



# Informe de Qualitat 2018

Programa de Qualitat

**Juny 2019**



## ÍNDEX

<b>RESUM</b> .....	<b>2</b>
<b>OBJECTIUS 2017-2018</b> .....	<b>3</b>
<b>VALORACIÓ DELS INDICADORS DE QUALITAT (SISQUAL 2018)</b> .....	<b>7</b>
<b>PROJECTES DE MILLORA DE LA QUALITAT (<i>PROJECTES ESTRELLA</i>)</b> .....	<b>16</b>
<b>NOTIFICACIÓ I AVALUACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS</b> .....	<b>18</b>
<b>SISTEMES DE GESTIÓ DE LA QUALITAT (ACREDITACIÓ I ISO)</b> .....	<b>20</b>
<b>OBJECTIUS 2019-2020</b> .....	<b>22</b>
<b>COMISSIÓ DE QUALITAT</b> .....	<b>24</b>

## RESUM

- ✓ S'han assolit tots els objectius. Continuem treballant per fer-ne el seguiment i avaluar-ne l'impacte.
- ✓ Continuem incrementant la implicació dels professionals en la millora de la qualitat a través d'iniciatives pròpies (DPOs específiques, Projectes Estrella).
- ✓ Hem consolidat la cultura de la seguretat de tota la institució a través de la notificació d'esdeveniments adversos en sistemes generals i específics de servei, i de fer de cada notificació una oportunitat de millora
- ✓ S'ha treballat per impulsar al PSMAR el procés de presa de decisions compartides (PDC), concretament en el càncer de pròstata localitzat, amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'atenció i l'experiència del pacient.
- ✓ Hem millorat en pràcticament tots els indicadors de qualitat. Cal potenciar la prevenció de caigudes, i seguir millorant en infecció nosocomial.
- ✓ S'ha completat amb èxit la transició a la ISO 9001:2015 de tots els serveis acreditats i s'han incrementat les ISO 15189 de processos d'Anatomia Patològica i Biologia Molecular.

## OBJECTIUS 2017-2018

El Programa de Qualitat del Parc de Salut MAR defineix objectius biennals, proposats per la Comissió de Qualitat del Parc de Salut MAR i posteriorment elevats per a la seva aprovació en el Consell de Direcció.

Per al bienni 2017-2018 es varen definir 5 objectius i l'any 2018 es va afegir un dels objectius anuals institucionals (Decisions Compartides):

### Incrementar les accions de millora de la seguretat i qualitat assistencial derivades de la implicació dels professionals en la notificació d'esdeveniments adversos i l'anàlisi de les seves causes

**Indicador:** Increment del nombre d'accions de millora en un 10%.

**Accions per l'assoliment de l'objectiu:**

- ✓ Incentivar la notificació d'esdeveniments adversos en el màxim d'àrees i serveis assistencials.
- ✓ Arribar al 100% de serveis/àrees amb referent de seguretat.
- ✓ Desenvolupar el Projecte de Millora de la Qualitat Assistencial per a fer un registre continuat de la morbimortalitat del bloc quirúrgic.
- ✓ Desenvolupar l'objectiu de qualitat del servei d'anestèsia que promou la declaració i anàlisi de complicacions anestèsiques intraoperatòries.

**Grau d'assoliment:**

- ✓ Durant el 2018 ha continuat augmentant el nombre de notificacions (un 24% més respecte el 2017), arribant a 483 notificacions. També han continuat augmentant les notificacions de metges/ses i altres professionals no assistencials, i **tots els serveis que ho tenen com a DPO han notificat**. Durant l'any 2018, les notificacions relacionades amb gestió clínica i procediments han estat les més freqüents, juntament amb les de medicació, que habitualment són les més freqüents. Aquest fet es deu principalment a problemes als quiròfans de la nova àrea obstètrica, que han suposat la revisió del protocol de cesàries emergents. L'increment de notificacions segueix comportant l'augment d'accions de millora, sota el lema: 'cada notificació, una oportunitat de millora'. Podeu consultar l'informe 2018 complet al següent [enllaç](#).
- ✓ Es realitzen sessions anuals de seguiment amb els referents de seguretat, així com sessions per serveis i professionals a demanda, per incrementar la cultura de seguretat. En l'any 2018 s'han fet 20 sessions/cursos a 278 professionals.
- ✓ Durant el 2018 ha continuat el desenvolupament del 'Projecte de Millora de la Qualitat Assistencial per a fer un registre continuat de la morbimortalitat del bloc quirúrgic' i s'ha incentivat la notificació i les accions derivades en el Servei de Cirurgia General (DPO 2018).
- ✓ En relació a la codificació del registre de complicacions intraoperatòries i s'ha incentivat, amb èxit, la notificació a través del SENSAR (DPO 2017 i 2018).

### Protocol·litzar la gestió (prescripció, dispensació, administració) dels fàrmacs d'alt risc

**Indicador:** Existència del protocol i implantació del mateix (Sí/No).

**Accions per l'assoliment de l'objectiu:**

- ✓ Crear un grup de treball format per professionals de farmàcia, informàtica, infermeria, documentació i epidemiologia per actualitzar el protocol de fàrmacs d'alt risc.
- ✓ Identificar informàticament tots els fàrmacs d'alt risc prescrits.
- ✓ Escriure per a cada fàrmac el motiu de ser d'alt risc i les precaucions.

- ✓ Homogeneïtzar els símbols per identificar fàrmacs d'alt risc, tant informàticament com físicament (estocs, calaixos, etc.).
- ✓ Realitzar i difondre cartells amb informació sobre fàrmacs d'alt risc.

#### Grau d'assoliment:

- ✓ Durant el 2018 s'ha revisat i adaptat el protocol de fàrmacs d'alt risc segons el model de protocol proporcionat per l'Aliança de Seguretat dels Pacients. Cal dir que el Parc de Salut MAR s'havia avançat en la redacció del protocol durant el 2017 i que s'han hagut de fer molts pocs canvis, ja que es va fer un protocol molt exhaustiu.
- ✓ S'ha completat l'etiquetatge d'estocs amb les etiquetes específiques de fàrmacs d'alt risc.
- ✓ S'ha presentat el protocol a diferents col·lectius de professionals per a fer-ne difusió (Junta Clínica, Referents de Seguretat, Caps d'Unitat, etc.).
- ✓ Resta pendent la informatització i integració a l'IMASIS per tal de poder millorar l'aplicació del protocol i fer seguiment dels pacients amb fàrmacs d'alt risc, tal com demana el CatSalut. El protocol està disponible al Gestor Documental a través del següent [enllaç](#).
- ✓ S'ha acordat crear un equip multidisciplinari per fer seguiment de la implementació del protocol i treballar de forma coordinada els problemes relacionats amb la medicació, tant els que es notifiquen al TPSCCloud com els que s'identifiquen per altres vies (PRM del Servei de Farmàcia, Comissió de Farmàcia, etc.). Aquesta iniciativa conformarà un dels nous objectius del Programa de Qualitat per al bienni 2019-2020.

## Donar suport per a l'assoliment dels objectius de qualitat per servei a través de la DPO

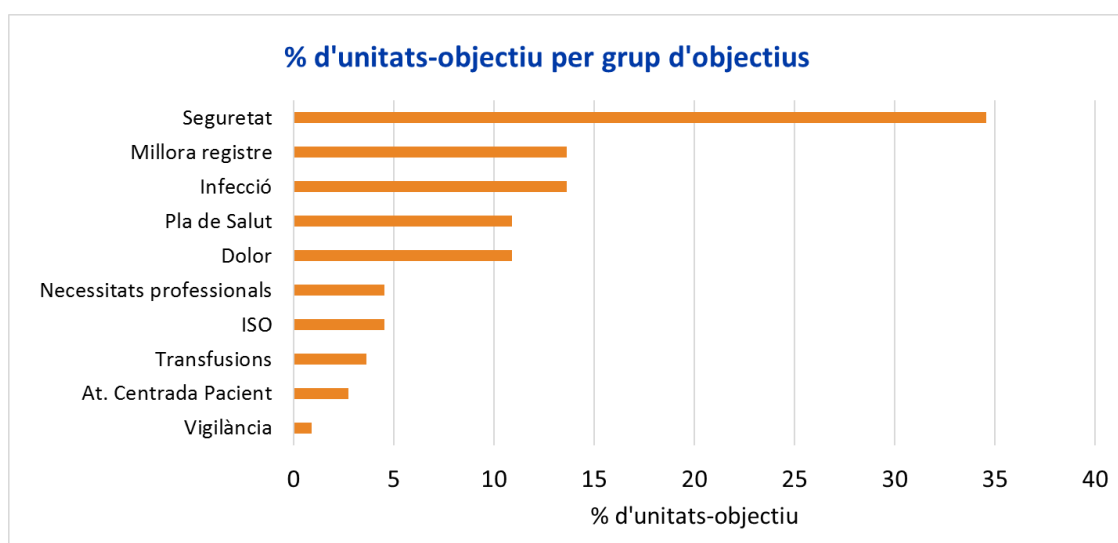
**Indicador:** Assoliment dels objectius DPO.

