



CONSORCI
HOSPITALARI
DE VIC

DOSSIER
DE RESULTATS DE QUALITAT I SEGURETAT
DE PACIENTS DEL
CONSORCI HOSPITALARI DE VIC

ANY 2022

Document elaborat per:
Unitat de Qualitat i Seguretat de pacients
Consorci Hospitalari de Vic
13/07/2023

*Amb la finalitat de potenciar i col·laborar en la disminució de recursos, i seguint el compromís de l'organització vers el medi ambient, us recomanem **no imprimir el document sencer**. Imprimiu únicament els apartats que siguin del vostre interès.*

SUMARI

INTRODUCCIÓ	3
PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS EN TEMES DE QUALITAT	4
POLÍTICA DE QUALITAT DEL CHV	4
SEGURETAT DELS PACIENTS	6
CIUTADÀ	8
Resultats d'ATENCIÓ DIRECTA AL CIUTADÀ (CLIENT)	8
PROCESSOS	11
Resultats de PLANIFICACIÓ de processos/circuits	11
Modelatge dels processos	11
Acreditació de Centres d'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA a Catalunya	11
Resultats de CONTROL de processos/circuits	13
Programa de detecció precoç del càncer de mama a la comarca d'Osona	13
Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte a la comarca d'Osona (PDPCCR)	13
Protocols institucionals – de procés	15
PRODUCTE	19
Resultats de PLANIFICACIÓ de producte	19
QUÈ ES TREBALLA	19
Resultats de CONTROL de producte	20
Protocols i Altres Documents basats en l'evidència (ADBE)	20
PIPS (PROMOCIÓ I PREVENCIÓ DE LA SALUT)	23
Documentació clínica	25
Terapèutica	28
Teixits	32
Tumors	34
Riscos	35
Infeccions	39
Mortalitat	59

INTRODUCCIÓ

El Consorci Hospitalari de Vic, en el seu plantejament estratègic, adquireix el compromís d'assolir un desenvolupament sostenible amb la implicació dels diferents grups d'interès. Per aquest motiu integra la Qualitat i la Seguretat de Pacients (QISP) com un aspecte clau per donar resposta a aquest repte. El CHV treballa en el tema de la millora de la qualitat des de l'any 1985 i la Seguretat de Pacients (SP) segons indicacions de la OMS, des de l'any 2006. El model de gestió de la QISP del Consorci Hospitalari de Vic té com a punt de partida l'orientació al ciutadà, centrada en la detecció i coneixement de les seves necessitats, en la definició dels processos / circuits per cobrir-les de manera satisfactòria i amb eficiència, i segons la definició dels productes assistencials, docents, de recerca, de millora de la tecnologia i d'innovació, realitzada pels professionals i l'evidència, tot garantint la seguretat dels pacients i la transformació i adaptació de l'organització pel futur.

El Pla director de qualitat i seguretat de pacients del CHV és l'instrument de planificació i gestió global de l'organització pel que fa a la qualitat i la seguretat de pacients, per impulsar la millora contínua cap a l'excel·lència. El Pla director 2020-2025 es va aprovar en el Comitè de Direcció del 19/5/2021.

Aquest Pla director de Qualitat i Seguretat de pacients :

- S'alineja amb el Pla de Salut de Catalunya, el Pla de Salut de la regió sanitària centre i el Pla Marc de gestió de la qualitat docent de Catalunya.
- S'alineja amb el Pla Estratègic del Consorci Hospitalari de Vic.
- Contribueix a assolir els objectius i a desenvolupar el pla de millora del CHV.
- S'orienta envers la Missió, visió i valors que defineixen el Consorci com a institució.
- Dóna compliment als criteris de qualitat i SP requerits per a l'Accreditació de centres.
- Dóna compliment als requisits legals i institucionals referents a temes de qualitat i seguretat.
- S'integra amb el Codi ètic del CHV ja que aquest es fonamenta en els principis bàsics de la bioètica: autonomia, beneficència, no maleficència i justícia, que contempen i inclouen els conceptes essencials vers el pacient de respecte i participació en la presa de decisions, qualitat assistencial, seguretat i equitat.
- Contribueix a donar resposta a alguns dels 17 objectius de desenvolupament sostenibles (ODS) de les Nacions Unides.

La sistemàtica de treball del Programa de Qualitat i Seguretat de pacients es basa fonamentalment en:

- Consolidar i establir un sistema de treball per conèixer les necessitats i l'experiència dels ciutadans, en la definició dels processos / circuits per cobrir-les de manera satisfactòria i amb eficiència, i segons la definició dels productes assistencials realitzada pels professionals que garanteixin la seguretat dels pacients. S'utilitzarà la metodologia del PDCA (Plan, Do, Check, Act), per tal que els productes i processos siguin estiguin planificats, controlats i millorats de forma sistemàtica.
- Planificar estratègies d'actuació quan als ciutadans (identificació, necessitats, experiència..), establir sistemes de control (elaboració, implantació i seguiment), proposar/implantar millores i quantificar el cost.
- Definició de circuits / processos fonamentals, dissenyar circuits, establir sistemes de control (elaboració, implantació i seguiment), revisió, proposar/implantar millores i quantificar el cost.
- Ajudar a definir els productes, dissenyar pautes d'actuació (medicina basada en l'evidència), establir sistemes de control (elaboració, implantació i seguiment), proposar/implantar millores i quantificar el cost.

L'ànim de millora contínua i superació constant, orienta el programa de qualitat cap a la integració dins la gestió de la Qualitat total, dels aspectes de seguretat de pacients i de l'acreditació hospitalària.

En aquest dossier de QISP, no hi ha informació de l'Hospital de la Santa Creu (a excepció del tall d'infeccions), tot i que ja forma part de la gestió del Consorci no s'han iniciat les activitats habituals de seguiment dels aspectes de Qualitat i Seguretat de pacients, igual que fem amb l'altra centre d'atenció intermèdia que és l'HSJM.

PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS EN TEMES DE QUALITAT

Els professionals del Consorci Hospitalari de Vic participen de forma activa en diferents temes de qualitat, com a membres de grups de treball, coordinant protocols o procediments o com a tècnics dinamitzadors dels diferents grups. Aquesta participació és un dels aspectes d'implicació que es valorarà per a carrera professional.

PROFESSIONALS QUE PARTICIPEN EN TEMES DE QUALITAT

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Difer 21-22
Global	222	218	247	181	220	207	-5,91%
<i>Externs</i>	8	16	15	7	8	9	

TÈCNICS I PROFESSIONALS DE LA UNITAT

Independentment de la dedicació, interns i externs.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Global	19	19	18	17	18	15

Comentaris

- ✓ Durant el 2022 ha disminuït un 5,91% els professionals que han participat en temes de Qualitat.
- ✓ La disminució en el nombre de tècnics i professionals de la Unitat de Qualitat i Seguretat de pacients, es deu a baixes/vacants que hi ha hagut durant l'any.

POLÍTICA DE QUALITAT DEL CHV

Durant l'any 2022, seguint el Pla estratègic vigent, dins les diferents **polítiques dels grups d'interès hi ha incorporada la seva orientació vers la qualitat i seguretat de pacients**. En l'elaboració del nou Pla estratègic es preveu, de nou, poder tenir definida la política de Qualitat i SP de forma específica. La política disponible al 2022 es concreta en:

- ◆ Consolidar i **implicar als professionals** en la gestió de la qualitat total utilitzant procediments i recursos d'efectivitat demostrada, mitjançant l'ús del model EFQM d'excel·lència i el cercle de millora contínua PDCA, per oferir un alt nivell de qualitat en el servei tot vetllant per la seguretat dels pacients (**política de persones**).
 - Activar reunions intraserveis d'anàlisi específics dels indicadors de qualitat, que permetin activar cercles de millora contínua PDCA, amb el lideratge de la direcció de servei i cap d'unitat.
 - Activar reunions d'anàlisi d'esdeveniments adversos (EA) en els grups de millora, que permetin activar cercles de millora contínua - PDCA (pla salut 2020).
 - Implantar l'anàlisi d'EA del sistema TPSC-Cloud®, model de seguretat dels pacients de la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitàries del Departament de Salut, i actuacions en les segones víctimes (pla salut 2020).
 - Promoure la formació i la divulgació de temes de qualitat i seguretat de pacients per als professionals del Consorci, creant així una cultura de millora contínua en la pràctica habitual.


- ◆ Consolidar la gestió de qualitat total i **orientar el Consorci cap a la ciutadania**, amb la finalitat d'identificar els ciutadans i les seves necessitats, de **detectar la seva experiència** de l'atenció i d'establir una organització en funció de les seves necessitats, en el marc d'una assistència amable i segura (**política ciutadà**).
 - Es basa en activar les actuacions per tal que permetin detectar aquelles àrees de millora i conèixer les necessitats dels grups d'interès, per poder definir els processos per cobrir-les de manera satisfactòria i de forma segura.
 - Activar les actuacions especificades en la instrucció de funcionament del grup de seguretat, que permetin fer monitoratge i avaluar de forma contínua els àmbits de seguretat que promou la OMS.
 - Proporcionar al Servei de Promoció de la Qualitat i Bioètica en el termini establert les dades dels indicadors de seguretat dels pacients de l'HUV.

- ◆ Millorar el **contínuum assistencial**, generar confiança, seguretat i acolliment a la ciutadania, als cuidadors i als clients que contracten serveis (política ciutadà).
 - Es tracta de fer el seguiment dels aspectes que es determinin al Consorci i que permetin avaluar la seguretat en el contínuum assistencial, per tal d'establir les millores que es considerin oportunes.

- ◆ Comprometre'ns en garantir la seguretat, la **prevenció de la malaltia, la promoció de la salut** i a assegurar el contínuum assistencial (**política ciutadà**).
 - Quan a la prevenció de la malaltia s'activaran actuacions per poder garantir que el Consorci Hospitalari de Vic fa actuacions en relació a la prevenció de la malaltia i promoció de la salut.
 - S'aplicaran les actuacions que corresponguin que permetin acomplir amb la legislació vigent, a nivell de seguretat de pacients.
 - Activar actuacions del Pla de salut 2020 referents a seguretat de pacients: realització del protocol de radacions ionitzants en nens, avaluació del protocol de medicació d'alt risc, activar el registre i la traçabilitat dels productes sanitaris implantats, implantar el projecte de segones víctimes.

- ◆ Cercar la **màxima qualitat en els resultats**, l'excel·lència, la millora contínua i la seguretat dels pacients (**política de societat**).
 - S'establiran els indicadors de seguiment necessaris, per part dels diferents grups de qualitat, per poder disminuir els EA més freqüents a l'atenció sanitària (pla salut 2020), per poder vetllar pel compliment dels resultats, i en cas de detectar-ne desviacions, activar la comunicació dels mateixos per tal que se'n puguin derivar les actuacions de millora corresponents.
 - Es promourà la participació dels professionals en la revisió i la millora contínua del seu àmbit d'actuació, i en els temes de seguretat de pacients, consolidar la notificació dels EA i la seva gestió (pla de salut 2020).
 - Difondre i posar en valor, a través dels diferents canals interns de comunicació del CHV, les millores de qualitat i seguretat de pacients implantades al CHV:

- ◆ Determinar l'activitat sanitària i social, la docència, la recerca i la innovació; definir la cartera de serveis, la qualitat de l'assistència i establir el model de comunicació i la satisfacció de la ciutadania. **Proporcionar assistència de qualitat**, basada en criteris d'eficiència amb **suport metodològic** i acreditada de forma externa (certificacions, premis, auditories) (**política de propietat**).
 - Les actuacions que es duren a terme seran de suport metodològic per poder obtenir el reconeixement extern del Consorci Hospitalari de Vic, com a centre reconegut en temes de qualitat i seguretat de pacients.
 - Caldrà designar una persona com a tècnic del grup de seguretat de pacients, responsable de dinamitzar el grup, amb funcions de representant, junt amb la cap de Qualitat i Comunicació, dels temes de seguretat de pacients del CHV.
 - Difondre i posar en valor, a través dels diferents canals externs de comunicació del CHV, les millores de qualitat i seguretat de pacients implantades al CHV.

 Activar accions que respectin el **medi ambient**, d'efectivitat demostrada i que potenciïn la cohesió social (**política d'aliances i proveïdors**).

- Les activitats que es realitzaran aniran encaminades a fer una unitat de qualitat més sostenible, i que les accions de millora endegades respectin el medi ambient.
- Promoure la utilització de procediments i recursos d'efectivitat demostrada, en col·laboració d'altres entitats, empreses i proveïdors, per promoure la consecució dels objectius de millora contínua.

OPERATIVA PER IMPLANTAR LA POLÍTICA DE QUALITAT

- ✓ La direcció del CHV reconeix en els comandaments als líders de la gestió de la qualitat i la SP en el seu àmbit, sent els responsables d'instaurar sistemes de planificació, control i millora, per tal d'atendre les necessitats dels ciutadans, oferint un producte de reconeguda qualitat, per tal d'aconseguir millores en la salut, i en la seva atenció.
- ✓ La gerència posa a disposició dels directius/comandaments el suport metodològic necessari per tal de poder planificar, controlar i millorar el seu producte. El suport es realitzarà des del programa de qualitat, mitjançant el personal tècnic responsable dels grups, que utilitzarà les eines més adients, assessorant i donant la uniformitat metodològica necessària.
- ✓ La direcció planifica i avalua els objectius estratègics del consorci que posteriorment es traspassen segons els procediments establerts, als diferents professionals.
- ✓ S'estableixen accions formatives i de divulgació de temes de qualitat per al personal del Consorci, creant així una cultura de millora contínua en la pràctica habitual.

[\(👉 Tornar a l'índex\)](#)















SEGURETAT DELS PACIENTS

La vigilància de la seguretat dels pacients prevista al Consorci Hospitalari de Vic s'estableix dins la sistemàtica de Qualitat, i es fomenta en cinc principis bàsics:

- **El lideratge** dins l'organització: incorporació d'objectius estratègics sobre seguretat, responsabilitat del tema de la Gerència i dotació de recursos necessaris per dur-ho a terme.
- Considerar els límits humans en el **disseny dels processos**: dissenys de tasques tenint en compte la seguretat, evitar refiar-se de la memòria i de la vigilància, simplificar processos i protocol·litzar.
- Promoure el **treball en equip** efectiu: formar als equips i fer partícips als pacients en el procés d'atenció.
- **Anticipar-se** a allò que és inesperat: actitud proactiva d'anàlisi, procediment d'actuació per quan es produeixi un error i impulsar la HC informatitzada (informació en el punt d'atenció).
- Crear un **ambient d'aprenentatge**: fer simulacions, promoure declaració d'errors, garantir una actitud no punitiva, cultura de treball de fluïdesa en la comunicació i incrementar la formació, i aprenentatge a partir dels errors.

Les actuacions de seguretat de pacients que es realitzen al Consorci Hospitalari de Vic, estan enfocades segons el tipus d'anàlisi. Hi ha una visió de macroanàlisi i una visió més de microanàlisi, establint-se actuacions a diferents àmbits, per poder tenir un efecte que s'impregni dins l'organització.

NIVELL D'APLICACIÓ DE LA SEGURETAT DELS PACIENTS AL CHV 2022

Enfocament	<ul style="list-style-type: none">  Instrucció A132f.- Comitè de seguretat de pacients, aprovat pel Comitè de Seguretat de pacients el 18.06.2020 (versió 08)  Instrucció A422a.- Funcionament del grup de seguretat de pacients, aprovat Comitè de Seguretat de pacients el 18.06.2020 (versió 02)  Banner específic de seguretat de pacients disponible a la intranet  Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	<ul style="list-style-type: none">  Actes de les 3 reunions del Comitè de Seguretat de Pacients (CSP) (disponibles a qualitat) per seguiment dels temes (22.3.2022, 14.6.2022 i 16.11.2022). <p>Contingut de cada acta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lectura i aprovació, si s'escau, de l'acta de la reunió anterior. ○ Aprovació de documents, si s'escau. ○ Indicadors de SP del Departament de Salut (QComandament). ○ Projectes avalats per la màxima evidència científica (OMS): <ul style="list-style-type: none"> ● Higiene de mans ● Identificació inequívoca / Caigudes ● Errors de medicació ● Hemoderivats ● Bacterièmia per catèter ● Xec-list quirúrgic ● Pacient politraumàtic ● Suïcidi ● Contencions ○ Seguiment registre d'alertes. ○ Esdeveniments adversos. ○ Activitats i funcionament dels grups de millora de SP ○ Actuació en Segones Víctimes. ○ Formació relacionada amb SP ○ Difusió feta sobre seguretat de pacients ○ Implicació dels ciutadans i els pacients en els temes de seguretat. ○ Resum dels acords presos.
Desplegament	<ul style="list-style-type: none">  Feta reunió de la Cap de Qualitat i Seguretat de pacients amb els referents dels grups de millora per establir dinàmica de funcionament davant la vacant de tècnic de SP el 19.5.2022.  Fetes reunions dels referents dels grups de millora de Seguretat de pacients. S'acorda que es faran reunions sense acta (19.5.2022 hi ha acta, 31.05.2022, 26.10.2022 i 23.11.2022).
Avaluació	<ul style="list-style-type: none">  Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat del CHV realitzada el 08/11/2022 i propostes de millora per l'any següent.  Seguiment dels esdeveniments adversos detectats al SINISPCat, en cada una de les actes del CSP (22.03.2022, 14.06.2022 i 16.11.2022).  Anàlisi causa-arrel en el 11 de 18 (61.1%) dels esdeveniments adversos considerats importants.  Seguiment semestral dels indicadors de seguretat dels pacients de l'IASIST, per part dels tècnics de qualitat i activació d'accions de millora si ha calgut.  Lliurament al Departament de Salut dels indicadors de seguretat dels pacients dels centres HUV. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tancament indicadors any 2021 (tots els obligatoris + 29 opcionals) – 8.03.2022 ○ Tancament indicadors del primer semestre 2022 – 11.08.2022. ○ Tancament indicadors de l'any 2022 el 13.02.2023. ○ Dels 81 objectius possibles, 46 prioritaris (100% possibles) i 34 opcionals
Revisió	<ul style="list-style-type: none">  Instrucció A132f.- Comitè de seguretat de pacients – versió 08  Instrucció A422a.- Funcionament del grup de seguretat de pacients – versió 02

[\(👈 Tornar a l'índex\)](#)

CIUTADÀ

Des de la Gerència s'ha reformulat l'àrea d'atenció al usuari donant-li una nova dimensió que porta a reformular noves relacions amb la comunitat i la població de referència, més enllà de recollir els indicadors de satisfacció de client que es poden deduir de tot el servei d'atenció directa que es realitza en aquest àmbit de treball.

En aquest sentit, la nova unitat que ha passat a denominar-se "Estratègia ciutadana" es preocupa dels aspectes de participació activa dels pacients, associacions, Institucions i ciutadania, tant en la gestió com en l'activitat assistencial del CHV, anant molt més enllà de la recollida reactiva de queixes, suggeriments o agraïments.

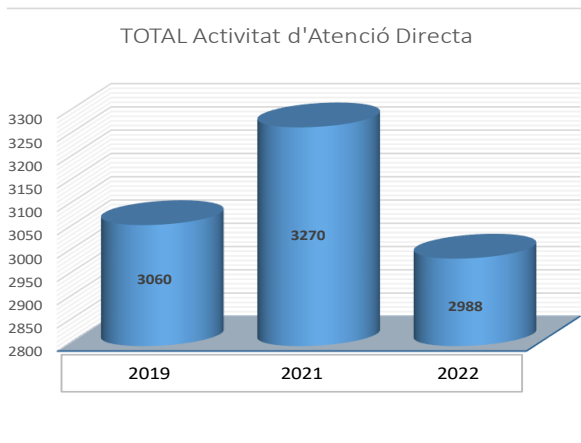
Tot i aquesta nova definició d'àmbit i objectius de treball es seguirà revertint a Qualitat els indicadors que permeten deduir el grau de satisfacció del pacient (client) a través del punt d'atenció directa.

RESULTATS D'ATENCIÓ DIRECTA AL CIUTADÀ (CLIENT)

Consisteix en conèixer i avaluar l'opinió dels pacients (clients), mesurant les desviacions en relació als objectius o expectatives i les especificacions del servei, permetent prendre accions de correcció. L'avaluació de l'opinió dels clients es realitza mitjançant la gestió dels suggeriments i reclamacions i el seguiment dels indicadors de satisfacció.

El quadre total de resultats i incidències ateses a la Unitat pel que fa a l'atenció directa al pacient és el següent:

	2019	2021	2022	Variació 22/21
Reclamacions:	731	504	681	177 35%
Suggeriments:	1476	1833	1466	-367 -20%
TOTAL	2207	2337	2147	-190 -8%
Requeriments cossos policials:	no registrats	no registrats	90	
Segones opinions:	22	30	17	-13 -43%
Agraïments:	49	28	67	39 139%
Objectes perduts:	150	126	145	19 15%
Objectes trobats:	632	749	522	-227 -30%
TOTAL:	3060	3270	2988	-282 -9%



DIES DE REPOSTA RECLAMACIONS

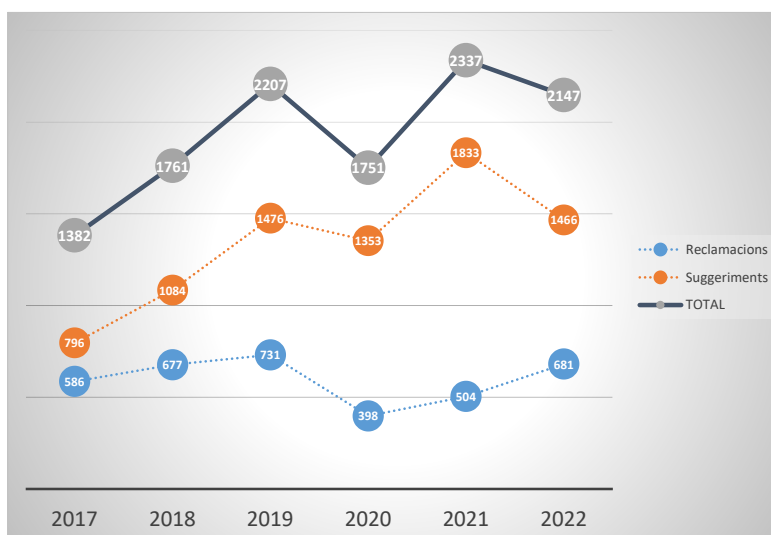
	2021	2022
Resposta interna < 10 dies	71,11%	52,58%
Resposta definitiva < 15 dies	71,37%	54,95%
Mitjana temps resposta definitiva	14,64 dies	22,91 dies

Comentaris

✓ El total d'activitat del Servei ha tornat als nivells pre pandèmia, després d'una pujada important el 2021, fruit de tota l'aturada del 2020 i del fet que l'assistència, que podria haver transcorregut com a ordinària, per part de l'usuari ha agafat ja caràcter d'urgència i els recursos i el sistema de salut no hi pot donar la resposta que es necessita. Aquesta hipòtesi es reafirma encara més quan s'analitzen els motius de les queixes dels usuaris que es centren molt en les llistes d'espera tant per consulta, com per prova com també per intervenció quirúrgica.

La línia evolutiva és la següent

Any	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Reclamacions	586	677	731	398	504	681
Suggeriments	796	1084	1476	1353	1833	1466
TOTAL	1382	1761	2207	1751	2337	2147

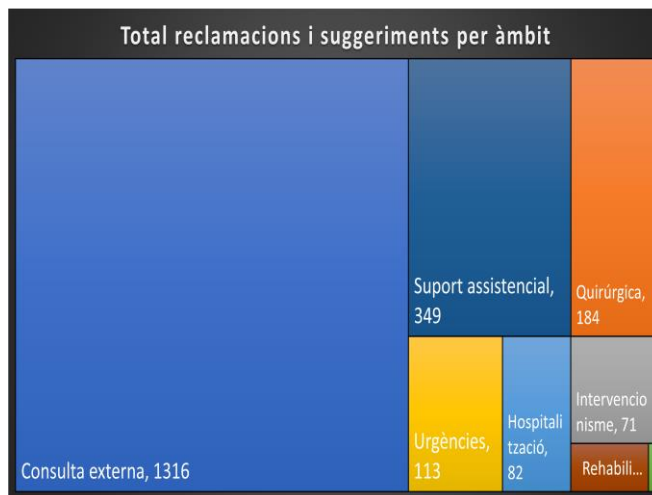


Comentaris

✓ De forma clara la línia evolutiva és creixent, exceptuant el 2020 per raons obvies. Aquesta evolució no s'explica simplement com a línia paral·lela a l'increment d'activitat sinó a la problemàtica creixent d'accessibilitat al sistema. Així mateix, els professionals noten la pressió assistencial canviant també el seu grau de satisfacció i la seva resposta. Això es denota per exemple en el temps mig de resposta a les reclamacions que s'ha quasi doblat. Amb tot la línia de les reclamacions no té una acceleració tant pronunciada com la que sí que marquen els suggeriments, tot i que aquest 2022 han marcat una petita reculada.

