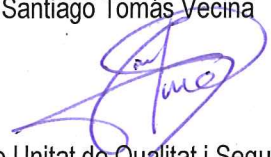
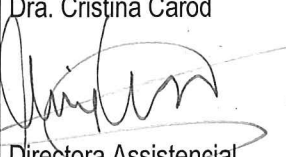


 Badalona Serveis Assistencials	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025		
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 1 de 31	

ELABORA:	REVISA:	APROVA:
Dr. Santiago Tomás Vecina  Cap Unitat de Qualitat i Seguretat del Pacient <i>02/05/2023</i>	Dra. Cristina Carod  Directora Assistencial <i>02/05/2023</i>	Dra. Pilar Otermin Vallejo  Gerent <i>02/05/2023</i>

PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA

2023-2025

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 2 de 31

Edició	Data	Modificacions introduïdes respecte d'edicions anteriors
1	15-1-2023	Actualització i nou disseny pla seguretat pacient pel període 2023-2025

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 3 de 31

INDEX:

Capítol	pàgina
I. Introducció	4
II. Lideratge i Política de gestió de riscos	5
III. Abast del model de seguretat del pacient de BSA	6
IV. Objectius en Seguretat del Pacient de BSA	7
V. Processos del Pla de Seguretat del Pacient de BSA	8
a. Processos claus	9
i. Sensibilització interna i externa	10
ii. Desplegament d'actuacions	11
iii. Gestió i avaluació de resultats	11
iv. Comunicació i valorització	12
b. Processos de suport	12
c. Processos estratègics	12
VI. Responsabilitat aplicació del Pla de Seguretat del Pacient	13
a. Concepte Unitat Funcional de Seguretat del Pacient (UFSP)	13
b. Composició i Funcions de la UFSP	13
VII. Eines de gestió dels riscos assistencials	13
a. Apreciació del risc	14
i. Identificació riscos possibles	14
- Eines reactives i proactives	
ii. Anàlisi i avaluació dels riscos	16
b. Tractament dels riscos	17
c. Registre de les activitats	17
d. Comunicació dels EA i maneig segones víctimes	18
e. Seguiment de resultats	18
VIII. Medició del Pla de Seguretat i del sistema de gestió de riscos assistencials	19
IX. Gestió de la documentació i registres	19
X. Verificació i revisió del sistema de gestió de riscos	20
XI. Projectes col·laboratius amb entitats externes	21
XII. Recursos humans i tècnics	22
XIII. Marc normatiu i legal	22
XIV. Annexes	23
a. Glossari definicions tècniques	24
b. Criteris avaluació riscos	29
c. Llistat comprovació pla seguretat	30

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 4 de 31

I.- INTRODUCCIÓ:

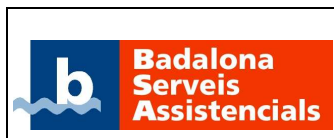
La qualitat assistencial inclou un conjunt de dimensions entre les quals s'inclou l'efectivitat, l'eficiència i la seguretat. La cultura de seguretat del pacient representa un dels aspectes més estables i duradors d'una organització sanitària, defineix com és i explica per què hi passen les coses. En aquest sentit, la seguretat del pacient, dimensió de la qualitat, es defineix com la prevenció dels riscos innecessaris associats a l'assistència sanitària. La seguretat del pacient es considera una estratègia prioritària: perquè afecta els pacients (víctimes segons lesions físiques o psicològiques) els professionals involucrats (segones víctimes) i les organitzacions i el sistema sanitari.

És cert que la pràctica mèdica ja té uns riscos, per si mateixos, associats a aquesta. Els riscos innecessaris serien aquells que no haurien de passar mai i que estan lligats a les nostres actuacions humanes o professionals, el treball en equip, els procediments, les medicacions, els mitjans utilitzats per a l'assistència i/o l'organització dels centres sanitaris. Per aconseguir prevenir o minimitzar l'aparició d'aquests riscos innecessaris, cal establir un model de gestió de riscos assistencials o pla de seguretat del pacient.

Per desenvolupar-lo hem d'abordar la promoció de la cultura de seguretat a través de la sensibilització de tots els professionals de vinculats a l'assistència sanitària del pacient i fomentar la implantació de les pràctiques clíniques segures. Serà prioritària la identificació de riscos en cada àmbit assistencial per aprendre a través de la seva anàlisi i l'establiment de mesures de millora per mitigar l'efecte negatiu sobre els pacients, els professionals i la pròpia organització.

El pla de seguretat del pacient de BSA té un caràcter transversal, afectant totes les línies assistencials de BSA i estableix les actuacions planificades per als propers anys. Per això cal la implicació de totes les parts, des del lideratge de l'alta direcció fins a tots els professionals de BSA.

Per dissenyar aquest document s'han tingut en compte l'experiència acumulada en la gestió dels riscos assistencials des de la Unitat de qualitat de BSA des de l'any 2015, introduint les aportacions de totes les parts implicades. També s'han tingut en compte, a la seva estructura, els requisits de la Norma UNE 179003-2013-Gestió de la Seguretat del Pacient així com els requisits del Model EFQM d'acreditació d'hospitals de Catalunya

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 5 de 31

II.- LIDERATGE I POLITICA DE GESTIÓ DE RISCOS

El Pla de Seguretat del Pacient de BSA té com objectiu establir els principis generals i els requisits que cal complir a tota la organització amb la finalitat de gestionar i minimitzar els riscos als que poden estar sotmesos els pacients durant l'assistència sanitària, reduir els incidents, millorar els resultats clínics, i, en definitiva, implantar la cultura de seguretat del pacient entre tots els professionals de BSA.

La seguretat del pacient és una estratègia essencial per BSA, tal com es contempla en el Pla estratègic de BSA i recollida també en el Pla de Qualitat de la organització. En aquest sentit, el **Consell de Direcció de BSA** exercita el lideratge i el seu compromís amb el desenvolupament i implantació del model de gestió dels riscos assistencials així com amb la millora continua de la seva efectivitat a través de:

- Establir i aprovar la política sobre gestió dels riscos clínics i no-clínics (Pla de Seguretat del Pacient) i la seva comunicació a l'organització.
- La garantia del compliment de les normes legals i regulacions
- L'aprovació dels objectius de la gestió de riscos, assegurant-ne la coherència amb els objectius i les metes de l'organització
- El coneixement dels indicadors que permetran verificar l'eficàcia de la gestió de riscos i que estaran alineats amb els indicadors globals de rendiment de l'organització
- La garantia que els recursos necessaris són destinats a la gestió de riscos i a la introducció de pràctiques segures i la minimització de factors contribuent
- L'assegurament que s'assigna personal format per a la direcció, la realització del treball i l'avaluació de les activitats en seguretat del pacient
- La realització de forma periòdica de revisions dels resultats de les activitats de gestió dels riscos per assegurar l'eficàcia dels processos de gestió de riscos.

El **Consell de Direcció**, dins del seu lideratge, delegen la gestió i desenvolupament del Pla de Seguretat del Pacient (PSP) a la **Unitat de Qualitat i Seguretat del Pacient** i aquesta crea internament la **Unitat Funcional de Seguretat del Pacient (UFSP)** per la seva gestió

La UFSP de BSA té com a missió general la detecció, anàlisi i coordinació de totes les activitats preventives i/o resolutives que es facin a BSA en relació a qualsevol circumstància que afecti a la seguretat dels pacients i la seva interrelació amb la prestació de serveis de BSA, en el seu àmbit d'actuació. La seva estructura, competències dels seus professionals, recursos i el seu pla funcional es pot consultar en el document *Unitat Funcional de Seguretat del Pacient (ed 4ª juliol 2021)*.

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 6 de 31

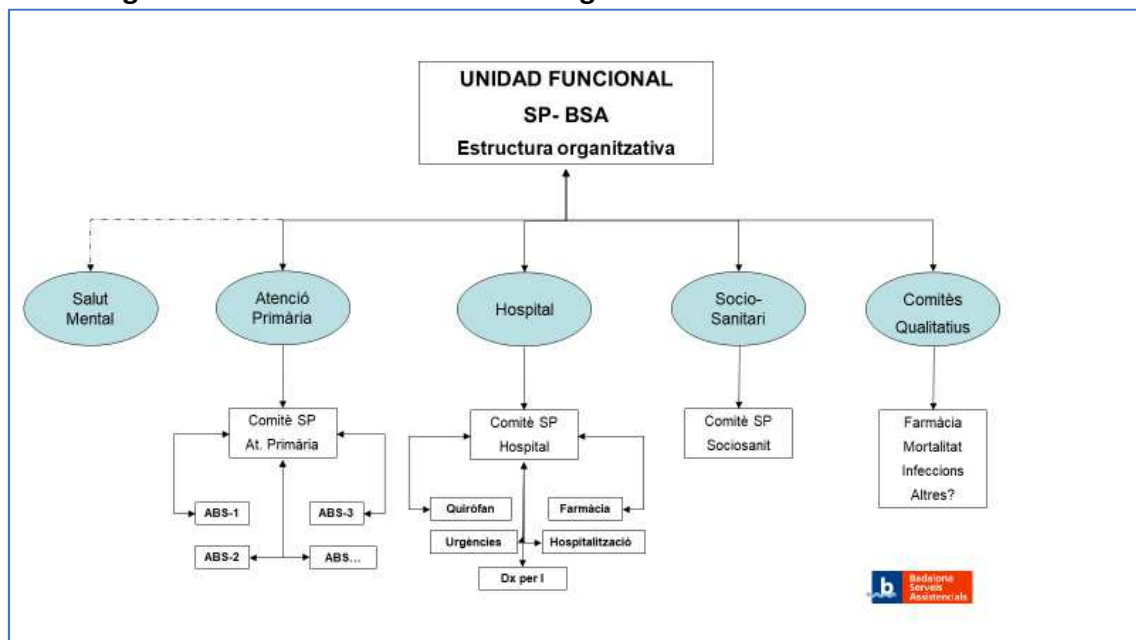
III- ABAST DEL MODEL DE GESTIÓ DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA

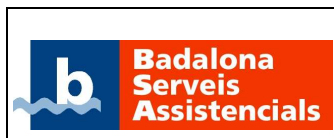
El model de gestió de seguretat del pacient de BSA abasta tota la organització: Hospital d'aguts i atenció especialitzada (AE), Atenció Intermèdia- CSS El Carme (CSS), Atenció Primària (AP) i Salut Mental (SM).