#### Accions per l'assoliment de l'objectiu:

- ✓ Establir una dinàmica en què es revisin els resultats dels indicadors DPO en el Grup Operatiu de Qualitat de manera mensual.
- ✓ Posar en comú aquells indicadors que no assoleixin el valor objectiu i plantejar quin suport es dona a la Unitat de Gestió DPO per tal d'assolir l'objectiu.
- ✓ Informar als referents de cada Unitat de Gestió DPO de les desviacions detectades i de les accions proposades per corregir-les.

#### Grau d'assoliment:

- ✓ Durant l'any 2018 hi va haver 53 objectius de qualitat (12 més respecte el 2017). Tanmateix, 27 dels objectius eren nous, dels quals 23 eren específics (per una o dues Unitats de Gestió DPO).
- ✓ L'assoliment dels objectius DPO de qualitat del 2018 ha estat del 97.3% (1.1% per sota del 2017). En el 48% dels objectius hi ha hagut una millora significativa de la qualitat, valor que augmenta al 89% pels objectius nous. En el 49% restant s'han consolidat nivells de qualitat excel·lents. En un 2.7% dels casos (3 objectius) s'han obtingut resultats pitjors. Si agrupem els objectius per dimensions i comptem cada vegada que un objectiu s'aplica a una unitat, obtenim la distribució de la figura.



- ✓ A destacar que en el 2018 s'han proposat nous objectius relacionats amb les necessitats dels professionals. En el grup d'objectius de seguretat, han seguit augmentant les notificacions d'esdeveniments adversos, especialment entre el col·lectiu mèdic i els lliterers i s'ha reduït la incidència de Problemes Relacionats amb la Medicació (PRMs). En l'apartat de millora del registre de la informació clínica es consolida una qualitat excel·lent dels informes d'alta (antecedents i medicació a l'alta). Respecte a la infecció hospitalària, s'ha realitzat formació en manteniment de catèters i s'ha observat una millora per segon any consecutiu en el manteniment dels catèters venosos centrals (estat de l'apòsit i connectors correctes), situant els valors en un nivell excel·lent. L'avaluació i el control del dolor manté nivells excel·lents en pràcticament totes les unitats incloses. Respecte als objectius de la part variable del contracte amb el CatSalut, tots s'han assolit i els que es mesuren quantitativament han millorat o han mantingut nivells excel·lents. Trobareu un informe més extens sobre l'impacte de les DPO en la qualitat del PSMAR a la intranet en el següent [enllaç](#).
- ✓ També us deixem un [enllaç](#) on podeu consultar els resultats del 2018 disponibles a la intranet de tots els objectius DPO.

## Sistematitzar els procediments d'informació al pacient quirúrgic

**Indicador:** Existència d'un protocol comú adaptat a cada servei quirúrgic del procés d'informació al pacient que ingressa per intervenció quirúrgica.

**Accions per l'assoliment de l'objectiu:**

- ✓ Identificar les pràctiques en informació al pacient del PSMAR.
- ✓ Revisió i discussió per sistematitzar el procediment d'informació.
- ✓ Estendre el procés d'informació a tots els serveis quirúrgics del PSMAR.

**Grau d'assoliment:**

- ✓ Durant el 2017 es va elaborar el protocol d'informació al pacient quirúrgic i es va dissenyar un tríptic que conté una part d'informació genèrica i una d'específica i pròpia del pacient, amb la revisió de la medicació, per facilitar el record de les instruccions necessàries per arribar ben preparat a l'ingrés.
- ✓ L'aplicació del protocol d'informació al pacient quirúrgic i l'entrega del tríptic s'han adaptat durant el 2018 a l'obertura del dispensari d'infermeria prequirúrgica, al setembre del 2018. D'aquesta manera, els pacients de cirurgia programada reben individualment una informació oral i escrita (tríptic) referent al seu procés assistencial, la preparació prèvia i el circuit d'ingrés. Com a prova pilot, a la trajectòria clínica en el moment de l'ingrés a la nova Unitat d'Ingrés Prequirúrgic, s'ha incorporat un registre de verificació de si el pacient ha entès les instruccions prèvies i si ve correctament preparat, per fer un seguiment de l'impacte d'aquesta actuació infermera i també de la visita preoperatòria que fa anesthesiologia. Des de setembre de l'any 2018 fins al febrer del 2019, de 855 visites programades, se n'han realitzat 837, per tant s'ha informat al 97,8%

dels pacients programats i el compliment de les recomanacions relacionades amb la informació donada, ha estat del 89%.

- ✓ El protocol ha estat presentat i consensuat amb totes les parts implicades, i està disponible al Gestor Documental en el següent [enllaç](#).
- ✓ En el context dels Projectes de Millora de la Qualitat Assistencial, s'ha desenvolupat i implantat un sistema d'informació a temps real a través de pantalles a la sala d'espera de quiròfan i SMS per a acompanyants de pacients que estan en el Bloc Quirúrgic.

## Millorar el compliment del llistat de comprovació quirúrgica: analitzar les causes del no compliment

**Indicador:** Reduir el nombre de llistats mal complementats.

**Accions per l'assoliment de l'objectiu:**

- ✓ Analitzar els llistats incorrectes i/o incomplets.
- ✓ Realitzar una enquesta als professionals del bloc quirúrgic per conèixer la seva percepció sobre la utilitat del llistat.
- ✓ En funció dels resultats, realitzar les accions oportunes per a millorar el procediment de realització del llistat de comprovació.

**Grau d'assoliment:**

- ✓ Es varen revisar els llistats incomplets per identificar aquells que eren deguts a anul·lacions de la intervenció o per altres causes. També s'han identificat les causes de no compliment (KO's) del llistat de comprovació.
- ✓ Es va realitzar una enquesta a tots els professionals del bloc quirúrgic (serveis quirúrgics, anestesiologia, i infermeria de quiròfan) per conèixer les percepcions del personal de quiròfan envers la utilització del llistat de comprovació quirúrgica al PSMAR. L'enquesta va ser complimentada per 131 professionals (taxa resposta >35%). Els resultats de l'enquesta es varen posar en comú amb els responsables de quiròfan, servint com a punt de partida per la proposta d'accions de millora. Podeu consultar l'informe amb els resultats de l'enquesta [aquí](#).
- ✓ S'ha elaborat un nou protocol d'aplicació del llistat de comprovació quirúrgica, que introdueix canvis en l'actual procediment encaminats a reforçar la coresponsabilitat i implicació de tots els professionals en la correcta aplicació del llistat de comprovació quirúrgica.
- ✓ Es preveu dur a terme una prova pilot de la posada en marxa del nou protocol, i posteriorment implementar-lo al conjunt del PSMAR.

## Introduir el model Decisions Compartides per avançar en la participació activa del pacient en la presa de decisions clíniques

**Indicador:** Reduir el nombre de llistats mal complementats.

**Accions per l'assoliment de l'objectiu:**

- ✓ Determinar una prova pilot d'alguna patologia rellevant seleccionada

**Grau d'assoliment:**

- ✓ S'ha creat un grup de treball amb el Servei de Comunicació i dos serveis/àrees clíniques: Nefrologia i Urologia. A Nefrologia ja tenen experiència en decisions compartides amb el malalt amb insuficiència renal crònica avançada, que ha estat la referència com a punt de partida.
- ✓ Des d'Urologia s'ha començat a treballar amb càncer de pròstata localitzat. S'ha traduït i adaptat l'eina de presa de decisions compartides de la *Healthwise* (Canadà) i s'ha dissenyat l'entorn web on es visualitzarà. Durant el 2019 es realitzarà la prova pilot amb pacients per provar l'eina i la seva factibilitat en l'entorn clínic.