Distribució de totals per àrees i àmbits (reclamacions+suggeriments)

	Aguts	At. Inter i de	Privat	Salut Mental	TOTAL	Total 2021
Hospitalització	57	6	14	5	82	270
Quirúrgica	181	0	3	0	184	244
Intervencionisme	70	0	0	1	71	11
Urgències	94	0	18	1	113	142
Consulta externa	1197	7	5	107	1316	1624
Hospital de dia	3	0	0	0	3	2
Suport assistencial	339	0	10	0	349	36
Rehabilitació	27	1	1	0	29	8
Total	1968	14	51	114	2147	0
Total 2021	2196	19	39	83		2337

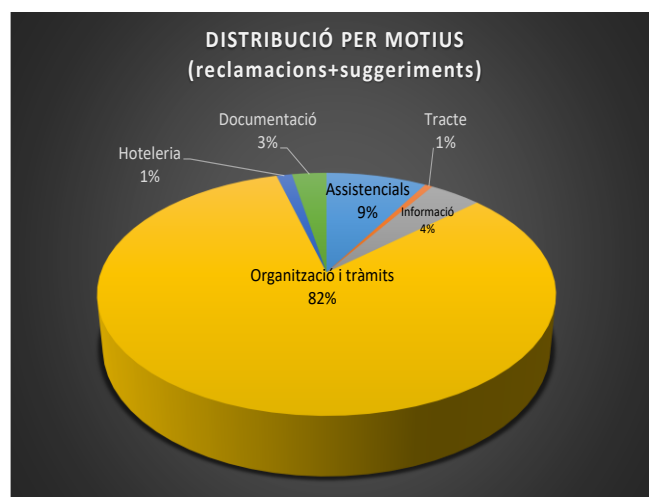


Comentaris

- ✓ L'àrea que més queixes acumula per part dels ciutadans és Consulta externa que acumula en l'àmbit d'aguts i també de salut mental. Per altra banda, la segona àrea a tenir present és suport assistencial en el ben entès que en aquesta àrea s'hi comptabilitza l'activitat de diagnosi per la imatge, de manera que la demora per proves, sobretot ressonàncies implica les xifres elevades de queixes que a més provoquen per rebot, queixes en la demora de consultes conseqüents.

Total per Motius en els diferents àmbits (reclamacions+suggeriments)

MOTIUS PER ÀMBIT	Aguts	At. Inter. l dep.	No públic	Salut mental	TOTAL	Total 2021
Assistencials	147	4	16	14	181	131
Tracte	12	0	1	1	14	5
Informació	78	0	9	6	93	126
Organització i tràmits	1662	6	14	87	1769	1721
Hoteleria	19	4	5	0	28	25
Documentació	53	0	6	3	62	329
TOTAL	1971	14	51	111	2147	0
Total 2021	2196	19	39	83		2337



Comentaris

- ✓ El major número de queixes i amb diferència correspon a "organització i tràmits" que agrupa diferents tipus de motius al voltant d'aquest concepte si bé en la majoria de casos, les queixes fan referència a les demores per les llistes d'espera i per les proves diagnòstiques (sobretot ressonàncies i electromiogrames). També les intervencions quirúrgiques (sobretot columna) provoquen reclamacions per part dels ciutadans.

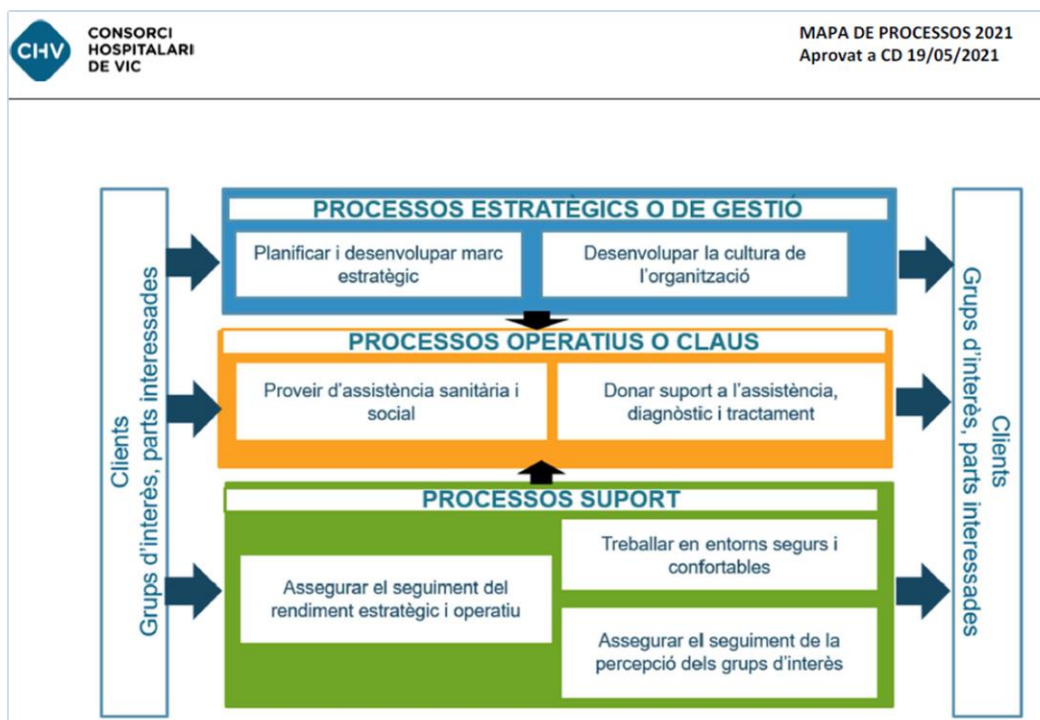
[👉 Tornar a l'índex](#)

PROCESSOS

RESULTATS DE PLANIFICACIÓ DE PROCESSOS/CIRCUITS

MODELATGE DELS PROCESSOS

El mapa de processos vigent és l'aprovat en el Comitè de Direcció del 19 de maig de 2021.



ACREDITACIÓ DE CENTRES D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA A CATALUNYA

L'acreditació de centres sanitaris és un procediment segons el qual una organització sanitària s'incorpora a un procés de verificació externa, que avaluarà el nivell en què se situa aquesta organització en relació a un conjunt d'estàndards prèviament establerts.

L'acreditació té com objectius:

- Impulsar el conjunt de professionals dels centres sanitaris a analitzar la seva organització i a incidir en la millora de la qualitat de l'assistència que s'hi presta.
- Garantir la competència de l'organització amb un nivell de qualitat realista i consensuat.

L'avaluació del centre sanitari es porta a terme per part d'una auditoria externa i, posteriorment, el Departament de Salut emet el dictamen en forma de certificat.

Està regulada per llei des de l'any 1981. Des d'aleshores ha sofert diferents reformes, l'última i més rellevant és la publicació del decret 5/2006, regulador de l'acreditació de centres d'atenció hospitalària d'aguts i de les entitats avaluadores. A partir d'aquesta reforma l'estructura dels estàndards s'inspira en el Model EFQM d'Excel·lència: 5 criteris d'agents i 4 criteris de resultats.

Metodologia de treball

El Departament de Salut ha acreditat, fins a 2021 els centres d'atenció aguda i de primària.

El Centre del CHV que s'ha acreditat l'hospital d'aguts (Hospital Universitari de Vic) que en la seva metodologia de treball assigna, anualment, en un Comitè de Direcció el Director i dinamitzador responsables de cada criteri i subcriteri.

L'operativa de seguiment està assignada a la Unitat de Qualitat, concretament en la seva Cap, i compta amb una tècnica dinamitzadora per fer seguiment i suport metodològic en:

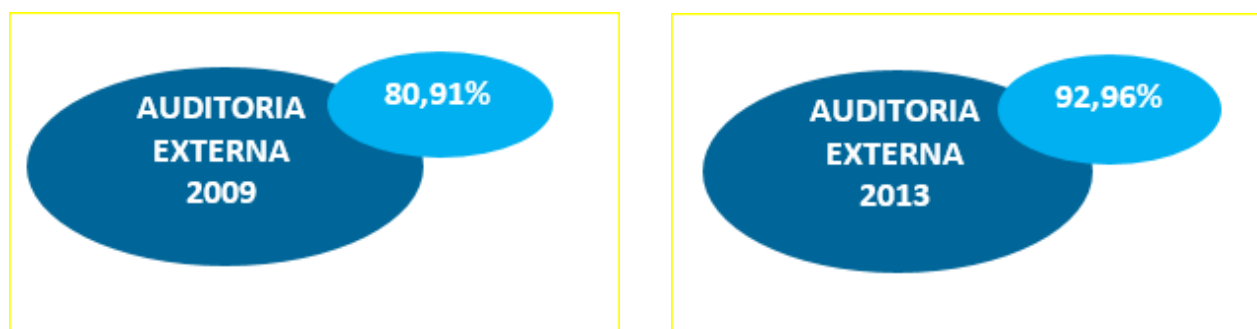
- Suport i acompanyament als directors i dinamitzadors de cada criteri/subcriteri en el treball de les evidències.
- Gestió, amb el Departament de Salut, de la informació i documentació que genera el procés d'Accreditació sempre amb el vist i plau de la Direcció del CHV.

L'HUV ha passat dues avaluacions externes de l'acreditació d'aguts, el 2009 i el 2013.

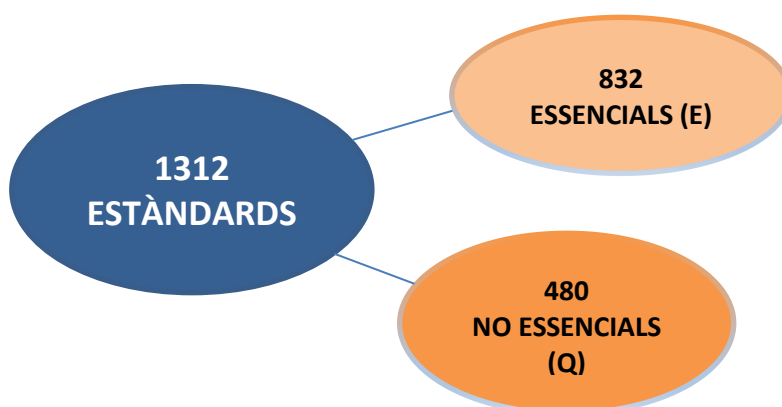
Per la resolució SLT/621/2023 de 23 de febrer, es prorroga la vigència dels certificats d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda atorgats fins al 31 de desembre del 2023.

EVOLUCIÓ DE L'ESTAT DE L'ACREDITACIÓ A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC

Els resultats de l'auditoria externa de les acreditacions realitzades pel Departament de Salut a l'Hospital Universitari de Vic són:



Durant l'any 2022 s'ha emès el nou manual d'acreditació dels hospitals d'agut passant alguns indicadors de qualitat a essencials (131) i incorporant-ne de nous (69), pel que el manual quedarà compostat per:



[👉 Tornar a l'índex](#)

RESULTATS DE CONTROL DE PROCESSOS/CIRCUITS
PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DEL CÀNCER DE MAMA A LA COMARCA D'OSONA

Els indicadors de resultats es calculen segons l' "European Guidelines for quality assurance in mamography screening" 4a. Ed. 2006 (EGC). El tractament estadístic i analític de les dades de les rondes del programa d'Osona ha estat dut a terme fins l'any 2018 pels serveis de l'Oficina tècnica de Sabadell (UDIAT, Parc Taulí); les dades de la desena ronda i de l'onzena (anys 2021 i 2022), han estat obtingudes per la unitat d'Epidemiologia del CHV i són les següents.

	RONDES							NIVELL EGC	
	5a (2009-10)	6a (2011-12)	7a (2013-14)	8a (2015-16)	9a (2017-18)	10a (2019-20)	11a (2021-22)	Acceptable	Desitjable
Taxa de participació	87,5%	85,9%	86,5%	84,1%	84,4%	68,9%	76,9%	> 70%	> 75%
Taxa de recitacions	4,6%	4,6%	3,5%	3,6%	3,9%	4,4%	3,3%	< 7%	< 5%
Taxa de càncers detectats	5,6‰	4,8‰	4,8‰	4,8‰	4,6‰	4,4‰	3,4‰	< 7 ‰	3,5 i 5 ‰
Càncers invasors ≤10 mm Ø	29,6%	27,3%	41,8%	24,5%	38,2%	27,8%	32,6%	≥ 25%	≥ 30%
Càncers invasors amb ganglis (-)	83,1%	81,81%	81,48%	64,2%	75,2%	66,7%	65,5%	> 70%	> 75%

Comentaris

- ✓ Els resultats de la participació en l'onzena ronda del cribratge de càncer de mama (al tancament de l'any 2022) han continuat afectats pel confinament més relaxat que es va recomanar durant l'any 2021 i per la recuperació de la normalitat, en part, durant l'any 2022. La participació de l'onzena ronda (anys 2021 i 2022) no assoleix els nivells pre-pandèmics però permet observar un augment en relació a la davallada de la desena ronda (especialment imputable a l'any 2020).
- ✓ Els indicadors dels resultats de l'onzena ronda freqüen –arribant-hi o no arribant-hi- el nivell desitjable establert per l' "European Guidelines for quality assurance in mamography screening" 4a. ed. 2006 (EGC), i es pot dir que el rendiment i eficàcia del programa en la ronda que ha acabat l'any 2022 no han sofert cap alteració amb significat clínic o epidemiològic i, en termes generals, es manté la qualitat de les rondes pre-pandèmiques.

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DEL CÀNCER DE CÒLON I RECTE A LA COMARCA D'OSONA (PDPCCR)

Amb tres mesos de retràs per l'impacte de la pandèmia en la ronda anterior, l'abril de 2021 va començar la quarta ronda (de 2021 a 2022) i ha acabat tal com s'havia previst el desembre de 2022 amb la invitació per quarta vegada de la població diana resident a les àrees bàsiques de salut de Vall de Ges (Torelló), Roda de Ter, Manlleu, Lluçanès, Sant Quirze de Besora i Centelles. El ritme de les invitacions, el flux de proves de les farmàcies al laboratori i la programació de les colonoscòpies a les persones amb un resultat positiu, han fet que s'hagi esmorteït l'impacte de l'aturada pandèmica i que, a desembre de 2022, s'estigui en la finalització com d'una ronda estàndard (pre-pandèmica).

Les dades que es presenten corresponen a l'anàlisi duta a terme a mesura que els participants positius acaben el circuit diagnòstic i es completen i tanquen de manera molt dinàmica. Es presenten les que s'han extret el dia 1 de desembre de 2022 conjuntament amb l'oficina tècnica de l'Hospital Clínic de Barcelona.

S'ha de mencionar, en relació a la positivitat de les proves, que l'Institut Català d'Oncologia va decidir que, a partir del dia 27 de juliol de 2020, el punt de tall per a dictaminar un resultat de detecció de sang oculta en femta com a positiu passava de 100 nanograms d'Hemoglobina per microlitre a 155 ng Hb / μ L. Pel que fa a Osona i al tancament de l'any 2022, per aquesta raó, hi ha un total de 257 persones amb un resultat entre 100 i 155 que no han estat classificades com a positives i no han estat citades per a colonoscòpia exploradora. En qualsevol cas, aquest punt de tall, s'ha revertit al dintell de 100 nanograms d'Hemoglobina per microlitre a partir del primer d'agost de 2022.

	2a ronda (2017-2018)	3a ronda (2019-2020) ¹	4a ronda (2021-2022) ²
Població diana	37.629	38.701	39.539
Exclusions	859	799	750
Població elegible	36.770	37.902	38.789
Participació (P)	22.785 (62'0%)	23.826 (62'9%)	22.080 (56'9%)
Cobertura (P+ colonoscòpia prèvia)	23.157 (63'0%)	24.187 (63'8%)	22.335 (57'6%)
PSOF+ (prova sang oculta en femta)	1.086 (4'8%)	1.094 (4'6%) ³	776 (3'5%) ³
Colonoscòpies realitzades (amb resultat)	982 (90'4%)	995 (91'0%)	698 (89'9%)

Resultats de les colonoscòpies	2a ronda (2017-2018)	3a ronda (2019-2020) ¹	4a ronda (2021-2022) ²
Normal/negativa	284 (28'9%)	306 (30'8%)	220 (31'5%)
Adenoma baix risc	211 (21'5%)	255 (25'6%)	191 (27'4%)
Adenoma risc intermedi	236 (24'0%)	230 (23'1%)	186 (26'6%)
Adenoma alt risc + Ca. In situ	156 (15'9%)	119 (12'0%)	34 (4'9%)
Càncer invasor	41 (4'2%)	30 (3'0%)	25 (3'6%)

Comentaris

- ✓ Les dades de la quarta ronda corresponen a l'anàlisi duta a terme el dia 1 de desembre de 2022. Aquesta va començar a Vic el primer d'abril de 2021 amb tres mesos de retràs per la pandèmia però a 31 de desembre de 2022 s'ha recuperat el flux de citacions a tots els residents d'Osona que són població diana i s'ha programat les accions subseqüents.
- ✓ La taxa de càncer invasiu diagnosticat ha tingut la següent evolució: 1a ronda = 3'8 càncers per mil participants, 2a ronda = 1'8 per mil participants, 3a. ronda = 1'3 càncers per mil participants i 4a ronda = 1'1 per 1.000 participants
- ✓ El seguiment dels positius d'acord amb els resultats de la PDSOF i la modificació del seu punt de tall i l'organització de les colonoscòpies es basa en les directrius de l'Institut Català d'Oncologia.
- ✓ El programa, durant l'any 2022, ha recuperat l'impacte pandèmic dels mesos de tancament i s'ha pogut convocar tota la població diana.

¹ La tercera ronda va finalitzar el 31 de març de 2021 per l'impacte i el tancament pandèmic.

² La quarta ronda va començar el primer d'abril de 2021 per l'impacte i el tancament pandèmic però a 31 de desembre de 2022 s'ha recuperat tota l'activitat habitual d'una ronda. Les dades corresponen al tancament de primer de desembre de 2022.

³ A partir del 27 de juliol de 2020, el punt de tall per a positivitat de la PDSOF va passar de 100 ngHb / μ L a 155 ng Hb / μ L però, a primer d'agost de 2022, s'ha revertit la positivitat al valor de 100 ngHb/ μ L.

PROTOCOLS INSTITUCIONALS – DE PROCÉS

Inclous dins els protocols institucionals s’hi poden trobar els que fan referència a temes de procés o circuits organitzatius.

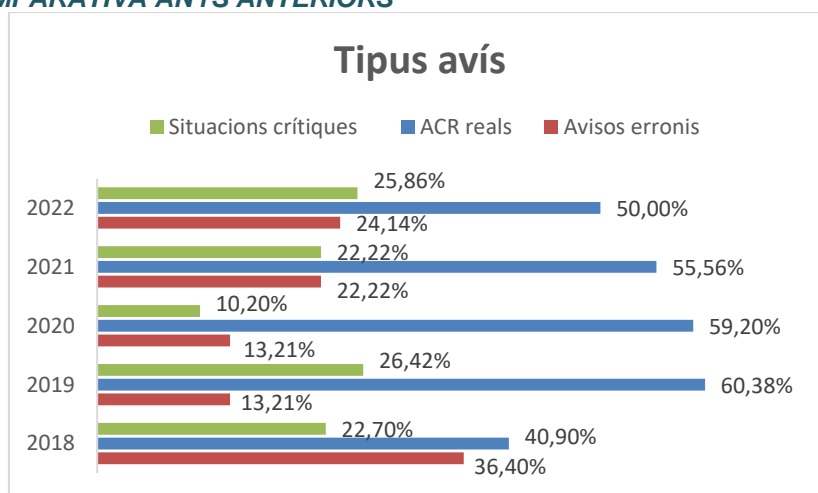
RESULTATS DE LES AVALUACIONS FETES DURANT L’ANY 2022

Protocol d’aturada cardiorespiratòria

Semestralment l’equip de seguiment avalua l’aplicació del protocol a l’HUV, OSM, CdV i HSJM.

TIPUS D’AVISOS 2022	n	%
Total trucades al buscapersones de l’equip d’ACR	58	
Avisos correctes:	44	75,86%
Aturades cardiorespiratòries (ACR)	29	50%
Situació crítica	15	25,86%
Avisos erronis	14	24,14%

COMPARATIVA ANYS ANTERIORS



Comentaris

- ✓ El nombre de trucades a l’equip d’ACR al 2022 ha augmentat de 45 (2021) a 58 (2022) trucades, amb un augment de 4 aturades reals i de 5 situacions crítiques. Aquest increment segueix en línia ascendent amb els anys anteriors al 2021.
- ✓ Augmenta el número d’avisos erronis en 4 trucades (14 en total, 24,14%). El sistema d’activació a l’equip d’ACR a través de trucada a l’1111 es va posar en marxa el 4/08/2017 i des de llavors es van corregir de manera progressiva alguns problemes tècnics d’encreuament de línies i d’entrades de trucades externes. Han disminuït els avisos erronis per error del personal sanitari però s’han detectat 3 avisos erronis per trucades de personal no sanitari, 3 trucades per persona aliena, 3 errors desconeguts i un avís que no era ACR.
- ✓ Respecte a avisos a l’equip d’ACR en llocs fins ara poc habituals, s’ha detectat 1 avís a OSM, 1 a l’àrea d’Observació i 3 a la planta 7-2.
- ✓ Les planta 3.1 (que acull pacients amb monitoratge i per tant, més greus) i la 6-1 (atribuïble a la complexitat dels pacients que atenen) són les que generen més avisos d’ACR.
- ✓ Quant als problemes detectats en els avisos correctes, s’han detectat 24 problemes en 18 avisos: 5 no candidats a RCP, 5 d’avis, 9 de material, 2 de suport i 3 Altres (1 discutible RCP, 1 Equip aturades no pot entrar a la planta per no tenir activat el xip i 1 falta d’espai (habitació post-TAC).

ÍTEMS ESTIL UTSTEIN

(Adoptats per la European Resuscitation Council (ERC) i per la American Heart Association (AHA), entre d'altres)

Aturades cardiorespiratòries (ACR)

ESTÀNDARDS SEGONS BIBLIOGRAFIA	Estàndard(*)	Resultats 2021		Resultats 2022	
		n	%	n	%
ACR intrahospitalària	1-5 casos % ingressos ⁴	25/11693	2,14 ‰	29/11891	2,44 ‰
Aturades cardíques amb ritme inicial de FV/TVSP	18-20%	4/25	16,00%	7/28	25,00%
Aturades cardíques amb ritme inicial de A/AESP	80-82%	21/25	84,00%	21/28	75,00%
Ritme inicial no determinat	–	–	–	1/29	3,45%
Supervivència a l'alta hospitalària	10-20%	1/25	4,00%	3/29	10,34%
Supervivència a l'alta després d'ACR intrahospitalària amb ritme inicial Desfibril·lable (FV o TVSP)	44,00%	1/4	25,00%	2/7	28,57%
Supervivència a l'alta després d'ACR intrahospitalària amb ritme inicial NO Desfibril·lable (A o AESP)	7%	0/21	0,00%	1/21	4,76%

(*) UK National Cardiac Arrest Audit (NCAA)

DADES Ritme inicial ACR	2021 Total %	2022					
		Total		NO desfibril·lable		Desfibril·lable	
		n	%	n	%	n	%
Aturades cardiorespiratòries (ACR)		29(*)		21/28	75%	7/28	25%
Realització de maniobres	100,00%	28	96,55%	20	95,24%	7	100,00%
o Compresions	100,00%	28	96,55%	20	95,24%	7	100,00%
o Ventilació	100,00%	28	96,55%	20	95,24%	7	100,00%
o Intubació	60,00%	16	55,17%	12	57,14%	4	57,14%
o Desfibril·lacions	20,00%	8	27,59%	1	4,76%	6	85,71%
o Durada mitjana de reanimació	00:32:36	00:24:43		00:24:17		00:27:17	
ROSC (Retorn de circulació espontània)	24,00%	11	37,93%	7	33,33%	3	42,86%
Pacients UCI	16,00%	11	37,93%	8	38,10%	3	42,86%
o Trasllat a UCI	50,00%	6	54,55%	3	14,29%	3	42,86%
o IntraUCI	50,00%	5	45,45%	5	23,81%	0	0,00%
Supervivència	4,00%	3	10,34%	1	4,76%	2	28,57%
o Supervivència a l'HUV ⁵	4,00%	2	6,90%	1	4,76%	1	14,29%
o Supervivència a la UCI ⁶	25,00%	3	27,27%	1	12,50%	2	66,67%

(Supervivència: entre 10% i 20% a l'alta hosp., segons bibliografia)

(*) En 1 cas el ritme inicial no s'ha pogut determinar.

