

# **Manual d'avaluació del Programa d'Accreditació d'Hospitals Generals**

BOIB (núm. 38, de 25 de març de 2023)

Juny 2023



**G** CONSELLERIA  
**O** SALUT I CONSUM  
**I** DIRECCIÓ GENERAL  
**B** RECERCA SALUT,  
FORMACIÓ  
I ACREDITACIÓ

## **Coordinació**

Alejandro Bosch Fitzner, tècnic d'acreditació del Servei d'Avaluació, Acreditació i Inspecció

José M<sup>a</sup> Vicens Gómez, cap del Servei d'Avaluació, Acreditació i Inspecció

Asunción Sánchez Ochoa, directora general de Recerca en Salut, Formació i Acreditació

## **Col·laboradors**

Atanasio García Pineda, Direcció General de Prestacions i Farmàcia; Eusebi Castaño Riera, Direcció General de Prestacions i Farmàcia; M<sup>a</sup> Eugenia Carandell Jäger, Servei de Salut de les Illes Balears; Joaquín María García Rodríguez, Servei de Salut de les Illes Balears; Rosa E. Duro Robles, Servei de Salut de les Illes Balears; María Amparo González Fernández, Servei de Salut de les Illes Balears; Rosa M<sup>a</sup> Valls, Servei d'Avaluació, Acreditació i Inspecció; Isabel Martí Alomar, Servei d'Avaluació, Acreditació i Inspecció; David Díez Barbas, Servei d'Avaluació, Acreditació i Inspecció; Marta Torres Juan, Hospital Universitari Son Espases; Roberto Oyarbide Lasarte, Hospital Universitari Son Espases; Mónica Jaume Vega, Hospital Universitari Son Espases; Montserrat García Minguillán, Hospital Universitari Son Llàtzer; Juana María Martorell Jaume, Hospital Comarcal d'Inca; Maria de la O Villagrasa Salas, Hospital de Manacor; Verónica San Nicolás Tirado, Hospital de Manacor; Alba Jiménez Mateo, Hospital General Mateu Orfila, i Maria Costa Marín, Hospital Can Misses.

## Introducció

La Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears, estableix que el sistema sanitari públic de les Illes Balears té com a fins primordials, entre d'altres, la prestació d'una atenció integral de la salut per procurar alts nivells de qualitat degudament controlats i avaluats, com també l'establiment de programes de millora contínua de la qualitat en la prestació dels serveis sanitaris. Posteriorment, la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, estableix que les comunitats autònomes han de garantir la qualitat de les prestacions i que aquestes són aplicables a tots els centres, públics i privats, i que és responsabilitat de les administracions públiques sanitàries vetlar pel compliment d'aquestes.

El context normatiu va portar, l'any 2012, a aprovar el Decret 46/2012, d'1 de juny, pel qual es regula el marc de qualitat dels centres, serveis i establiments sanitaris, es crea la Comissió Autònoma d'Accreditació dels Centres Sanitaris de les Illes Balears i s'aprova el Programa d'Accreditació d'Hospitals Generals, i a la posterior acreditació de sis hospitals públics i dos hospitals de titularitat privada. Després de deu anys d'aplicació, es va considerar imprescindible una actualització en la qual es tinguessin en compte l'evolució dels mateixos models de qualitat i seguretat de referència, l'aparició de noves bones pràctiques i la necessitat de simplificar determinats estàndards.

El resultat ha estat l'aprovació del nou Programa d'Accreditació d'Hospitals Generals (Ordre 8/2023 de la consellera de Salut i Consum de 21 de març de 2023 per la qual es modifica el Programa d'Accreditació d'Hospitals Generals, inclòs en l'annex del Decret 46/2012, d'1 de juny) i d'aquest Manual d'avaluació, el qual està constituït per 176 estàndards (124 d'obligatoris i 52 de recomanables) classificats en cinc categories. Els estàndards i la descripció d'aquests reflecteixen l'esperit del que es pretén aconseguir i, atesa la diversitat dels centres hospitalaris quant a cartera de serveis, grandària, titularitat, organització i funcionament, s'han de ser flexibles i s'han d'interpretar d'acord amb les evidències aportades, tenint en compte, així mateix, que determinats estàndards són requisits normatius.