## VALORACIÓ DELS INDICADORS DE QUALITAT (SisQual 2018)

Els resultats obtinguts en els indicadors de qualitat reflecteixen els esforços de millora contínua que s'han anat fent durant l'any 2018. En general, s'obtenen millors indicadors en moltes àrees, com el dolor, les úlceres per pressió, les caigudes, les reclamacions, les infeccions nosocomials, la mortalitat, les complicacions i els reingressos. Tanmateix, cal seguir treballant en la prevenció de caigudes, doncs aquestes encara no assoleixen els estàndards, especialment en l'àmbit socio sanitari, en l'àrea de prevenció de la infecció nosocomial, donada la rellevància de l'augment de les resistències als antibiòtics i intentar identificar els motius pels quals empitjoren els intervals de temps en l'atenció al càncer. Per altra banda, destacar que el PSMAR ha estat dels primers centres en incorporar indicadors de qualitat en la seva memòria de Responsabilitat Social Corporativa.

### Avaluació del dolor

Avaluació del dolor (Aguts)	2016	2017	2018
Avaluació sistemàtica del dolor (%)	88,4%	93,8%	92,6%
Pacients amb dolor [EVA>3] més de dues vegades seguides (%)	8,4%	7,7%	6,9%

Tot i que s'observa un petit descens en el percentatge de pacients en què s'avalua el dolor almenys un cop cada torn, el grau d'assoliment és alt. Per altra banda, es redueix per segon any consecutiu el percentatge de pacients que, durant la seva estada, hagin tingut una intensitat del dolor superior a 3 en l'Escala Visual Analògica (EVA) més de dues vegades seguides. El control del dolor es va seguir incloent el 2018 com a objectiu DPO en 10 unitats de gestió DPO, obtenint-se millores rellevants en Cirurgia Plàstica i Ginecologia i mantenint nivells excel·lents en la resta d'unitats. De cara al 2019 seran 8 les unitats de gestió DPO amb aquest objectiu.

### Queixes, reclamacions, agraïments i satisfacció

Queixes, reclamacions i agraïments	2016	2017	2018
Reclamacions per 1000 actes			
Urgències (contactes)	2,7	2,8	2,4
Hospitalització (altes)	9,0	8,6	7,2
Consultes externes (primeres consultes i sessions hospital de dia)	5,2	8,8	5,8
Agraïments	532	650	579

En el nombre de reclamacions per activitat s'ha reduït en totes les àrees respecte el 2017. La millora en el cas de Consultes Externes s'explica per la resolució de les dificultats d'accés telefònic als telèfons de programació.

Durant l'any 2017 es va implementar un nou sistema d'atenció al pacient per via telefònica per agilitzar els tràmits de programació i facilitar al pacient qualsevol canvi de cita per motius personals. El nou sistema de comunicació telefònica funciona a l'Hospital del Mar des de finals del mes de novembre de 2017 per Consultes Externes i des de febrer del 2018 per Exploracions Complementàries. Es va consolidar el desplegament a tota l'àrea ambulatoria quan es va implementar a l'Hospital de l'Esperança el mes de maig de 2018. Per altra banda, els agraïments han disminuït l'any 2018, tot i que segueixen estant per sobre del valor de l'any 2016.

L'any 2018 el Departament de Salut, dins del Pla d'Enquestes de Satisfacció (PLAENSA), va realitzar enquestes a usuaris del PSMAR de l'àrea d'hospitalització d'aguts (Hospital de l'Esperança i Hospital del Mar). La darrera enquesta sobre hospitalització a Catalunya s'havia fet l'any 2015.

S'observa millora en els ítems 'Sentir-se en bones mans' (97,4% de respostes positives) i 'Informació coherent' (97,3%), que segueixen estant per sobre del global de Catalunya i millorant les puntuacions de l'any 2015. No obstant això, hi ha resultats que mostren un empitjorament en ítems relacionats amb la comoditat i l'hoteleria, especialment en els ítems sobre el menjar (59,7% de respostes positives) i la comoditat de l'habitació (69,6%).

A nivell general, la satisfacció està ben puntuada, amb 8.29 punts malgrat que ha suposat una lleugera reducció respecte l'últim any avaluat (8.54 punts al 2015). Per altra banda, l'indicador de fidelitat disminueix 6 punts percentuals (fins a 86.3% dels pacients que tornarien a venir, quedant així lleugerament per sota del global de Catalunya, que és el 88.5%).

Per altra banda, amb l'objectiu de conèixer i millorar l'experiència del pacient i dins del programa "Donant veu al pacient", al 2018 es va dur a terme un estudi qualitatiu per tal d'identificar l'experiència del pacient crític i la seva família. Es va aplicar la metodologia de grups focals i van participar pacients, familiars i professionals de Medicina Intensiva. Els principals resultats en termes de necessitats identificades van ser:

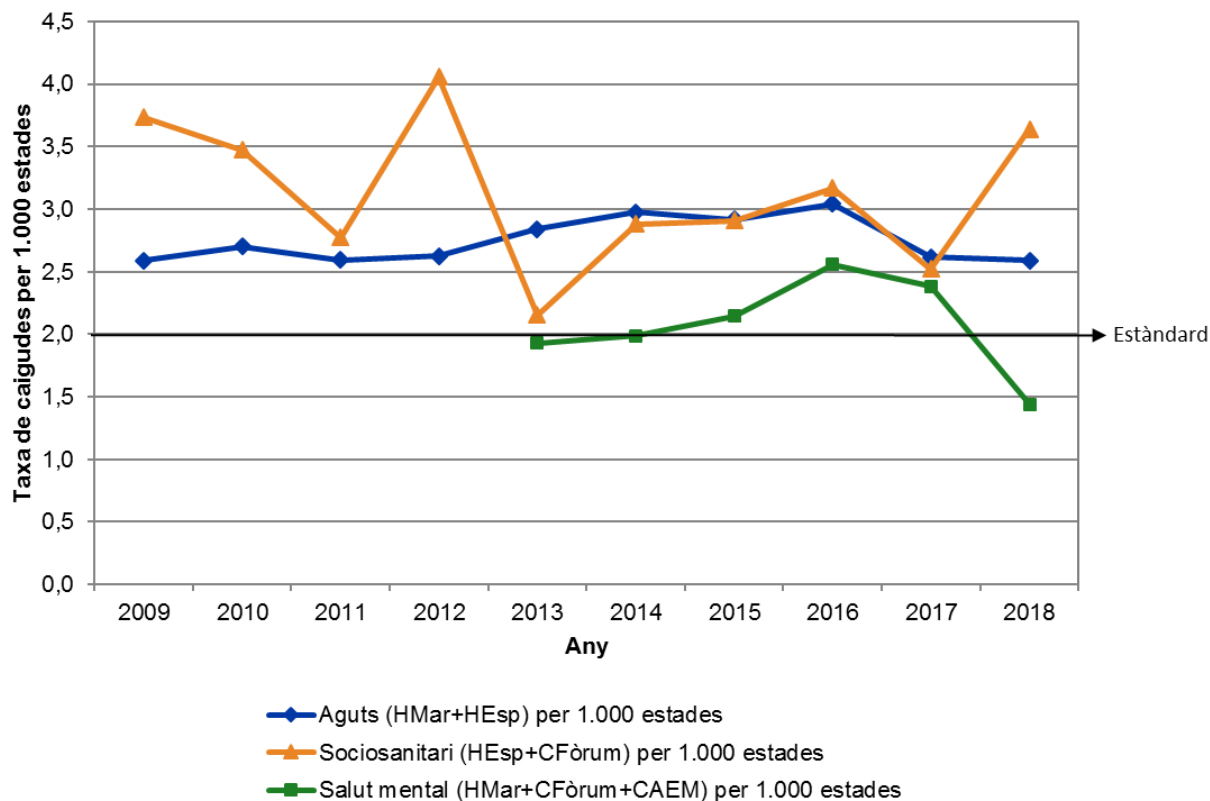
- ✓ Horaris de visita més amplis.
- ✓ Més temps i més flexibilitat horària per rebre la informació.
- ✓ Facilitar espai per a què els familiars participin en determinades cures del pacient.
- ✓ Disminuir sorolls (alarmes, monitors, to de veu).
- ✓ Sales d'estar dels familiars més confortables i tranquil·les.

## Caigudes intrahospitalàries

Caigudes intrahospitalàries*	2016	2017	2018
Aguts HMAR i HESP	3,04	2,62	2,59
Salut mental HMAR, CFòrum i CAEM	2,56	2,38	1,44
Sociosanitari CFòrum	3,17	2,52	3,64

\*: Taxa de caigudes per 1.000 estades

Taxa de caigudes intrahospitalàries, 2009-2018



L'evolució mostra que es manté la disminució en la taxa de caigudes en aguts i salut mental, estant aquesta darrera per sota de l'estàndard de 2 caigudes per 1.000 estades que marca el Departament de Salut. Tanmateix, en l'àmbit sociosanitari hi ha hagut un augment molt rellevant.