Comentaris

- ✓ La incidència d'ACR intrahospitalària, dins de l'HUV, es manté dins dels estàndards 2,44 ‰ (1-5 casos per cada 1000 ingressos).
- ✓ Les aturades amb ritme inicial desfibril·lable han augmentat fins el 25% per sobre de l'estàndard (alta prevalència de la cardiopatia isquèmica a Osona) i les ACR amb ritme no desfibril·lable lleugerament per sota dels estàndards de la literatura (75 %).
- ✓ La supervivència a l'alta hospitalària de les ACR està en el límit inferior de l'estàndard (10,34%)
- ✓ Destaca una supervivència del 28,6% dels ritmes desfibril·lables (estàndard 44%) i una supervivència dels ritmes no desfibril·lables del 4,7% (estàndard 7%). Caldria analitzar acuradament els casos en concret, amb edats i comorbilitats que poden justificar la baixa supervivència, especialment dels ritmes desfibril·lables.

⁴ Altes convencionals hospitalització per centre físic (HUV)

⁵ Sobre el total d'ACR

⁶ Sobre el total de pacients amb ACR que han passat per la UCI (trasllats + intraUCI)

RESUM DADES REVISIONS CARRETONS D'ATURADA % D'ACOMPLIMENT

Total Carretons	2018	2019	2020	2021[2]	2022		
	28	27	28	31[1]	31		
	% compliment	% compliment	% compliment	% compliment	n Revisions previstes	n Revisions fetes	% compliment
Check-list mensual dels carretons	93,44%	99%	93,49%	90,00%	349	346	98,86%
Identificació correcta de la persona que revisa el carretó	87,29%	100%	88,93%	100%		346	100%
Has trobat el carretó segellat?	92,26%	95,9%	95,49%	96,46%		301	86,99%
S'ha reposat (o sol·licitat) tot el material o medicació?	99,33%	98,75%	97,54%	99,10%		305	88,15%
El material o la medicació és la que correspon?	99,13%	99,38%	98,32%	89,82%		320	92,49%
S'ha fet la revisió de materials i medicació caducats?	5,03%	87,23%	89,75%	98,67%		290	83,82%
incidències detectades amb el carretó	5,69%	4,98%	3,28%	5,31%		22	6,36%

[1] 2022: s'han afegit 3 maletins de nounat

[2] Per ser el primer any en que el registre s'ha fet informàticament, en el check-list s'han comptat les revisions registrades informàticament + les que hem rebut en paper. Per la resta d'ítems, només s'han valorat les que s'han registrat informàticament.

RESUM DADES REVISIONS DESFIBRIL·LADORS (% D'ACOMPLIMENT)

Total monitors-desfibril·ladors	2018	2019	2020	2021[1]	2022		
	22	26	26	26	26		
	% compliment	% compliment	% compliment	% compliment	n Revisions previstes	n Revisions fetes	% compliment
Revisió correcta desfibril·lador infermeria	65,78%	89,55%	82,59%	71,23%	1041	1223	85,12%
Incidències detectades amb el desfibril·lador	1,90%	3,33%	0,45%	0,92%		16	1,54%

Objectiu ≤ 90%

[1] A partir de 2021, el recompte de revisions dels monitors-desfibril·ladors s'ha fet per setmanes. Fins a 2020, es feia mensualment.

Comentaris
CARRETÓ D'ATURADES

- ✓ S'observa una millora en el compliment de la revisió mensual del carretó d'aturades. Durant el 2022 s'han contrastat el registre informàtic i les revisions en paper per garantir-ne la validesa.
- ✓ Si s'analitzen els resultats per edificis del CHV:
 - Clínica de Vic/OSM/HSJM : compliment del 100%.
 - HUV: en 3 ubicacions no s'arriba al 100% del compliment (manquen 2 o 3 mesos).
- ✓ En referència a l'ítem "has trobat el carretó segellat?", el compliment real és del 100%. El motiu pel que el percentatge no mostra un valor del 100% és degut a un error en el registre.
- ✓ Totes les incidències relacionades amb material o medicació pendents de reposar han estat solucionades; així com la resta d'incidències registrades en l'apartat corresponent.

MONITOR-DESFIBRIL·LADOR:

- ✓ Es detecta que en la majoria d'ubicacions on no s'ha registrat alguna de les setmanes, es deu a que el registre informàtic de la data de la revisió, no coincideix amb la data real de la revisió de l'aparell i en algunes ocasions, s'obvia una setmana. Des del grup de carretons, es vetllarà per solucionar-ho.

AVISOS AL BUSCA 3333 DE LA CLÍNICA DE VIC

- ✓ El 10-01-2022 es va posar en marxa el busca d'ACR i situacions crítiques a la CdV per l'inici de la realització d'arteriografies retinianes i la possibilitat de presentar xoc anafilàctic.
- ✓ L'equip està integrat per 1 metge/essa d'Anestesiologia i infermeres ubicades a l'àrea quirúrgica-quiròfan d'oftalmologia o clínica del dolor i a la tarda, la infermera de preoperatoris. Es va adjudicar una línia telefònica (3333) i tres telèfons. Durant aquest temps, s'han realitzat dues activacions al busca 3333 per situacions crítiques.
- ✓ En data 16/11/2022 es va fer un simulacre activant-se el 3333 des del despatx 17 de la planta zero de l'edifici B de la Clínica de Vic, detectant els següents problemes : temps d'arribada de l'equip de més de 4 min, múltiples obstacles físics per arribar al pacient i problemes per fer arribar el carretó desfibril·lador.

Avaluació del funcionament dels documents consensuats de manera multidisciplinària entre el cossos de seguretat (Mossos d'Esquadra i Guàrdia Urbana de Vic), SEM, ACUT i el CHV.

L'any 2015 es va crear un grup multidisciplinari per definir les actuacions i activitats de coordinació entre el Consorci Hospitalari de Vic (CHV), el Sistema d'Emergències mèdiques (SEM), l'ACUT i el Cossos Policials dels Mossos d'Esquadra d'Osona (ABP) i de la Guàrdia Urbana de Vic.

Es realitzen reunions amb periodicitat anual per tal d'avaluar el funcionament dels documents treballats i consensuats fins ara i, si cal, acordar les modificacions que calgui.

Els documents treballats fins ara són:

- Pacients sota vigilància policial
- Intervencions d'emergència extrahospitalària en pacients amb TMS
- Actuació en cas de fuga de pacients del CHV

Comentaris

- ✓ Atès que aquestes reunions són una eina pràctica per vehicular altres incidències o comentaris que ens volem fer arribar des d'aquests organismes externs, en la reunió d'aquest any s'ha previst elaborar un protocol de coordinació entre el CHV i les diferents institucions sanitàries i Cossos de seguretat de la comarca d'Osona, amb l'objectiu de:
 - Identificar possibles àrees de millora en l'exercici de les funcions pròpies de cada col·lectiu implicat, per tal d'establir les mesures de correcció o restauració oportunes.
 - Establir formes de cooperació i solució de possibles diferències. Recolzament als objectius comuns i a les activitats o intervencions que requereixen de la col·laboració de tots els estaments implicats.
 - La coordinació de l'activitat entre els organismes establerts en el protocol, s'ha d'estendre, en tots els casos, a les funcions següents:
 - Disposar de mecanismes necessaris per evitar que els diferents riscos evitables existents no es produeixin.
 - S'ha d'acotar al marc legal.
 - Casos que requereixen un abordatge integral de diferents àmbits: sanitari (metges, infermeres, psicòlegs, psiquiatres), social, policíac i judicial, on cadascun compleixi les seves responsabilitats, amb intervencions coordinades per assegurar-ne l'eficàcia. L'acció individual de cada professional pot representar un perjudici per al pacient.
 - Detectar les situacions, valorar-les, facilitar l'acompanyament al circuit i fer-ne seguiment.

[🔍 Tornar a l'índex](#)

PRODUCTE

RESULTATS DE PLANIFICACIÓ DE PRODUCTE

QUÈ ES TREBALLA

Elaboració, seguiment vigència i/o avaluació de l'acompliment de documents de suport a l'assistència basats en l'evidència científica.

Al CHV existeixen diferents eines orientades a ajudar al clínic, que tenen l'objectiu comú de millorar la qualitat de l'atenció, facilitar el treball diari en la presa de decisions i disminuir la variabilitat no desitjada.

Els tipus de documents dels que es disposa, són:

- **RUTES ASSISTENCIALS:** documents de desenvolupament de la gestió per processos assistencials que donen resposta pràctica a determinades situacions de salut que afecten als pacients, dins l'àmbit territorial.
- **GUIES DE PRÀCTICA CLÍNICA:** conjunt de recomanacions basades en l'evidència científica, realitzades per un grup interdisciplinari sobre un problema clínic en unes circumstàncies sanitàries específiques, amb l'objectiu d'ajudar als clínics i als pacients en el procés de presa de decisions. En el nostre cas són les recomanacions d'actuació entre diferents nivells de la Comarca d'Osona davant d'una patologia i/o producte concret. Inclouen aspectes de prevenció i promoció de la salut.
- **PROTOCOLS:** han de ser elaborats de forma interdisciplinària amb la participació de tots els professionals implicats i segons els coneixements científics existents i els recursos del Centre. Assenyalen i consensuen els passos a seguir davant tot pacient amb un determinat quadre clínic o sobre l'actitud terapèutica més adequada davant un diagnòstic clínic o un problema de salut. Respon a: què s'ha de fer.
- **PROCEDIMENTS:** explicació acurada de les actuacions en situacions clíniques determinades. Han de ser elaborats per part dels professionals que l'han d'aplicar, amb el vistiplau d'un expert en el tema i segons els coneixements científics existents i els recursos del Centre. Respon a: com s'ha de fer.
- **CIRCUIT DE DIAGNÒSTIC RÀPID:** Aquest programa es va introduir per establir un circuit específic preferent per al diagnòstic de càncer. L'objectiu és reduir el temps transcorregut entre la sospita fonamentada de càncer, la confirmació diagnòstica i l'inici del tractament, atribuïble als serveis sanitaris. Es basa en protocols ja elaborats i hi poden intervenir-hi diferents nivells assistencials. Cal tenir present però, que la disminució del retard no té un impacte en la supervivència, d'acord amb l'evidència científica disponible, però pot contribuir a la disminució del nivell d'angoixa que experimenta una persona en aquestes circumstàncies, així com millorar la qualitat del procés assistencial.
- **DOCUMENTS D'AJUT A LA PRESA DE DECISIONS (DAPD):** Explicació breu i resumida, molt gràfica (en format algorisme d'actuació, presentació de diapositives, etc.), pensada com a consulta ràpida per ajudar a prendre una decisió sobre una situació clínica o una tècnica concreta, sense profunditzar en el tema.
- **INSTRUCCIONS DE TREBALL:** En el cas de Documents institucionals, formen part, com annex, d'un protocol o un procediment. Document que recull la seqüència d'operacions, requisits i activitats realitzades en l'àmbit concret de determinats llocs de treball.

RESULTATS DE CONTROL DE PRODUCTE
PROTOCOLS I ALTRES DOCUMENTS BASATS EN L'EVIDÈNCIA (ADBE)
ESTAT DE SITUACIÓ DELS PROTOCOLS I ALTRES DOCUMENTS (ADBE)

	2018			2019			2020			2021			2022		
	Total	Actualitzats	%	Total	Actualitzats	%	Total	Actualitzats	%	Total	Actualitzats	%	Total	Actualitzats	%
CDR								0		1	1	100,00%	2	2	100%
DAPD	2	2	100%	10	10	100%	10	9	90%	10	9	90,00%	11	6	55%
Instrucció	5	5	100%	5	5	100%	5	5	100%	6	5	83,33%	6	5	83%
Procediment(*)	8	6	75,00%	8	6	75,00%	8	5	75%	9	8	88,89%	10	9	90%
Protocols	32	21	65,63%	33	22	66,67%	32	21	66%	33	25	75,76%	36	27	75%
Ruta assistencial	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100,00%	1	1	100%
Trajectòria clínica	4	4	100%	6	6	100%	6	6	100%	1	1	100,00%	1	1	100%
Total	52	39	75,00%	63	50	79,37%	62	47	75,81%	61	50	81,97%	67	51	76,12%

(*)S'hi compten 1 procediment d'infermeria: Prevenció de caigudes.

Criteris per determinar si un document està actualitzat:

- Documents que tenen data de propera revisió > a l'any en curs (en aquest cas > 2021).
- Documents que consten com actius a la base de dades interna de protocols
- Documents que no estan en tràmit d'elaboració
- Documents que no estan en tràmit de revisió (Tant si estan aprovats, com no, pel comitè executiu corresponent).
- S'inclouen protocols i procediments institucionals, documents d'ajut a la presa de decisions, instruccions que formen part de protocols institucionals, trajectòries clíniques, rutes assistencials i instruccions.

Comentaris

- ✓ El percentatge de documents actualitzats és del 76,12% (no es comptabilitzen com a actualitzats els que estan en tràmit de revisió). Disminueix respecte de l'any 2021 sobretot, pels Documents d'Ajut a la Presa de Decisions (DAPD), que no són protocols. La resta de documents es mantenen en els percentatges d'actualització.

SEGUIMENT DE LES DADES I DOCUMENTS FINALITZATS

	2018			2019			2020			2021			2022		
	Treballats	Acabats	%	Treballats	Acabats	%	Treballats	Acabats	%	Treballats	Acabats	%	Previsió	Acabats	%
Avaluació compliment	19	18	94,74%	17	16	94,12%	6	6	100,00%	11	10	90,91%	18	14	77,78%
Revisió Document	18	14	77,78%	21	12	57,14%	6	3	50,00%	17	14	82,35%	18	9	50,00%
Nova Elaboració	9	7	77,78%	7	3	42,86%	2	0	0,00%	5	3	60,00%	5	5	100,00%
Col·laboració en documents d'altres Direccions/Serveis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	9	100,00%
Total	46	39	84,78%	45	31	68,89%	14	9	64,29%	33	27	81,82%	50	37	74,00%

Comentaris

- ✓ Dels 50 documents previstos per treballar durant l'any 2022, se n'han finalitzat 37, un 74,00%.
- ✓ El percentatge d'acabats ha disminuït respecte de l'any anterior. S'han treballat 7 documents més a 2022 i se n'han tancat 10 més que a 2021.
- ✓ Aquest any 2022, des d'altres departaments del Consorci, s'ha demanat col·laboració i assessorament a Qualitat quant a metodologia d'elaboració de documents de suport assistencial. En total, s'ha col·laborat en l'elaboració de 9 documents.

RESULTAT AVALUACIONS DE COMPLIMENT DELS PROTOCOLS I PROCEDIMENTS 2022

L'avaluació del seguiment d'un protocol o procediment es realitza després de 2 anys de la seva implantació o en els períodes que hi vinguin marcats. Aquests últims, solen ser documents que es revisen i se segueix el compliment des de diferents grups de Qualitat que no són el de protocols.

Per tal de donar resposta a l'Accreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda de Catalunya dels pacients atesos segons els protocols o altres documents estandarditzats d'actes clínics, es fa una mitjana entre tots els protocols avaluats l'any en curs i tots els que se'n fa seguiment des de diferents grups de Qualitat en la periodicitat establerta.

Exigència essencials : obj ≥ 75% cadascun

CRITERI	ESTÀNDARD	Enunciat	Descripció	Observacions / Mètode obtenció
CRITERI 9 - RESULTATS CLAU ÀMBIT HOSPITALITZACIÓ	9c-01-03-17-E	Es mesuren els clients atesos segons els protocols o altres documents estandarditzats d'actes clínics, en funció de la prioritització establerta per cada organització.	Es dona rellevància al pla d'alta, per als clients que se'n disposi, etc. L'organització determina quins processos clínics s'avaluaran. Es revisa el nivell d'aplicació dels protocols, discriminats per patologies. Clients atesos segons el protocol / total de clients atesos. Es mesura el grau de compliment dels protocols.	Dades al Dossier anual de Resultats de Qualitat Es mesura: <ul style="list-style-type: none"> • Dades ACR • Tment.del Dolor • Identificació inequívoca de pacients • Nota d'èxitus • Prevenció de caigudes • Ús segur medicaments • Contencions • I tots els protocols avaluats aquest any que constin amb la paraula clau PATOLOGIA a la base de dades de protocols

Resultats 9c-01-03-17-E					
Any	2018	2019	2020	2021	2022
Mitjana global	95,26%	76,69%	96,34%	98,38%	99,29%

CRITERI 9 - RESULTATS CLAU ÀMBIT QUIRÚRGIC	9c-01-04-17-E	Es mesuren els clients atesos segons els protocols i el grau de compliment. L'organització determina quins processos clínics s'avaluaran. Es revisa el nivell d'aplicació dels protocols, discriminats per patologies. Clients atesos segons el protocol / total de clients atesos.	Dades al Dossier anual de Resultats de Qualitat Es mesura:	* Profilaxi antibiòtica en cirurgia programada • I tots els protocols avaluats aquest any que constin amb la paraula clau PATOLOGIA a la base de dades de protocols i àmbit quirúrgic

Resultats 9c-01-04-17-E					
Any	2018	2019	2020	2021	2022
Mitjana global	80,59%	92,03%	94,36%	72,58%	73,80%

Comentaris

- ✓ Es compleix l'objectiu de ≥75% dels clients atesos segons els protocols a l'àmbit hospitalari però no en el quirúrgic.

ALTRES INDICADORS QUE S'AVALEN RELACIONATS AMB PROTOCOLS

Indicador	2018	2019	2020	2021	2022		Nou abast a partir de 2020
	%	%	%	%	n	%	
Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i les obligacions en matèria d'informació i documentació clínica Protocols actualitzats que contenen apartat informació a donar al client. (**) (% Sobre total de documents actualitzats)	91%	100%	56%*	66,67%	34	72,34%	Inclou instruccions, procediments, protocols, DAPD, Trajectòries clíniques i Rutes assistencials
Seguretat dels pacients (inici 2019) Protocols actualitzats que contenen apartat d'aspectes a tenir en compte per a la Seguretat dels pacients. (% sobre total de documents actualitzats)	--	14%	17%	30,65%	21	42,86%	Inclou instruccions, procediments, protocols, DAPD, Trajectòries clíniques i Rutes assistencials
Documents actualitzats relacionats amb la Prevenció i Propagació de malalties (% Sobre total de documents relacionats amb la Prevenció i Propagació de malalties)	0%	68%	74%	90,47%	26	89,66%	Inclou tot tipus de Documents assistencials, Protocols i Procediments de la Direcció de Serveis i Plans Normalitzats de Treball (PNT) d'infermeria que fan referència a la prevenció i propagació de malalties.
Memòria CHV (inici 2020) Protocols actualitzats de neoplàsies(*) (% Sobre el total de protocols de diagnòstic i tractament de neoplàsies)	--	--	89%	70%	8	72,73%	Inclou tot tipus de documents assistencials que fan referència al diagnòstic i tractament de neoplàsies <i>(Vegeu detall apartat Tumors)</i>

(*)Canvi de criteri a 2020, ampliant el denominador. Veure el detall a l'apartat de tumors d'aquest dossier.

(**)En dos casos no procedeix. Protocols de neteja.

Comentaris

- ✓ En el càlcul de l'indicador de protocols actualitzats que contenen apartat d'informació a donar al client/familiar, fins a 2019, només es comptabilitzaven els protocols i procediments institucionals. A partir de 2020, s'inclouen tots els tipus de documents institucionals: instruccions, procediments, protocols, DAPD, Trajectòries clíniques, Rutes assistencials i Circuit de Diagnòstic Ràpid. Per aquest motiu el compliment a partir de 2020 és inferior al 100%.
- ✓ L'indicador de protocols actualitzats que contenen apartat d'aspectes a tenir en compte per a la Seguretat dels pacients, es va començar a mirar al 2019. Aquest apartat es va incorporant a mida que es van revisant els documents. L'acompliment d'aquest any 2022 és d'un 47,22%, seguint la tendència a augmentar.
- ✓ Es manté el percentatge dels documents actualitzats relacionats amb la prevenció i propagació de malalties, essent d'un 89,66% aquest any 2022.
- ✓ El percentatge de protocols actualitzats de neoplàsies, aquest any 2022, ha estat d'un 72,73% augmentant respecte de 2021.

[👉 Tornar a l'índex](#)

PIPS (PROMOCIÓ I PREVENCIÓ DE LA SALUT)

Promoure la salut és establir el procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut amb l'objectiu de millorar-la. Repercuteix en:

- El pacient, on es contempla com un aspecte bàsic en una assistència de qualitat.
- Pels professionals ho és per aconseguir un entorn de treball segur i saludable.
- Per la comunitat per treballar aspectes que repercuteixin en la salut global de la població.

La prevenció de la malaltia s'orienta a reduir la càrrega de mortalitat o morbiditat deguda a una determinada malaltia i actua en els diferents nivells de prevenció: primari, secundari, terciari i quaternari.

Des de l'any 2012, el CHV forma part de la Xarxa de centres i Hospitals promotors de la salut (HPH Catalunya), que té com a missió la promoció de la salut als centres sanitaris de Catalunya. El CHV, te constituït un grup de Promoció i Prevenció de la Salut (PiPS) format per professionals assistencials i no assistencials i de diferents àmbits.

OBJECTIUS

1. Assessorar a la Direcció en el desenvolupament de pràctiques de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, que permetin al CHV fixar objectius orientats a aconseguir un major benestar biopsicosocial i una major qualitat de vida de l'individu i la comunitat.
2. Assessorar a la Direcció en el desenvolupament d'estratègies dirigides a augmentar l'apoderament en salut dels pacients i dels professionals, per capacitar-los en la presa de decisions saludables individuals i col·lectives, i d'influir en els determinants en salut. Entenent com a determinants en salut el conjunt de factors personals, socioeconòmics i ambientals que condicionen la salut de les persones, de la comunitat i del medi ambient.
3. Assegurar una visió global del conjunt d'activitats sobre la promoció i prevenció de la salut en l'àmbit territorial i de les línies i objectius establerts en el Pla de Salut de Catalunya.

METODOLOGIA

El grup PiPS participa directament com a dinamitzador, fent seguiment d'activitats relacionades amb la Prevenció i Promoció de la Salut i en algunes ocasions, com a promotor d'activitats com és el cas del projecte Actius en Salut que aquest any s'ha englobat dins el grup PiPS. Aquestes actuacions tenen per objectiu impactar en els diferents nivells de prevenció, actuant a nivell de treballadors i a nivell de pacients i comunitat.

Es participa de forma activa en:

- Participació en el grup de la xarxa Catalana d'hospitals promotors de la Salut (HPH) en l'elaboració d'estàndards, alfabetització de la Salut i entorn de treball segur i saludable.
- Participació en el grup de treball multidisciplinari de la comarca d'Osona dins el projecte de promoció de l'alimentació saludable i l'activitat física en els nens i adolescents del territori. Projecte Fes-ho bé!
- Participació a la "Taula de Salut" en l'elaboració de la diagnosi des de les vessants salut i socials de la ciutat de Vic.

RESULTATS
% DE COMPLIMENT D'ACTIVITATS PREVISTES DE CADA UNA DE LES ÀREES

	Població Diana	Activitats previstes	Activitats realitzades	% de compliment
PROMOCIÓ DE LA SALUT	Treballadors	9	9	100%
	Pacients/Comunitat	11	11	100%
	Total Promoció	20	20	100%
PREVENCIÓ PRIMÀRIA	Treballadors	6	5	83,33%
	Pacients/Comunitat	13	13	100%
	Total P. Primària	19	18	94,73%
PREVENCIÓ SECUNDÀRIA	Treballadors	2	2	100%
	Pacients/Comunitat	2	2	100%
	Total P. Secundària	4	4	100%
PREVENCIÓ TERCIÀRIA	Pacients	10	10	100%
PREVENCIÓ QUATERNÀRIA	Pacients Afecta a AP i AE	4	3	75%
TOTAL		57	55	96,49%

Comentaris

- ✓ Es compleixen un 96,49% de les activitats previstes.
- ✓ Les activitats amb un baix compliment són:
 - Difusió de les infografies proposades des dels Hospitals Promotors de la Salut (HPH) per impulsar l'alfabetització en salut al CHV. Està previst fer pilotatge el 2023.
 - Participació, si s'escau en l'elaboració d'articles relacionats amb la prevenció i promoció de la salut a El Nou 9.
 - En prevenció terciària de la salut, pacients/comunitat, impulsar la realització de formacions a pacients i familiars relacionats amb malalties cròniques, tot i que s'han fet algunes accions hi ha molt marge de millora al igual que en aspectes de prevenció quaternària on és fa molt necessari incidir-hi.
 - Cal també impulsar accions dirigides a la Salut del Medi Ambient ja que la seva sostenibilitat repercuteix directament en la salut de la població.
 - Implementació multidisciplinària del programa BPM (Pacient Blood Management).

[\(👈 Tornar a l'índex\)](#)

DOCUMENTACIÓ CLÍNICA

OBJECTIUS

1. Vetllar per l'estructura i l'organització de la història clínica, intentant crear una documentació general unificada que permeti garantir el manteniment en el temps de la informació i que aquesta sigui entenedora, perquè pugui seguir-la qualsevol equip assistencial.
2. Conèixer la qualitat de la informació i intentar millorar-la.
3. Promoure que la documentació s'ajusti a les normatives vigents (DOGC, BOE, Criteris d'acreditació hospitalària, codis deontològics, Comitè de bioètica, normatives internes CHV...)