Dins de l'estructura de la UFSP destaca l'existència dels denominats Nuclis de Seguretat del Pacient (figura 1). Els nuclis són comissions de cada un dels àmbits assistencials de BSA que realitzen la gestió de riscos dins del seu entorn sota la coordinació de la UFSP. D'aquesta manera, cada nucli té la seva autonomia i capacitat d'anàlisi i tractament dels riscos assistencials, aprofitant el seu coneixement professional de l'àmbit al que pertanyen en els seus membres, però sota la mateixa política de seguretat del pacient corporativa de BSA. Les característiques dels nuclis es recull en el document Unitat Funcional de seguretat del pacient (ed 4^a, juliol 21).

Els comandaments de cada un dels àmbits seran responsables, junt amb la UFSP, de la selecció de professionals que formaran part de l'àmbit que representen, així com del seguiment i grau d'acompliment dels objectius de seguretat del pacient que els hi corresponen pel seu nivell assistencial

Figura 1: Estructura dels nuclis de seguretat del Pacient a BSA



	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 7 de 31

IV- OBJECTIUS EN SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA

El Pla de Seguretat del Pacient té uns objectius generals i uns altres estratègics:

A. Objectius generals:

- Fomentar la cultura de seguretat i millorar el coneixement del personal sobre la gestió de riscos i els processos de gestió de riscos a tota l'organització.
- Facilitar la notificació interna dels incidents, mantenint la confidencialitat del procés i garantint la no punibilitat.
- Complir amb els requisits legals i regulacions relacionades amb els riscos i la seguretat dels pacients
- Garantir les bones practiques en l'assistència sanitària

B. Objectius estratègics:

- Millorar la Cultura seguretat dels professionals
- Conèixer i actuar sobre els riscos dels processos assistencials de BSA
- Millorar la percepció de seguretat clínica per part dels pacients

El desplegament metodològic i de seguiment dels objectius estratègics seran definits per cada serveis, unitat assistencial i/o procés d'atenció sanitària pertinent a cada àmbit i aprovats pel Consell de Direcció a proposta de la Unitat de Qualitat i Seguretat del Pacient. Anualment es marcaran unes metes per cada un d'aquests objectius per assolir durant l'any en curs i es revisaran en el tancament anual.

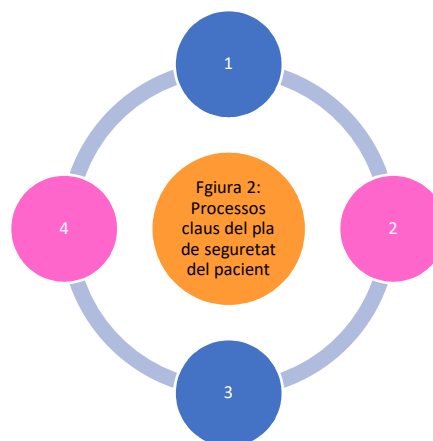
Aquests objectius estaran documentats i seran revisats periòdicament durant l'any en curs. En el tancament anual es revisaran els seus resultats, les tendències evolutives i es decidirà la continuïtat o modificacions pertinents dels objectius en funció dels resultats i de la política estratègica de BSA.

Els objectius són comuns per totes les àrees assistencials de BSA. El seu desplegament es farà d'acord amb el mapa de processos del pla de seguretat del pacient de BSA, sota la supervisió de la Unitat Funcional de Seguretat del Pacient.

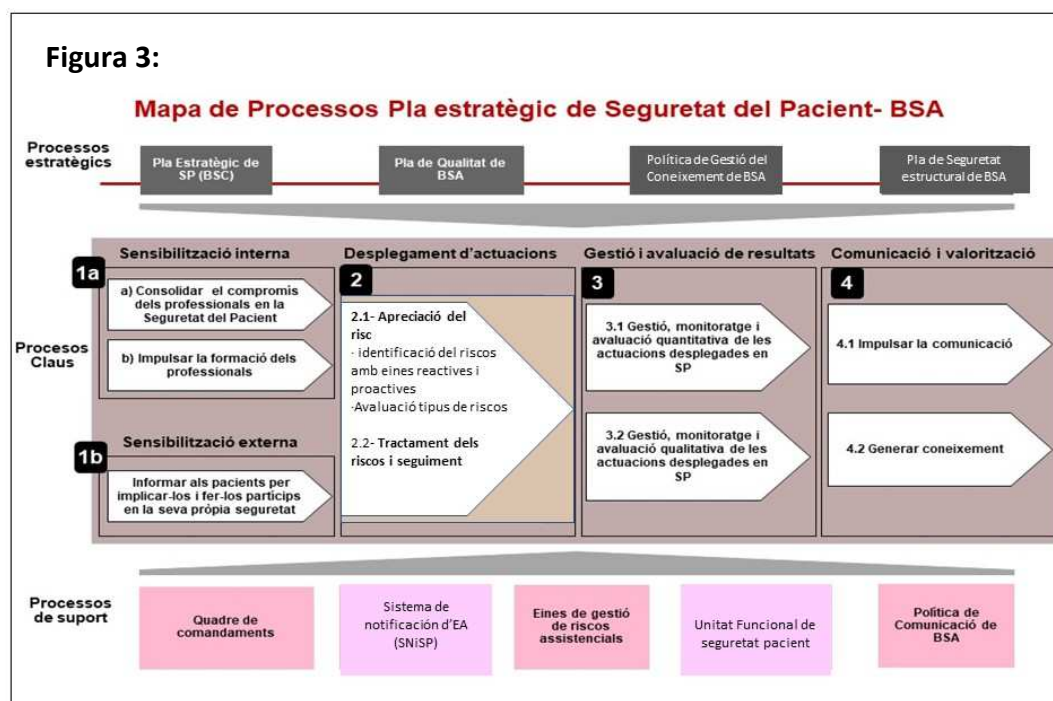
V- PROCESSOS DEL PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA

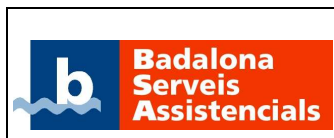
Per poder desenvolupar els seus objectius, el pla de seguretat del pacient s'estructura dins **d'una serie de processos claus**, que inclouen (figura 2):

- 1- Sensibilització interna (professionals) i externa (pacients)
- 2- Desplegament d'actuacions específiques /apreciació dels riscos
- 3- Gestió i Avaluació de resultats
- 4- Comunicació i valorització de les accions fetes



Tot això, sota el marc contemplat per una serie de processos estratègics i amb el recolzament dels denominats processos de suport, que ajudaran a la consecució dels processos claus. Tot això queda recollit gràficament en el següent **Mapa de Processos del Pla de Seguretat del Pacient de BSA (figura 3)**



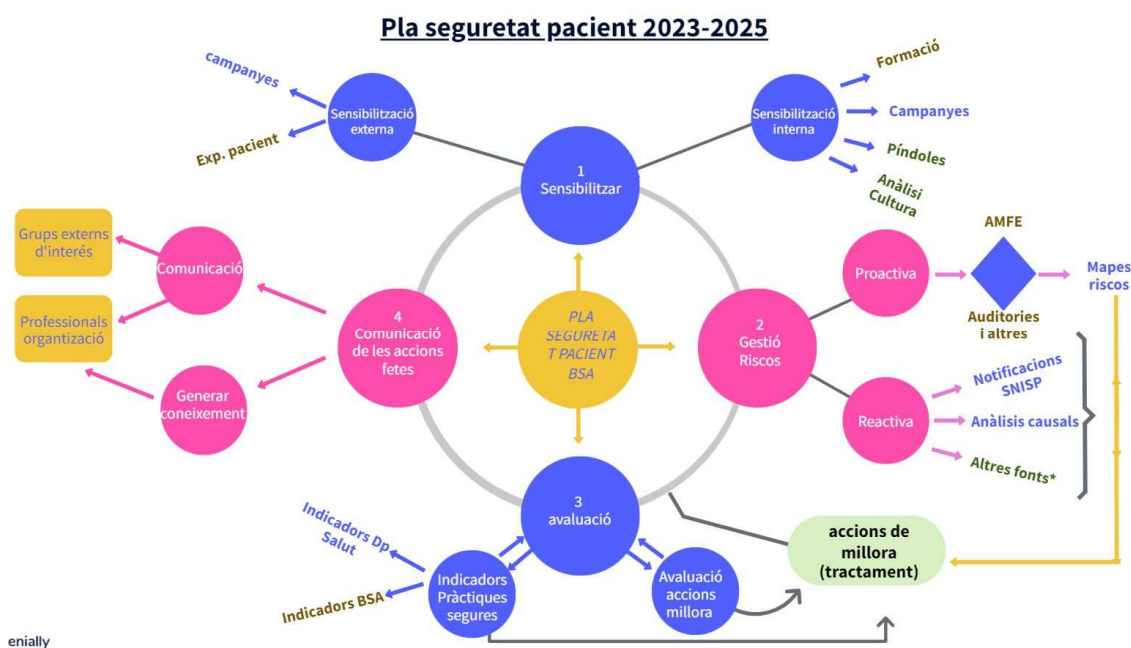
	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 9 de 31

V-a) **PROCESSOS CLAUS:**

Els processos claus contemplats en aquest PSP són els següents:

- a.1)- Sensibilització interna y externa
- a.2)- Desplegament d'actuacions
- a.3)- Gestió i Avaluació de Resultats
- a.4)- Comunicació i valorització.