Recordem que les Caps d'Unitat d'infermeria fan un seguiment específic dels pacients després de la caiguda i que s'ha revisat el protocol per la prevenció de caigudes. En concret, a psicogeriatría s'ha començat a implantar un protocol que identifica el risc de caigudes del pacient amb una polsera. En funció del nivell de risc es fan diferents accions de prevenció de caigudes (acompanyament del personal, etc.).

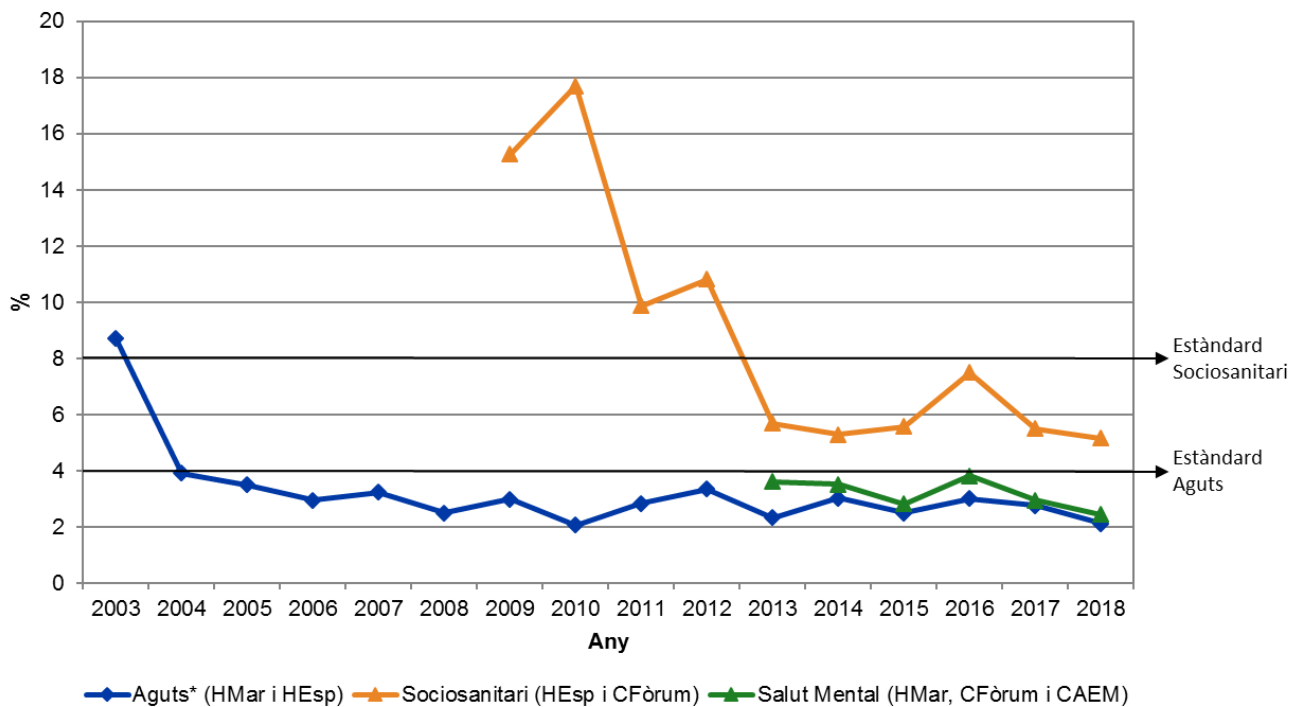
## Úlceres per pressió intrahospitalàries

Pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries\*

	2016	2017	2018
Aguts HMAR i HESP	3,00	2,76	2,11
Salut mental HMAR, CFòrum i CAEM	3,81	2,94	2,43
Sociosanitari CFòrum	7,48	5,50	5,15

\*: Per 100 altes de més de 48 hores

## Taxa de pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries, 2003-2018



\*: l'indicador 2003-2013 es refereix a talls de prevalença a l'Hospital del Mar

Les taxes de pacients amb úlceres per pressió (UPP) d'origen intrahospitalari segueixen disminuint, per tant, es segueixen mantenint per sota dels estàndards que marca el Departament de Salut: entre 3-6% en aguts i 8% en sociosanitari.

Les úlceres per pressió són també un dels ítems pels quals es fa un seguiment específic del pacient per part de les Caps d'Unitat d'infermeria. La millora en l'atenció i la prevenció de les úlceres per pressió a l'àmbit d'aguts té una repercussió directa en l'estat en què arriben al sociosanitari aquells pacients que són traslladats d'un àmbit a l'altre.

## Infecció nosocomial

Infecció nosocomial	2016	2017	2018
Bacterièmies nosocomials associades a catèter (densitat d'incidència per 1.000 estades)			
Aguts (HMar i HEsp)	0,58	0,69	0,60
Microorganismes multiresistents (densitat d'incidència d'infecció /colonització per 1.000 estades)			
Aguts (HMar i HEsp)	4,45	3,84	3,71
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	1,55	0,89	1,10
SARM/MRSA			
Aguts (HMar i HEsp)	0,41	0,50	0,40
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	0,14	0,16	0,16
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> multiresistent			
Aguts (HMar i HEsp)	1,01	0,87	0,63
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	0,14	0,14	0,19
<i>Klebsiella pneumoniae</i> multiresistent			
Aguts (HMar i HEsp)	1,23	0,81	0,82
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	0,66	0,37	0,25
Infecció en ferida quirúrgica (% sobre cirurgies)			
Artroplàstia primària de genoll	0,93	1,60	1,00
Artroplàstia primària de maluc	3,45	4,10	0,90
Cirurgia colorectal programada	12,50	9,70	6,30
Compliment de la higiene de mans (% rentat o desinfecció)			
Aguts (HMar i HEsp)	79,9	80,3	72,3
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	63,4	72,4	60,0

Els indicadors d'infecció nosocomial es mostren segons àmbit. La densitat d'incidència de bacterièmies nosocomials associades a catèter en pacients aguts ha disminuït, fins a 0,60 bacterièmies per 1.000 estades. Cal remarcar que també ha augmentat la utilització de catèters. Un altre tema a tenir en compte és que, amb la introducció dels nous catèters PICC (Catèter Central d'Inserció Perifèrica) i *Midline* (de línia mitjana) a les unitats d'hospitalització s'ha garantit un procés òptim en quant a la col·locació per part de la infermera referent en teràpia intravenosa i s'ha millorat el manteniment d'aquests catèters per part del personal de planta. Durant el 2018 es va fer formació sobre la manipulació dels catèters en 4 unitats d'hospitalització, observacions sobre el manteniment i un estudi abans-després amb l'objectiu de millorar la manipulació dels catèters. El manteniment de catèters el 2018 va seguir sent un objectiu DPO en 3 unitats d'hospitalització (que afectaven a 7 unitats de gestió DPO), amb un assoliment del 100% i una millora que situa l'indicador en nivells excel·lents, del 92,6% de compliment del manteniment correcte dels catèters en els ítems d'estat de l'apòsit i dels connectors. De cara al 2019 es modifica l'objectiu i s'avaluarà la manipulació correcta dels catèters (higiene de mans i desinfecció dels connectors clau) en les mateixes unitats d'hospitalització del 2018 i dues més, de manera que seran 8 les unitats de gestió DPO que tindran l'objectiu de manipulació de catèters.

