação de medidas de melhoria

Estratégia de melhoria contínua da Qualidade



Sistema de Gestão da Qualidade – Práticas de Gestão

Compromete-se em implementar práticas sistemáticas de gestão

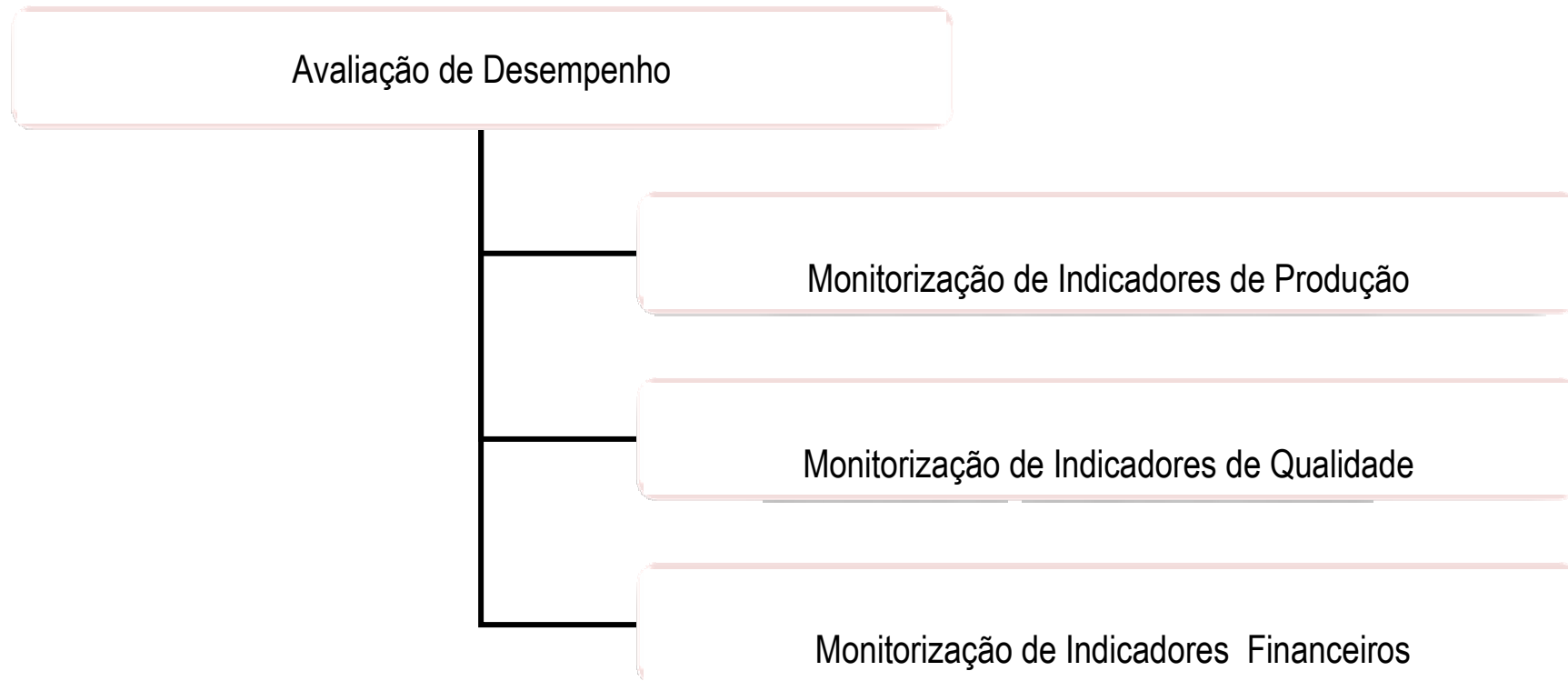
Cumprimento dos Requisitos normativos, legais, regulamentares e de boas práticas clínicas

Satisfação dos seus utentes e profissionais

Melhoria contínua dos processos organizacionais e da eficácia do SGQ



Sistema de Gestão da Qualidade –Desempenho





Operacionalização do SGQ

- Regulação, auditorias
- Governação Clínica (qualidade clínica, maior accountability)
- Implementar uma cultura de Qualidade e Segurança
- Formação
- Comunicação
- Avaliação da Satisfação dos Utentes
- Avaliação da Satisfação dos Profissionais
- Desenvolvimento de tecnologias de informação
- Criar uma base de dados para Gestão Documental
- Criar uma Base de dados para Gestão de Não Conformidades/Notificações