El desenvolupament de cada un d'ell (figura 4), es farà de la següent manera:



a.1)- **Processos claus: sensibilització**

-Sensibilització Interna:

-OBJECTIUS: El seu objectiu és consolidar el compromís dels professionals en la Seguretat dels pacients, impulsar la formació dels professionals i generar cultura de seguretat del pacient dins de l'organització

-ACCIONS I METODOLOGIA: Per assolir aquest objectiu es contempla realitzar les següents accions:

- a) **Anàlisi de la cultura de seguretat de la organització**
- b) **Campanyes divulgatives internes (BSA)**
- c) **Formació dels professionals de BSA**
- d) **Impulsar la participació activa dels professionals en la seguretat del pacient**

Anàlisi de la cultura de seguretat de la organització: es mesurarà mitjançant les eines d'enquestes validades de cultura de seguretat per cada àmbit (HSOPS per AE i AI, MOPS per AP i SM). La seva periodicitat serà al menys bianual i el seu anàlisi es desglossarà també per col·lectius professionals.

Campanyes divulgatives internes (BSA) dirigides als professionals sobre aspectes relacionats amb les pràctiques clíniques segures i la prevenció de riscos. En aquest sentit es faràn les següents actuacions:

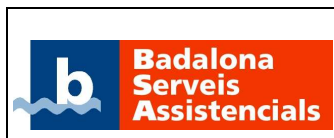
- Butlletí informatiu publicat per la intranet de BSA
- Píndoles divulgatives (videoclips) publicats per la intranet de BSA sobre pràctiques clíniques segures
- Lletres /cartel·leria en les unitats hospitalàries, consultes i altres àrees assistencials de BSA, de periodicitat a valorar segons UFSP sobre pràctiques clíniques segures
- Altres accions relacionades amb possibles adherències amb iniciatives sanitàries, socials u altres, de periodicitat a valorar segons UFSP

Formació dels professionals de BSA: Es realitzaran anualment activitats formatives sobre seguretat del pacient adreçades a tots els professionals de BSA. Aquestes seran de les següents tipologia:

Cursos bàsics sobre seguretat del pacient: grups de professionals de cada àmbit de BSA, prioritzant aquells que no hagin realitzat mai cap activitat formativa sobre SP em els darrers 4 anys. Es programarà des de la UQiSP, juntament amb l'àrea de formació de la Direcció de Persones el número d'activitats i continguts. La programació es farà amb antelació anual.

Tallers sobre eines d'anàlisi de la gestió de riscos: aquestes activitats es faran una vegada a l'any i aniran adreçades a tots els professionals que formen part dels nuclis de seguretat d'HMB, AP, CSS i SM, tant si són noves incorporacions com per membres antics. L'objectiu és mantenir al dia les novetats sobre anàlisi de gestió de riscos i resoldre les dubtes o limitacions de les tasques realitzades per cada nucli de seguretat.

Altres activitats formatives: Anualment els nuclis de seguretat i la UFSP recolliran informació sobre les necessitats formatives específiques en aspectes de seguretat del pacient manifestades pels professionals de BSA. S'utilitzarà la enquesta de satisfacció de cultura de seguretat (punt...) a on es contemplarà una pregunta

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 11 de 31

sobre les seves necessitats. La UFSP haurà de recollir aquesta informació, en un informe per presentar al Comitè Assistencial de BSA per prioritzar les sol·licituds de formació. Tanmateix, aquest informe ha de quedar recollit i arxivat a la UFSP a disposició de qualsevol auditoria.

Aquestes activitats seran mesurades segons els indicadors recollits en el capítol VIII.

-Sensibilització externa:

-OBJECTIUS: El seu objectiu és informar als pacients per implicar-lo i fer-los participants en la seva pròpia seguretat i transmetre la imatge de BSA com organització compromesa amb la reducció dels riscos assistencials.

-ACCIONS I METODOLOGIA: Per assolir aquest objectiu es proposen fer les següents activitats:

- a) **Divulgació externa:** informació pacients a l'ingrés, missatge informatiu, divulgació resultats seguretat pacient en memòria BSA.
- b) **Escoltar la veu del pacient:** activitats a realitzar d'acord amb la Unitat d'Expertesa del pacient ("escoltar la veu del pacient", "formació de pacients", etc.)

a.2)- Processos claus: desplegament d'actuacions:

OBJECTIUS: L'objectiu dels processos claus són aconseguir l'apreciació, avaluació i tractament dels riscos de les activitats assistencials que es realitzen a BSA.

ACCIONS I METODOLOGIA: Per fer el desplegament d'actuacions d'acord amb la descripció del seus objectius cal:

- a) identificar tots els riscos possibles
- b) fer el seu anàlisi i avaluació,
- c) definir el tractament dels riscos identificats
- d) registrar, monitoritzar i revisar les activitats de millora que es puguin derivar.
- e) Desplegar les pràctiques clíniques segures

La metodologia de les eines necessàries pel seu desplegament queda recollit en el capítol VIII d'aquest document.

a.3)- Processos claus: gestió i avaluació dels resultats:

OBJECTIU: Avaluar i millorar l'estratègia de Seguretat dels Pacients de BSA

ACCIONS I METODOLOGIA: gestió, monitoratge i avaluació quantitativa i qualitativa de les actuacions desplegades en SP. Per poder dur aquestes accions s'aplicaran eines de gestió de riscos assistencials i es disposarà d'un quadre de comandament.

	PLA DE SEURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 12 de 31

a.4)- Processos claus: comunicació i valorització

OBJECTIU: Comunicar les actuacions realitzades sobre Seguretat del pacient i els seus resultats a tots els actors que intervenen en el procés assistencial

ACCIONS I METODOLOGIA: es disposarà d'un espai intern (intranet) per publicar la informació d'interès sobre seguretat del pacient. A la vegada, es farà difusió a través dels canals de comunicació disponibles a BSA d'acord amb el Pla de Comunicació de BSA (edició 5 setembre 2022) i també visites presencials a les diferents Unitats i/o Serveis i/o centres al menys 2 vegades a l'any.

V-b) PROCESSOS DE SUPORT:

Els processos de suport contemplats pel desenvolupament del pla de seguretat del pacient, , tal com es descriuen a la figura 3, són els següents:

- **Existència d'un quadre de comandament pel seguiment dels indicadors de seguretat del pacient i de les accions de millora:** els quadres de comandaments de BSA es poden consultar en intranet->Qualitat i Segurament dels Pacients-> Quadres de comandament
- **Existència d'un sistema de notificació d'incidents de seguretat.** BSA està adscrita al SNISP (Sistema de Notificació d'Incidents de Seguretat del Pacient) del departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. D'acord amb aquest model, el SNISP està dividit en tres en funció de l'àmbit assistencial: AE (atenció especialitzada), AI (atenció intermèdia) i AP (atenció primària i salut mental)
- **Política de comunicació de BSA:** recollida en el document Pla de Comunicació de BSA (edició 5 setembre 2022)
- **Eines de gestió de riscos assistencials:** les eines de gestió dels riscos assistencials i la seva aplicació es contemplen i descriuen en els punts VII i VIII d'aquest mateix document.
- **Unitat Funcional de seguretat del pacient** La política de la UFSP es pot consultar en el document corresponent (ed 4ª, juliol 21).

1.3.- PROCESSOS ESTRATÉGICS:

El processos estratègics sota els quals es contempla el Pla de seguretat del pacient són:

- **Pla estratègic de BSA:** La gestió de la seguretat del pacient es contempla dins del Pla estratègic de BSA i, dins d'aquest, dins del procés estratègic denominat "Política de Millora Continua".
- **Pla de Qualitat de BSA:** La política de millora continua contempla el desenvolupament d'un pla de seguretat del pacient. Es pot consultar en el document *Pla de Qualitat de BSA*.
- **Gestió del coneixement :** la gestió del coneixement en la seguretat del pacient segueix la política del pla de Gestió del coneixement i recerca de BSA.
- **Pla de seguretat estructural de BSA:** entenent com tal els processos de seguretat estructural, manteniment, electromedicina, obres i plans d'emergències (incendis, evacuacions, etc). Té com a propietari al Servei d'enginyeria i Infraestructures

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 13 de 31

VI- RESPONSABILITAT APLICACIO PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT (UFSP)

Concepte: Tal com es recull a la pàgina 5 d'aquest document, la UFSP de BSA té la responsabilitat de la posada en marxa d'aquest Pla en seguretat del pacient, des de la gestió dels riscos assistencials (apreciació, avaluació, tractament i seguiment dels riscos). També té la responsabilitat de coordinar totes les activitats preventives i/o resolutives que es facin a BSA, relacionades amb qualsevol circumstància que afecti a la seguretat dels pacients, i la seva interrelació amb la prestació de serveis de BSA en el seu àmbit d'actuació. La UFSP integra els responsables de seguretat del pacient de cada àmbit (Nuclis), juntament amb la direcció de la Unitat de Qualitat i la Direcció assistencial i d'infermeria. La UFSP dependrà jeràrquicament de la Unitat de qualitat i Seguretat del Pacient, i, aquesta de Gerència.