METODOLOGIA

Es revisa un 1% de l'activitat seguint el criteri dels serveis escollits com prioritaris i els que sol·liciten els directors de servei segons objectius propis. El nombre mínim d'HC revisades per cada servei és de 30, no obstant aquest any s'ha prioritzat fer una revisió exhaustiva de tots, o la majoria, de serveis i el nombre és inferior. Al llarg de l'any es reparteix l'activitat entre els professionals membres del grup, es recullen les dades en programa informàtic i se'n fa l'explotació i es redacta el document final de resultats a l'acabar l'any. També s'inclouen les HC revisades en les actuacions pròpies d'avaluació d'altres grups de qualitat.

REVISIÓ DE LA QUALITAT DE LA DOCUMENTACIÓ PER ÀREES

URGÈNCIES

INFORME D'ALTA	2018	2019	2020	2021	2022	Dif. 21-22
	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	50	48	51	48	50	
Constància d'al·lèrgies	76,0	85,4	88,2	81,3	78,0	-4,0%
Constància del motiu de consulta / malaltia actual	100,0	97,9	100,0	100,0	100,0	0,0%
Constància antecedents patològics	82,0	93,8	88,2	81,3	70,0	-13,8%
Constància d'exploració física	96,0	97,9	98,0	97,9	94,0	-4,0%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	98,0	97,9	98,0	93,8	94,0	0,3%
Constància d'orientació diagnòstica i pla	98,0	100,0	100,0	89,6	90,0	0,5%
Prescripció farmacològica correcta	40,0	39,6	81,6	39,6	50,0	26,3%
Constància de seguiment posterior o destí	96,0	100,0	94,1	95,8	98,0	2,3%
Constància del nom del personal mèdic	100,0	100,0	100,0	100,0	98,0	-2,0%
Constància del nom del personal d'infermeria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-

Comentaris

- ✓ En l'anàlisi de l'informe d'alta d'urgències s'observen uns percentatges de compliment similars als de l'any anterior excepte en la prescripció farmacològica correcta, que s'incrementa en un 26,3%. Cal destacar que en l'exercici de 2021 s'havia reduït en un -46,9%.
- ✓ En la constància d'antecedents patològics es detecta un descens del -13,8% i en la d'al·lèrgies i exploració física un -4%.
- ✓ L'ítem que segueix sense complir-se és la constància regular del nom de la infermera en l'informe d'alta (0%). (Criteri indicat en l'Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya).

HOSPITALITZACIÓ

INFORME D'ALTA	2017	2018	2019	2021	2022	Dif. 21-22
	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	120	80	60	120	58	
Existència d'informe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0%
Constància d'al·lèrgies	91,7	81,3	75,0	82,5	84,5	2,4%
Constància del motiu d'ingrés / malaltia actual	99,2	100,0	100,0	99,2	98,3	-0,9%
Constància d'antecedents patològics	98,3	88,8	93,3	99,2	100,0	0,8%
Constància d'exploració física	75,8	78,8	48,3	92,5	86,2	-6,8%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	66,7	88,8	75,0	85,8	89,7	4,5%
Constància de valoració / comentaris	80,8	100,0	98,3	95,0	96,6	1,6%
Constància de procediments	70,8	80,0	50,0	63,3	89,7	41,6%
Constància de diagnòstics principals	94,2	97,5	98,3	91,7	100,0	9,1%
Constància de diagnòstics secundaris	60,0	57,5	31,7	85,0	60,3	-29,0%
Constància de prescripció farmacològica	93,6	87,3	89,8	90,8	89,7	-1,2%
Prescripció farmacològica correcta	100,0	97,1	96,2	100,0	96,2	-3,8%
Estat en el moment de l'alta	98,0	86,3	100,0	93,3	98,3	5,3%
Destí a l'alta	97,1	66,3	61,7	84,2	93,1	10,6%
Compliment global (tots els ítems correctes)	36,7	55,0	23,3	65,0	77,6	19,0%

Comentaris

- ✓ En la revisió d'informes d'alta d'hospitalització hi ha informe en el 100% de les 58 històries revisades, a l'igual que en anys anteriors.
- ✓ Es detecten lleus variacions respecte del compliment de la majoria d'ítems de l'informe, comparativament amb l'any anterior, no obstant hi ha un increment del compliment de la constància de procediments en un 41,6%, la constància del destí del pacient a l'alta amb un 10% i, per contra, una reducció del -29% en la constància de diagnòstics secundaris. Aquest ítem s'havia incrementat en un 168,4% l'any anterior.
- ✓ El compliment global en que tots els ítems són correctes és del 77,6% enfront del 65% de l'any 2021.

ÀREA QUIRÚRGICA

TRAÇABILITAT DELS IMPLANTS	2021		2022	
	n	%	n	%
Total històries revisades (n)	30		1179	
Hi ha el full d'implants escanejat a l'HC	30	100,0	1179	100,0
Emplenat correctament (tots els ítems correctes)	30	100,0	1178	99,9
- Identificació pacient (Nom i cognom)	30	100,0	1179	100,0
- Consta N. Assistència	30	100,0	1179	100,0
- Consta data de la IQ	30	100,0	1178	99,9
- Consten etiquetes del que s'ha implantat	30	100,0	1179	100,0

Comentaris

- ✓ Es manté el compliment en la traçabilitat d'implants respecte al 2021. S'ha revisat el full d'implant amb les etiquetes corresponents de les pròtesis de Cardiologia, Cirurgia Vasculard, COT, Oftalmologia i UPA Mama.
- ✓ Sobre 1179 HC, en pràcticament la totalitat constava el full d'implants escanejat i aquest estava emplenat correctament (identificació del pacient, N. Assistència, data IQ, etiquetes del que s'ha implantat). Sols en un d'ells, que representa el 0,1%, no constava la data de la IQ

CONSULTA EXTERNA

DOCUMENTACIÓ PRIMERES VISITES	2015	2016	2016	2019	2022	Dif. 19-22
	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	90	90	59	90	49	
Constància d'al·lèrgies	55,6	31,1	10,2	45,6	46,9	3,0%
Constància d'antecedents de transfusió	0,0	0,0	0,0	0,0	28,6	-
Constància antecedents familiars	33,3	0,0	0,0	0,0	6,1	-
Constància antecedents personals	48,9	0,0	0,0	0,0	49,0	-
Constància de malaltia actual	97,8	94,4	89,8	97,8	93,9	-4,0%
Constància d'exploració física de l'especialitat	97,8	85,6	89,8	88,9	87,8	-1,3%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	97,8	75,6	76,3	91,1	75,5	-17,1%
Constància de valoració/orientació diagnòstica	96,7	93,3	94,9	88,9	89,8	1,0%
Constància de prescripció mèdica	88,9	94,4	91,5	97,8	91,8	-6,1%
A l'alta indicació d'on es deriva –si procedeix	47,6	50,0	78,9	34,0	66,7	96,1%
Informe d'alta –si procedeix	100,0	100,0	100,0	30,0	0,0	-100,0%

Comentaris

- ✓ Respecte l'últim any que es va revisar de la documentació de consultes externes, s'incrementa en un 96,1% la indicació d'on es deriva el pacient a l'alta i en un 3% el compliment de la constància d'al·lèrgies.
- ✓ En canvi es redueix el compliment de constància de resultats, tècniques i exploracions complementàries en un -17,1%, la prescripció mèdica en un -6,1% i la constància de la malaltia actual en un 4% i no consta en cap de les 49 HC revisades l'informe d'alta

ANÀLISI DEL DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

El Comitè de Bioètica de Catalunya, aconsella que ha de constar el consentiment informat (CI), entre d'altres procediments, en les intervencions quirúrgiques amb anestèsia general o regional, la radiologia amb contrast intravascular, intervencionista o amb anestèsia i en la donació i recepció d'hemoderivats.

	HC revisades	Hi ha consentiment		Hi ha CI normalitzat		Correcte/ total CI valorats		Correcte/ HC revisades	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Global 2022	3912	3702	94,6	3630	98,1	3496	96,3	3496	89,4
Global 2021	481	438	91,1	430	98,2	365	84,9	365	75,9
Global 2020	221	177	80,1	169	95,5	121	71,6	121	54,8
Global 2019	511	478	93,5	455	95,2	398	87,5	398	77,9

Comentaris

- ✓ Aquest any, excepcionalment, al comptar amb un suport addicional, s'han revisat un total de 3912 HC, trobant-se CI en el 94,6% i sent normalitzat (document del CHV) en un 98,1% dels casos. De les HC revisades, el 89,4% tenen CI correctament emplenat.
- ✓ Des del 2019 es va produir un increment del correcte emplenament del document.

ANÀLISI DE LA DISPONIBILITAT D'HISTÒRIES CLÍNIQUES

La progressiva informatització de la història clínica ha comportat que pràcticament no es consultin dades en paper i que la disponibilitat sigui del 100%.

ANÀLISI DE LA REVISIÓ D'HISTÒRIES CLÍNIQUES

Les històries clíniques revisades s'han distribuït entre les fetes pel propi grup de documentació, en què s'havia previst analitzar l'1% de l'activitat realitzada, i les revisades en les actuacions pròpies d'avaluació d'altres grups de qualitat. En total la revisió feta és :

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
TOTAL segons activitat	2.776 (2,7%)	2.849 (2,8%)	2.211 (2,2%)	1.432 (1,3%)	2.056 (1,9%)	6.401 (6,1%)

Comentaris

- ✓ La revisió d'històries clíniques l'any 2022 suposa un 6,1% de tota l'activitat realitzada al CHV acomplint l'objectiu de >1% de l'acreditació docent (activitat excepcional al disposar d'un suport addicional i puntual).

[👉 Tornar a l'índex](#)

TERAPÈUTICA

OBJECTIUS

- Millora constant de l'acte terapèutic:
 - Promoure una “indicació terapèutica de qualitat”.
 - Correcta prescripció.
 - Estudiar i resoldre problemes relacionats amb la distribució i administració de medicaments.
- Vigilància de les reaccions adverses. Comunicar-les al Servei de Farmacovigilància i a nivell hospitalari.
- Assegurar la comprensió del tractament per part del pacient i la seva continuïtat fora del centre (coordinació amb diferents nivells assistencials).

METODOLOGIA

Depenen del grup de terapèutica els següents grups de treball : Comissió de Farmàcia i Terapèutica, Comissió d'Avaluació i seguiment del tractament amb iPCSK9, Comitè Hospitalari de Transfusions i Grup de Prevenció d'Errors de Medicació (GPEM).

En cas necessari, el tècnic pot activar grups de treball específics o analitzar casos clínics concrets en que es sospiti problemàtica en relació a la medicació.

ERRORS DE MEDICACIÓ

El grup de terapèutica té com a prioritat promoure i vetllar per a que tot acte terapèutic, farmacològic o no, sigui en tot moment el més adequat segons els estàndards d'eficàcia, efectivitat i seguretat, produint-se els mínims riscos possibles per als pacients.

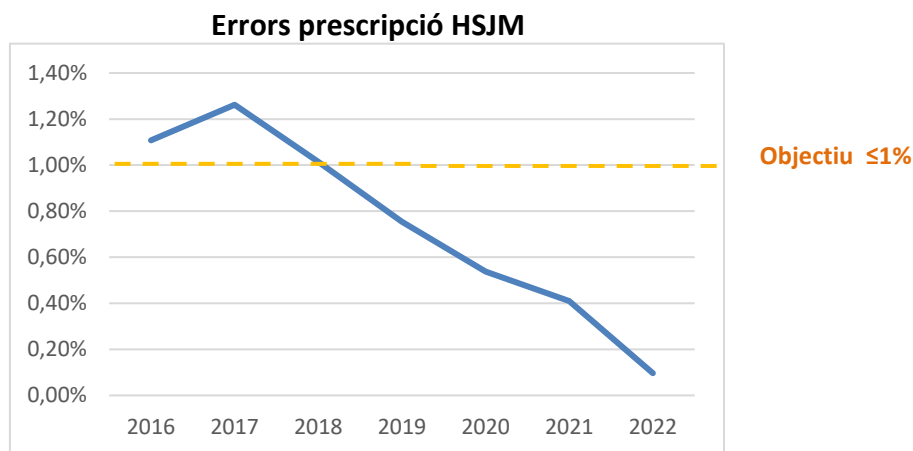
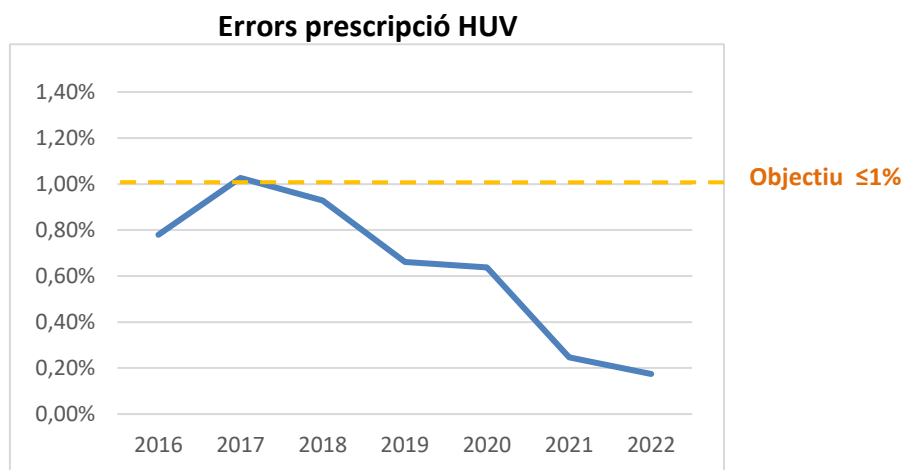
Per aquest motiu s'analitzen de forma sistemàtica els errors de medicació que es poden originar en els processos de prescripció, dispensació (preparació d'unidosi) i preparació/administració d'un medicament.

Periòdicament es recullen les dades dels diferents centres que integren el CHV mitjançant diferents fonts de dades (observació directa, registres...).

Així mateix, també es notifiquen errors mitjançant la comunicació voluntària, l'anàlisi dels èxits secundaris a problema hospitalari (ESPH) i les reclamacions realitzades pels usuaris.

PRESCRIPCIÓ FARMACOLÒGICA PER PART DEL FACULTATIU

El servei de farmàcia revisa diàriament la prescripció informatitzada (validació) realitzada pel facultatiu responsable del pacient i registra els possibles errors de prescripció detectats. El percentatge d'errors de prescripció a l'HUV i a l'HSJM ha estat:

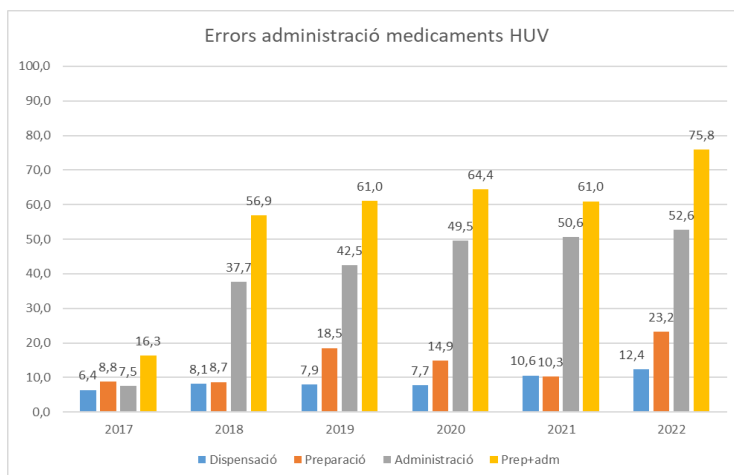


Comentaris

- ✓ El percentatge d'errors de prescripció al CHV estan per sota l'objectiu (1%).

DISPENSACIÓ I PREPARACIÓ/ADMINISTRACIÓ DELS MEDICAMENTS

Durant el 2022 s'han fet talls de prevalença d'observació directa, per a valorar la dispensació, preparació i l'administració dels medicaments. S'han observat un total de 542 pacients i 1134 fàrmacs a l'Hospital Universitari de Vic. Enguany no s'ha fet cap tall de prevalença a l'Hospital de Sant Jaume de Manlleu.



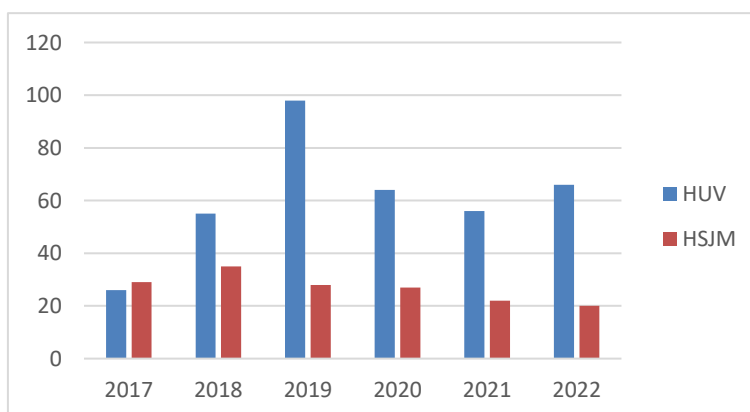
Comentaris

- ✓ Preparació del medicament ;
 - El 76,8% dels fàrmacs es preparen correctament i un 23,2% dels fàrmacs no són correctes (263/1134), (s'inclou desinfecció del lloc d'administració i manca d'identificació del fàrmac en perfusió, ja que no s'han preparat prop del pacient).
- ✓ Administració del medicament ;
 - Medicació parenteral: Administració errònia : 48,0% (282/587).
 - Medicació oral : Administració errònia : 57,6% (315/547) (s'ha deixat a la tauleta del pacient i no s'ha assegurat la presa).

DECLARACIÓ VOLUNTÀRIA DELS ERRORS DE MEDICACIÓ

La comunicació voluntària es basa en la comunicació confidencial, espontània i no punitiva, tal com ha intentat transmetre la cultura de qualitat i seguretat del pacient al Centre. En aquest sentit, el Consorci Hospitalari de Vic té dissenyat un programa de comunicació d'errors de medicació.

DECLARACIONS VOLUNTÀRIES D'ERRORS DE MEDICACIÓ



Comentaris

- ✓ Les notificacions voluntàries d'errors de medicació s'han mantingut constants a l'HSJM i han sofert un lleuger augment a l'HUV respecte l'any previ.

DETECCIÓ D'ERRORS DE MEDICACIÓ A PARTIR D'ESPH I RECLAMACIONS

No s'ha detectat cap èxitus secundari a problema hospitalari (ESPH) per errors de medicació ni per reclamacions

ERRORS DE MEDICACIÓ A HEMODIÀLISI

Des de fa uns anys a hemodiàlisi existeix un registre propi dels errors de medicació adaptat a hemodiàlisi. Els resultats s'analitzen dins del Grup de Millora de Nefrologia, no detectant-se cap error al 2022.

INDICADORS QUALITATIUS DE TRANSFUSIONS

Uns dels subgrups del grup de terapèutica és el Comitè de transfusions i una de les seves funcions és l'anàlisi semestral dels indicadors de transfusions que es demanen per l'acreditació d'hospitals d'aguts.

Indicadors RESULTATS		2018	2019	2020	2021	2022
5d-06-D-07-E	Es registren a la història clínica les dades següents: - Concordança de dades entre el receptor i la bossa a transfondre. - Tipus de component transfós, que s'identificarà amb un número personal que hi intervé. - Aparició o no de reaccions adverses i/o complicacions durant i després de l'administració de la unitat transfusional.	SI	SI	SI	SI	SI
9c-02-02-01-E	Es mesura el nombre d'unitats transfoses per a cada tipus de component sanguini (concentrat d'hematies + sang total)	3147	3234	3248	3478	3347
9c-02-02-02-E	Es mesuren les unitats transfusionals rebutjades / descartades i els motius (inclou caducitats) (Casos detectats).	84	62	54	37	37
9c-02-02-04-E	Es mesura la demanda adequada de sang en reserva per a cirurgia electiva.	No	No	SI	SI	SI
9c-02-02-05-E	Es mesuren les reaccions transfusionals (Casos detectats).	0	0	0	0	2
9c-02-02-06-E	Es mesuren els errors comesos pel servei de transfusió (Casos detectats).	0	0	0	0	0
9c-02-02-07-E	Es mesuren els errors d'administració de components sanguinis a la capçalera del llit del pacient (Casos detectats)..	0	0	0	1	0
9c-02-02-09-E	Es mesuren les incidències i els motius (Manca de dipòsits, Demora en el lliurament de comanda, Incidències amb el proveïdor extern, Transmissió de malalties contagioses). (Casos detectats).	0	0	0	0	0
9c-02-02-08-Q	Es mesura el grau de formalització adequat de les peticions de sang i components sanguinis.	100%	100%	NO	NO	NO

Comentaris

- ✓ No hi ha hagut cap error en les transfusions durant el 2022.
- ✓ Es disposa d'informació de tots els indicadors que demana l'acreditació hospitalària.

(🔗 Tornar a l'índex)

TEIXITS

OBJECTIUS

Millorar els processos relacionats amb les actuacions sobre els teixits mitjançant:

- La millora i adequació del procés diagnòstic. Anàlisi de la correlació entre el diagnòstic preoperatori i postoperatori.
- L'adequació del procediment quirúrgic.
- Aconseguir que cada servei proposi mesures de millora per disminuir el nombre de reintervencions.

METODOLOGIA

Semestralment es monitoren de manera sistemàtica els següents indicadors:

- % de reintervencions
- Cesàries
- Traumatismes obstètrics
- % de teixits enviats a AP
- Donació de teixits
- Dades de SP de IASIST

AVALUACIÓ DE LES REINTERVENCIONS

	2017	2018	2019	2020	2021	Any 2022	
	%	%	%	%	%	Reintervencions	%
TOTAL HUV	1.85	2.05	1.82	1.81	1.75	111	1.26

Objectiu ≤ 1,6%

Comentaris

- ✓ El percentatge de reintervencions, extret del QlikView, ha disminuït fins a un 1.26% en relació a l'any passat aconseguint-se l'objectiu ≤1.6%

AVALUACIÓ DE L'ÍNDEX DE CESÀRIES

	2017	2018	2019	2020	2021	Any 2022		
						Cesàries	Parts	%
Taxa de cesàries	24.5	22.9	24.4	20.9	20.9	239	1010	23.7
Taxa de cesàries ajustada	16.2	13.8	14.1	11.0	11.5			12.6

Objectiu ≤ 19%

Comentaris

- ✓ Es calcula la taxa de cesàries ajustada, segons paràmetres d'exclusió del CatSalut. Aquest any la taxa de cesàries ha estat del 12.6%, assolint l'objectiu de ≤ 19% .

CORRELACIÓ ENTRE ENVIAMENT DE TEIXIT A ANATOMIA PATOLÒGICA I REBUDA REAL DE LA MOSTRA (CIRCUIT CORRECTE)

El servei d'Anatomia Patològica (AP) realitza un seguiment periòdic de les incidències entre l'enviament de teixits i la rebuda real de la mostra, i les soluciona de manera immediata. Les dades que es presenten són globals de tot el Consorci Hospitalari de Vic i es calculen sobre l'activitat d'AP: 9.728 mostres de procedència interna i 13.415 externa.

Incidències internes	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Incidències sobre activitat	50 (0.51%)	62 (0.67%)	82 (0.87%)	103 (1.31%)	134 (1.47%)	257 (2.64%)

Incidències externes	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Incidències sobre activitat	5 (0.03%)	19 (0.14%)	35 (0.24%)	24 (0.25%)	47 (0.36%)	52 (0.39%)

Comentaris

- ✓ Les incidències internes augmenten en relació a l'any anterior i augmenten també les externes. Totes es resolen al moment i bàsicament són per falta d'informació clínica, recepció inadequada i identificació incorrecta. S'incorpora aquest ítem com a DPO dels professionals per l'any següent.

DONACIÓ DE TEIXITS EN DONANT VIU

Les dades que presentem fan referència a les donacions de cordó umbilical i de ronyó. Trimestralment el Banc de sang i teixits envia les dades de l'activitat del Programa de Sang de Cordó a nivell d'Espanya, en el qual participa el CHV.

	2018	2019	2020	2021	2022	Dif. 21-22
Nombre de donacions de cordó umbilical	135	89	33	140	130	-7.1
Percentatge de mostres acceptades	45.9	44.9	30.3	97.9	98.5	0.6

Comentaris

- ✓ Les donacions de cordó umbilical han disminuït però ha augmentat el percentatge de mostres acceptades en relació a l'any anterior sent el CHV el centre amb més mostres recollides i de més qualitat del programa Concordia.
- ✓ De totes les unitats rebudes, 13 s'han criopreservat per a transplantament, 49 s'han destinat als seus hemocomponents i la resta d'unitats s'han disposat al biobanc per a centres que estan fent recerca amb la sang de cordó. Cal destacar que no s'ha presentat cap mostra contaminada i que s'han pogut realitzar 2 trasplantaments de mostres obtingudes al CHV.
- ✓ Del total de mostres obtingudes, 2 unitats es van desestimar perquè no tenien el consentiment adjuntat a la donació.