Aquesta nova iniciativa s'ha consultat a la ciutadania i s'ha sotmès als tràmits d'audiència i informació pública corresponents, fet que ha possibilitat la participació ciutadana i l'accés al procés d'elaboració normativa.

## **Categoria I. Lideratge i estratègia**

### **1.1. Es disposa i es comunica la missió, la visió i els valors de l'organització. (Obligatori)**

La direcció ha d'establir, signar i comunicar la missió —la raó de ser—, la visió —allò que pretén aconseguir— i els valors de l'organització —com ha d'actuar.

La missió, la visió i els valors dels centres públics han d'estar alineats amb l'estratègia de la Conselleria de Salut i Consum.

### **1.2. S'elabora i es comunica una política de qualitat i seguretat des d'un enfocament no punitiu i de millora continuada. (Obligatori)**

La direcció han de documentar, aprovar i comunicar les intencions globals i l'orientació de l'organització relatives a la qualitat i la seguretat d'aquesta.

La política ha de distribuir-se mitjançant cartells, manuals de benvinguda, web i intranet al personal de l'organització. La política ha de revisar-se amb una periodicitat anual i especialment en aquells moments en què es produeixin canvis significatius en l'organització.

### **1.3. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees fomenten iniciatives en matèria de qualitat i seguretat de pacients. (Obligatori)**

Els directius, caps de servei o unitat, responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees de l'organització han d'establir i aprovar programes de millora de la qualitat. La direcció ha de comunicar aquests programes a la resta de personal, i ha d'establir i participar en els equips de seguiment.

### **1.4. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees es comprometen en la promoció en matèria de seguretat de les persones que treballen en l'organització. (Obligatori)**

L'equip directiu ha d'aprovar els programes en matèria de seguretat de les persones de l'organització. Els caps de servei i els responsables d'infermeria han d'assegurar-se que s'implanten les mesures corresponents als seus serveis.

### **1.5. L'equip directiu s'implica en activitats encaminades a la responsabilitat social corporativa. (Recomanable)**

L'equip directiu ha de participar en la identificació dels grups d'interès de l'organització i de les seves expectatives, en l'establiment de plans d'acció i en el seguiment de les accions derivades del pla.

En els centres públics s'han d'incorporar les directrius que estableix l'organisme competent en matèria de responsabilitat social corporativa.

**1.6. Hi ha una estructura organitzativa que defineix, revisa i actualitza de forma sistemàtica la política de qualitat i seguretat. (Obligatori)**

S'ha de disposar d'un comitè al nivell més alt de l'organització que revisi, amb una periodicitat mínima anual, el compliment de les accions que deriven de la política de qualitat i seguretat.

**1.7. El gerent o el director mèdic o assistencial és el màxim responsable de l'estructura organitzativa. (Obligatori)**

El director mèdic o assistencial ha de ser el màxim responsable de la qualitat de l'assistència que es presta i del compliment dels requisits de qualitat i seguretat clínica.

**1.8. Es defineixen les responsabilitats en els diferents processos que tenen lloc a l'organització. (Recomanable)**

Els processos de l'organització, recollits en el mapa de processos de l'organització (criteri mètodes), han de tenir definit un responsable únic, les funcions del qual han de ser el disseny del procés, la gestió, la interrelació d'aquest amb altres processos i la seva avaluació i millora. Han de disposar-se de fitxes de processos on quedin recollides les responsabilitats dels macroprocessos de l'organització.

**1.9. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees de l'organització participen en el reconeixement dels professionals que s'impliquen en la millora de la qualitat i seguretat dels pacients. (Recomanable)**

La direcció ha d'elaborar, documentar i aprovar un sistema en què es reculli el mecanisme de reconeixement públic per als professionals que s'impliquen en la millora de la qualitat i la seguretat. El sistema de reconeixement ha de recollir les accions periòdiques que du a terme la direcció per al reconeixement. Els reconeixements i les recompenses que es deriven de l'aplicació del sistema no han de ser lineals. El procés de reconeixement s'ha d'avaluar periòdicament. S'ha de valorar el nombre de treballadors que s'han avaluat per a l'establiment de reconeixements i recompenses. El sistema de recompensa i valoració s'ha d'avaluar —p. ex, amb enquestes de satisfacció de treballadors.