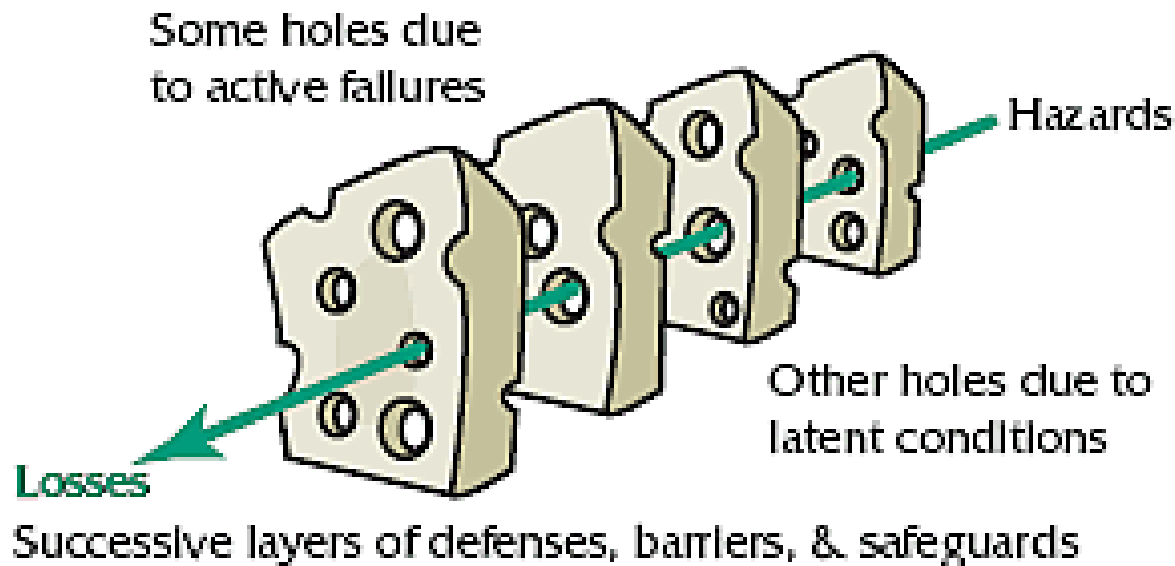
Operacionalização do SGQ

- Desenvolver procedimentos e especificações
- Criar manuais e protocolos de actuação
- Envolvimento dos doentes, famílias e outros cidadãos
- Reuniões interdisciplinares e outras reuniões conjuntas
- Criar uma atmosfera de confiança entre os sistemas
- Gestão sénior e a necessidade de delegar
- Gestão do Risco
- Desenhar o fluxo do utente
- Identificar restrições e constrangimentos no fluxo do utente
- Criar barreiras de defesa para os eventos adversos