Les dades dels **donants vius de ronyó** s'obtenen de la Unitat de Nefrologia que lliura la informació de forma anual.

	2018	2019	2020	2021	2022
Núm. trasplantaments de ronyó de viu	1	1	1	1	3

Comentaris

- ✓ Hi ha hagut 3 casos de donació de ronyó en viu durant l'any 2022, augmentant respecte als anys previs.

[👉 Tornar a l'índex](#)

TUMORS

OBJECTIUS

- Vetllar pel tractament uniforme i el seguiment correcte dels pacients amb neoplàsia que arriben al nostre hospital.
- Optimitzar el temps entre el procés diagnòstic i el tractament.
- Promoure el tractament òptim en els casos complexos, que seran aquells amb necessitat de tractament interdisciplinari (precisant bona coordinació entre els diferents serveis) i les histologies o localitzacions poc freqüents.
- Mitjançant els registres de tumors, conèixer les patologies neoplàstiques més freqüents en el nostre hospital per tal de detectar les necessitats i prioritats assistencials.

METODOLOGIA

Anualment s'analitzen les dades de la memòria del registre hospitalari de tumors i s'activen revisions de les neoplàsies que es creu convenient. L'any 2022, dels 11 protocols de neoplàsies, n'hi havia 8 d'actualitzats i 3 en tràmit d'avaluació.

AVALUACIÓ DEL REGISTRE HOSPITALARI DE TUMORS

No es disposa de dades del RHT de l'any 2022 en data de 12/07/2023.

PROTOCOLS ACTUALITZATS DE NEOPLÀSIES

Indicador:

$$\% = \frac{\text{Protocols actualitzats de neoplàsies}}{\text{Protocols de neoplàsies}}$$

Nom situació	ACTIU 2022				Total n
	Actualitzat		No actualitzat		
Nom	n	%	n	%	n
CIRCUIT DE DIAGNÒSTIC RÀPID DE CÀNCER	1	100,00%			1
CIRCUIT RÀPID D'ACTUACIÓ DAVANT D'UN GANGLI PERIFÈRIC PATOLÒGIC	1	100,00%			1
ACTUACIÓ EN EL CÀNCER D'ENDOMETRI	1	100,00%			1
ACTUACIÓ EN EL CÀNCER D'OVARI		0,00%	1	100,00%	1
DIAGNÒSTIC I TERAPÈUTICA DE CÀNCERS DE CAP I COLL		0,00%	1	100,00%	1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE BUFETA URINÀRIA		0,00%	1	100,00%	1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE CÒLON I RECTE	1	100,00%			1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE PRÒSTATA	1	100,00%			1
NEOPLÀSIA DE PULMÓ NO CÈL-LULA PETITA	1	100,00%			1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE MAMA	1	100,00%			1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL MELANOMA CUTANI	1	100,00%			1
Total general	8	72,73%	3	27,27%	11

	Actualitzat 2019	Actualitzat 2020	Actualitzat 2021	Actualitzat 2022
PROTOCOLS NEOPLÀSIA	67%	89%	70%	73%

[👈 Tornar a l'índex](#)

RISCOS

PREVALENÇA DE LES ÚLCERES PER PRESSIÓ D'HOSPITALITZACIÓ (UPP)

Les dades referents a les UPP, s'han obtingut a través del programa QlikView que explota les dades registrades al Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria (GACELA) dels pacients donats d'alta. Són dades d'incidència. Les gestants, puerperes i nens estan exclosos de la població de risc.

ÚLCERES PER PRESSIÓ IH

% de pacients amb valoració RISC UPP	HUV			
	2019	2020	2021(*)	2022
Altes estada >24h	8205	7229	5039	7525
Altes amb valoració Risc UPP	7358	6301	4372	6976
%Altes amb valoració Risc UPP	89.7%	86.8%	86.8%	92.7%

	HSJM			
	2019	2020	2021 (*)	2022
Altes estada >24h	619	636	480	654
Altes amb valoració Risc UPP	618	631	478	646
%Altes amb valoració Risc UPP	99.8%	99.2%	99.6%	98.8%

Objectiu SP > 90% - CHV > 95%

(*) gener-agost 2021

Taxa UPP-IH	HUV			
	2019	2020	2021	2022
Altes estada > 2 dies	7437	6272	6926	6812
UPP-IH	100	81	130	94
% altes UPP-IH	1.34%	1.29%	1.88%	1.38%

	HSJM			
	2019	2020	2021	2022
Altes estada > 2 dies	608	619	686	641
UPP-IH	7	6	7	16
% altes UPP-IH	1.15%	0.97%	1.02%	2.50%

Objectiu SP 6-8%

APLICACIÓ DE MESURES PREVENTIVES

L'Aliança per a la Seguretat de Pacients indica que l'aplicació de mesures preventives dirigida a malalts que presenten risc disminueix la incidència d'UPP_IH i l'impacte dels seus efectes indesitjables.

Durant aquest 2022, per situacions excepcionals del servei, als talls d'observació directa s'ha revisat únicament la identificació inequívoca dels pacients i no es disposa de dades d'aplicació de mesures preventives d'UPP.

DECLARACIÓ VOLUNTÀRIA DE CAIGUDES

L'explotació de dades es fa a través del programa QlikView que obté les dades de les caigudes que s'han enregistrat en el Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria i de les notificacions voluntàries que arriben a la Unitat de Qualitat i Seguretat de pacients (unitats que no disposen del programa Gacela).

Caigudes declarades	2017	2018	2019	2020	2021	2022		Objectiu
	n	n	n	n	n	n	n	
Hospital Universitari de Vic	71	101	89	73	102	85		
OSM	22	39	27	11	37	30		
Hospital Sant Jaume Manlleu	130	138	97	105	96	124		
GLOBAL CHV	223	278	213	189	235	239		
% de caigudes a HUV (x mil estades)	1.6	1.65	1.46	1.44	1.75	1.49		≤ 2 per mil
% de caigudes a HSJM (x mil estades)	5.6	5.56	3.99	4.37	4.22	5.14		≤ 2 per mil
% de caigudes a Salut mental (x mil estades)	7.9	7.34	5.32	1.89	6.68	4.68		≤ 2 per mil

Conseqüències	2017	2018	2019	2020	2021	2022		Objectiu
	%	%	%	%	%	n	%	
Sense conseqüències i lleus	96.4	99.6	98.1	97.9	96.6	235	98.3	>95%
Conseqüències importants	3.6	0.4	1.9	2.1	3.4	4	1.7	

Comentaris

- ✓ Augment de les caigudes declarades a nivell global del CHV (4 caigudes més).
- ✓ La taxa de caigudes a l'HUV (àmbit aguts) assoleix l'objectiu establert pel Departament de Salut, de seguretat de pacients (SP), mantenint-se per sota ≤2‰. A l'HSJM la taxa és del 5.14% i OSM es de 4,68% superant l'objectiu.
- ✓ El percentatge de caigudes a nivell de CHV sense conseqüències i/o lleus és del 98.3% assolint l'objectiu (SP>95%).
- ✓ Al CHV s'han produït 4 caigudes amb conseqüència greu. Les conseqüències han estat fractura de fèmur en 2 caigudes i la resta: fractura de fèmur + fractura d'espatlla i fractura de fèmur + fractura de maluc.

APLICACIÓ DE MESURES PREVENTIVES

L'Aliança per a la Seguretat de Pacients indica que l'aplicació de mesures preventives dirigida a malalts que presenten risc disminueix la incidència de caigudes i l'impacte dels seus efectes indesitjables.

Durant aquest 2022, per situacions excepcionals del servei, als talls d'observació directa s'ha revisat únicament la identificació inequívoca dels pacients i no es disposa de dades d'aplicació de mesures preventives de caigudes.

IDENTIFICACIÓ INEQUÍVOCA DE PACIENTS

Per valorar l'acompliment de la identificació inequívoca de pacients (braçalel identificatiu amb dades correctes i llegibles) es van realitzar talls de prevalença, amb el mètode d'observació directa. S'han observat 706 pacients per valorar la identificació inequívoca.

Els talls i la mostra avaluada s'expressen a continuació:

- Hospitalització : 522 pacients
- URG_OBS : 84 pacients
- NOUNATS : 9 nadons
- Salut Mental : 5 pacients
- UCI : 41 pacients
- Alternatives a l'hospitalització (H. Dia+UTE+HD Oncologia) : 45 pacients

Hospitalització

UNITAT	2019	2020	2021	2022			
	Id. correcta	Id. correcta	Id. correcta	Pacients	Porta braçalet	És llegible	Id. correcta
	%	%	%	n	%	%	%
HUV	96.5	93.5	95.4	522	98.3	99.4	97.7
HSJM	94.5	99.25	94.6	(*)	-	-	-
CHV	95.96	94.3	95.2	522	98.3	99.4	97.7

Obj SP Dep Salut / Obj CHV ≥95%

(*) L'any 2022 no es van realitzar talls de prevalença a l'HSJM

Unitat d'observació

	2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pacients avaluats	161		94		90		43	
Porta braçalet	161		90		86	95.7	43	
Identificació correcta	156	96.89	90	95.47	86	95.6	43	100%

Obj SP Dep Salut / Obj CHV ≥95%

Àrea d'Urgències

	2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pacients avaluats	118		39		75		41	
Porta braçalet	115		39		73		40	
Identificació correcta	115	97.46	37	94.87	73	97.3	40	97.6%

Obj SP Dep Salut / Obj CHV ≥95%

UCI

	2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pacients avaluats	ND		108		112		41	
Porta braçalet	ND		106		112		41	
Identificació correcta	ND		104	96.30	110	98.2	41	100%

Obj SP Dep Salut / Obj CHV ≥95%

Alternatives a l'hospitalització

	2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pacients avaluats	ND		16		65		45	
Porta braçalet	ND		16		60		45	
Identificació correcta	ND		16	100	60	92.3	45	100%

Obj SP Dep Salut / Obj CHV ≥95%

Identificació inequívoca mare-nadó

Per realitzar la identificació inequívoca dels nounats, es van realitzar talls d'observació mensuals a les unitats 4-1 (4-2) i 1-2. En aquests casos es valora que el pacient sigui portador del braçalet, que el bressol estigui correctament identificat i hi consti el nom de la mare.

	2020	2021	2022		Obj.
	%	%	n	%	
Nounats avaluats	39	47	9		
Porta Braçalet	94.7	66.0	6	66.6	
✓ Núm. identificació	94.7	66.0	6	66.6	
✓ Nom i cognoms nounat o etiqueta mare	94.7	66.0	6	66.6	
✓ Verificat amb la mare si és correcte	94.7	66.0	6	66.6	
Braçalet correcte	94.7	66.0	6	66.6	100%
Bressol identificat correctament	94.7	89.4	9	100.0	100%
✓ Habitació	94.7	91.5	9	100.0	
✓ Nom Nounat	94.7	93.6	9	100.0	
✓ Nom de la mare	94.7	89.4	9	100.0	

Comentaris

- ✓ S'assoleix l'objectiu $\geq 95\%$ en la identificació inequívoca global a l'HUV (97.7%), però no s'acompleix a hospitalització d'OSM (90.0%) ni a la planta 5-1 (94.74%).
- ✓ No s'acompleix l'objectiu del 100% d'identificació inequívoca en nounats (66.6%), però sí la identificació del bressol (100.0%).

IDENTIFICACIÓ ACTIVA DE PACIENTS

S'entén per identificació activa la verificació de que es tracta del pacient correcte, demanant al pacient que digui el seu nom i cognom. Per valorar l'acompliment de la identificació activa en situacions de risc es van realitzar talls en les diferents plantes d'hospitalització (HUV, HSJM) en el moment de l'administració del medicament.

Hospitalització

UNITAT	2019		2020		2021		2022	
	Pacients n	Id. Activa %	Pacients n	Id. Activa %	Pacients n	Id. activa %	Pacients n	Id. activa %
HUV	676	39.6	635	24.8	712	35.35	542	16.23%
HSJM	181	51.7	79	31.5	134	18.18	-	-
CHV	857	41.2	714	25.3	846	29.79	542	16.23%

Obj SP Dep Salut $\geq 90\%$

Comentaris

- ✓ El 16.23% dels pacients hospitalitzats a l'HUV als quals s'administra medicació endovenosa o de risc, se'ls hi fa identificació activa.
- ✓ L'any 2022 no es van realitzar talls d'identificació activa a l'HSJM.

[👉 Tornar a l'índex](#)

INFECCIONS

OBJECTIU

L'objectiu del grup d'infeccions és la vigilància, control i prevenció de les infeccions nosocomials i relacionades amb l'assistència sanitària (IRAS) del Consorci Hospitalari de Vic per tal de disminuir la mortalitat i la morbiditat, aconseguint una millora de la qualitat de vida hospitalària del pacient, i per altra banda, reduir les despeses hospitalàries. Al igual que optimitzar adequadament els tractaments antibiòtics mitjançant els programes PROA evitant així l'aparició de gèrmens multiresistents.

METODOLOGIA

El grup d'infeccions del Consorci Hospitalari de Vic utilitza la sistemàtica de treball, en què la vigilància de la infecció nosocomial es realitza mitjançant la incidència i la prevalença.

La metodologia de treball és el monitoratge dels aspectes de: Infecció nosocomial (IN), Infecció Relacionada amb l'Assistència Sanitària (IRAS), gèrmens multiresistents, detecció de "Brots Nosocomials", utilització d'antibiòtics (PROA), infeccions intra UCI i infeccions de la localització quirúrgica (ILEQ).

HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC

ESTUDI DE PREVALENÇA

L'11 de maig del 2022, es va realitzar 1 tall de prevalença VINCAt a l'Hospital Universitari de Vic que és el que correspon pel nivell i volum de l'hospital.

Factors de risc intrínsecs i extrínsecs

	2022	
	n	%
Casos revisats (n)	205	
Homes	104	50.7
Dones	101	49.3
Mitjana d'edat	61.8	
Dies d'estada (mitjana)	10.3	
Sonda urinària	32	15.6
SV > 7 dies	9	28.1
S.U. circuit tancat	28	87.5
Catèter vascular	164	80.0
CV perifèric	154	75.1
CV central	13	6.3
CV central d'inser. perifèrica	8	3.9
Intubació	3	1.5
Cirurgia (durant l'ingrés)	36	17.6
Hi ha infecció nosocomial	8	3.9
Està amb tractament ATB	62	30.2

Comentaris

Factors de risc intrínsec:

- ✓ Del total de pacients estudiats (205), més del 50% són homes i la mitjana d'edat dels ingressats està en 61.8 anys.
- ✓ Augmenta l'estada d'ingrés (10.3%) dels últims anys que estava al voltant d'una setmana.

Factors de risc extrínsec

- ✓ La prevalença en pacients portadors de sondes vesicals és d'un 15.6% (VINCat 2022=17.41%). Per altra banda, s'ha reduït l'ús de sistemes de circuit tancat en els dispositius urinaris (87.5%) situant-nos per sota dels valors de referència del VINCat (VINCat 2022=91.5%).
- ✓ El 80.0% dels pacients ingressats porten un catèter venós (VINCat 2022=76.3%) i d'aquests un 3.9% són centrals amb inserció perifèrica (VINCat 2022=6.5%).
- ✓ Un 1.5% dels pacients crítics estan intubats
- ✓ Els pacients sotmesos a cirurgia durant l'ingrés és en un 17.6% dels casos (VINCat 2022=27.1%)
- ✓ El servei més prevalent és MI amb un 23.9%, seguit de Psiquiatria (13.7%) i Cardiologia (12.2%) que ha experimentat un augment d'activitat en el darrer any.

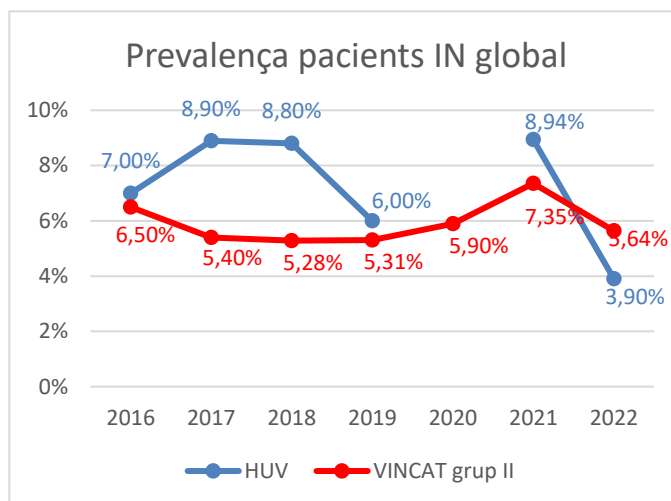
Infeccions detectades

Casos revisats (n)

Prevalença de pacients amb infecció global

Prevalença de pacients amb IN ingrés actual

2022	
n	%
205	
8	3.9
5	2.4



(*) tall HUV no fet per Covid-19

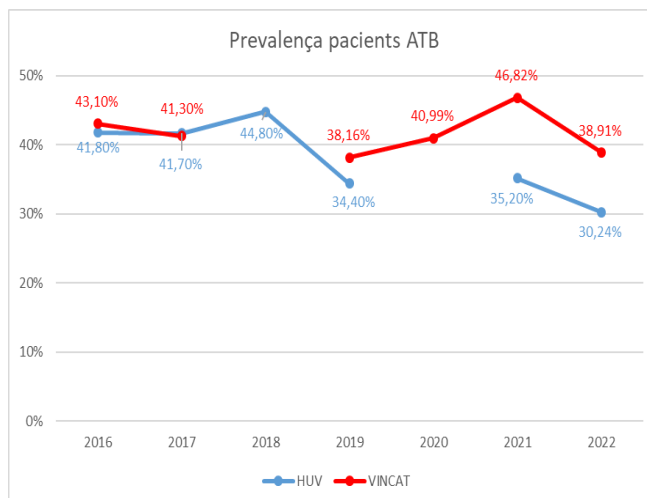
Comentaris

- ✓ Ha disminuït la prevalença de pacients amb infecció global (3.9%) respecte els últims talls que es situava entre un (6-8%)(VINCat 2022=6.69%). Hi ha 3 pacients amb infecció d'un ingrés anterior.
- ✓ El servei amb més infecció nosocomial és Cirurgia general amb 4 casos (50%), la resta són Medicina interna, Psiquiatria, COT i UCI amb 1 cas cadascú (12.5%).
- ✓ La ILQ torna a ser la localització més prevalent (50%) seguida de les infeccions del tracte urinari (25%).
- ✓ Els 2 pacients que presenten infecció urinària no són portadors de sonda vesical.
- ✓ En el 37.5% de les infeccions no s'han fet cultius.
- ✓ Els microorganismes més prevalents són bacteris coagulasa negatius (staphylococcus epidermidis).

Ús d'antimicrobians

Indicació ATB1

	Frecuencia	Porcentaje
Profilaxi mèdica	1	1,6
Profilaxi quirúrgica o altres	1	1,6
Tractament dirigit	14	22,6
Tractament empíric	46	74,2
Total	62	100,0



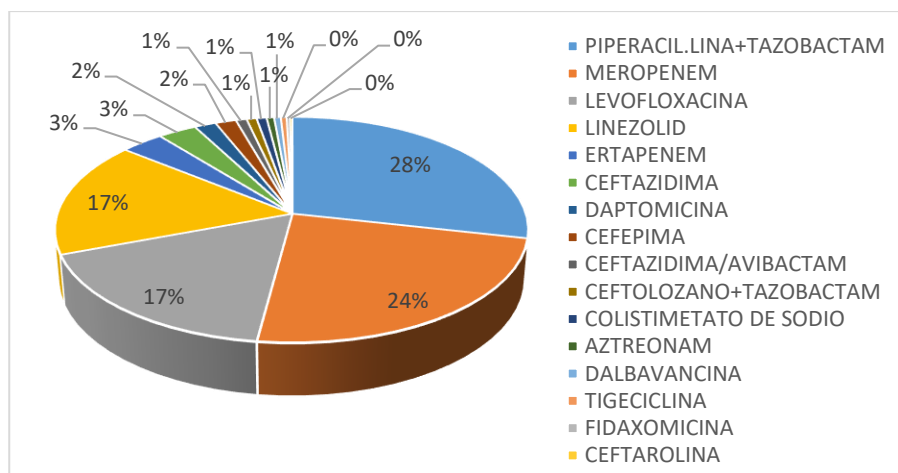
(*) tall HUV no fet per Covid-19

Comentaris

- ✓ La prevalença de pacients amb ATB és del (30.24%) (VINCat 2022=38.91%) i els serveis amb una prevalença més elevada són medicina interna (33.9%) i cirurgia general (14.5%). No es disposa de la dada del VINCat de 2018.

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals



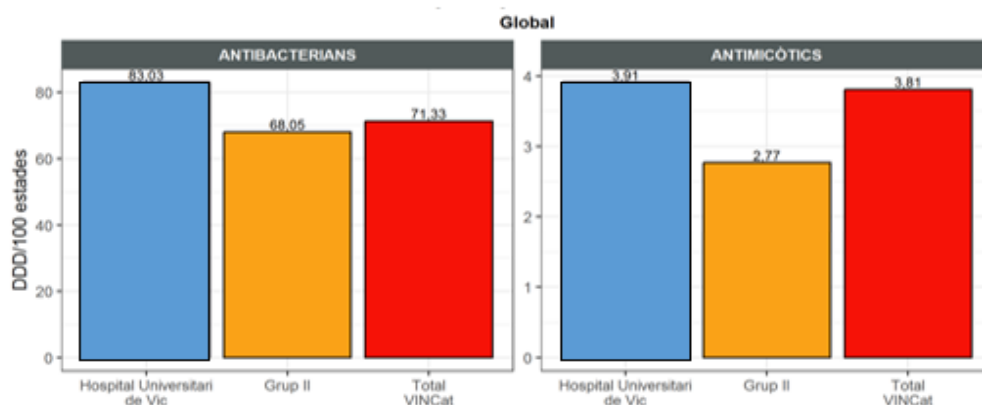
**Recomanacions PROA
acceptades 76,8%**

Comentaris

- ✓ Piperacil-lina-tazobactam i meropenem són els antibiòtics restringits més prescrits amb un 28% i 24% respectivament, seguits de levofloxacina i linezolid amb un 17% cadascun.
- ✓ Dels antibiòtics avaluats un 67.1% segueixen les indicacions del CHV. Els tres antibiòtics que s'han prescrit més fora de les indicacions són meropenem, piperacil-lina-tazobactam i levofloxacina. S'observa un increment de l'ús de meropenem en relació al 2021.
- ✓ El grup PROA ha realitzat un total de 500 recomanacions al prescriptor augmentant respecte l'any anterior (113 recomanacions més). També ha augmentat l'acceptació global de les recomanacions (76.8%), millorant la presa de decisions en l'optimització de l'ús d'antibiòtics.