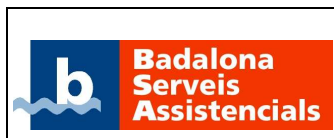
Composició i funcions: La composició i el pla funcional de la UFSP es recull en el document Unitat funcional de Seguretat del pacient (edició 4ª juliol 2021).

VII-EINES DE GESTIÓ DELS RISCOS ASSISTENCIALS A BSA

Els elements que formen part del sistema de gestió de riscos constitueixen la part més important de tot el sistema o model. La seva correcta execució garanteix la consecució dels objectius en seguretat del pacient i l'èxit del pla de seguretat. Gràficament, les diferents parts del sistema de gestió serien les següents:



Les parts 1, 2 i 3 (**Identificació- Anàlisi- Avaluació dels riscos**) constitueixen el que es denomina **APRECIACIÓ DEL RISC**. Sense una correcta apreciació del risc, utilitzant el màxim nombre d'eines i fonts d'informació possibles d'una manera exhaustiva, no és possible dur a terme un correcte pla de seguretat del pacient, dons quedarien molts

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 14 de 31

riscos sense ser identificats ni valorats, donant peu a situacions de perill pels pacients i també pels professionals. Una vegada feta la apreciació, caldrà definir el **TRACTAMENT**, els **REGISTRES** i el **SEGUIMENT**:

A) APRECIACIÓ DEL RISC: identificació-anàlisi-avaluació (figura 6)

1) Identificar els riscos possibles:

La identificació dels riscos assistencials a BSA es realitzarà de la manera més exhaustiva possible, utilitzant totes les eines i/o instruments disponibles.

Aquest objectiu d'identificació de tots els riscos possibles es farà sense excepció a tots els àmbits assistencials de BSA :

- Atenció especialitzada : Hospital Municipal de Badalona
- Atenció primària : a les 7 ABS gestionades per BSA
- Atenció intermèdia o Socio sanitària : CCS El Carme
- Atenció Salut Mental : CSMA1, CMSA2, CSMIJ1, CISMJ2, Bétulo i Centre Delta

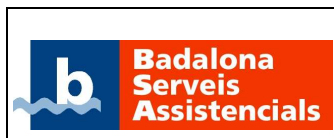
Cada un d'aquests àmbits serà monitoritzat pel seu Nucli de Seguretat del Pacient corresponent. Els nuclis posaran en marxa els diferents instruments d'identificació sota la supervisió de la Unitat Funcional de Seguretat del Pacient i la Unitat de Qualitat i Seguretat del Pacient.

Eines / Instruments per identificar els riscos :

Les eines que es faran servir per identificar les riscos seran d'aplicació a tots els 4 àmbits de BSA i seran, com a mínim, les següents:

I. Reactives:

- *Sistema de Notificació:* BSA està adscrita al SNISP (Sistema de Notificació d'Incidents de Seguretat del Pacient) del departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- *Anàlisi causal:* les notificacions rebudes seran analitzades d'acord amb el procediment "Sistema de Notificació i Gestió d'incidents de seguretat clínica" (edició 18-03-2021):
 - Els incidents classificats com no risc, risc molt baix i /o risc baix seran reportats a través de l'informe mensual
 - Els incidents classificats com de risc Moderat y de risc alt seran estudiats mitjançant un anàlisi tipus AUDIT (segons es contempla en el document esmentat)
 - Els incidents classificats com de risc alt (que no hagin estat inclòs en el punta anteriors per la seva relevància a criteri del nucli de segurets) i les de risc extrem (inclòs esdeveniments centinelles) seran estudiats mitjançant un anàlisi de cas segon Protocol London o Root Cause Analysis (RCA) a criteri del nucli corresponent i la UQ.

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 15 de 31

○ *Briefings:*

- Urgències: briefing diari
- Hospitalització (infermeria): Briefing diari
- Quiròfan: Briefing diari (finalització jornada)
- Atenció primària: Briefing mensual
- Salut Mental: Briefing mensual

La realització i aplicació de briefings en altres serveis u àmbits es contemplarà de manera opcional a valorar pels nuclis de seguretat corresponents i la UFSP conjuntament amb els comandaments dels serveis. Tots els serveis que realitzin briefings hauràn de fer una sessió mensual de debriefing i anàlisi de resultats, generant un informe per remetre a la UFSP

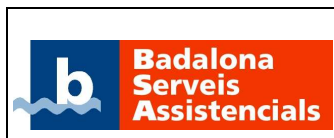
Els riscos declarats, una vegada fet la investigació corresponent dels fets, podran ser analitzats segons els criteris contemplats a l'apartat *Anàlisi causal*

- *Auditories internes:* Les auditories seran realitzades pels membres del nucli de seguretat sota la supervisió de la UFSP. A les reunions dels nuclis es decidiran els àmbits de les auditories i periodicitat.
- *Queixes i reclamacions:* informe semestral de les queixes/reclamacions rebudes relacionades amb aspectes de seguretat del pacient.
- *Triggers:* revisió històries clíniques utilitzant el protocol de Triggers de la IHI adaptat¹

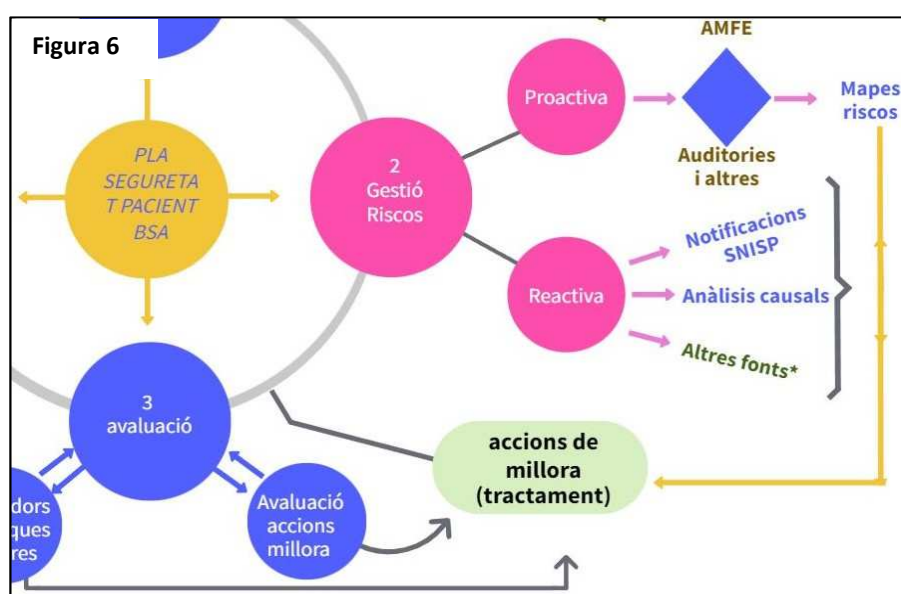
II. Proactives:

- Anàlisi modal AMFE de processos assistencials d'alta complexitat i/o interaccions entre serveis: Farmàcia, urgències, quiròfan, i altres àrees a definir per la UFSP i els nuclis de seguretat.
- Opinió dels professionals: es recollirà la opinió dels professionals sobre els riscos identificats per alguna de les següents metodologies:
 - Reunions "brainstorming"
 - Sondeig/ enquesta interna
 - Rondes de seguretat

¹ Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2009

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 16 de 31

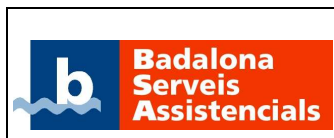
- Rondes de seguretat: es realitzaran rondes de seguretat pels diferents centres de BSA al menys una anual per centre o servei. Les rondes seran realitzades per l'equip de la UFSP-Nucli seguretat corresponent junt amb representació de la Direcció Assistencial i altres direccions si s'escau.
- Enquestes satisfacció pacients
- Participació de pacients en grups treball(nominal/focals) sobre seguretat del pacient pel propi pacient



2) Anàlisis i avaluació dels riscos:

Amb la informació recollida, des de la UFSP, amb els Nuclis de seguretat del pacient, faran una relació anual dels riscos identificats en cada àmbit. Aquests riscos seran avaluats valorant el seu impacte utilitzant una matriu de riscos que avalua el risc en funció de la seva probabilitat d'aparició, impacte sobre el pacient (en terme de lesions) i la capacitat de detecció. Cada una de les parts de l'avaluació té un sistema de ponderació, del qual per la integració de les tres parts, es derivarà un valor denominat INDEX DE PROBABILITAT DE RISC (IPR). Atenen a l'IPR els riscos es classificaran en 4 grups possibles: Molt greus, Greus, Moderats, Lleus. Aquesta matriu es pot consultar a l'annex d'aquest document

La classificació dels riscos en funció d'IPR es farà per cada un dels serveis/procediments en els que s'apliqui la identificació i avaluació dels riscos. Es presentarà tant per separat com en una taula global que expressi els riscos de tota la organització. Com a resultat d'aquest procés d'avaluació, l'organització estimarà si el risc és acceptable o no, així com el grau de prioritat per al seu tractament.

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 17 de 31

B) TRATAMENT DELS RISCOS

Entenem per tractament dels riscos el disseny i implantació d'accions de millora per reduir l'impacte dels riscos que afectin a la seguretat del pacient. D'entrada, tots els riscos catalogats com "molt greus" "greus" seran considerats com prioritaris pel seu tractament.