Les densitats d'incidència pel conjunt de microorganismes multiresistents sobre els que es fa seguiment ha disminuït en l'àmbit d'aguts, però ha augmentat en el sociosanitari, especialment en *Pseudomonas aeruginosa*. Tanmateix es segueix fent un seguiment dels nous mecanismes de resistència (OXA-48). La resistència antibiòtica dels microorganismes és actualment un problema molt rellevant i una prioritat d'actuació a tots els

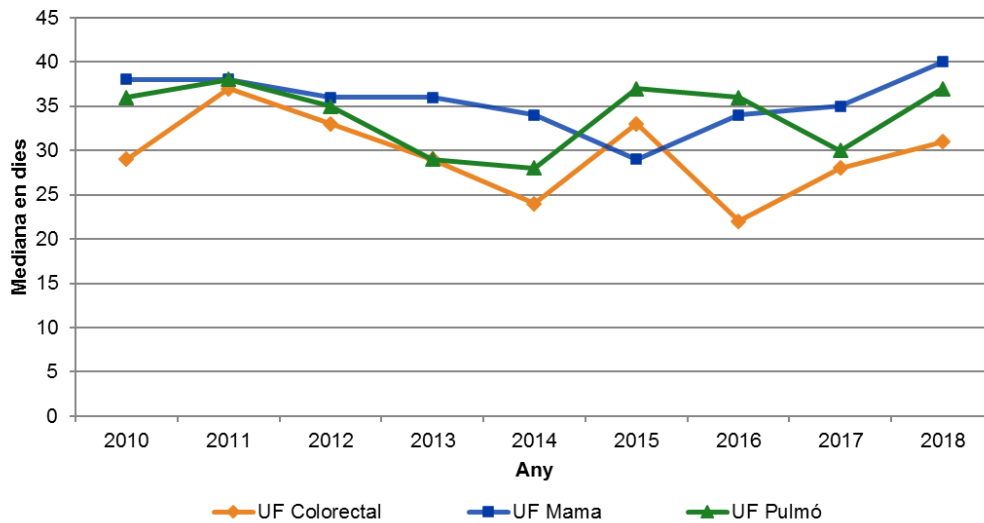
nivells. El PSMAR està implicat en diferents projectes amb el Departament de Salut, el Ministeri i la Unió Europea.

Les taxes d'infecció en ferida quirúrgica segueixen disminuint de manera important en la cirurgia colorectal, assolint valors clarament inferiors a l'estàndard VINCAT (12,2% pel 2017). En el cas de les artroplasties de genoll i de maluc també hi ha hagut una disminució rellevant. S'ha implantat el paquet (*bundle*) de mesures proposades pel PREVINQ-CAT en les artroplasties de maluc (no esquilat de la zona quirúrgica i formació en higiene de mans) i mesures específiques (canvi d'antibiòtics i no col·locació de drenatge o, si no és possible, inserir-lo el més allunyat possible de la incisió quirúrgica).

El compliment de la higiene de mans en aguts ha disminuït però es manté en nivells alts, clarament per sobre del 60% considerat a nivell internacional. En l'àmbit sociosanitari torna a disminuir fins el 60%. Tot i tenir un bon compliment, i que estem reconeguts com a centre d'excel·lència a nivell europeu des del 2015, cal continuar en aquesta trajectòria. De cara al 2019 es preveu incrementar considerablement les observacions d'higiene de mans.

## Intervals de temps en l'atenció del càncer

### Interval entre primera consulta i tractament, 2010-2018

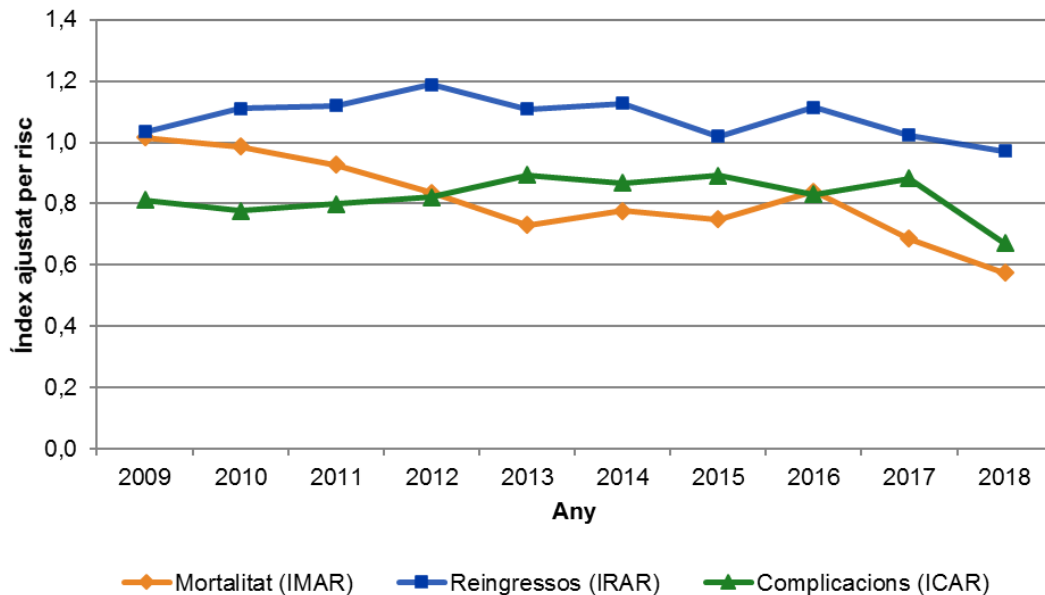


UF: Unitat Funcional

Els indicadors pels intervals entre primera consulta i tractament han augmentat en càncer de pulmó, de mama i colorectal. Pel càncer de mama cal destacar que la introducció de la radioteràpia intraoperatòria ha augmentat el temps de quiròfan. Pel càncer de pulmó, és la introducció dels tractaments onco-dirigits i de la immunoteràpia que han fet que la decisió terapèutica es demori com a mínim una setmana més. En el cas del càncer colorectal, l'augment és degut a un canvi en els criteris d'inclusió dels casos en l'indicador, ja que els carcinomes *in situ* (que tenen intervals de temps molt baixos) actualment es consideren lesions d'alt risc (precursoras), però no càncers.

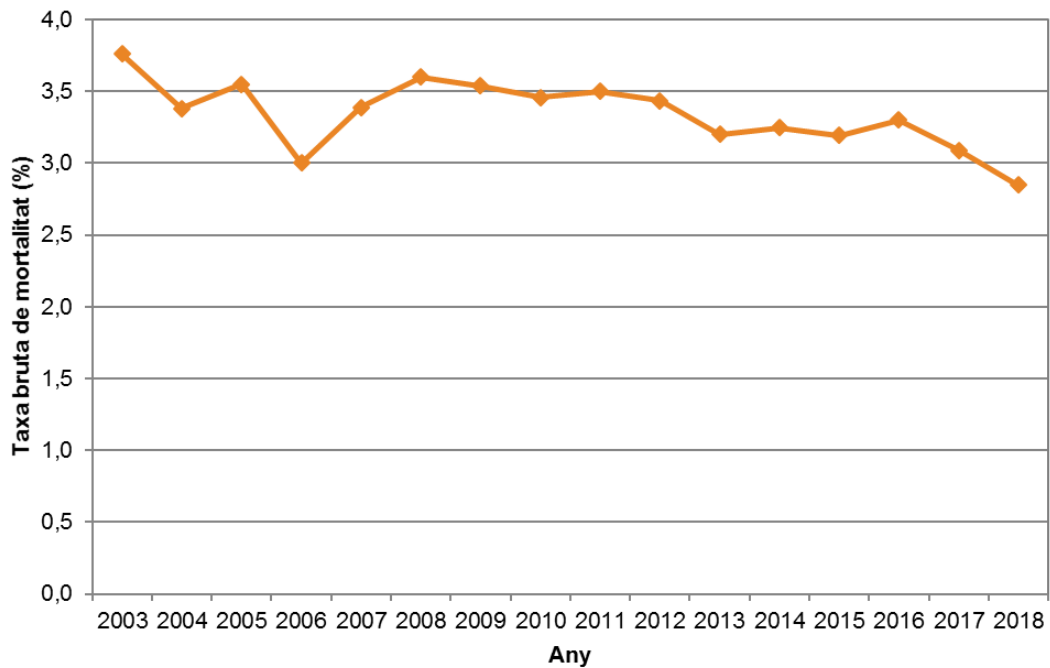
## Mortalitat, Reingressos i Complicacions

Indicadors de mortalitat, reingressos i complicacions ajustats per risc 2009-2018



El gràfic mostra una anàlisi conjunta i l'evolució dels índexs ajustats per risc obtinguts de l'aplicació *IAmetrics* sobre el CMBD del PSMAR. L'any 2018 tots els índexs es situen per sota d'1, el que representa un millor indicador respecte la norma de comparació de l'any. L'IMAR de 0,57 l'any 2018 indica una mortalitat intrahospitalària un 43% inferior a l'esperada si es compara amb una tipologia de pacients similars en patologia i risc de mort. L'ICAR de 0,67 indica que la taxa de complicacions és un 33% inferior a l'esperada l'any 2018. L'índex de reingressos (IRAR) ha tornat a disminuir fins a 0,97, que es pot considerar similar al valor esperat segons la norma de comparació.