Monitoratge estandarditzat del consum d'antimicrobians

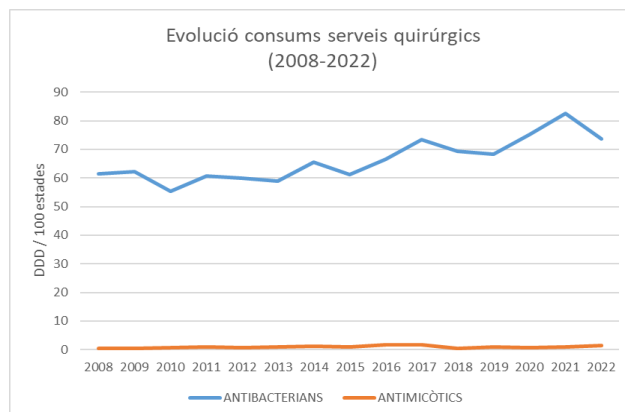
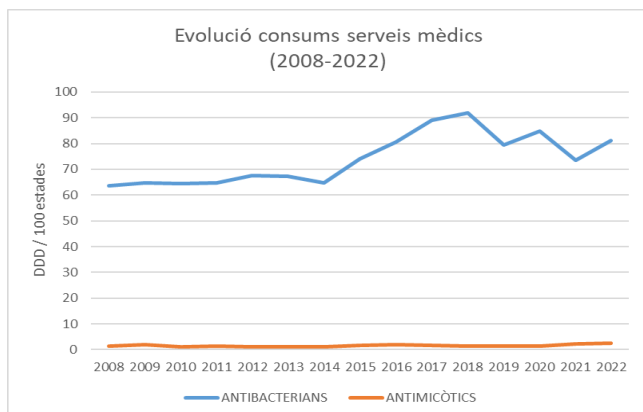
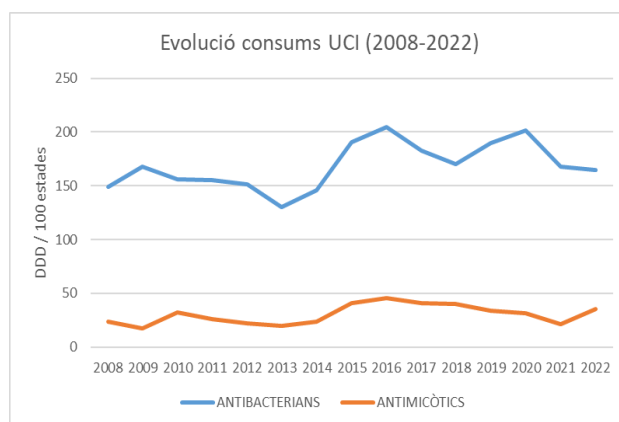
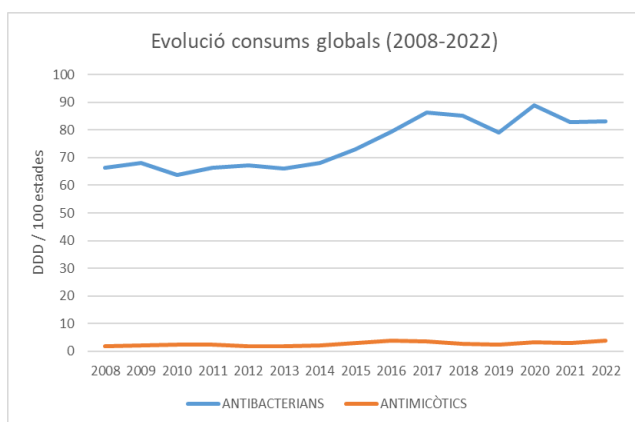
Resultats anuals consum hospitalari d'adults per tipus d'antimicrobià (DDD)



Comentaris

- ✓ A nivell de consum global estem per sobre dels hospitals del grup II del VINCAt i per a tots els serveis. Cal destacar l'elevat consum d'antimicrobians a la UCI i d'antibacterians als Serveis Mèdics respecte al nostre grup de referència.

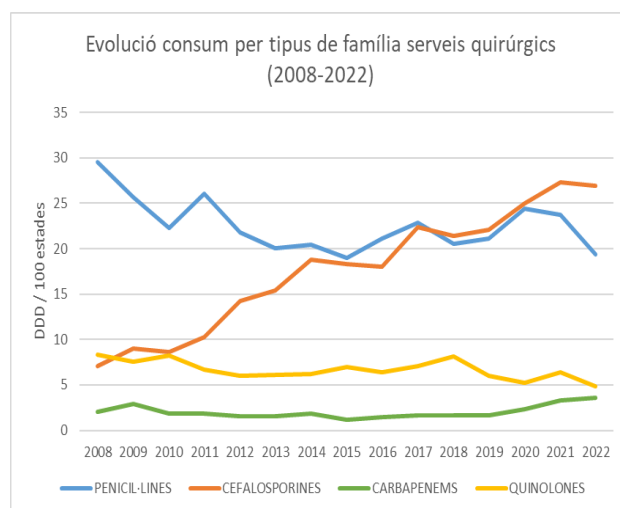
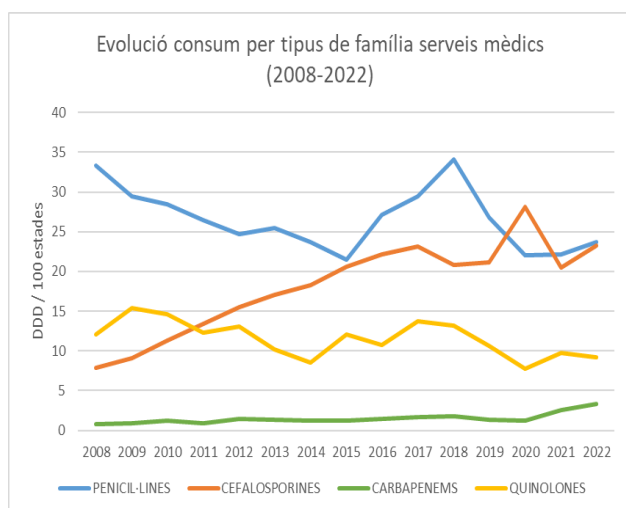
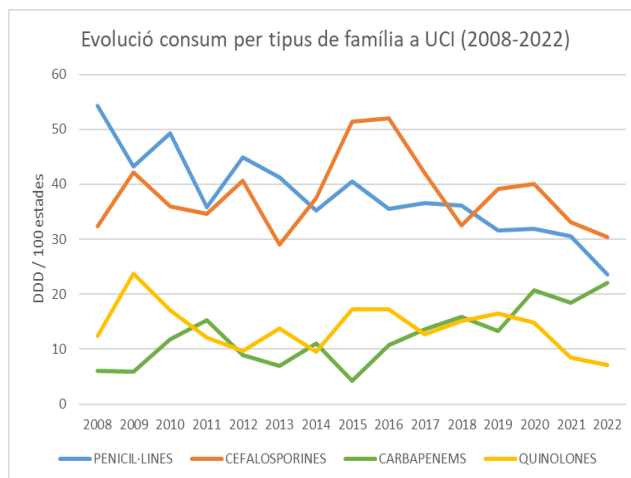
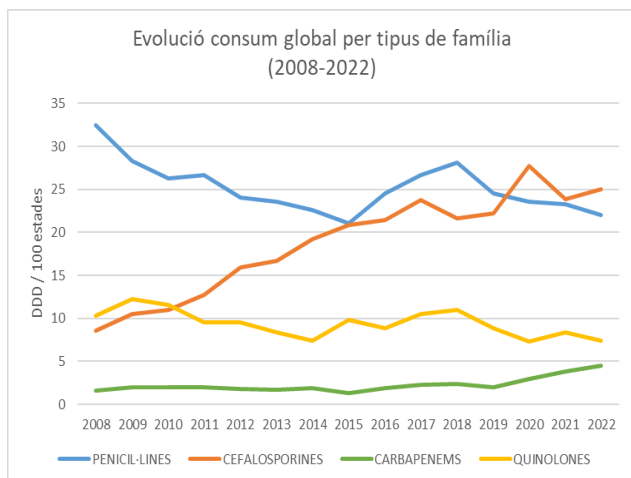
Resultats evolutius (2008-2022) Consum Hospitalari Adults per tipus d'antimicrobià (DDD)



Comentaris

- ✓ El consum d'antimicrobians es manté estable en els darrers anys. L'any 2022 s'observa un descens de consum als serveis quirúrgics i a la UCI, respecte als anys anteriors, però augmenta als serveis mèdics.

Resultats evolutius CHV (2008-2022) Consum Hospitalari Adults per tipus de família (DDD)



Comentaris

- ✓ S'observa una tendència a incrementar el consum de carbapenems a tots els serveis en els darrers anys.
- ✓ El consum de cefalosporines presenta una tendència creixent en contraposició a la disminució de les penicil·lines.
- ✓ El consums de quinolones segueix una pauta descendent els últims anys, degut a la política de restricció en la seva utilització.

Resultats anuals consum hospitalari pediàtric per tipus d'antimicrobià (DOT)

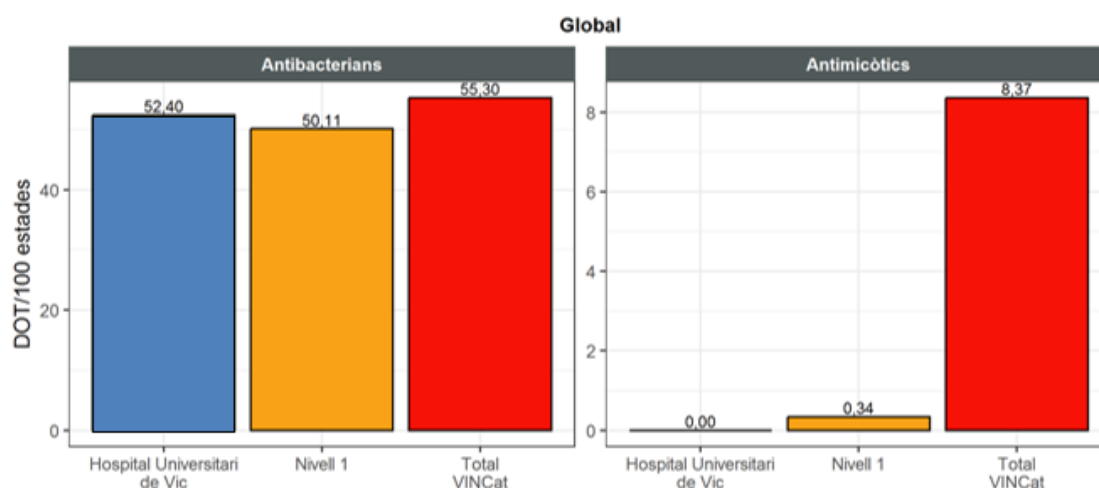
Per primera vegada, l'any 2022 es van declarar al VINCat els consums d'antimicrobians dels pacients pediàtrics per poder fer comparativa amb els centres del nostre nivell. La classificació dels nivells d'hospitals en pediatria són els següents:

Nivell 1: serveis mèdics ó quirúrgics (nivell al que pertany el CHV)

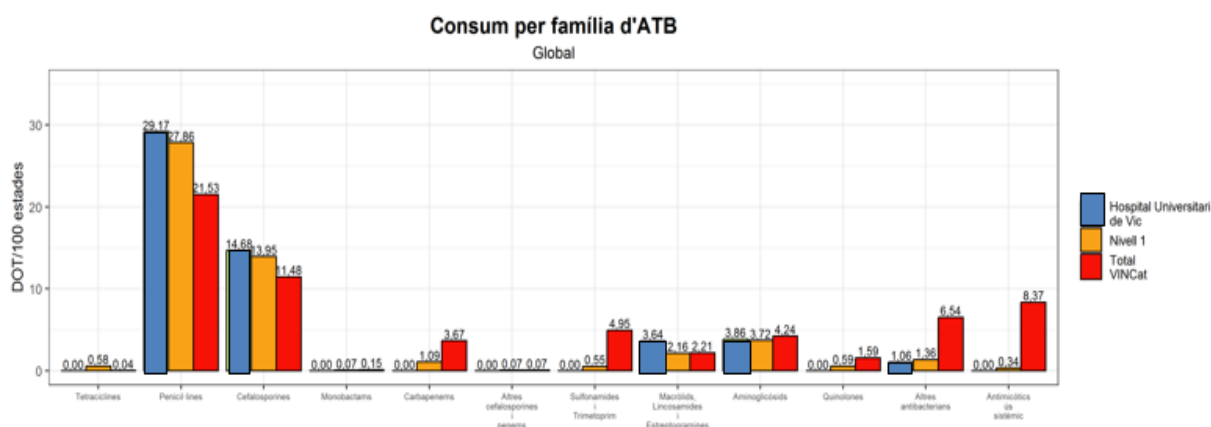
Nivell 2: nivell 1 + UCI neonatal

Nivell 3a: Nivell 2 + UCI pediàtrica

Nivell 3b: Nivell 3a + onco hemato



Resultats CHV 2022 Consum Hospitalari Pediàtric per tipus de família (DOT)



Comentaris

- ✓ S'observa una taxa de consum d'ATB superior respecte altres hospitals de Nivell 1, però inferior al global del VINCat .
- ✓ Pel que fa al consum per famílies, cal destacar el consum de Macròlids amb una DOT de 3.64 superior als centres del Nivell 1(2.16) i del global del VINCat (2.21).

HIGIENE DE MANS

Es calcula la taxa d'adherència a la Higiene de mans (HM) que són el nombre d'accions HM realitzades/opportunitats x100. També es calcula l'indicador de referència del VINCat i Seguretat de pacients (SP) "Nombre total de litres de preparats de base alcohòlica (PBA) entregats a les unitats d'hospitalització x 1.000/nombre d'estades".

Hospitalització

$$\text{Taxa adherència hospitalització} = \frac{391 \text{ accions de HM}}{569 \text{ oportunitats de HM}} \times 100 = \mathbf{69\%}$$

CONSUM PBA		ESTADES	
2021	2022	2021	2022
1.184 litres	1.579 litres	54.111	50.779

$$\text{Indicador consum (litres) PBA Hospitalització} = \frac{1579 \text{ Litres totals de PBA}}{50.779 \text{ Estades totals}} \times 1000 = \mathbf{31 \text{ litres}}$$

Objectiu OMS >20 litres

UCI

$$\text{Taxa adherència UCI} = \frac{165 \text{ accions de HM}}{190 \text{ oportunitats de HM}} \times 100 = \mathbf{87\%}$$

CONSUM PBA		ESTADES	
2021	2022	2021	2022
268 litres	259 litres	3.464	2.902

$$\text{Indicador consum (litres) PBA UCI} = \frac{259 \text{ Litres totals de PBA}}{2.902 \text{ Estades totals}} \times 1000 = \mathbf{88 \text{ litres}}$$

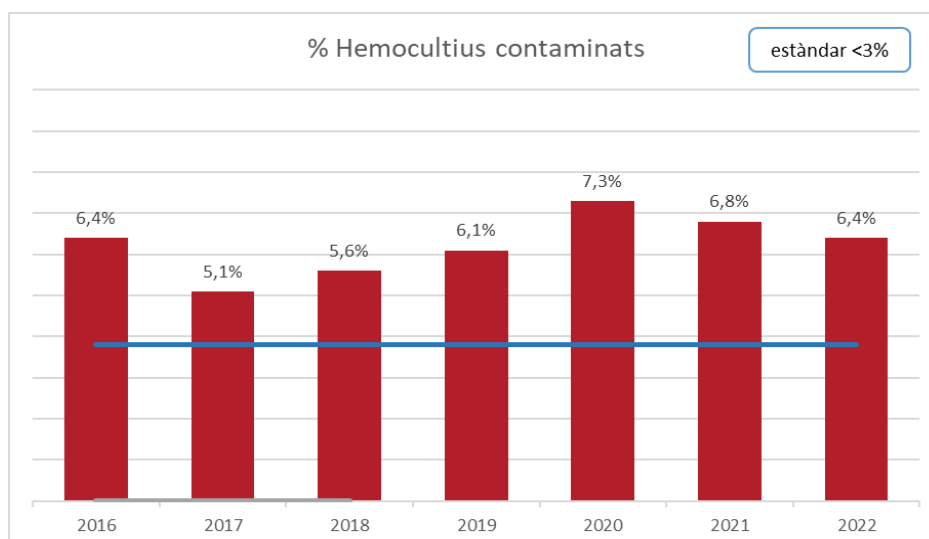
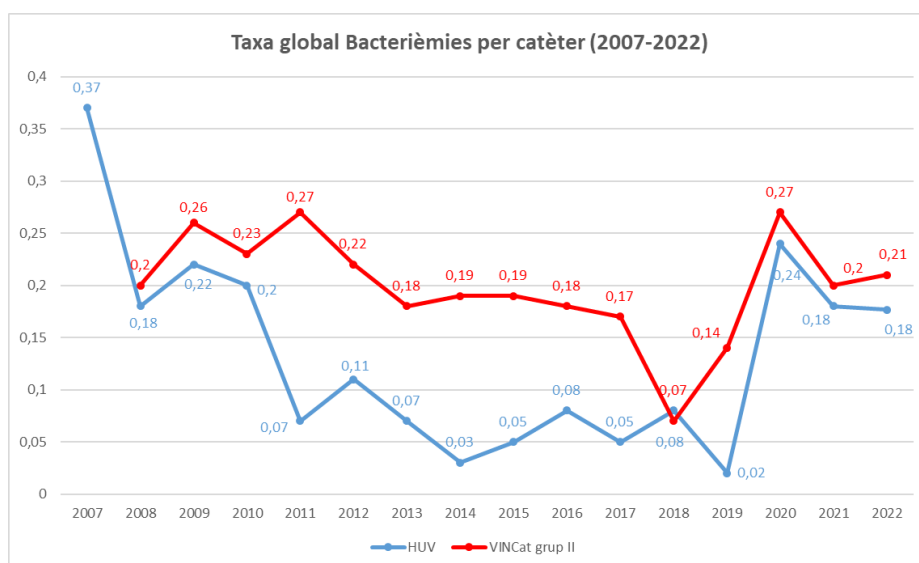
Objectiu OMS >20 litres

Comentaris

- ✓ Es mantenen taxes altes en l'adherència a la pràctica de la higiene de mans que caldrà anar consolidant al llarg dels anys.
- ✓ Cal destacar que en un 61% dels casos no s'ha realitzat la higiene de mans indicada per l'ús dels guants.
- ✓ S'assoleix el llindar mínim de consum PBA recomanat per l'OMS (>20 litres) i del grup II del VINCat (VINCat 2022=22.69 litres/estades x 1000), millorant respecte l'any 2021.
- ✓ El consum a la UCI continua sent elevat tot i per sobre del grup II del VINCat (VINCat 2022=70.76 litres/estades x 1000).
- ✓ Actualment la prevalença de llits amb dispensador de PBA és del 68% ja que a hospitalització la col·locació dels dispensadors no compleix els criteris del VINCat, però millora respecte l'any 2021 (61%). Aquest resultat està per sota del grup II del VINCat 2021 (78.55%). A la UCI el 100% dels llits tenen dispensador PBA al punt d'atenció, per sobre del grup II del VINCat (99.32%).

ANÀLISI DE LA INCIDÈNCIA

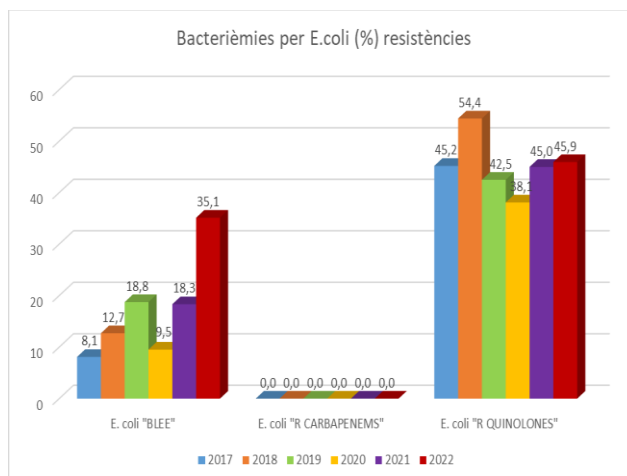
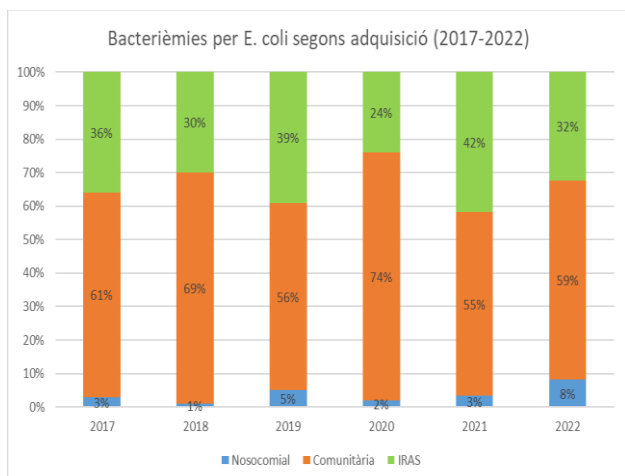
Bacterièmies per catèter



Comentaris

- ✓ La taxa de bacterièmies global és del 0.18 x1000 (VINCat grup II 2022=0.16 x1000). Continua la tendència de les taxes per sota de la mitjana del grup II del VINCat des de l'any 2008, quan es va iniciar el registre.
- ✓ Han disminuït les bacterièmies en pacients crítics, respecte l'any 2021, que representa una taxa del 1.03 x1000 (VINCat 2022=0.89 x1000), continuant per sobre de les UCIs del VINCat.
- ✓ S'han detectat bacterièmies en pacients quirúrgics amb una taxa del 0.15 x1000, igualant el resultat del VINCat (VINCat 2022=0.15 x1000) . Els catèters causants de les bacterièmies són majoritàriament per CVC.
- ✓ Els gèrmens causals a totes les àrees són colonitzadors de la pell com els staphylococcus epidermidis, coagulasa negatiu i staphylococcus aureus. A destacar 2 bacterièmies per cànides.
- ✓ Hi ha bacterièmies per catèter utilitzats per nutrició parenteral amb un resultat de 0,84 x 1.000 (VINCat grup II 2022=1.29 x1000). En els 2 casos detectats, el germen causal va ser staphylococcus epidermidis i per CVC.
- ✓ Han augmentat les bacterièmies en catèters perifèrics a totes les àrees respecte l'any 2021. L'any 2022 l'àrea mèdica és la que concentra més casos (6,4%).
- ✓ La taxa d'hemocultius contaminats es manté respecte l'any passat però continua per sobre dels estàndards òptims (<3%). Cal destacar que a Pediatria la taxa d'hemocultius contaminats és del 17.5%.

Bacterièmies per E. Coli d'origen urinari



Àrea mèdica
 Àrea quirúrgica
 Àrea de pacients crítics
Total

2021		2022	
n	%	n	%
45	75%	25	68%
10	17%	9	24%
5	8%	3	8%
60		37	

Adequació del tractament a les guies i sensibilitat "in vitro"

HUV:

		Tractament empíric adequat a les guies		
		Si	No	TOTAL
Tractament empíric adequat a l'activitat in vitro	Si	19 (51,40%)	10 (27,00%)	29 (78,40%)
	No	3 (8,10%)	5 (13,50%)	8 (21,60%)
	TOTAL	22 (59,50%)	15 (40,50%)	37 (100,00%)

Grau d'error del tractament empíric adequat a les guies (3/22): 13,6%
 Grau d'error del tractament empíric no adequat a la guia (5/15): 33,3%

VINCat GRUP II:

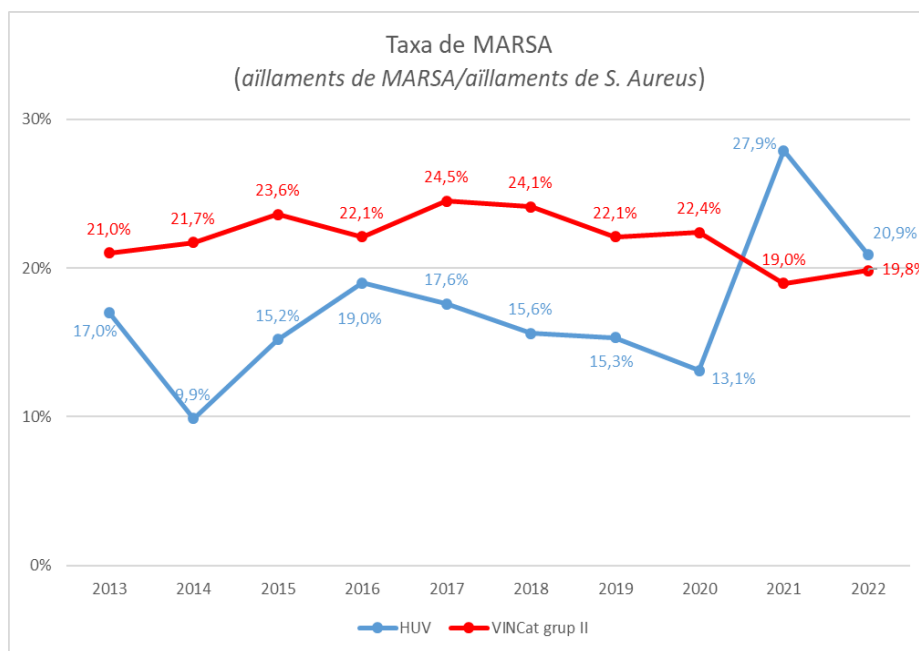
		Tractament empíric adequat a les guies		
		Si	No	TOTAL
Tractament empíric adequat a l'activitat in vitro	Si	337 (73,90%)	67 (14,70%)	404 (88,60%)
	No	24 (5,30%)	28 (6,10%)	52 (11,40%)
	TOTAL	361 (79,20%)	95 (20,80%)	456 (100,00%)

Grau d'error del tractament empíric adequat a les guies (24/361): 6,6%
 Grau d'error del tractament empíric no adequat a la guia (28/95): 29,5%