**1.10. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees promouen una cultura per a la innovació, la formació, la comparació i millora, etc. (Recomanable)**

Els directius, caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees han d'aprovar els programes d'innovació i destinar els recursos necessaris per desenvolupar-los.

### **1.11. Els directius participen en el desenvolupament d'un pla d'emergències i d'evacuació. (Obligatori)**

Els directius de l'organització han d'establir, aprovar i assegurar el manteniment d'un pla d'emergències, contra incendis i evacuació. Aquest pla l'ha de comunicar la direcció a la resta de personal, i ha d'establir i participar en els equips de seguiment.

### **1.12. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees s'impliquen i avaluen el compliment de la normativa sobre la Llei d'autonomia del pacient i la Llei orgànica de protecció de dades. (Obligatori)**

Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees han d'implantar mecanismes (comitès, grups de treball, auditories, etc.) per avaluar la normativa en matèria d'autonomia del pacient, protecció de dades i riscos laborals.

També, i en funció dels resultats de l'avaluació, han d'establir-se plans d'acció per esmenar les deficiències identificades, i la direcció ha d'establir revisions periòdiques de l'avanç del pla d'acció.

### **1.13. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees fomenten l'ús de metodologia basada en l'evidència científica i l'avaluació de la variabilitat de la pràctica clínica. (Obligatori)**

L'ús de metodologia basada en l'evidència científica ha de recollir-se en l'estratègia de qualitat i seguretat, política de qualitat i seguretat. Les guies de pràctica clínica, els processos assistencials, els protocols i les vies clíniques les han d'incorporar i desenvolupar els caps de servei i els responsables d'infermeria corresponents o altres responsables d'àrea.

També han de desenvolupar-se mecanismes per difondre guies de pràctica clínica elaborades per organismes autonòmics i nacionals.

S'ha d'avaluar l'ús de les guies de pràctica clínica, els processos assistencials, els protocols i les vies clíniques.

### **1.14. L'organització fomenta l'atenció a « la veu dels pacients» i l'opinió dels professionals. (Obligatori)**

Els directius han d'articular sistemes per conèixer i analitzar l'opinió de pacients i de professionals, i avaluar la informació que aquests generin.

Entre les accions que s'han de desenvolupar, cal incloure les reunions periòdiques amb associacions de malalts i ciutadans. També s'han d'avaluar els mètodes establerts sobre la base dels resultats obtinguts.

**1.15. Els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees comuniquen els serveis i els compromisos de qualitat (p. ex., cartes de compromisos). (Recomanable)**

S'han de disposar i comunicar als usuaris documents en què es recullen els serveis i els compromisos de qualitat que l'organització es compromet a complir.

Per comunicar els serveis i els compromisos de qualitat, l'organització pot desenvolupar cartes de serveis o de compromisos. Aquestes cartes les ha de signar la direcció. Els serveis i compromisos poden comunicar-se als usuaris mitjançant una pàgina web, tríptics, pòsters, etc. Els serveis i compromisos, així com el grau de compliment, han de revisar-se amb una periodicitat anual.

**1.16. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees impulsen l'aportació d'accions de millora que sorgeixen de les persones a càrrec seu. (Recomanable).**

S'han d'establir mecanismes que permetin canalitzar aportacions. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria o altres responsables de gestió d'àrees, han d'analitzar, valorar i estudiar la possible implantació d'aquelles accions de millora que sorgeixen de les persones a càrrec seu. Aquest procés ha de desenvolupar-se anualment.

Han de definir-se documentalment els processos existents per canalitzar aportacions. El procés ha de recollir com els directius, els caps de servei o unitat i els responsables d'infermeria analitzen, valoren i implanten aquelles accions de millora que sorgeixen de les persones a càrrec seu. S'ha de valorar el nombre de serveis on està implantat el procés, així com el nombre d'accions de millora sorgides.