A partir d'aquestes consideracions, la organització valorarà el disseny i la implantació de l'acció de millora en funció dels criteris següents:

- impacte en termes de salut
- els costos i els beneficis
- els requisits legals o estatutaris
- els aspectes socioeconòmics i medi ambientals
- les prioritats de la organització
- qualsevol altre factor que la organització considera important per a la valoració.

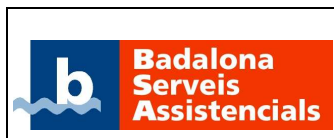
La proposta de tractament haurà de ser feta des de la UFSP a la Direcció corresponent i aprovada per aquesta amb el vist i plau de Gerència de BSA. La proposta haurà de contemplar al menys els següents punts: justificació, objectiu, beneficis esperats, àmbits afectats o implicats, responsables de la implementació, metodologia, costos, sistema d'avaluació de resultats, cronograma.

S'accepta la possibilitat que el risc sigui considerat com "**risc acceptable o tolerable**" (risc que l'organització assumeix dins d'un context específic basat en els valors admesos per la societat) o fins i tot fer "**Retenció del risc**" (assumir les pèrdues ocasionades per un determinat risc). En els dos supòsits, s'haurà de disposar de la resolució corresponent que justifiqui aquesta decisió signada per la Direcció corresponent i vist i plau de Gerència de BSA. En aquests casos es mantindran actualitzats els controls de risc existents i es revisaran periòdicament dins de la UFSP.

C) REGISTRE DE LES ACTIVITATS

Els objectius són garantir la traçabilitat de les accions correctores que es volen implantar, i garantir la fiabilitat de les accions acordades pel tractament dels riscos.

En aquest sentit, la UQ i SP mantindrà la custòdia dels registres dels informes resultants de l'apreciació dels riscos i la seva avaluació (gravetat i classificació de risc). Per qualsevol acció implantada de millora haurà de disposar-se de registres del control de les accions (històries clíniques, formularis, auditories internes, sistemes informació, etc) accessibles per qualsevol revisió i/o auditoria i respectant sempre la legislació vigent sobre protecció de dades.

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 18 de 31

D) COMUNICACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS I MANNEIG SEGONES VÍCTIMES

Davant de l'aparició d'un EA greu/molt greu s'establirà un conjunt d'actuacions per donar una correcta resposta al pacient i als seus familiars, a la vegada que atendre a las possibles segones i terceres víctimes.

Les accions i recomanacions s'establiran a partir de la informació recavada després de la notificació del cas i es faran d'acord amb el dos següents procediments:

- *Guia de recomanacions per oferir una adecuada resposta al pacient després de l'ocurrència d'un esdeveniment advers i atendre segones i terceres víctimes* (adaptació de BSA del document editat pel Grupo de investigación en segundas y terceras víctimas -2015-Ministerio de sanidad)
- *Pla de Comunicació de BSA (5 setembre 2022)*

Par l'atenció de **les segones víctimes** es seguirà el procediment corresponent de BSA adaptat de la Guia esmentada.

La política de comunicació d'EA considerats lleus/menys greus es farà a criteri del nucli de seguretat que faci l'anàlisi del cas.

E) SEGUIMENT DE RESULTATS

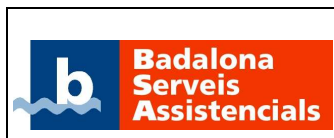
Quan un risc ha estat identificat, analitzat i tractat, l'organització ha de dur a terme un procés de seguiment i revisió dels controls i mesures implantades per assegurar-ne l'eficàcia i l'efectivitat. Les seves finalitats són:

- garantir que el control dels riscos i les mesures de tractament són efectius tant en el disseny com a nivell operatiu
- detectar canvis en el context intern o extern, incloent-hi canvis en els riscos que haurien de requerir una revisió dels tractaments o de la prioritització
- identificar i valorar els riscos sobrevinguts i residuals a causa de les mesures implantades

Per a fer el seguiment, tota acció de millora haurà de contemplar en el pla de treball els següent punts:

- Indicadors d'avaluació
- Sistema de registre de dades
- Cronograma de mesura dels indicadors
- Responsables del seguiment

El seguiment d'una acció de millora o tractament s'haurà d'acompanyar d'un informe de seguiment a realitzar pel seu responsable i revisat per la UFSP, que es presentarà a la Direcció corresponent. La periodicitat d'aquests informes vindrà marcada pel cronograma de treball sent, al menys, d'un informe anual.

	PLA DE SEURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 19 de 31

VIII- MEDICIO DEL PLA DE SEURETAT I DEL SISTEMA DE GESTIÓ DE RISCOS

L'avaluació del pla de seguretat del pacient i del seu model de gestió de riscos es farà a través de les següents eines:

- Anàlisi de la cultura de seguretat del pacient de BSA:
 - Enquestes de cultura de seguretat (HSOPS per atenció especialitzada, model MSOPS per AP i SM)
 - Rondes de seguretat: nombre realitzada, nº compromisos adquirits, resultats
 - Formacions: nombre d'activitats realitzades i nombre de professionals formats
 - Divulgació: nombre de butlletins/píndoles informatives/altres...
- Anàlisi de la seguretat de processos
 - Indicadors de seguretat de pacient de Departament de Salut de Catalunya
 - Auditories Internes de processos
 - Indicadors relacionats amb accions de millora (segons accions)
- Notificacions d'incidents:
 - Nombre de notificacions declarades a SNISP per àmbits assistencials i característiques
 - Nombre de briefings realitzats en àmbits de BSA
 - Nombre d'anàlisi de casos realitzats
 - Nombre d'accions de millora anuals derivades de les notificacions
- Mapes de Riscos
 - Nombre de mapes de processos realitzats i vigents
 - Nombre de revisions de MR.
 - Avaluacions anuals dels MR vigents i nombre de riscos segons classificació per impacte (gravetats)
- Activitat UFSP
 - Actes reunió nuclis de seguretat
 - Actes reunions UFSP
 - Percentatge participació dels membres de nuclis i UFSp (>75%)

Les dades d'avaluació de seguretat del pacient i del seu sistema de gestió de riscos es podran consultar en un Quadre de Comandament específic per aquest pla disponible dins del quadres de comandaments de BSA

IX- DOCUMENTACIÓ I REGISTRES DEL SISTEMA DE GESTIÓ DE RISCOS ASSISTENCIALS.

Tota la documentació generada del Pla de seguretat del pacient i del seu sistema de gestió de riscos serà gestionada d'acord amb la "Normativa General de la Documentació a BSA".

Dins d'aquesta normativa, l'eina de gestió i administració dels documents és el "Gestor Documental", al qual tot professional de BSA pot accedir a través de la intranet de BSA. Només seran vàlids i vigents (oficials) els documents publicats al gestor documental

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 20 de 31

Totes les actes de reunions de la UFSP i els seus nuclis seran custodiades per la Unitat de Qualitat i Seguretat del Pacient en un directori-carpeta digital per aquest fi.

En quant als registres relacionats amb l'anàlisi de dades procedents de les bases de dades de BSA, aquestes es regiran sota la política de Sistemes d'Informació i de la llei de protecció de dades vigent en cada moment.

Les dades o registres procedents d'auditories internes de processos que no hagin estat obtingudes a través de sistemes d'informació (dades de recollides observacionals, revisió històries, etc) quedaran custodiades per la unitat de Qualitat i Seguretat del pacient per possibles auditories internes/externes del model de gestió de riscos i seran eliminades com a mínim a ls 4 anys de la seva emissió.

X- VERIFICACIÓ I REVISIÓ DEL SISTEMA DE GESTIÓ DE RISCOS ASSISTENCIALS

El Consell de Direcció ha de revisar, almenys una vegada a l'any, el sistema de gestió de riscos de l'organització, per assegurar-se la conveniència, l'adequació i l'eficàcia contínues.

La revisió ha d'incloure l'avaluació de les oportunitats de millora i la necessitat d'efectuar canvis al sistema de gestió de riscos, incloent-hi la política i els objectius sobre la gestió de riscos.

La informació d'entrada per a la revisió per l'alta adreça hauria d'incloure com a mínim:

1. l'examen de si la infraestructura de gestió de riscos, la política i el pla encara són apropiats tenint en compte el context intern i extern de l'organització
2. els informes d'inspeccions i auditories externes
3. els resultats de les auditories internes
4. estat de les accions derivades de les auditories i inspeccions
5. el seguiment de les accions empreses com a conseqüència de les revisions prèvies realitzades per la direcció
6. l'informe sobre els riscos de l'organització i la verificació que aquests han estat identificats i avaluats eficaçment, així com que s'han establert els controls apropiats per prevenir-los i els resultats obtinguts;
7. els registres i anàlisis dels indicadors establerts per a la gestió de riscos
8. la retroalimentació o els suggeriments de comitès o grups de persones de l'organització
9. els canvis que podrien afectar el sistema de gestió de riscos
10. les recomanacions per a la millora
11. avaluar les accions de millores implantades derivades de la gestió dels projectes sobre seguretat de pacients.

Per dur a terme aquesta verificació i revisió, la UFSP presentarà al Consell de Direcció **un informe o memòria d'activitat anual** a on han de quedar recollits tots els aspectes anomenats en el llistat anterior.