Comentaris

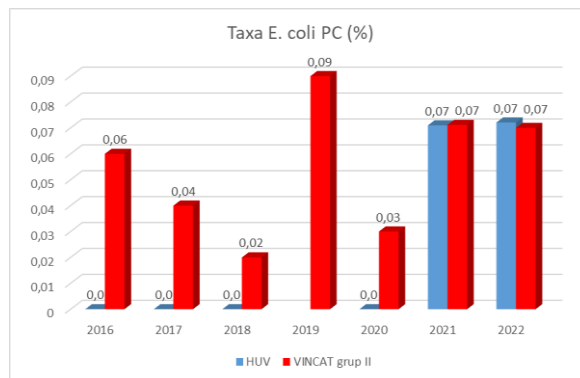
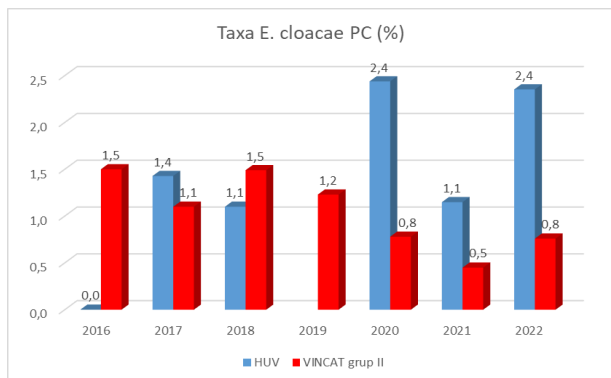
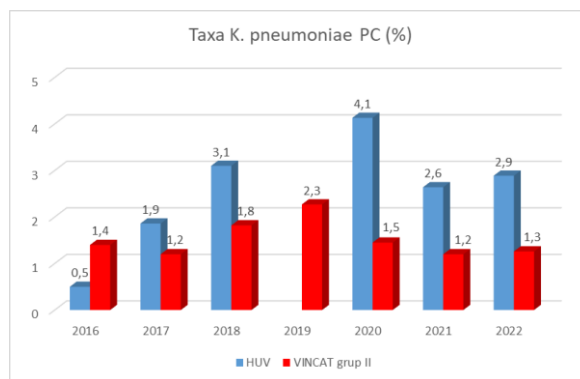
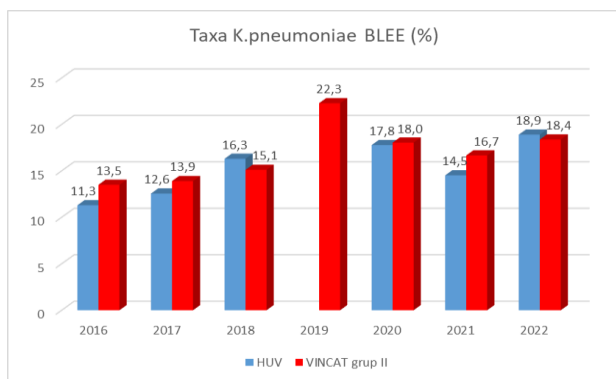
- ✓ L'any 2022 s'han detectat 37 casos de bacterièmia d'origen urinari, més de la meitat dels quals són d'adquisició comunitària (60%) similar al grup II (VINCat 2022=55.7%), seguits dels IRAS (32%) que estan per sobre del grup II (VINCat 2022=27.6%). L'adquisició nosocomial continua sent baixa (8%), inferior a la del grup II (VINCat 2022=16.6%).
- ✓ La majoria de casos (68%) estan hospitalitzats a l'àrea mèdica, igual que en anys anteriors i que la resta d'hospitals. A l'àrea de pacients crítics el nombre de casos continua estant per sota del grup II (VINCat 2022=9.2%).
- ✓ Les resistències d'E. Coli per betalactamases d'espectre estès(BLEE) s'han duplicat respecte l'any 2021 i les quinolones també han augmentat lleugerament, però seguim sense resistències d'E.coli a carbapenems.
- ✓ L'adequació del tractament a les guies i a la sensibilitat "in vitro" és del 51.4%, situant-nos per sota del grup II (VINCat 2022=73.9%). Pel que fa a les prescripcions que no s'ajusten a les guies ni a les sensibilitats "in vitro" estem a un 13.5%, per sobre del grup II del VINCat (VINCat 2022=6.1%) empitjorant respecte l'any 2021 en els 2 indicadors.
- ✓ L'any 2022 s'han fet un total de 8 recomanacions amb una adherència del 100%.
- ✓ L'antibiòtic més utilitzat és la Ceftriaxona (48.6%) i seguim amb un ús elevat de carbapenems (28.6%). Malgrat això, de moment, no es detecten resistències als carbapenems.

Microorganismes multiresistents (MTR)



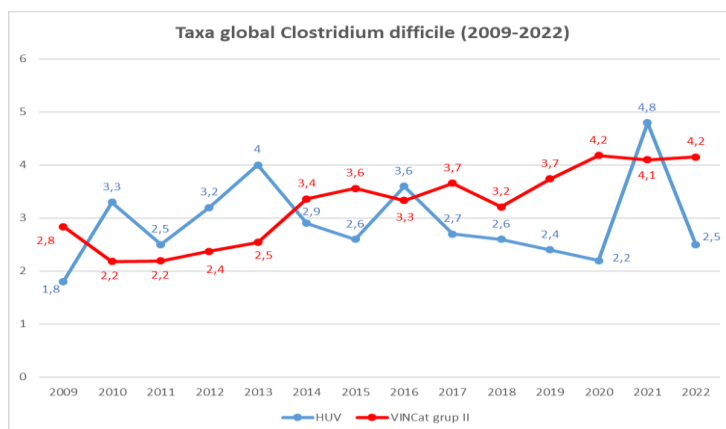
Comentaris

- ✓ Taxa de resistència a meticil·lina en S. Aureus (MARSA): 20.9% (VINCat 2022 grup II: 19.8%)
- ✓ Des de l'any 2013 al 2020, estàvem per sota de les dades del grup II del VINCat en tots els indicadors. A partir del 2021 hi ha un increment que s'ha anat recuperant durant el 2022, excepte per la densitat d'incidència de bacterièmia per MARSA.



Comentaris

- ✓ Taxa de Klebsiella pneumoniae BLEE: 18.9% (VINCat 2022 grup II: 18.4%)
- ✓ Taxa de K.pneumoniae productora de carbapenemeses (PC): 2.9% (VINCat2022grup II: 1.3%)
- ✓ Taxa de Enterobacter cloacae PC: 2.4% (VINCat 2022 grup II: 0.8%)
- ✓ Taxa d'Escherichia coli PC: 0.07% (VINCat 2022 grup II: 0.07%)
- ✓ Les taxes de microorganismes multiresistents continuen elevades, així com les bacterièmies.
- ✓ Es manté la incidència 0 pel que fa a Enterococcus Resistent a Vancomicina



Comentaris

- ✓ Ha disminuït la taxa global del clostridium a un 2.5 X10000 respecte a l'any 2021 que vam tancar amb una taxa del 4.8 X10000.
- ✓ Un terç dels clostridiums detectats s'han adquirit degut a l'assistència sanitària (IRAS) amb una taxa del 0.7 x10000 (VINCat grup II 2021=1.24 x10000)
- ✓ La taxa de clostridium d'origen nosocomial ha estat del 0.89 x10000 (VINCat grup II 2021=1.5 x10000) igual que la d'origen comunitari (VINCat grup II 2021=1.36 x10000).

Vigilància de les precaucions per evitar la transmissió d'infeccions

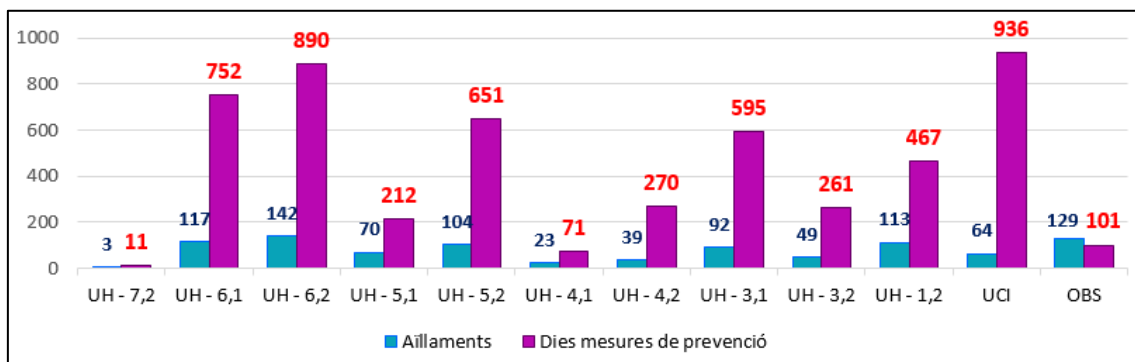
Aquest 2022 s'ha fet un registre i seguiment de tots els pacients ingressats que se'ls hi ha aplicat mesures de precaució per evitar la transmissió d'infeccions perquè patien alguna infecció causada per un germen d'especial rellevància capaç de provocar brots nosocomials. En el registre no s'ha inclòs la vigilància COVID-19 per el gran volum que van suposar els brots de l'any 2022.

Distribució de les mesures per trimestre:

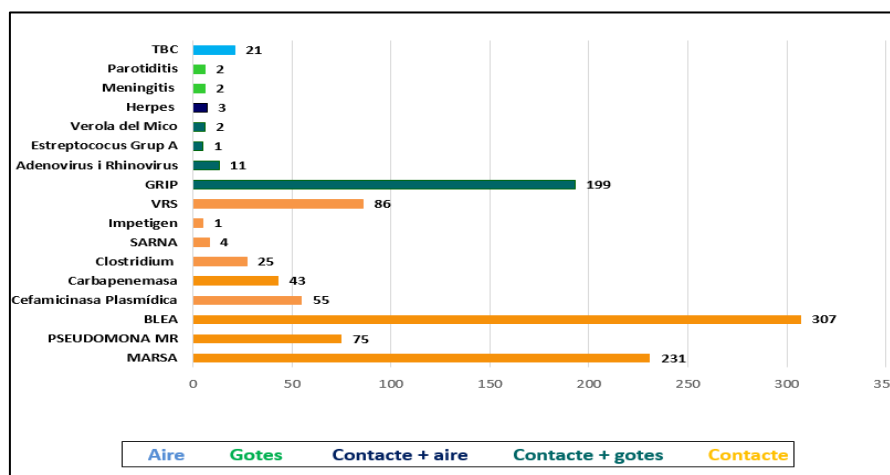
	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	2022
AÏLLAMENTS	249	184	164	348	945
NOMBRE PACIENTS AMB MESURES	179	128	118	239	664
DIES MESURES PER EVITAR LA TRANSMISSIÓ	1657	973	846	1741	5217
MITJA AÏLLAMENTS PER MES	83	61	55	116	79

(*) Cal tenir present que un pacient pot tenir diferents aïllaments si s'han fet canvis d'unitat d'hospitalització.

Distribució de les mesures i dies segons unitat hospitalització



Distribució mesures aplicades segons el germen

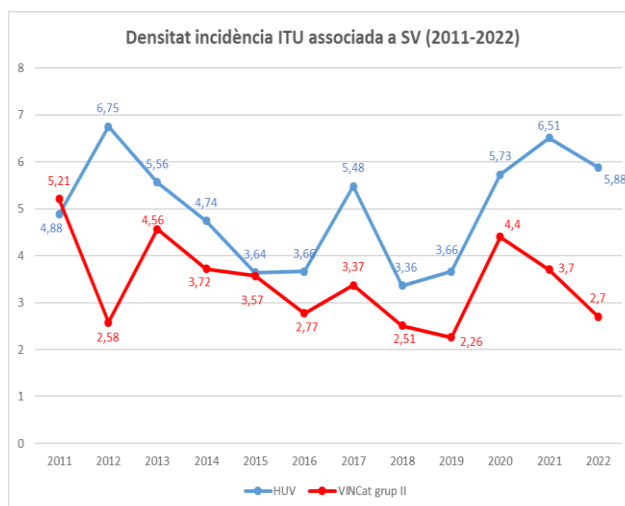
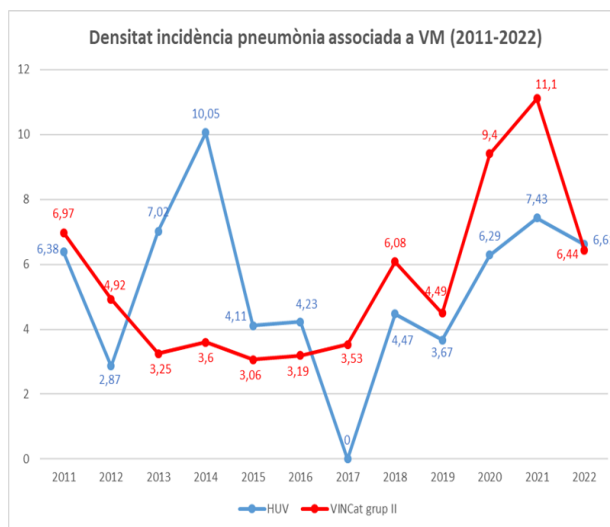
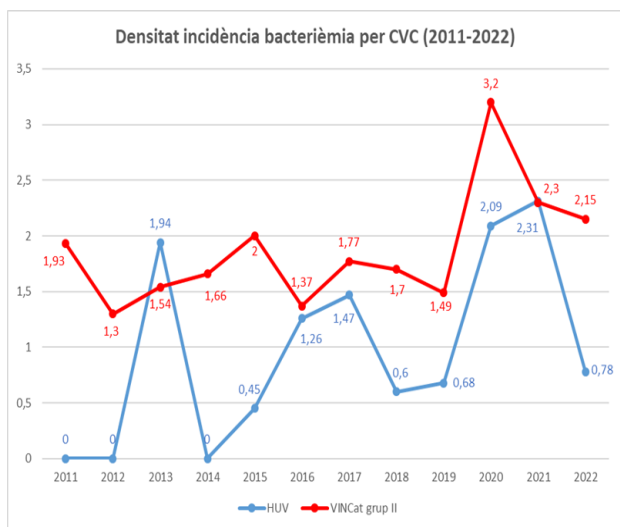


Comentaris

- ✓ La mitjana global d'aïllaments realitzats al HUV durant el 2022 ha estat de 79 aïllaments/mes. El primer i quart trimestre són els mesos on s'han acumulat el major número de pacients amb mesures de prevenció i dies d'aïllament a causa dels virus respiratoris.
- ✓ Les mesures per evitar la transmissió més freqüents durant els 4 trimestres de l'any 2022 han estat les de contacte seguida de les mesures per evitar la transmissió per contacte i gotes.
- ✓ Les unitats que han aplicat més mesures per evitar la transmissió durant el 2022 han estat la UH- 6.2, Observació i la UH- 6.1, en canvi la unitat que ha realitzat més dies de mesures per evitar la transmissió ha estat la unitat de cures intensives.
- ✓ Les mesures per evitar la transmissió per contacte són les més prevalents sobretot a causa dels gèrmens productors de BLEES i MARSa, seguides de les de contacte i gotes a causa dels virus respiratoris.
- ✓ El control de les mesures per evitar la transmissió aplicades ha estat correcte en el 99.3%, només s'han identificat set casos on el cartell del tipus d'aïllament no era correctes segons el germen corresponent.

Nota: Per conèixer les dades de la vigilància de les precaucions per evitar la transmissió d'infeccions (aïllaments), consulteu l'informe específic al banner de Seguretat de pacients a la intranet, dins de l'apartat d'Infeccions.

INFECCIONS A LA UCI



Comentaris

- ✓ Densitat incidència de bacterièmia per CVC: s'observa un disminució arribant a nivells pre-pandèmics i situant-nos amb una de les taxes més baixes del grup II del VINCAt.
- ✓ Densitat incidència de pneumònia associada a VM: hi ha una disminució i ens situem amb una taxa similar a les UCIs dels hospitals del grup II del VINCAt.
- ✓ Densitat incidència d'ITU associada a SV: des de que tenim dades estem per sobre dels resultats dels hospitals del grup II del VINCAt però l'any 2022 s'observa una disminució vers l'any passat.

VIGILÀNCIA INFECCIÓ LOCALITZACIÓ QUIRÚRGICA

Les intervencions sotmeses a vigilància l'any 2022, per part del CHV en el programa VINCAt són: pròtesi electives de maluc (PTM) i genoll (PTG), cirurgia electiva colorectal i cesàries.

MALUC	TAXA ILQ
2017	0%
2018	2.6%
2019	3%
2020	2%
2021	1.2%
2022	3.37%
GRUP II (VINCAt)	1.78%

GENOLL	TAXA ILQ
2017	3.6%
2018	7.4%
2019	2.9%
2020	3.2%
2021	3.0%
2022	3.64%
GRUP II (VINCAt)	1.64%

CÒLON	TAXA ILQ
2016	7.4%
2017	1.2%
2018	4.5%
2019	----
2020	11.4%
2021	1.7%
2022	6.0%
GRUP II (VINCAt)	8.4%

RECTE	TAXA ILQ
2016	6.3%
2017	3.4%
2018	3.7%
2019	----
2020	10.5%
2021	10.0%
2022	8.3%
GRUP II (VINCAt)	13.38%

CESÀRIA	TAXA ILQ
2016	3.7%
2017	6.7%
2018	6.5%
2019	----
2020	----
2021	4.3%
2022	1.88%
GRUP II (VINCAt)	2.11%

Comentaris

- ✓ S'han detectat 19 infeccions de localització quirúrgica l'any 2022 dels procediments seleccionats que tenen criteris d'inclusió del VINCat. En total s'han detectat 3 de PTM, 8 de PTG, 1 de cirurgia de recte, 3 de cirurgia de còlon i 4 cesàries.
- ✓ Ha augmentat la taxa d'ILQ a totes les cirurgies en relació al 2021, excepte en les cesàries i recte.
- ✓ La taxa d'ILQ de la PTG es va situar en dades altes al 1r semestre, que s'ha recuperat al 2n semestre.
- ✓ En el cas de la ILQ de PTM, l'any 2022 s'ha tancat amb la taxa més elevada dels darrers 5 anys.
- ✓ S'observa una disminució progressiva de la infecció en el cas de les cesàries arribant a la taxa del VINCat tot i que possiblement hi ha un infraregistre en les dades del VINCat degut a que el seguiment post-alta que fa CHV és més exhaustiu que en la majoria d'hospitals.
- ✓ Destaca la consolidació de la profilaxi adequada en totes les cirurgies.
- ✓ Cal insistir en el registre del bundle colorectal, sobretot en la temperatura (22.5% no registrada).

HOSPITAL SANT JAUME DE MANLLEU

ESTUDI DE PREVALENÇA

L'any 2022 es van realitzar 2 talls de prevalença VINCat que corresponen en els centres d'Atenció Intermèdia. A l'Hospital Sant Jaume de Manlleu es van realitzar al maig i al novembre de 2022. Només es disposa de dades comparatives del primer tall perquè el VINCat no ha facilitat les dades del segon tall.

Factors de risc intrínsecs

	Maig 2022		2021	
	n	%	n	%
Casos revisats (n)	64		131	
Homes	26	40.6	55	42.0
Dones	38	59.4	76	58.0
Mitjana d'edat	80.05		80.62	
Desorientació temporal-espacial	27	42.2	57	43.5
Gran dependència	33	51.6	80	61.1
Disfàgia	16	25.0	31	23.7
Úlceres per pressió	10	15.6	20	15.3
Incontinència fecal i/o urinària	36	56.2	72	55.0

Comentaris

- ✓ El 59.4% dels pacients estudiats (38) són dones i la mitjana d'edat global és de 80.05 anys igual que la resta de centres d'Atenció Intermèdia catalans que és de 79.3 anys.
- ✓ Destaca que més de la meitat dels pacients presenten gran dependència (VINCat 2022= 41.1%) i incontinències el 56.2% (VINCat 2022=57.2%).
- ✓ Pel què fa a la desorientació (42.2%) estem molt semblants al VINCat 2022 (41.97%).
- ✓ La prevalença d'UPP (15.6%) puja respecte el 2021, però és inferior a la taxa del VINCat 2022 (16.5%).
- ✓ La taxa de disfàgia ha augmentat respecte el 2021 però és molt igual al VINCat 2022 (24.6%).

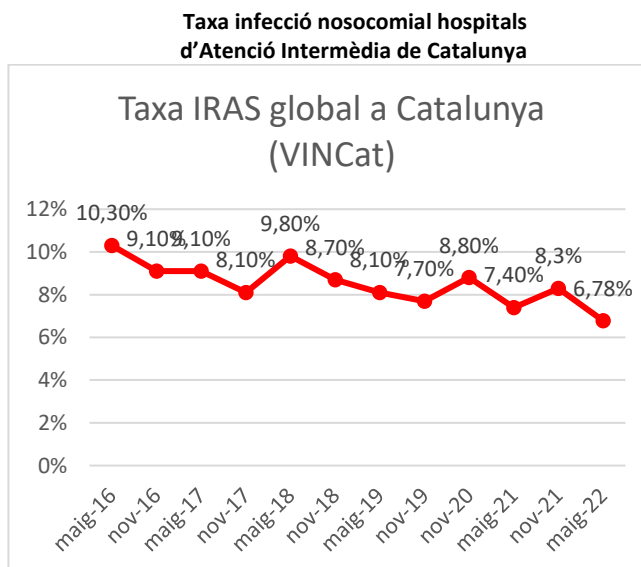
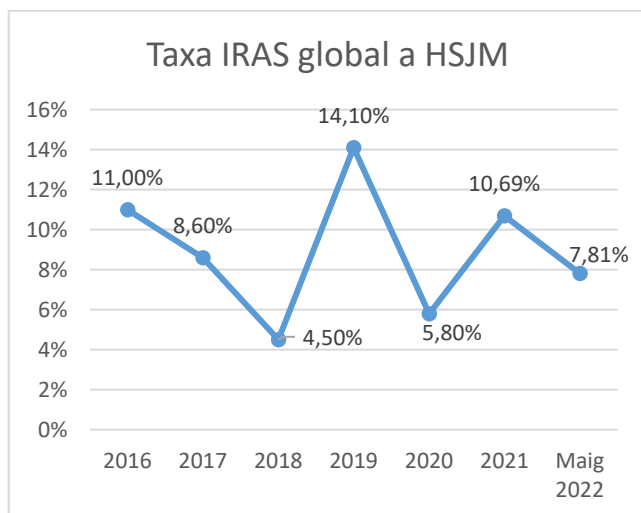
Factors de risc extrínsecs

	Maig 2022		2021	
	n	%	n	%
Casos revisats (n)	64		131	
Intervenció quirúrgica recent (<30 dies)	10	15.6	24	18.3
Catèter urinari	8	12.5	21	16.0
Catèter vascular	13	20.3	36	27.5
CV perifèric	14	21.9	36	27.5
CV central	1	1.6	0	0.0
Traqueotomia	2	3.1	3	2.3
Gastrectomia (PEC)	4	6.2	2	1.5
Sonda nasogàstrica	2	3.1	2	1.5

Comentaris

- ✓ Respecte al 2021 ha disminuït el percentatge de pacients amb intervenció quirúrgica recent (15.6%), continuant per sobre del VINCat 2022 (10.9%).
- ✓ La taxa global dels pacients portadors d'una sonda vesical és del 12.5%, inferior al 2021 però continua per sobre dels resultats del VINCat 2022 (9.4%).
- ✓ Seguim amb taxes elevades de pacients portadors de catèter venós perifèric (21.9%), tot i disminuir respecte el 2021, continuem per sobre del VINCat 2022 (12.5%)

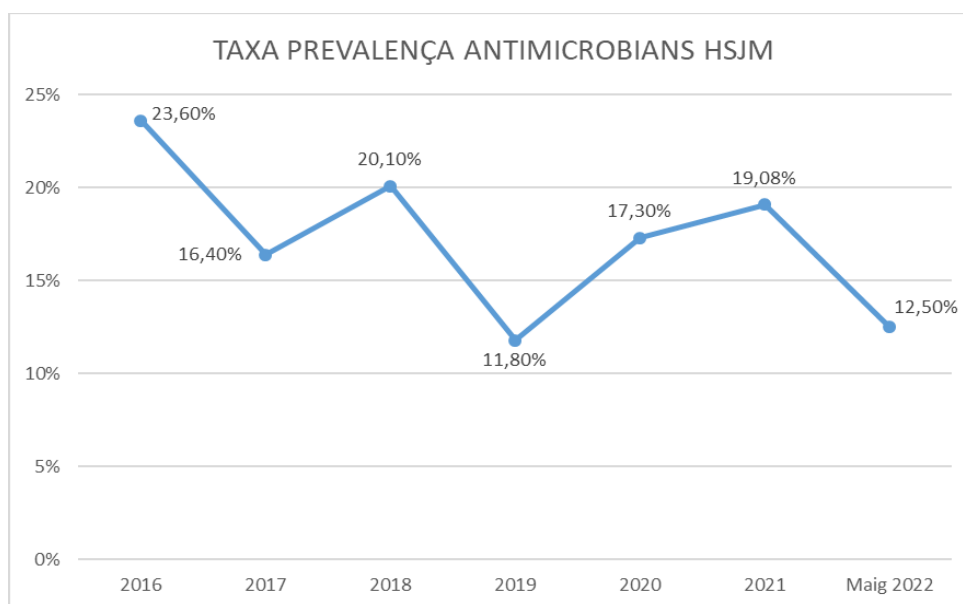
Infeccions (IRAS) detectades



Comentaris

- ✓ Disminueixen les IRAS respecte a l'any anterior i la taxa del tall de maig es situa en un 7.8% per sobre de la mitjana de Catalunya (6.8%). Cal tenir present que el 2020 només es va fer un tall pel tema COVID.
- ✓ Les infeccions urinàries, juntament amb les respiratòries, són les més prevalents amb un 40%, inferior que a la resta de Catalunya (VINCat 2022= 49.8%). Cal destacar que les infeccions respiratòries (40%) són molt superiors que a la resta de Catalunya (26.23%).
- ✓ La prevalença de pacients amb sonda urinària ha disminuït respecte 2021, però continua sent superior al VINCat 2022 (9.4%).
- ✓ Apareixen infeccions on els gèrmens causals són multiresistents (SARM).