Cada any s'ha de valorar el nombre d'accions de millora sorgides, així com el funcionament del procés en si.

**1.17. L'organització disposa i avalua un pla estratègic consensuat en què es tenen en compte les necessitats de salut de la població, la satisfacció dels pacients, la satisfacció dels treballadors, els indicadors assistencials, etc. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar una estratègia en la qual, partint de la missió, la visió i els valors, es defineixin objectius estratègics. S'han d'identificar els seus grups d'interès — clients, famílies, societat, medi ambient, proveïdors, administració pública, treballadors,

etc. Aquesta identificació pot produir-se en el conjunt d'activitats que defineixen el pla estratègic.

A més, el plantejament del Pla Estratègic ha de tenir en compte la informació sobre les característiques sociodemogràfiques i les necessitats de salut de la població de la seva àrea d'influència i les oportunitats actuals i futures.

L'estratègia dels centres públics ha d'estar alineada amb els plans estratègics corporatius.

L'equip directiu ha de dur a terme accions de seguiment, i s'ha de recollir documentalment l'avanç d'aquest. En el cas de no complir-se els objectius establerts, haurà de recollir-se una reflexió i la inclusió de nous elements per definir un nou pla estratègic.

### **1.18. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees participen en la identificació de les expectatives i necessitats de tots els grups d'interès. (Obligatori)**

L'equip directiu ha de tenir identificats els seus grups d'interès —clients, famílies, societat, medi ambient, proveïdors, administració pública, treballadors, etc. Aquesta identificació pot produir-se en el conjunt d'activitats que defineixen el pla estratègic. L'organització ha d'establir, per a cadascun dels grups d'interès, els mecanismes de què disposa per identificar expectatives —p. ex: clients (enquestes, grups focals, queixes i suggeriments... treballadors (enquestes, queixes i suggeriments, comitès d'empresa...), etc.

Han de dur-se a terme les accions previstes per identificar les expectatives dels grups d'interès. L'organització ha de disposar una periodicitat per avaluar els mecanismes establerts per identificar les expectatives.

### **1.19. Es disposa d'un pla de qualitat i seguretat. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un pla de qualitat i seguretat documentat en què es defineixi:

- L'estructura i els òrgans gestors de la qualitat i la seguretat.
- La metodologia implantada per gestionar la qualitat i la seguretat.
- Els sistemes de qualitat i seguretat implantats.
- Els objectius de qualitat i seguretat:
  - a) Plans d'acció dels objectius.
  - b) Com es desenvolupen.
  - c) Qui els desenvolupa.
  - d) Quan es desenvolupen.
  - e) Indicadors de seguiment dels objectius.



El pla de qualitat i seguretat s'ha d'avaluar a final d'any per comprovar el compliment de cada un dels objectius. Han d'haver-se constituït les estructures i els òrgans gestors. Per avaluar el desplegament, han de comprovar-se que els documents, actes, polítiques, plans, etc., els aproven els òrgans gestors de la qualitat que es defineixen en el Pla.

A més, s'ha d'avaluar també el desplegament dels objectius i de les accions que se'n deriven. Per a això, s'han d'exigir tots els documents, registres o evidències físiques que ho proven. Ha de revisar-se l'avanç del pla de qualitat amb una periodicitat anual, així com fer una revisió global en finalitzar el període de vigències d'aquest.

El pla de qualitat i seguretat ha de contenir les accions que desenvolupa l'hospital relacionades amb les estratègies de seguretat del pacient del Ministeri de Sanitat.

### **1.20. Es disposa de mecanismes per assegurar la participació activa de la ciutadania. (Obligatori)**

El centre hospitalari ha de disposar d'un pla en què es detallin els mètodes organitzats per a intervenció de la ciutadania en assumptes d'interès públic. Entre els mètodes definits, hi pot haver:

- mecanismes d'opinió
- espais estables de participació
- accions de voluntariat
- comissions de participació ciutadana

### **1.21. Es desenvolupen accions de promoció de la salut i d'hàbits saludables. (Obligatori)**

L'hospital ha de disposar de programes de promoció de la salut i hàbits saludables que continguin:

- Els responsables en matèria de promoció de la salut.
- El pressupost destinat a activitats de promoció de la salut.
- Els procediments perquè els pacients valorin les seves necessitats, especialment en aspectes com el tabaquisme, el consum d'alcohol, l'estat nutricional i l'estat psicològic.
- Informació per a pacients.
- Els indicadors d'avaluació dels programes de promoció de la salut.