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 21 de 31

Per a que hagi constància d'aquesta revisió, el Consell de Direcció farà constar, **en un acta de reunió o informe, els resultats de la revisió del pla de seguretat** i del sistema de gestió de riscos, fent constar, especialment, les decisions i accions que es prenguin relacionades amb :

- la millora de l'efectivitat i l'eficàcia del sistema de gestió de riscos
- la millora de la seguretat del pacient
- les necessitats de recursos
- la revisió dels objectius sobre seguretat del pacient.

Periòdicament, i a criteri del Consell de Direcció, es programarà la realització **d'auditories internes del pla de seguretat del pacient** i del seu model de gestió de riscos, fetes per personal extern a la UFSP. Aquestes auditories es poden relacionar, a criteri del Consell de Direcció, amb la preparació de certificacions de Normes de Qualitat o seguretat.

XI- PROJECTES COL-LABORATIUS AMB ENTITATS EXTERNES

Aquest pla de seguretat del pacient de BSA contempla la possibilitat de participar en projectes col·laboratius amb entitats externes, enfocats a la millora de la seguretat del pacient i/o gestió de riscos assistencials.

Això significa poder participar en projectes d'àmbit català, nacional i/o internacional, be amb participació voluntària, be per haver estat convidat a participar per alguna altre institució, o bé per iniciativa pròpia de BSA convidant a altres organitzacions a col·laborar. En el cas de projectes de recerca, aquests seran analitzats pel comitè de recerca de BSA prèviament a la seva participació.

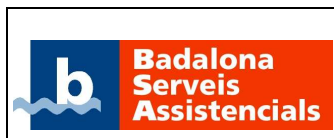
La participació en projectes col·laboratius es farà prèvia autorització de la Gerència de BSA.

La Unitat de Qualitat i Seguretat del pacient establirà un registre dels projectes col·laboratius sobre seguretat del pacient en els que BSA col·labori o participi amb entitats externes i farà el seguiment del grau de compliment dels projectes i els seus resultats.

XII – RECURSOS HUMANS I TÈCNICS

Per dur a terme aquest Pla de Seguretat del Pacient, BSA determinarà els recursos humans i tècnics que consideri necessaris. En aquest sentit, es defineixen, com a mínim els següents:

- Recursos humans: els contemplats en el document Unitat Funcional de Seguretat del Pacient. En aquest document es defineix el nombre i composició de persones que han de participar, tant en els nuclis de seguretat segons àmbit assistencial com a la mateixa UFSP. En aquests casos es tindrà en compte, a més, els recursos necessaris de tipus:

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 22 de 31

- Formació específica dels membres de la UFSP i Nuclis: contemplada en el pla de formació anual de BSA
 - Temps de dedicació per tasques assignades de Seguretat del pacient: capacitat de lliurament de tasques assistencials per ser dedicat als objectius de seguretat del pacient (generals i del seu àmbit). En aquest cas es farà un càlcul aproximat d'hores de dedicació anual, a aprovar i coordinar amb la direcció o comandaments d'àmbit corresponents.
 - Possibilitat d'incloure els objectius de les seves funcions en seguretat del pacient dins de les DPO anuals i la seva remuneració segons grau d'acompliment.
 - Aquells altres RRHH necessaris per projectes específics relacionats amb seguretat del pacient. En aquests casos el recursos han de ser aprovats per la direcció corresponent prèvia presentació del projecte específic.
- Recursos tècnics: Des de la UQ es farà l'anàlisi de les necessitats tècniques requerides pel correcte funcionament de la UFSP i aplicació del Pla de seguretat del pacient. En aquest sentit es disposarà de les instal·lacions de la UQ per reunions de treball així com de les eines informàtiques o de software disponibles a la UQ i/o a BSA. Per dur a terme auditories, seguiment indicadors, revisió processos, etc es podran utilitzar els recursos materials, d'utilitatge, fàrmacs o altres disponibles en els centres de BSA. En el cas de detectar noves necessitats tècniques (software, instrumentals, altres) la UQ presentarà un pressupost i demanarà autorització a Gerència de BSA.

XIII -MARC NORMATIU I LEGAL

Aquest pla de seguretat ha estat dissenyat d'acord amb la legislació vigent nacional i autonòmica, seguint també les recomanacions d'organismes experts sobre seguretat del pacient. Dins del seu disseny, s'ha seguit també les recomanacions de la Norma UNE 179003-2013.

Les referències legals, recomanacions i normatives empleades són:

- Norma UNE 179003-2013- Servicios Sanitarios. Gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente. Abril 2013. AENOR (Madrid)
- Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Ed 2016
- Informe de evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud . Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Ed 2022
- Norma ISO 31000-2018
- Seguretat del pacients: l'estratègia del Departament de Salut (actualització 15-7-2015). Citado 9-1-2023. Disponible en https://seguretatdelspatients.gencat.cat/ca/que_es_la_seguretat_de_pacients/l_estrategia_del_departament_de_salut/

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025		
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 23 de 31	

14.- ANNEXES

1. Glossari terminologia
2. Avaluació riscos
3. Llistat comprovació accions pla de seguretat

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 24 de 31

ANNEX 1: Glossari terminologia

3 TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Para los fines de este documento, se aplican los términos y definiciones siguientes:

3.1 agente:

Sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.

(CISP-OMS 2009⁽⁷⁾)

3.2 análisis del riesgo:

Proceso que permite comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel de riesgo.

NOTA 1 El análisis del riesgo proporciona las bases para la evaluación del riesgo y para tomar las decisiones relativas al tratamiento del riesgo.

NOTA 2 El análisis del riesgo incluye la estimación del riesgo.

[ISO Guía 73:2009, definición 3.6.1]

3.3 atención sanitaria:

Servicios recibidos por las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

(CISP-OMS 2009)

3.4 comunicación del riesgo:

Intercambio de información acerca del riesgo entre los directivos de una organización y otros grupos de interés.

NOTA La información puede estar relacionada con la existencia, la naturaleza, la forma, la probabilidad, la severidad, la aceptabilidad, el tratamiento o cualquier otro aspecto del riesgo.

3.5 circunstancia:

Todo factor relacionado con un evento, agente o persona(s), o que influye en ellos.

(CISP-OMS 2009)

3.6 consecuencia:

El resultado de un evento.

NOTA 1 Las consecuencias pueden ser positivas o negativas. Sin embargo, en el contexto de la seguridad, las consecuencias son siempre negativas.

NOTA 2 Las consecuencias se pueden expresar de forma cualitativa o cuantitativa.

3.7 control del riesgo:

Acciones dirigidas a la implementación de las decisiones derivadas de la gestión de riesgos.

NOTA El control del riesgo tendría que incluir la monitorización, la re-evaluación y la conformidad con las decisiones.

3.8 criterios para la evaluación del riesgo:

Términos de referencia mediante los cuales se valora la importancia del riesgo.

NOTA Los criterios para la evaluación del riesgo pueden incluir aspectos como la magnitud, la gravedad, o la factibilidad del tratamiento del riesgo, los costes o los beneficios asociados, los requisitos legales o reglamentarios, los aspectos socio-económicos o medioambientales, las opiniones de los grupos de interés, las prioridades y cualesquiera otras entradas para la valoración.

3.9 daño:

Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de ella.

(CISP-OMS 2009)

EJEMPLO Lesión física o psicológica, deterioro o perjuicio para la salud de las personas.

3.10 error:

Es una desviación de la práctica aceptada como correcta, independientemente del efecto que produzca en el paciente.

NOTA 1 En la práctica sanitaria el error se puede deber a tres causas: realizar acciones innecesarias, realizar de forma incorrecta actuaciones necesarias (tiles o indicadas) o la omisión de estas actuaciones. Las dos primeras serían los errores de comisión y la última de omisión.

NOTA 2 Error de medicación: Fallo por acción u omisión en el proceso de tratamiento con medicamentos que ocasiona o puede ocasionar un daño en el paciente. Los errores de medicación que ocasionan un daño en el paciente serán considerados a efectos de su notificación como reacciones adversas, excepto aquellos derivados del fallo terapéutico por omisión de un tratamiento. (RD 1344/2007⁽¹⁾).

3.11 estimación del riesgo:

Proceso utilizado para asignar valores a la probabilidad y consecuencias de un riesgo.

3.12 evaluación del riesgo:

Proceso de comparación de los resultados del análisis del riesgo con los criterios de evaluación del riesgo para determinar si el riesgo y/o su magnitud son aceptables o tolerables.

NOTA La evaluación del riesgo ayuda a la toma de decisiones sobre el tratamiento del riesgo.

[ISO guía 73:2009, definición 3.7.1]

3.13 evento:

Algo que le ocurre a un paciente o le atañe.

(CISP-OMS 2009)

3.14 evento adverso:

Incidente que causa daño a un paciente.

(CISP-OMS 2009)

NOTA Un evento adverso es un suceso no deseado e imprevisto que tiene consecuencias negativas perdurables o no para el paciente o la propia institución sanitaria, como consecuencia de la atención sanitaria.

EJEMPLO La caída de un paciente o la incorrecta administración de medicación que producen un efecto negativo en el paciente.

3.15 evento centinela:

Es un suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos, o tiene riesgo de causarlos.

NOTA Se llama "centinela" porque su ocurrencia sirve de alarma y obliga a la organización a su evaluación inmediata y a dar una respuesta para controlar la aparición de nuevos casos.

3.16 evitación del riesgo:

Decisiones que se toman ante situaciones de riesgo, con la finalidad de no verse involucrado o para alejarse de dicha situación.

NOTA Las decisiones se toman que tomar basadas en los resultados de la evaluación del riesgo.

3.17 factor contribuyente:

Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca.

(CISP-OMS 2009)

3.18 gestión de riesgos:

Conjunto de actividades coordinadas destinadas a prevenir y controlar el riesgo en una organización.