Ús d'antimicrobians



Taxa prevalença d'ús d'antimicrobians a Catalunya

Indicació	Pacients amb antimicrobians		Prescripcions d'antimicrobians	
	N	% Prev	N	% Rel
Tractament empíric	430	5,54	464	49,63
Tractament dirigit	323	4,16	370	39,57
Profilaxi mèdica	73	0,94	78	8,34
Profilaxi quirúrgica o altres	13	0,17	13	1,39
Altres indicacions	9	0,12	9	0,96
Indicació desconeguda	1	0,01	1	0,11
TOTAL			935	100,00

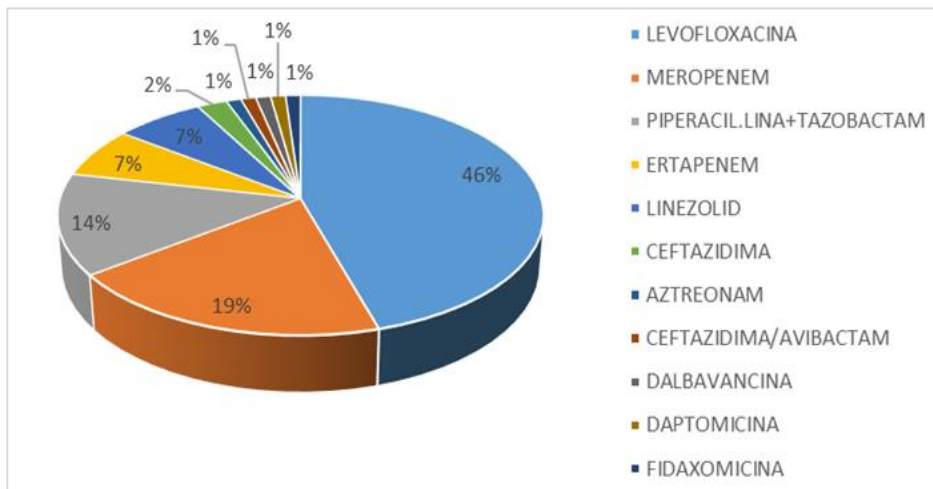
Un total de 974 (10,89%) pacients prenen antimicrobians.

Comentaris

- ✓ Disminueix la prevalença d'ús d'antimicrobians a l'HSJM (12.5%) mantenint-se per sobre a la global de Catalunya (10.9%).
- ✓ El tractament empíric és d'un 50%, similar a la resta d'hospitals a Catalunya (VINCat 2022=50.6%)
- ✓ La taxa de cultius no practicats és del 50,0% inferior a la resta d'hospitals d'Atenció Intermèdia catalans (VINCat 2022=72.4%).

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals



Recomanacions PROA acceptades 94%

Comentaris

- ✓ Levofloxacina és l'antibiòtic restringit més prescrit amb un 46%, seguit del meropenem amb un 19% i la piperacil-lina-tazobactam amb un 14%, ertapenem i linezolid representen un 7% dels antibiòtics restringits prescrits.
- ✓ Dels antibiòtics avaluats un 76.1% segueixen les indicacions del CHV. Els tres antibiòtics que s'han prescrit més fora de les indicacions són levofloxacina, piperacil-lina-tazobactam i meropenem.
- ✓ S'han realitzat un total de 67 recomanacions amb una acceptació global del 94%.

HIGIENE DE MANS

Es disposa de les dades evolutives de la taxa d'adherència per unitat:

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA HIGIENE DE MANS							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CONVALESCÈNCIA	68.4%	69.7%	69.4%	-	77.4%	78.1%	84%
PSICOGERIATRIA	-	63.7%	57.7%	-	62.2%	77.3%	76%
REHABILITACIÓ	-	-	-	-	-	88.5%	81%
TOTAL						79%	

EVOLUCIÓ INDICADOR DEL CONSUM DE PBA A HSJM				
2018	2019	2020	2021	2022
21	21	47	27	26

Objectiu OMS > 20 litres

Comentaris

- ✓ La taxa d'adherència global a la higiene de mans a l'HSJM ha estat del 79%. En general la taxa es manté en els intervals alts que marca l'OMS.
- ✓ Des de 2017, i de forma global, s'assoleix el llindar mínim de consum PBA recomanat per l'OMS (>20 litres).
- ✓ La prevalença de llits amb PBA en el punt d'atenció a l'HSJM és del 64.5%. La prevalença de llits amb el PBA al punt d'atenció va augmentar l'any 2019 amb la col·locació de PBA's a les habitacions de Psicogeriatría. Aquest any s'han augmentat els PBA's també a les sales comunes, RHB i H.Dia.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANTA CREU DE VIC

ESTUDI DE PREVALENÇA

Es presenten les dades dels talls de prevalença realitzats a l'Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic l'any 2022. L'any 2022 es van realitzar 2 talls de prevalença VINCat en els centres d'Atenció Intermèdia. A l'Hospital Universitari Santa Creu de Vic es van realitzar al maig i al novembre de 2022. Només es disposa de dades comparatives del primer tall perquè el VINCat no ha facilitat les dades del segon tall.

Factors de risc intrínsecs

	Maig 2022	
	n	%
Casos revisats (n)	78	
Homes	39	50.0
Dones	39	50.0
Mitjana d'edat	80.85	
Desorientació temporal-espacial	44	56.4
Gran dependència	46	58.9
Disfàgia	24	30.8
Úlceres per pressió	16	20.5
Incontinència fecal i/o urinària	46	58.9

Comentaris

- ✓ El 50% dels pacients estudiats (39) són dones i la mitjana d'edat global és de 80.85 anys, similar a la resta de centres d'Atenció Intermèdia catalans que és de 79.3 anys.
- ✓ Destaca que el 58.9% dels pacients presenten gran dependència (VINCat 2022= 41.1%) i incontinències (VINCat 2022=57.2%).
- ✓ Pel què fa a la desorientació (56.4%), superem al VINCat 2022 (41.97%).
- ✓ La prevalença d'UPP (20.5%) és superior a la taxa del VINCat 2022 (16.5%).
- ✓ La taxa de disfàgia supera la del global de centres d'Atenció Intermèdia catalans (VINCat 2022=24.6%).

Factors de risc extrínsecs

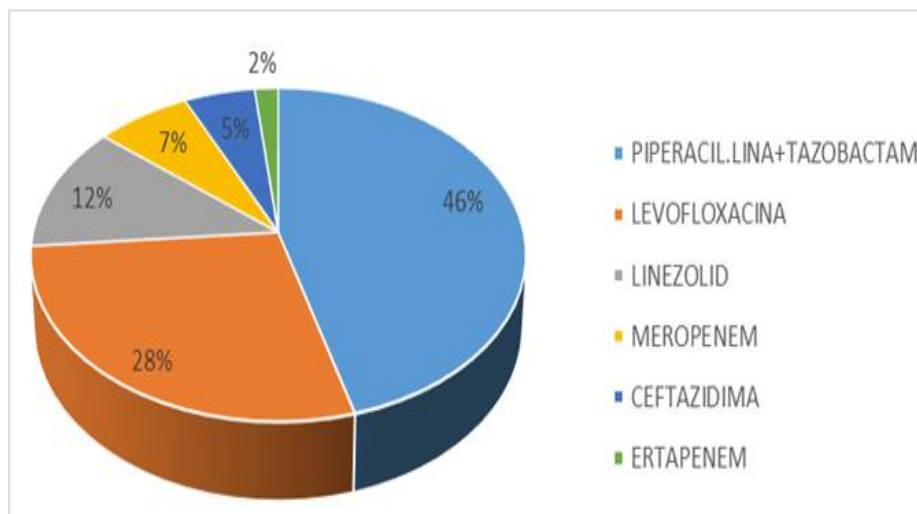
	Maig 2022	
	n	%
Casos revisats (n)	78	
Intervenció quirúrgica recent (<30 dies)	5	6.4
Catèter urinari	24	30.8
Catèter vascular	29	37.2
CV perifèric	25	32.0
CV central	4	5.1
Traqueotomia	0	0.0
Gastrectomia (PEC)	1	1.3
Sonda nasogàstrica	0	0.0

Comentaris

- ✓ El percentatge de pacients amb intervenció quirúrgica recent (6.4%), està per sota del VINCat 2022 (10.9%).
- ✓ La taxa global dels pacients portadors d'una sonda vesical és del 30.8%, molt per sobre dels resultats del VINCat 2022 (9.4%).
- ✓ La taxa de pacients portadors de catèter venós perifèric (32.0%) és elevada, per sobre del VINCat 2022 (12.5%)

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals



Recomanacions PROA acceptades 50%

Comentaris

- ✓ La piperacil·lina-tazobactam és l'antibiòtic restringit més prescrit amb un 46%, seguit de la levofloxacina amb un 28% i el linezolid amb un 12%.
- ✓ Dels antibiòtics avaluats un 80% segueixen el protocol. Els tres antibiòtics que s'han prescrit més fora de les indicacions són linezolid, piperacil·lina-tazobactam i levofloxacina.
- ✓ S'han realitzat un total de 4 recomanacions amb una acceptació global del 50%.

HIGIENE DE MANS

S'ha iniciat el programa d'higiene de mans fent una auditoria del Preparats de Base alcohòlica (PBA) i l'autoavaluació de la OMS per detectar els aspectes d'estructura i funcionament que es disposa.

Segons la puntuació obtinguda amb l'autoavaluació el nivell d'higiene de mans ha estat "inadequat" (0-125 punts).

Les millores instaurades a partir dels resultats de l'autoavaluació, realitzada a finals de l'any 2022, van ser canviar el PBA igual que la resta de centres del CHV i dotar de punts d'higiene de mans a tots els espais disponibles per a l'atenció als pacients.

A partir de l'any 2023 es disposarà de dades de consum i de la taxa d'adherència a la higiene de mans.

[\(👈 Tornar a l'índex\)](#)

MORTALITAT

OBJECTIU

- Identificar els errors o complicacions existents que són causa d'èxits o hi contribueixen.
- Analitzar les mesures pal·liatives i de suport físic que ha rebut el pacient.
- Impulsar la pràctica de sessions de mortalitat pels propis centres de responsabilitat, així com també a llarg termini sessions generals de mortalitat.
- Impulsar la realització de necròpsies i la donació de teixits
- Estudiar aspectes concrets de la mortalitat que es creguin d'interès.
- Reduir la taxa de suïcidis a la Comarca d'Osona i impulsar la col·laboració entre els diferents nivells assistencials per a prevenir-lo.

METODOLOGIA

- El grup de mortalitat revisa el 100% dels èxits del Consorci Hospitalari de Vic.
- S'analitzen de forma sistemàtica el 100% de les mortalitats perinatal i la correlació clínico-patològica.
- La Comissió mixta analitza el 100% de casos de suïcidis de la Comarca d'Osona.

MORTALITAT GLOBAL CHV

	2017	2018	2019	2020	2021	2022		Dif. 21 - 22	objectiu
	%	%	%	%	%	n	%		
Global (n)	447	536	493	534	530	463		-67 èxits	
Correlació clinicopatològica	77.8	100.0	92.3	83.3	100.0	4	80.0		
ESPH/èxits no Ingrés cadàver	7.9	6.9	4.7	8.5	8.2	39	8.4	2.5	
Criteris de Rutstein	1	0	0	1	0	0			0
Donacions de teixits (n)	23	15	43	21	38	26			
Donants multiòrgans (n)	2	0	0	1	1	1			

Comentaris

- ✓ El nombre d'èxits global del CHV és de 463 (119 èxits HSJM, 42 CdV i 302 HUV), disminuint el nombre de casos respecte de l'any anterior (67 menys).
- ✓ No hi ha hagut cap cas de mortalitat evitable amb criteris de Rutstein.
- ✓ Disminució, respecte de l'any anterior, de les donacions. Hi ha hagut 1 donant multiòrgan i 26 donacions de teixits.

MORTALITAT A HOSPITALITZACIÓ CHV

	2017	2018	2019	2020	2021	2022		Dif. 21- 22	Objectiu
	%	%	%	%	%	n	%		
Global (per altes)	3.1	3.8	3.5	4.4	3.9	433	3.4	-11.6	
Mitjana edat	80.6	80.8	81.0	80.6	81.2	80.9	anys	-0.4	
Tancament informe èxitus <15 dies	81.5	80.6	80.4	63.5	72.7	338	78.1		
Quirúrgica (èxitus <48h IQ)	0.14	0.41	0.18	0.34	0.23	7	0.20		
ESPH/Altes	0.26	0.27	0.16	0.37	0.34	39	0.31	-8.7	<0.5%
Mortalitat materna	0	0	0	0		0			
Perinatal (per mil)	6.1	4.3	3.5	4.9	5.1	4	3.9	-23.3	≤ 6.25 x mil
Necròpsies	1.8	0.8	2.6	0.8	0.2	5	1.2	478.7	>7%
Indicació de necròpsia correctament resoltes	41.0	30.6	53.1	22.9	22.7	15	33.3		
Terminal / agònic a l'ingrés	51.9	53.7	47.4	33.4	40.5	153	35.3		

Comentaris

- ✓ Disminució de la mitjana d'edat en relació a l'any anterior, 80.9 anys al 2022.
- ✓ Disminució dels èxitus <48h postintervenció quirúrgica, 2 d'ells intraquiròfan.
- ✓ Augment del percentatge d'informes d'èxitus tancats <15 dies, 78.1% l'any 2022.
- ✓ Disminució dels ESPH/altes respecte l'any 2021 (-8.7%), mantenint-se dins l'objectiu establert.
- ✓ No hi ha hagut cap èxitus matern i la mortalitat perinatal ha disminuït respecte a l'any anterior (l'any 2019 es modifica el càlcul de l'indicador de mortalitat perinatal, considerant-se mort perinatal la mort fetal de més de 20 setmanes, enlloc de les 22 setmanes considerades fins a l'any 2018).
- ✓ Increment de les necròpsies realitzades i de les indicacions correctament resoltes durant el 2022, en relació a l'any anterior, no acomplint l'objectiu. Han demanat necròpsies els serveis de MI, UCI, Pediatria i Cardiologia. El grup de mortalitat creu que s'haurien d'haver fet 30 necròpsies més: 2 a la Unitat d'Observació, 9 a MI i 19 a UCI.
- ✓ Disminueix el percentatge de pacients terminals / agònics a l'ingrés (35.3%) en relació a l'any anterior.

MORTALITAT A URGÈNCIES CHV

	2017	2018	2019	2020	2021	2022		Dif. 2021 - 22	objectiu
	%	%	%	%	%	n	%		
Èxitus a Urgències	0.13	0.08	0.06	0.09	0.13	30	0.08	-37.8	
Mitjana edat	75.0	70.4	72.2	79.09	72.14	81.0	anys		
ESPH/altes	0.0031	0.0028	0.0026	0.007	0.003	0	0.0	-100.0	<0.5%
Ingressos cadàver (n)	4	2	7	2	8	1			
Necròpsies (sobre exit.urg - judicials)	4.8	6.9	5.6	8.3	5.7	0	0.0	-100.0	>7%

Comentaris

- ✓ Disminució del nombre d'èxitus, 30 a 2022 (1 ingrés cadàver), 13 menys que l'any anterior.
- ✓ Increment de la mitjana d'edat en relació a l'any anterior.
- ✓ No hi ha hagut cap cas de mortalitat evitable amb criteris de Rutstein i no hi ha hagut cap ESPH d'èxitus d'urgències.
- ✓ No s'ha fet cap necròpsia ni s'ha demanat cap, no assolint l'objectiu (>7%), per indicació del grup s'haurien d'haver demanat 8 necròpsies.

ÈXITUS SECUNDARIS A PROBLEMES HOSPITALARIS (ESPH) CHV

Amb un tancament del 87.3%, s'han detectat 39 ESPH representant un 8.4% dels èxits de l'any 2022.

TIPUS DE PROBLEMES HOSPITALARIS DETECTATS	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
	n	n	n	n	n	n	n
Infecció nosocomial	15	24	7	36	27	27	27
Tècnica diagnòstica-terapèutica	12	15	12	21	9	18	18
Insuf. valoració/demora de tractament/profilaxi	10	12	8	8	8	5	5
Incident nociu	11	7	2	4	8	8	8
Problema organitzatiu-estructural	0	3	0	0	0	0	0
Número de problemes Hospitalaris	48	61	29	69	52	58	58

ESPH EVITABLES Insuf. valoració/demora de tment. + organitzatius	2017	2018	2019	2020	2021	2022		Obj.
	%	%	%	%	%	n	%	
ESPH evitables / èxits	2.3	2.8	1.6	1.5	1.5	5	1.1	<3%
Informes realitzats (sobre els sol·licitats)	40.0	31.3	30.0	40.0	20.0	2	50.0	

Comentaris

- ✓ Durant el 2022, el motiu més freqüent d'ESPH és la infecció nosocomial i la tècnica diagnòstica terapèutica, amb 27 i 18 casos respectivament.
- ✓ Disminueixen els èxits evitables en relació a l'any anterior, amb un resultat de 1.1%, tots ells per insuficient valoració o demora de tractament, s'assoleix l'objectiu (<3%).

ACOMPLIMENT DE LA NOTA D'ÈXITUS D'INFERMERIA CHV

	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
	%	%	%	%	%	Èxits (*)	Sí nota	
						n	n	%
H.Universitari de Vic	95.8	94.8	96.0	91.85	97.65	190	177	93.16
URG + UCI	97.7	95.6	91.2	91.57	92.63	110	102	92.73
Altres àrees	0.0	-	100.0	0	0	1	0	0.0
Activitat no pública (4-1 i 4-2)	96.8	97.8	100.0	85.42	88.89	42	41	97.62
H. St. Jaume Manlleu	98.1	96.9	98.4	96.18	83.05	119	111	93.28
GLOBAL CHV	96.4	95.7	96.3	92.48	92.53	462	431	93.29

Objectiu: notes correctes ≥ 95%

(*)No s'inclouen els ingressos cadàver en les dades (1), no cal nota èxits.

Comentaris

- ✓ El percentatge global de tot el CHV és del 93.29%, no assolint l'objectiu ≥95%.

ANÀLISI DE LA QUALITAT DE MORT CHV

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
	%	%	%	%	%	n	%
Èxitus (constància escrita de..)	447	536	486	532	522	462 (*)	
Mort previsible	77.2	79.0	67.9	61.2	66.8	310	67.1
Ttment no Pal·liatiu, no benefici previsible	3.4	1.5	2.9	1.5	1.9	6	1.3
Tractament Pal·liatiu	77.3	93.3	77.5	76.0	79.5	337	78.2
Eficaç	99.4	98.3	96.7	100	97.7	330	97.9
Hi havia acompanyants	94.1	94.1	93.1	76.0	82.8	384	89.1
Indicació No RCP	75.9	74.0	79.0	78.6	78.7	336	77.9
Habitació individual	93.0	93.9	95.3	90.4	92.3	405	93.9
Èxitus en hab. doble per manca llits	0.5	1.0	0.4	2.6	1.4	4	0.9

(*)No inclou els ingressos cadàver (1)

Comentaris

- ✓ Augment dels casos de mort previsible i disminució dels casos amb tractament no pal·liatiu i no hi ha benefici previsible (el 50% duen fàrmacs i en un 33,33% es fan mesures quirúrgiques).
- ✓ Un 93,97% ha mort en habitació individual i un 0,93% del global (4 casos) han mort en habitació compartida per manca de llits.
- ✓ Han disminuït els tractaments pal·liatius, fins a un 78,19%, i en un 97,92% han sigut eficaços. L'ítem d'indicació de no RCP, es manté en relació al 2021.

MORTALITAT AJUSTADA PER RISC HUV

L'Índex de Mortalitat Ajustada per Risc (IMAR) és el quocient entre el nombre de defuncions observades i el nombre de defuncions esperades.

Valors de l'IMAR > 1 denoten un major nombre de defuncions observades respecte a les esperades; per exemple, un IMAR de 1,15 significa que s'observa un excés de mortalitat del 15% respecte al que seria esperable.

Per a una correcta interpretació del resultat de l'indicador, s'ha de tenir sempre en compte la contribució, que és el resultat de restar les defuncions esperades a les defuncions observades. La contribució resulta generalment més útil que el propi IMAR per quantificar l'excés de mortalitat ja que permet determinar amb exactitud el nombre absolut de defuncions observades per sobre de les esperades. Aquest indicador s'obté a partir de l'aplicatiu IAMETRICS de IASIST (dades de gener a desembre 2022).

	2019	2020	2021	2022
IMAR CHV	0,7836	1,1265	1,0608	0,7819
Defuncions Observades	234	307	307	241
Defuncions Esperades	298,6	272,5	289,4	308,2
Contribució	- 64,6	34,5	17,6	- 67,2
Episodis Avaluats	12.095	9.906	10.940	11.239
Defuncions no avaluades	105	71	62	72

Comentaris

- ✓ S'obté un valor de l'IMAR < 1 (valor de 0,7819), que indica que la mortalitat observada al CHV durant l'any 2022 ha estat inferior a l'esperada. En nombres absoluts són 67 èxits observats menys que els esperats.

ANÀLISI DELS SUÏCIDIS A LA COMARCA D'OSONA

Seguint les directrius establertes pel conveni de col·laboració signat el 12 de juliol de 2006 entre el CHV i el Departament de justícia, es va crear la Comissió Mixta que fa el seguiment dels suïcidis a la Comarca d'Osona.

Enfocament	<ul style="list-style-type: none"> - Conveni de col·laboració signat el 12 de juliol de 2006 entre el CHV i el Departament de justícia, pel qual es va crear la Comissió mixta que fa el seguiment dels suïcidis a la Comarca d'Osona. (Original del conveni a DG). - Ratificació amb data 1 de desembre de 2014, del contingut del Conveni de col·laboració entre el CHV i el Departament de justícia de l'any 2006 amb el Sotsdirector de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, de Barcelona comarques, el Dr. Carles Martín. - Instrucció de funcionament del grup de mortalitat. Revisió 03, de 18 de gener de 2019. - Instrucció de funcionament de la Comissió Mixta, de 27 d'abril de 2018.
Desplegament	<ul style="list-style-type: none"> - Actes de les 2 reunions de la Comissió mixta del 2022 per seguiment d'objectius i anàlisi de suïcidis (04/03/2022 i 08/07/2022) i acta de la reunió de tancament 2022 (08/03/2023). - Actuacions específiques a nivell de Psiquiatria i Salut mental del CHV: urgències, hospitalització SM i atenció ambulatoria. - Activitats formatives internes i externes: <ul style="list-style-type: none"> - Escrits a pissarra virtual per a professionals del CHV publicats; <ul style="list-style-type: none"> • 9 de setembre : "Tu pots ajudar a prevenir el suïcidí" • 27 de setembre : "Experiències entorn de la conducta suïcida" • Taula rodona : "Experiències entorn de la conducta suïcida" a l'Hospital Universitari de Vic el 29 de setembre. • Sessió general : "Què és i què comporta la mort per suïcidí" a l'Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic el 24 d'octubre. - Sessions formatives a nivell d'atenció primària i gatekeepers: 3 sessions. - Altres activitats: 14 activitats entre conferències, comunicacions, treballs i projectes
Avaluació	<ul style="list-style-type: none"> - Seguiment semestral de les dades de suïcidis a la comarca d'Osona. (08/07/2022) - Reunió de la comissió mixta per tancament de dades de l'any anterior (04/03/2022). <p>Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i les dades consten al Dossier de qualitat 2022, disponible a la pàgina web (www.chv.cat).</p>
Revisió	En la reunió de tancament de dades de l'any s'analitza el funcionament del grup i es proposen els objectius de la comissió mixta per l'any següent.

DADES DELS SUÏCIDIS A LA COMARCA D'OSONA

	2018		2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Número suïcidis	10		20		9		16		8	
Mitjana edat	46,9	(37-62)	56,2	(30-83)	53	(39-85)	54,2	(17-85)	49,4	(36-61)
Homes	8		14		9		13		7	87,5
Dones	2		6		0		3		1	12,5
Taxa suïcidis per 100.000 hab.	6,32		12,46		5,52		9,74		4,82	

Objectiu marcat : ≤ 7 per 100.000 habitants

Comentaris

- ✓ Hi ha hagut una disminució de la taxa de suïcidis de la comarca d'Osona, per sota de l'objectiu marcat.
- ✓ S'han analitzat el 100% dels casos que havien estat atesos o que feien seguiment al CHV

[🏠 Tornar a l'índex](#)