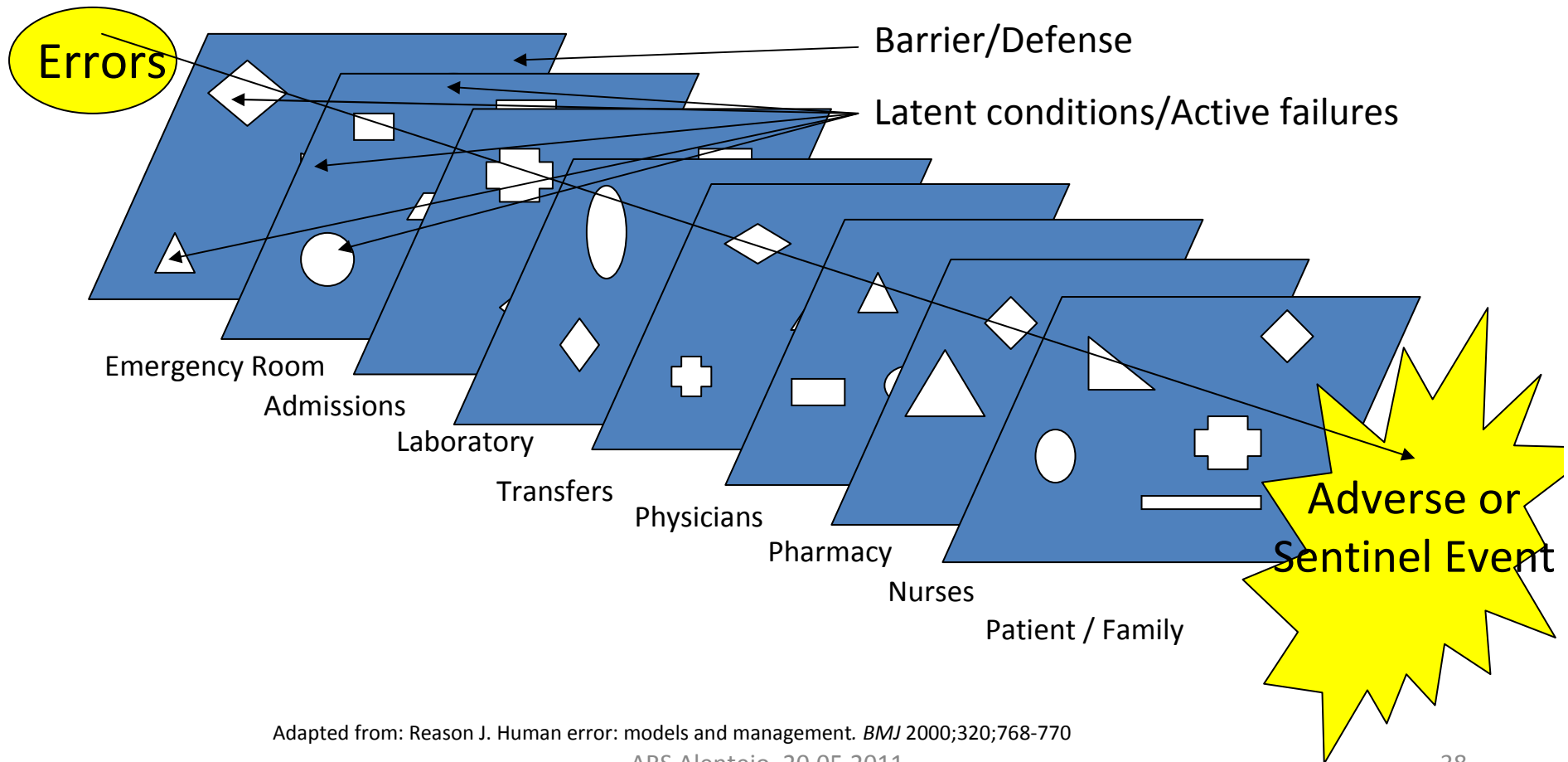
James Reason

The Swiss Cheese Model of Accident Causation





Patient Safety Systems





As organizações de saúde, pela especificidade da sua actividade, são uma área de risco por excelência.





Monitorização do SGQ

- Auditorias aos micro-sistemas
- Gestão do Risco
- Gestão de Não Conformidades (Notificações, Ocorrências que podem comprometer o objectivo do processo)
- Gestão Documental (Documentar o que fazer e como fazer)
- Análise da satisfação dos utentes e dos profissionais
- Acompanhamento dos indicadores de desempenho resultantes da contratualização com o CA
- Análise das reclamações dos Cidadãos
- Notificação de eventos adversos
- Projecto SINAS
- Ferramentas estatísticas



Gestão Documental

.: ULSM - Gestão Documental do SGQ - versão 0 (2008-05) .:

Registo	Pesquisa	Utilizadores	Gestão	Sair
-------------------------	--------------------------	------------------------------	------------------------	----------------------

Pesquisa de documentos

Nº : Revisão :

Tipo :

Título :

Data de emissão desde : até :

Emissor :

Autor :

Aprovado por :

Arquivo Hospital:

Arquivo Centros de Saúde:

Estado :

Com prazo de revisão a terminar dentro de :

ARS Alentejo, 20.05.2011

42



Gestão de Não Conformidades

.: ULSM - Gestão de Não Conformidades - versão 1 (2008-12) .:

Registo	Seguimento	Gestão utilizadores	Utilizadores	Sair
---------	-------------------	---------------------	--------------	------

Seguimento de Não Conformidades

Nº Registo :	<input type="text" value="1"/>
Estado :	<input type="text" value="Inicial"/>
Caracterização :	<input type="text" value="Não conformidade"/>
Tipo :	<input type="text" value="Não Clínica"/>
Grupo :	<input type="text" value="SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE"/>
Classificação :	<input type="text" value="Auditoria interna da qualidade"/>
Emissor :	<input type="text" value="Gabinete da Qualidade"/>
Data de Detecção de :	<input type="text" value="2009-05-04"/> até : <input type="text"/>
Data de Registo de :	<input type="text" value="2009-05-06"/> até : <input type="text"/>
Funcionário Registo :	<input type="text"/>
Responsável Análise:	<input type="text" value="Aprovisionamento"/>
Responsável Medida:	<input type="text" value="Aprovisionamento"/>