NOTA La gestión de riesgos en la asistencia sanitaria generalmente incluye las actividades destinadas a identificar, evaluar y tratar el riesgo de que se produzca un evento adverso durante la asistencia, con el objetivo de evitar o minimizar sus consecuencias negativas, tanto para el paciente, como para los profesionales o la propia Institución Sanitaria.

3.19 grado de daño:

Gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño causado por un incidente.

(CISP-OMS 2009)

3.20 grupo de interés:

Cualquier individuo, grupo u organización que puede afectar, ser afectada o percibir que es afectada por un riesgo.

EJEMPLO Pacientes, clientes, propietarios, personal de una organización, proveedores, sindicatos, autoridades, socios o la sociedad. En el sector sanitario están entre otros: compañías de seguros, organizaciones de pacientes, clientes, familiares, ciudadanos, organizaciones profesionales, organismos reguladores de los servicios sanitarios, proveedores y la sociedad.

3.21 identificación del riesgo:

Proceso para descubrir, listar y caracterizar elementos de riesgo.

NOTA 1 Los elementos pueden incluir la fuente de peligros, los sucesos, las consecuencias y la probabilidad.

NOTA 2 La identificación del riesgo puede también reflejar las preocupaciones de los grupos de interés.

3.22 incidente:

Acontecimiento o situación imprevista o inesperada que puede producir o no daño al paciente.

NOTA 1 Se considera incidente sin daño aquel que bien por casualidad o bien por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daños, ni pérdidas al paciente; pero que en otras circunstancias podría haberlo producido.

NOTA 2 El incidente con daño se conoce como evento adverso.

3.23 medidas adoptadas para reducir el riesgo:

Conjunto de acciones que se desarrollan para reducir la probabilidad de que ocurra un daño o su grado de gravedad.

NOTA Habitualmente este conjunto de medidas se denomina minimización del riesgo.

3.24 nivel de riesgo:

Magnitud de un riesgo o combinación de riesgos, expresados en términos de la combinación de las consecuencias y de su probabilidad.

[ISO Guía 73:2009, definición 3.6.1.8]

3.25 notificación:

Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento.

NOTA En el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias, lo que se notifica es entre otros: los errores, los daños, los incidentes, el malfuncionamiento de los equipos, o los fallos en los procesos y otros peligros o situaciones peligrosas.

3.26 peligro:

Fuente potencial de daño.

3.27 probabilidad:

Posibilidad de que pueda ocurrir un evento (véase 3.13).

NOTA 1 En la descripción de los riesgos se utiliza la frecuencia de ocurrencia más que la probabilidad.

NOTA 2 Generalmente para la mejor comprensión de la probabilidad de ocurrencia, esta se suele clasificar como:

- raro/improbable/moderado/probable/casi cierto, o
- imposible/improbable/raro/ocasional/probable/frecuente.

3.28 procedimiento:

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso (véase 3.29).

(Definición 3.4.5 de la Norma UNE-EN ISO 9000:2005)

3.29 proceso:

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

NOTA 1 Los elementos de entrada para un proceso son generalmente resultados de otros procesos.

NOTA 2 Los procesos de una organización son generalmente planificados y puestos en práctica bajo condiciones controladas para aportar valor.

NOTA 3 Un proceso en el cual la conformidad del producto resultante no pueda ser fácil o económicamente verificada, se denomina habitualmente "proceso especial".

(Definición 3.4.1 de la Norma UNE-EN ISO 9000:2005)

3.30 registro:

Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

(Definición 3.7.6 de la Norma UNE-EN ISO 9000:2005)

3.31 retención del riesgo:

Asumir las pérdidas ocasionadas por un determinado riesgo.

NOTA La retención de riesgos no incluye los casos en los que las pérdidas han sido transferidas a terceros, seguros u otros.

3.32 riesgo:

Probabilidad de que ocurra un incidente.

(CISP-OMS 2009)

3.33 riesgo residual:

Riesgo que permanece después de que se han tomado las medidas de tratamiento del riesgo.

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 28 de 31

3.34 riesgo aceptable; riesgo tolerable:

Riesgo que se asume por la organización dentro de un contexto específico basado en los valores admitidos por la sociedad.

3.35 seguridad del paciente:

Ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.

3.36 sistema de gestión de riesgos:

Conjunto de procesos de los que se dota la organización para la gestión de riesgos.

3.37 sistema de notificación:

Procesos y tecnologías implicadas en la estandarización de la comunicación de eventos adversos o incidentes u otros riesgos.

NOTA Los elementos a estandarizar son: los formularios, las formas de comunicación, la retroalimentación (*feed back*) de los resultados, el análisis, las recomendaciones y la difusión de las lecciones aprendidas en la comunicación de eventos adversos, incidentes o riesgos.

3.38 situación peligrosa:

Circunstancia en la que las personas, la propiedad o el ambiente están expuestos a uno o más peligros.

3.39 suceso:

Ocurrencia de un conjunto particular de circunstancias.

NOTA 1 El suceso puede ser cierto o incierto.

NOTA 2 El suceso puede ser una única ocurrencia o una serie de ocurrencias.

NOTA 3 La probabilidad asociada a un suceso puede ser estimada en un determinado periodo de tiempo.

3.40 transferencia del riesgo:

Compartir con otros las pérdidas debidas a un riesgo.

NOTA 1 Para ciertos riesgos puede estar prohibida la transferencia del riesgo debido a mandatos legales o reglamentarios.

NOTA 2 La transferencia del riesgo puede ser llevada a cabo mediante el aseguramiento u otros acuerdos.

NOTA 3 La transferencia del riesgo nunca puede generar nuevos riesgos o modificar el existente.

NOTA 4 No se considera una transferencia del riesgo la reubicación de una fuente de riesgo.

3.41 tratamiento del riesgo:

Proceso para seleccionar e implementar las medidas dirigidas a reducir o evitar un riesgo.

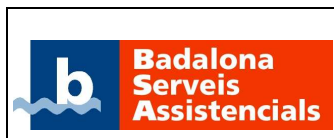
NOTA 1 El término "tratamiento del riesgo" a veces es utilizado para indicar las medidas a llevar a cabo para tratar los riesgos.

NOTA 2 Las medidas para el tratamiento del riesgo pueden incluir la evitación del riesgo, la optimización, la transferencia o la retención del riesgo.