### Taxa bruta de mortalitat, 2003-2018

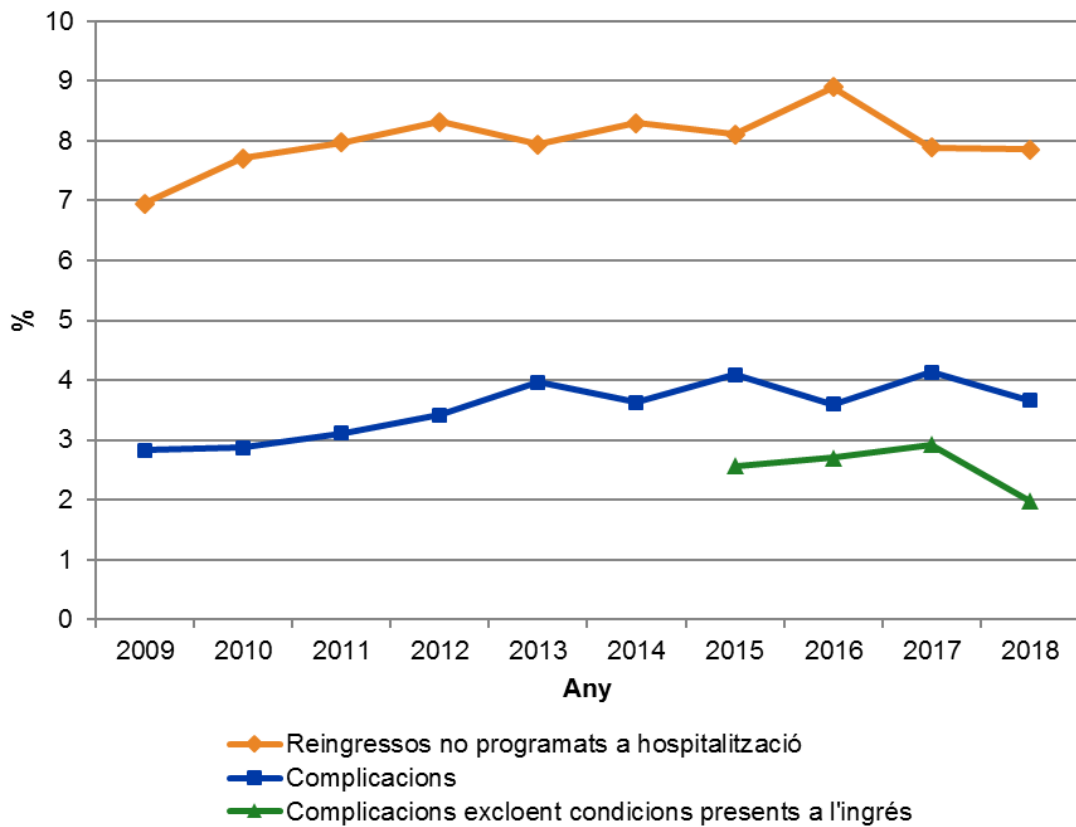


La taxa bruta de mortalitat disminueix fins el 2,9% de les altes d'aguts.

La mortalitat a Urgències es manté en el 0,16%, després d'una disminució del 5,8% respecte el 2016.



## Reingressos i complicacions, 2009-2018



El percentatge de reingressos urgents clínicament relacionats dins els primers 30 dies després de l'alta hospitalària es manté en un 7,9%.

El percentatge de reingressos a Urgències abans de 72 hores disminueix lleugerament, situant-se en el 5,2%.

El percentatge de complicacions torna a disminuir i recupera el valor de 3,7% del 2016. La taxa de complicacions eliminant les condicions presents a l'ingrés també disminueix, situant-se en el 2%.

## PROJECTES DE MILLORA DE LA QUALITAT (*PROJECTES ESTRELLA*)

Com cada any des de l'any 2005 el Programa de Qualitat convoca els ajuts per a Projectes de Millora de la Qualitat assistencial, essent el 2018 l'any en què més projectes s'han presentat (22, el doble que en les edicions anteriors) i posant així de manifest la implicació dels professionals en la millora de la qualitat assistencial.

Durant l'any 2018, un professional del Programa de Qualitat s'ha incorporat a la Comissió d'Innovació i ha participat en el Grup de Treball d'ITEMAS (Plataforma de Innovación en Tecnologías Médicas y Sanitarias) presentant la Convocatòria de Projectes de Millora de la Qualitat Assistencial del PSMAR a aquesta xarxa de l'Institut de Salut Carlos III. Aquesta experiència, que el Parc de Salut MAR va engegar fa 14 anys, s'ha difós entre els membres de la xarxa ITEMAS i alguns hospitals han mostrat interès per dur a terme experiències similars per potenciar la millora de la qualitat entre els seus professionals.

### Convocatòria 2018

L'any 2018 s'hi van presentar 22 projectes. Els tres projectes guanyadors van ser els següents:

Títol del projecte	Coordinador/a
Projecte de Teleoftalmologia per al control de patologia crònica a primària	Ana Martínez / Eric Sitjas
Circuit de diagnòstic i intervenció precoç en Cardiotoxicitat secundària a tractaments en pacients amb Linfoma i càncer de mama	Laia Belarte / Mireia Ble
Anàlisi de la fragilitat en trasplantament renal. Intervenció terapèutica durant el temps en llista d'espera	Anna Faura / M José Pérez

### Resultats principals de projectes de convocatòries anteriors

Durant el 2018 s'han tancat tres projectes de les convocatòries anteriors. En destaquem els resultats principals:

Satisfacció, seguretat, autoestigma i autoestima a les unitats d'ingrés de salut mental, fonaments del pla de millora de la qualitat

**Coordinador:** Víctor Frías

**Resultats principals:** Es va desenvolupar una pla de millora de la qualitat de l'atenció als pacients que ingressen en les unitats d'aguts, subaguts i patologia dual de l'Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del PSMAR, a partir de la valoració que fan a l'alta de la seva satisfacció, autoestima, autoestigma i seguretat. S'ha realitzat una valoració basal en el moment de l'alta amb l'administració de les escales Satispsy-22 (escala de satisfacció), Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) (autoestigma), Rosenberg (autoestima), i variables

que aportin informació sobre la percepció de seguretat del pacient. Les escales Satispsy-22-E i ISMI es va traduir i validar i ambdues van demostrar bones propietats psicomètriques.

Els resultats de l'anàlisi de la prevalença indiquen que: el gènere (dones), els ingressos superiors a 30 dies, els ingressos voluntaris, i els diagnòstics de trastorn bipolar i esquizofrènia estaven associats significativament a la preservació de l'autoestima. Subjectes amb més alta autoestima van reportar més baix autoestigma. La combinació d'estigma amb baixa autoestima normalment condueix a una pitjor consciència de malaltia i pitjor adherència al tractament. Aquests factors també poden conduir a uns pitjors resultats.

L'anàlisi de la satisfacció va identificar aspectes de millora en tres àrees: Sentiments durant l'hospitalització, Informació i Activitats. Es van fer 3 grups focals formats cada un d'ells per professionals, pacients i famílies i se'ls va donar la informació recollida sobre l'experiència de l'ingrés hospitalari. La conclusió d'aquests grups va conduir a centrar les intervencions en 4 àrees: oferir més activitats durant l'ingrés, oferir suport-informació als pacients davant els dubtes sobre l'alta, oferir suport a les famílies davant el desconeixent del procés del seu familiar i, finalment, ajustar l'atenció a la gravetat clínica, provocant canvis tan en la dinàmica de l'activitat com en la adequació de la estructura. L'impacte de les accions s'està mesurant actualment amb l'administració de Satispsy-22-E.

#### Via clínica de la Cistectomia Radical en pacients amb tumor infiltrant vesical

**Coordinador:** Lluís Cecchini

**Resultats principals:** La cistectomia radical és el procediment estàndard pel tractament del tumor vesical infiltrant i presenta una taxa elevada de complicacions. Es va plantejar una via clínica informatitzada per la cistectomia radical, segons un protocol de rehabilitació multi-modal, per millorar els resultats de la cirurgia i la qualitat de vida del pacient al disminuir les complicacions i aconseguir la ràpida incorporació del pacient a la seva activitat quotidiana. S'ha creat un equip multidisciplinari per realitzar un protocol de rehabilitació multimodal i s'ha elaborat un vídeo informatiu per als pacients. Els resultats de l'aplicació de la via clínica mostren una tendència a la disminució de l'estada hospitalària, disminució de complicacions i la seva durada, i menor necessitat de nutrició parenteral. La implementació d'aquesta via clínica ha despertat l'interès d'altres centres i ha comportat realitzar cursos divulgatius a la resta d'Espanya.