ARS Alentejo, 20.05.2011



PROGRAMA AUDITORIAS INTERNAS - HPH										Data: 09 09 2010					Ano: 2010		
Elaborado por: Gabinete da Qualidade					Aprovado por: Conselho de Administração					Revisão - 1							
Serviços a auditar	Director/Enf. Chefe/Coordenador/ Responsáveis/ Administradores	Equipa Auditada			Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	
		Auditor Coordenador	Auditor Técnico/ Ponto Técnico	Auditor Supervisor													
Compras e Logística																	
Centro de Formação																	
Informática																	
Emergência Centro de Saúde																	
Emergência Hospitalar																	
Biblioteca																	
Dep. Gestão de Recursos Humanos e Gestão Documental																	
Bloco Operatório																	
Instalações e Equipamentos																	
Históricas																	
Imagiologia																	
Maternidade																	
Patologia Clínica																	
Assistência/Dor crónica																	
VIMER																	
Anatomia Patológica																	
Histopatologia																	
Medicina Hiperbárica																	



Auditoria Clínica

- Auditoria aos Registos do Processo Clínico
- Auditoria aos Registos de Enfermagem no SAPE
- Auditoria à Operacionalidade dos Carros de Emergência
- Auditoria aos Sacos de Emergência
- Auditoria ao sucesso da reanimação
- Auditoria à Incidência e Prevalência das Úlceras de Pressão
- Auditorias aos Registos da Visita Pré Anestésica
- (...)



Plano de Auditorias Clínicas_Ano:											Data:		
											Aprovação:		
Designação	Responsável	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Registos Processo Clínico													
Registos de Enfermagem no SAPE													
Operacionalidade dos carros de emergência													
Sucesso da reanimação													
Úlceras de Pressão													
Registos da visita pré-anestésica													
Operacionalidade do material de emergência dos Centros de Saúde e Unidade Convalescença													

US **MATOSINHOS** EPE

Perto de Si



Organização para a Qualidade: Desafios comuns



Indicadores de Qualidade Clínica

- 1. Taxa de Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em utentes submetidos a CVC
- 2. Taxa de Infecção Urinária em Doentes Internados Algaliados
- (...)
- 13. Taxa de ocorrência de quedas em doentes internados
- 14. Taxa de regressos a Unidades de Cuidados Intensivos
- 15. Taxa de regressos não programados ao bloco operatório
- 16. Taxa de Ocorrência de Complicações Anestésicas
- 17. Taxa de Ocorrência de Apendicectomias com diagnóstico Anatomopatológico compatível com a normalidade
- 18. Taxa de Ocorrência de úlceras de pressão
- (...)



Indicadores de Qualidade Clínica

- 19. Taxa de Ocorrência de Reacções Imediatas a Transfusões
- 20. Taxa de Notificações de Reacções Adversas à Medicação
- 21. Taxa de erros na administração de derivados de sangue, por segmento
- 22. Taxa de execução de técnicas com consentimento informado
- 23. Taxa de doentes ventilados da UCI submetidos a analgesia
- (...)
- 30. Taxa de readmissão na urgência no período até 24 horas
- 31. Taxa de readmissão na Urgência no período até 72 horas com Internamento
- 32. Taxa de doentes que abandonam o serviço de Urgência após a triagem sem serem atendidos
- (...)
- 36.

US **MATOSINHOS** EPE

Perto de Si



Reconhecimento



Reconhecimento

- **Reconhecimento público** que a Instituição trabalha em ambiente de segurança e respeito pelos utentes, visitantes e colaboradores.
- **Reconhecimento interno** dos colaboradores na organização dos processos e satisfação com o sistema da Qualidade vigente.





Um Olhar face ao Futuro

- ⦿ Tratar pessoas,
- ⦿ Tratá-las bem,
- ⦿ Tratá-las com Qualidade
- ⦿ Assegurar a continuidade dos Serviços e
- ⦿ Garantir que amanhã vamos fazer melhor



QI projects are moving from a “project level” to an organizational” level

Margaret J. Holm et al 2008

PERTO de si



UNIDADE LOCAL de SAÚDE de MATOSINHOS

Muito obrigada