ANNEX 2: Taula classificació riscos /IPR

Classificació riscos per anàlisi proactiu i reactiu		Classificació riscos sistema notificació SNISP																																																																																										
Per tots els anàlisi de riscos a BSA farem servir l'adaptació de la <i>Safety Assessment Code del VA National Center for Patient Safety (NPSA)</i> (excepte pel sistema de notificació)		En el cas de les notificacions adaptem la taula de classificació SAC que es la que es fa servir en tot SNISP de Catalunya																																																																																										
<table><tr><th>GRAVEDAD</th><th>G</th></tr><tr><td>Evento Catastrófico</td><td>10</td></tr><tr><td>Efectos para el paciente</td><td>El fallo puede causar muerte o lesiones</td></tr><tr><td>Evento Importante</td><td>7</td></tr><tr><td>Efectos para el paciente</td><td>Muerte o pérdida permanente de la función (sensorial, motora, fisiológica o intelectual), suicidio, reacción transfusional hemolítica, cirugía en paciente o lugar equivocado, secuestro infantil o entrega de un bebé a la familia errónea</td></tr><tr><td>Evento Moderado</td><td>4</td></tr><tr><td>Efectos para el paciente</td><td>El fallo incide de manera importante en el paciente</td></tr><tr><td>Evento Menor</td><td>1</td></tr><tr><td>Efectos para el paciente</td><td>Lesiones permanentes de la función (sensorial, motora, fisiológica o intelectual), desfiguración, necesidad de intervención quirúrgica, aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 3 o más pacientes</td></tr><tr><td></td><td>El fallo incide de manera moderada/leve en el paciente</td></tr><tr><td></td><td>Aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 1 o 2 pacientes</td></tr><tr><td></td><td>El paciente no percibirá el fallo, ni se incrementará su estancia o nivel de atención</td></tr><tr><td></td><td>Sin lesiones ni aumento de la estancia ni necesidad de aumentar el nivel de atención</td></tr></table>		GRAVEDAD	G	Evento Catastrófico	10	Efectos para el paciente	El fallo puede causar muerte o lesiones	Evento Importante	7	Efectos para el paciente	Muerte o pérdida permanente de la función (sensorial, motora, fisiológica o intelectual), suicidio, reacción transfusional hemolítica, cirugía en paciente o lugar equivocado, secuestro infantil o entrega de un bebé a la familia errónea	Evento Moderado	4	Efectos para el paciente	El fallo incide de manera importante en el paciente	Evento Menor	1	Efectos para el paciente	Lesiones permanentes de la función (sensorial, motora, fisiológica o intelectual), desfiguración, necesidad de intervención quirúrgica, aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 3 o más pacientes		El fallo incide de manera moderada/leve en el paciente		Aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 1 o 2 pacientes		El paciente no percibirá el fallo, ni se incrementará su estancia o nivel de atención		Sin lesiones ni aumento de la estancia ni necesidad de aumentar el nivel de atención	<table><tr><th></th><th>Molt infreqüent</th><th>Poc freqüent</th><th>Possible / Ocasional</th><th>Probable</th><th>Freqüent</th></tr><tr><td>No arriba al pacient 1</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td></tr><tr><td>No arriba al pacient 2</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td></tr><tr><td>Mínim</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td></tr><tr><td>Menor</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td></tr><tr><td>Moderat 1</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td></tr><tr><td>Moderat 2</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td></tr><tr><td>Crític 1</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td></tr><tr><td>Crític 2</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td></tr><tr><td>Catastròfic</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td></tr></table>						Molt infreqüent	Poc freqüent	Possible / Ocasional	Probable	Freqüent	No arriba al pacient 1	●	●	●	●	●	No arriba al pacient 2	●	●	●	●	●	Mínim	●	●	●	●	●	Menor	●	●	●	●	●	Moderat 1	●	●	●	●	●	Moderat 2	●	●	●	●	●	Crític 1	●	●	●	●	●	Crític 2	●	●	●	●	●	Catastròfic	●	●	●	●	●
GRAVEDAD	G																																																																																											
Evento Catastrófico	10																																																																																											
Efectos para el paciente	El fallo puede causar muerte o lesiones																																																																																											
Evento Importante	7																																																																																											
Efectos para el paciente	Muerte o pérdida permanente de la función (sensorial, motora, fisiológica o intelectual), suicidio, reacción transfusional hemolítica, cirugía en paciente o lugar equivocado, secuestro infantil o entrega de un bebé a la familia errónea																																																																																											
Evento Moderado	4																																																																																											
Efectos para el paciente	El fallo incide de manera importante en el paciente																																																																																											
Evento Menor	1																																																																																											
Efectos para el paciente	Lesiones permanentes de la función (sensorial, motora, fisiológica o intelectual), desfiguración, necesidad de intervención quirúrgica, aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 3 o más pacientes																																																																																											
	El fallo incide de manera moderada/leve en el paciente																																																																																											
	Aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 1 o 2 pacientes																																																																																											
	El paciente no percibirá el fallo, ni se incrementará su estancia o nivel de atención																																																																																											
	Sin lesiones ni aumento de la estancia ni necesidad de aumentar el nivel de atención																																																																																											
	Molt infreqüent	Poc freqüent	Possible / Ocasional	Probable	Freqüent																																																																																							
No arriba al pacient 1	●	●	●	●	●																																																																																							
No arriba al pacient 2	●	●	●	●	●																																																																																							
Mínim	●	●	●	●	●																																																																																							
Menor	●	●	●	●	●																																																																																							
Moderat 1	●	●	●	●	●																																																																																							
Moderat 2	●	●	●	●	●																																																																																							
Crític 1	●	●	●	●	●																																																																																							
Crític 2	●	●	●	●	●																																																																																							
Catastròfic	●	●	●	●	●																																																																																							
<table><tr><th>APARICIÓN</th><th>A</th></tr><tr><td>Frecuente</td><td>10</td></tr><tr><td>Ocasional</td><td>7</td></tr><tr><td>Infrecuente</td><td>4</td></tr><tr><td>Remoto</td><td>1</td></tr><tr><td></td><td>Probable aparición de forma inmediata o en un corto periodo de tiempo (puede suceder varias veces en un año)</td></tr><tr><td></td><td>Es probable que ocurra (varias veces en 1 o 2 años)</td></tr><tr><td></td><td>Aparición posible (puede suceder en alguna ocasión en 2 a 5 años)</td></tr><tr><td></td><td>Aparición improbable (puede ocurrir alguna vez en un periodo superior a 5 años)</td></tr></table>		APARICIÓN	A	Frecuente	10	Ocasional	7	Infrecuente	4	Remoto	1		Probable aparición de forma inmediata o en un corto periodo de tiempo (puede suceder varias veces en un año)		Es probable que ocurra (varias veces en 1 o 2 años)		Aparición posible (puede suceder en alguna ocasión en 2 a 5 años)		Aparición improbable (puede ocurrir alguna vez en un periodo superior a 5 años)																																																																									
APARICIÓN	A																																																																																											
Frecuente	10																																																																																											
Ocasional	7																																																																																											
Infrecuente	4																																																																																											
Remoto	1																																																																																											
	Probable aparición de forma inmediata o en un corto periodo de tiempo (puede suceder varias veces en un año)																																																																																											
	Es probable que ocurra (varias veces en 1 o 2 años)																																																																																											
	Aparición posible (puede suceder en alguna ocasión en 2 a 5 años)																																																																																											
	Aparición improbable (puede ocurrir alguna vez en un periodo superior a 5 años)																																																																																											
<table><tr><th>DETECCIÓN</th><th>D</th></tr><tr><td>10</td><td>No existe ninguna técnica de control disponible o conocida y/o no está prevista ninguna</td></tr><tr><td>7</td><td>Los controles tienen una efectividad leve o baja</td></tr><tr><td>4</td><td>Los controles tienen una efectividad moderadamente alta o alta</td></tr><tr><td>1</td><td>Se cuenta con métodos probados de detección: detectarán la existencia de un defecto con casi total seguridad</td></tr></table>		DETECCIÓN	D	10	No existe ninguna técnica de control disponible o conocida y/o no está prevista ninguna	7	Los controles tienen una efectividad leve o baja	4	Los controles tienen una efectividad moderadamente alta o alta	1	Se cuenta con métodos probados de detección: detectarán la existencia de un defecto con casi total seguridad																																																																																	
DETECCIÓN	D																																																																																											
10	No existe ninguna técnica de control disponible o conocida y/o no está prevista ninguna																																																																																											
7	Los controles tienen una efectividad leve o baja																																																																																											
4	Los controles tienen una efectividad moderadamente alta o alta																																																																																											
1	Se cuenta con métodos probados de detección: detectarán la existencia de un defecto con casi total seguridad																																																																																											
El risc es calcularà per la multiplicació GxAxR																																																																																												

La equivalència entre les dos classificacions s'expressa en la següent taula:

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 30 de 31

ANNEX 3: LLISTAT COMPROVACIÓ PLA SEGURETAT BSA 23-25

Aprovació del Pla pel Consell de Direcció
 Difusió canals interns BSA
 Presentació comandaments BSA
 UFSP: revisió document i adaptació segons Pla
 SNISP: revisió document i adaptació segons Pla
 Nuclis Seguretat: revisió funcions i representants
 Presentació Pla Seguretat a UFSP i Nuclis.
 OBJECTIUS: Definir objectius per 2025. Proposta desde UFSP a Direccions diferenciats per nuclis.
 OBJECTIUS: Aprovació direcció
 OBJECTIUS: revisió semestral-> 1er semestre
 OBJECTIUS: revisió semestral->2on semestre
 SENSIBILITZACIÓ INT: Formacions (incloses en pla formació 2023-4)
 SENSIBILITZACIÓ INT: Anàlisi cultura enquesta (bianual i per àmbits)
 SENSIBILITZACIÓ INT: pindoles-campanyes. Definir temes i periodicitat amb Comunicació
 SENSIBILITZACIÓ EXT: informació als pacients ingressats sobre seguretat del pacient (díptics/ altres)
 SENSIBILITZACIÓ EXT: incloure en la memòria anual de BSA dades sobre seguretat del pacient
 SENSIBILITZACIÓ EXT: escoltar la veu del pacient. Grup focal amb pacients experts
 GESTIÓ RISCOS Definició processos a elaborar /avaluar anualment de forma proactiva per identificar riscos
 GESTIÓ RISCOS: Impulsar sistema notificació en tots els àmbits
 GESTIÓ RISCOS: reports mensuals a les reunions dels nuclis sobre notificacions rebudes i el seu anàlisi
 GESTIÓ RISCOS: informe semestral a CDirecció sobre les notificacions i anàlisis fets
 GESTIÓ RISCOS: definir programa d'auditories proactives a realitzar durant l'any en curs
 GESTIÓ RISCOS: informes dels resultats de les auditories fetes en els nuclis de seguretat i en el CD al menys semestralment
 GESTIÓ RISCOS: realització de mapes de riscos de BSA en base als anàlisis proactius (processos analitzats) i reactius (notificacions, briefings, etc). Establir classificació dels riscos segons gravetat i prioritització d'accions.. Revisar al menys semestralment
 GESTIÓ RISCOS: Comunicar relació semestral d'accions de millora proposades i situació
 GESTIÓ RISCOS: Disposar d'un protocol de segones víctimes
 AVALUACIÓ: Definir els responsables de seguiment dels diferents indicadors
 AVALUACIÓ: seguiment indicadors de seguretat del Departament de Salut.

	PLA DE SEGURETAT DEL PACIENT DE BSA 2023-2025	
Edició: 1	Data: 15-01-2023	Pàgina 31 de 31

SEMESTRAL

AVALUACIÓ: seguiment indicadors de seguretat del pacient propis de BSA:

ACTUALITZAR i fer seguiment al menys Semestral

AVALUACIÓ: seguiment indicadors d'accions de millora programades

AVALUACIÓ: informe semestral dels resultats i accions a fer

COMUNICACIÓ ACCIONS: informe semestral difundir BSA canals comunicació segons Pla comunicacio BSA

COMUNICACIÓ ACCIONS: espai intranet per publicar informacions d'interés de segpac

COMUNICACIÓ ACCIONS: informe anual per grups d'interés

GENERAR CONEIXEMENT:

MEDICIO DEL PLA DE SEGURETAT I GESTIÓ RISCOS: informe-memòria anual amb el model de medicació aprovat en el pla de seguretat (capítol VIII)

AUDITORIA DEL PROPI PLA DE SEGURETAT (anual)

RELACIÓ PROJECTES COL·LABORATIUS AMB ENTITATS EXTERNES

RECURSOS HUMANS: compliment requisits amb formació, temps dedicació i DPO

IDENTIFICACIÓ NECESSITATS TÈCNIQUES ANUALS.