#### Programa Hospitalario de Actualización del Cierre de la Pared Abdominal (PHACA)

**Coordinadora:** José A Pereira

**Resultats principals:** La laparotomia és un dels procediments quirúrgics més freqüentment realitzats en qualsevol hospital. El resultat final de la cirurgia depèn en gran mesura del tancament de la laparotomia. L'objectiu era formar als cirurgians i personal d'infermeria implicats en el procés quirúrgic per a què adoptin les recomanacions actuals per al tancament de la paret abdominal segons les directrius EHS. La formació ha consistit en tallers amb una breu part teòrica i una part pràctica amb simuladors en els que aplicaven les noves mesures de tancament recomanades. S'han inclòs 1.164 laparotomies a l'estudi, tanmateix, encara no ha passat el període mínim d'un any de seguiment en tots els pacients. Els resultats preliminars sobre els 635 pacients que sí han complert el període de seguiment suggereixen que en les cirurgies en què s'aplicaven les noves mesures, tant total com parcialment, s'observen menys complicacions (evisceracions i hernies incisionals) que en les cirurgies en què no s'aplicaven les noves mesures.

Finalment recordar que les memòries finals de tots els Projectes Estrella finalitzats es poden consultar a la intranet a través de l'enllaç al Programa de Qualitat>Què fem: Projectes de millora de la qualitat assistencial>Memòries finals.

## NOTIFICACIÓ I AVALUACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS

### Accions derivades de l'avaluació d'esdeveniments adversos

Durant l'any 2018 s'han notificat 483 esdeveniments adversos, un 24,2% més que l'any anterior. El col·lectiu d'infermeres són les que notifiquen més (50% de les notificacions), però destaquem que el nombre de casos notificats per metges/ses ha augmentat, sent actualment del 37,7%. Del total de notificacions s'ha fet anàlisi causa-arrel de 20 casos a través de la Comissió Avaladora de l'Activitat Assistencial (CA3).

De les anàlisi fetes s'han derivat diverses accions de millora que breument es detallen a continuació. Les accions han estat dutes a terme per professionals de diferents serveis o unitats d'hospitalització, segons el cas. En alguns casos ja s'estava treballant en alguna de les accions, però la notificació d'un cas ha suposat donar un impuls al seu desenvolupament.

Accions:

- ✓ Revisió del circuit de cesària emergent.
- ✓ Revisió del circuit de la punció per ecografia.
- ✓ Activació de la compra d'un nou congelador de quiròfan i la seva incorporació al sistema de manteniment de l'hospital.
- ✓ Protocol per a la conservació de calotes.
- ✓ Canvi de proveïdor del manteniment del tub pneumàtic i millores en la informació sobre traçabilitat de les mostres.
- ✓ Revisió tècnica de material i dels paràmetres de purgat de les bombes d'infusió a l'Hospital de dia d'Oncologia i Hematologia.
- ✓ Revisió del circuit per la prescripció i dispensació de fàrmacs citostàtics.
- ✓ Canvi d'unitat en pacients ingressats al CAEM per minimitzar el risc de fuga.
- ✓ Revisió i nou acord amb el circuit d'ambulàncies per a pacients ingressats al Centre Fòrum que es visiten a l'Hospital del Mar.
- ✓ Introducció d'un filtre de seguretat pel registre de la informació al llibre de parts.
- ✓ Revisió del protocol d'administració de llet materna.
- ✓ Millora de les alertes de dosis habituals, ubicació i etiquetatge de fàrmacs.
- ✓ Visualització del cens de pacients que estan a Reanimació per facilitar-ne el seguiment des de la Sala de Parts.
- ✓ Definició de l'algoritme per a la prescripció de productes sanguinis.
- ✓ Canvi d'ubicació a urgències dels pacients portadors d'oxigen a una sala on estan sotmesos a vigilància contínua.
- ✓ Revisió del circuit del procés d'alta del pacient a urgències.
- ✓ Revisió dels criteris d'ingrés a unitats mèdiques o quirúrgiques de pacients psiquiàtrics.

### Caigudes i úlceres per pressió

Durant l'any 2018 s'han registrat 756 caigudes. Veure valoració de l'indicador a les pàgines 8-9.

Pel que fa a les úlceres per pressió intrahospitalàries s'han declarat un total de 523 úlceres, la majoria als centres d'aguts. Veure valoració de l'indicador a la pàgina 10.

### Notificació d'errors al registre d'anestèsia.

L'any 2018 els professionals del Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor han notificat al SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) 45 incidents i han realitzat 49 anàlisis. Les accions de millora derivades d'aquestes notificacions han comportat la creació de 9

nous protocols, la revisió de 10 protocols ja existents, 2 canvis de proveïdors d'equipament i en 11 casos va comportar la compra de nou material.

Podeu trobar l'informe complet sobre notificació d'esdeveniments adversos de l'any 2018 a la intranet a través de la ruta Programa de Qualitat > Què fem: Seguretat del Pacient > Sistema de notificació d'esdeveniments adversos: Informe de Notificacions d'esdeveniments adversos any 2018, o bé a través d'aquest [enllaç](#).

En el mateix apartat de la intranet, o seguint aquest [enllaç](#), també podeu trobar el llistat de referents de seguretat per servei i unitat.

## SISTEMES DE GESTIÓ DE LA QUALITAT (acreditació i ISO)

### Acreditació de centres d'aguts

L'acreditació és l'eina mitjançant la qual es declara que un centre hospitalari disposa d'un determinat nivell de qualitat i de competència en relació amb uns estàndards tècnics vigents i, com a tal, és un estímul per a la millora contínua dels centres. L'última acreditació es va realitzar l'any 2013 i la seva vigència ha estat prorrogada fins al 30 de setembre de 2020. Tanmateix, des del Departament de Salut s'està enllestitint el procés de revisió de l'actual Model d'Acreditació, que es troba en la darrera fase de la seva validació.

Les principals novetats que es preveu que inclogui el nou model són:

- ✓ Adaptació de la terminologia del Model, per adequar-lo en línia del Model EFQM.
- ✓ La revisió, fusió i/o modificació d'estàndards.
- ✓ La incorporació d'estàndards opcionals "Q", que passaran a Essencials "E"
- ✓ La incorporació de nous estàndards al model, per reforçar i promoure:
  - ✓ La seguretat del pacient
  - ✓ La Humanització de l'Assistència
  - ✓ La promoció de la salut clínica
  - ✓ Procediments i protocols assistencials
  - ✓ Indicadors i mesura de qualitat assistencial i seguretat del pacient
- ✓ Evolucionar el sistema i criteris d'avaluació del model, on es proposen canvis en el mètode d'avaluació dels estàndards de resultats, orientats a avaluar el rendiment de resultats i no només la mesura d'indicadors, com es feia fins al moment.

Durant l'any 2018 el programa de Qualitat del PSMAR, en coordinació amb altres hospitals catalans i el Departament de Salut, ha participat en la fase de revisió del nou model d'acreditació. D'altra banda, s'ha iniciat la revisió de la nova proposta d'estàndards essencials per iniciar-ne la difusió amb els serveis implicats, conèixer el seu grau d'assoliment i potencial de millora.

### Projectes zero UCI

Durant l'any 2018, des del Departament de Salut es varen dur a terme les Auditories externes dels Projectes Zero de les Unitats de Cures Intensives (UCI) d'adults de Catalunya. La UCI de l'Hospital del Mar va superar amb èxit l'auditoria dels projectes "Bacterièmia zero", "Pneumònia zero" i "Resistència zero".

En relació als resultats de l'auditoria, com a punt fort identificat pels auditors destaca el lideratge en la implantació dels projectes Zero des de l'any 2009 a nivell nacional, juntament amb l'estructura organitzativa dels projectes zero a la UCI (medicina i infermeria) i l'assoliment dels estàndards de qualitat en les taxes d'infeccions relacionades amb l'assistència sanitària, pel que fa als projectes Zero.

Durant l'auditoria també es varen identificar punts de millora. Els responsables de la UCI varen elaborar un Pla de millora, amb accions específiques per donar-hi resposta, el qual va ser aprovat per la Direcció del PSMAR i enviat al Departament de Salut.

## Norma ISO

El sistema de gestió de qualitat ISO (*International Organization for Standardization*) està implementat en les següents àrees del Parc de Salut MAR:

- ✓ Servei d'Anatomia Patològica, Biologia Molecular i Citogenètica
- ✓ Institut Bonanova de Formació Professional Sanitària
- ✓ Unitats d'Esterilització (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança)
- ✓ Banc de Sang (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança)
- ✓ Laboratori de Referència de Catalunya (Hospital del Mar)
- ✓ Servei d'Oncologia Radioteràpica (Hospital del Mar)

Durant l'any 2018 s'ha completat amb èxit el pas a Norma ISO 9001:2015 dels diferents serveis i unitats del PSMAR, obtenint resultats molt satisfactoris. Durant l'any 2019 es preveu ampliar el nombre de Serveis certificats amb la Norma ISO 9001:2015, ja que diferents serveis i unitats han estat treballant amb l'objectiu d'implementar el sistema de gestió de la qualitat ISO 9001:2015 en els seus àmbits. Destaca el Servei de Oncologia Radioteràpica, que durant el procés de trasllat entre les instal·lacions de l'Hospital de l'Esperança a l'Hospital del Mar no havia renovat la certificació, i a data d'abril de 2019, ja disposa de la certificació sota la Norma ISO 9001:2015.

Per altra banda, cal destacar que la secció de Biologia Molecular del Servei de Patologia ha acreditat 5 noves tècniques segons la Norma ISO 15189 i segueix treballant per ampliar el nombre de tècniques acreditades i ampliar l'abast de l'acreditació a les àrees de Citogenètica i Citologia al llarg de l'any 2019.

En relació als resultats de les auditories, com a punt fort identificat pels auditors destaca la implicació i motivació del personal en l'actualització i seguiment d'aquest sistema de qualitat en cadascuna de les unitats auditades, juntament amb la utilització de diferents eines (AMFE, mapa de riscos), per la identificació de riscos per processos i fases del servei.

No obstant això, es va identificar la necessitat de seguir treballant en una sèrie de punts de millora, dels quals en presentem alguns exemples a continuació:

- ✓ Es posa de manifest el retard a l'hora de dur a terme canvis informàtics a curt termini per millorar activitats de gestió i control del servei.
- ✓ Es recomana la definició de nous indicadors per avaluar el grau d'assoliment dels objectius.
- ✓ Es recomana evidenciar més clarament l'anàlisi de repetibilitat de les incidències/no conformitats detectades.

Podeu consultar l'informe del Comitè d'Estandardització ISO [aquí](#).

## OBJECTIUS 2019-2020

La Comissió de Qualitat ha aprovat i elevat al Consell de Direcció els següents objectius de qualitat pel bienni 2019-2020.

### Crear un grup de treball multidisciplinari per promoure la medicació segura al PSMAR

**Indicador:** Creació del grup de treball i definició d'un pla de treball (sí/no)

**Accions per l'assoliment de l'objectiu:**

- ✓ Crear un grup de treball multidisciplinari (amb la participació d'infermeria, servei i comissió de farmàcia, especialitats mèdiques, programa de qualitat) per promoure la medicació segura al PSMAR.
- ✓ Elaborar un pla de treball per definir objectius, accions i responsables.

### Iniciar la cultura de la disculpa/millora de comunicació d'esdeveniments adversos amb l'elaboració un protocol de comunicació de l'error al pacient i familiars

**Indicador:** Existència del protocol i implantació del mateix (sí/no)

**Accions per l'assoliment de l'objectiu:**

- ✓ Crear un grup de treball multidisciplinari per l'elaboració d'un protocol de comunicació i/o disculpa de l'error al pacient i familiars.
- ✓ Revisar les experiències existents a nivell nacional i internacional per a la promoció de la comunicació i/o disculpa de l'error.
- ✓ Elaboració del protocol de comunicació i/o disculpa de l'error al pacient i familiars.
- ✓ Realitzar formació per promoure la cultura de la disculpa i les habilitats comunicatives dels professionals en la comunicació de l'error.
- ✓ Difondre el protocol entre els professionals i monitoritzar la seva implantació a partir del seguiment dels casos relatats en el marc de la CA3.

### Revisar i actualitzar del Codi de Bones Pràctiques en relació a la dimensió d'Atenció centrada en el pacient i impulsar la seva implementació efectiva

**Indicador:** Realitzar la formació (sí/no)

**Accions per l'assoliment de l'objectiu:**

- ✓ Revisar i actualitzar el Codi de Bones Pràctiques per part d'un equip de treball.
- ✓ Establir píndoles formatives per a professionals per conèixer l'abast del Codi, amb el suport de Formació continuada, sobre cada aspecte. Formació amb l'@prèn aula virtual
- ✓ Pactar amb els Caps de Servei i Caps d'Unitat la necessitat d'aquesta formació a tots els professionals.
- ✓ Coneixement del Codi i formació obligatòria a tots els professionals de nova incorporació.
- ✓ Fer difusió de la dimensió esmentada del Codi amb la col·laboració del Departament de Comunicació.



## Promoure l'adherència a pràctiques adequades (Right Care)

**Indicador:** Activació de la Comissió de pràctiques adequades (sí/no)

**Accions per l'assoliment de l'objectiu:**

- ✓ Crear una Comissió de treball amb lideratge assistencial.
- ✓ Identificar pràctiques de poc valor aplicables en el context hospitalari, a partir de la revisió de les actuals eines disponibles a nivell nacional i internacional.
- ✓ Definir un pla de treball.

## Identificar efectes adversos amb elevat impacte en salut i realitzar accions de millora

**Indicador:** Definició d'entre 2 i 4 efectes adversos sobre els que actuar (sí/no)

**Accions per l'assoliment de l'objectiu:**

- ✓ Identificar àrees de millora a partir de fonts d'informació disponibles.
- ✓ Definir líders clínics i accions de millora per cada àrea identificada.

## COMISSIÓ DE QUALITAT

Aguilera, Lluís (Servei d'Anestesiologia i Reanimació)<sup>2</sup>  
Balaguer, Rosa (Unitat de Medicina Intensiva i Coronària)  
Beltrán de Heredia, Sandra (Servei d'Anestesiologia i Reanimació)  
Campodarve, Isabel (Servei de Medicina Interna)<sup>1,2</sup>  
Castells, Xavier (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)<sup>1</sup>  
Caus, Fina (Àrea d'Urgències)  
Comas, Mercè (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)<sup>1</sup>  
Cots, Francesc (Servei de Control de Gestió)  
Domingo, Laia (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)<sup>1</sup>  
Duarte, Esther (Servei de Rehabilitació)  
Ferrández, Olivia (Servei de Farmàcia)  
Garcia, Lourdes (Directora d'Infermeria)  
Garreta, Marisa (Coordinadora Infermeria Àrea Sociosanitària)  
Grande, Luis (Servei de Cirurgia General)  
Horcajada, Juan Pablo (Servei de Medicina Infecciosa)  
Ibáñez, Rocío (Directora Hospital de l'Esperança i Centre Fòrum)  
Lasso de la Vega, Carmen (Direcció d'Infermeria)<sup>1</sup>  
Martínez, Jordi (Direcció d'Innovació)<sup>2</sup>  
Martínez, Santos (Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia - COT)  
Merino, Ana (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions - INAD)  
Pascual, Julio (Director Mèdic)  
Payà, Antoni (Servei de Ginecologia i Obstetrícia)  
Pérez, Maribel (Directora Comunicació i Atenció a l'Usuari)  
Pujolar, Núria (Direcció d'Infermeria)<sup>1</sup>  
Sala, Maria (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)<sup>1</sup>  
Salar, Antonio (Servei d'Hematologia)  
Salgado, Purificación (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions - INAD)<sup>2</sup>  
Torre, Pilar (Servei de Documentació Clínica i Arxiu)<sup>1</sup>  
Vinué, Josep M<sup>a</sup> (Secretaria Tècnica)

1: Membre del Grup Operatiu de Qualitat.

2: Incorporació 2019.

Per qualsevol comentari, suggeriment o dubte sobre el contingut d'aquest informe, us convidem a posar-vos en contacte amb nosaltres:

Mercè Comas ([mcomas@parcdesalutmar.cat](mailto:mcomas@parcdesalutmar.cat))

Irene Fernández ([ifernandezgarcia@parcdesalutmar.cat](mailto:ifernandezgarcia@parcdesalutmar.cat))

Servei d'Epidemiologia i Avaluació

Hospital del Mar