### **1.22. El centre hospitalari defineix i aplica una estratègia per a l'atenció integral de pacients fràgils i vulnerables i dels seus cuidadors amb una mirada paliativa. (Obligatori)**

L'hospital ha de desplegar i avaluar aquelles accions que hi siguin aplicables i recollides en l'estratègia d'atenció de pacients fràgils i vulnerables i les persones que en tenen cura.

### **1.23. L'organització disposa d'un pla d'humanització. (Obligatori)**

La direcció de l'hospital ha de liderar i establir mecanismes que permetin avanços en l'atenció centrada en les persones. El pla ha d'especificar l'existència d'un responsable d'humanització del centre, la creació d'una comissió d'humanització i accions relacionades amb la personalització de l'atenció, l'acompanyament de pacients, la presa de decisió, la intimitat i el confort, etc.

### **1.24. Es defineixen objectius relatius a la qualitat i la seguretat dels pacients amb els professionals dels serveis mitjançant pactes de gestió i s'estableixen indicadors per al seguiment d'aquests. (Recomanable)**

La direcció ha d'establir amb els diferents serveis pactes de gestió que, d'una banda, garanteixin que els serveis atenen la necessitat del pacient i, per una altra, permetin el seguiment dels indicadors que monitoren les activitats de gestió i millora de la qualitat.

Els pactes de gestió han de disposar aquells indicadors definits en el Marc de Qualitat que, al costat d'uns altres, recullin estàndards i objectius predefinits.

Han d'establir-se reunions d'avanç dels indicadors recollits en els pactes de gestió. En el cas que en el Marc de Qualitat es defineixin nous indicadors, aquests han de recollir-se en els nous pactes de gestió. A més, s'han d'incorporar aquells indicadors que s'estimin oportuns per a la millora del servei.

### **1.25. Els directius de l'organització participen en l'elaboració i l'avaluació d'un pla que garanteix la continuïtat assistencial intranivells i internivells. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un pla de continuïtat assistencial intranivells i internivells, i aquest l'han d'haver aprovat els màxims responsables de l'organització i el servei implicat. El pla ha de contenir:

- Comissions de coordinació.
- Comissions mixtes hospital-atenció primària.
- Integració de processos.
- Informació assistencial (p. ex, accés a sistemes d'informació i elaboració d'informes de cures).
- Plans de cures.
- Guies clíniques conjuntes.

L'abast del pla de continuïtat assistencial ha d'englobar atenció primària, hospitals de mitjana i llarga estada i altres hospitals d'aguts.

També han de definir-se mecanismes d'avaluació del pla de continuïtat assistencial.

### **1.26. Es disposa d'indicadors per monitorar les estructures, els processos i els resultats clínics i de gestió de l'organització. (Obligatori)**

L'organització ha de definir un quadre de comandament amb aquells indicadors que li permetin avaluar el compliment de la missió, la visió i l'estratègia de l'organització. Per això, per als diferents indicadors i per a tots els nivells s'han de definir:

- L'indicador.
- La definició.
- La fórmula de càlcul.
- La freqüència de mesurament.
- La persona responsable del mesurament.

S'han de disposar d'aquells indicadors definits com a clau pel SNS, pel Marc de Qualitat de la Conselleria de Salut i Consum i pels estàndards i recomanacions del SNS.

### **1.27. S'utilitzen els resultats dels indicadors de qualitat com a elements de millora continuada. (Obligatori)**

Els indicadors de qualitat han d'incorporar-se als processos de revisió anuals dels pactes de gestió, dels contractes de gestió, dels plans de qualitat i dels plans estratègics, establint-se accions de millora vinculades als resultats obtinguts.

### **1.28. S'inclouen els indicadors clau en el quadre de comandament de l'hospital per a l'avaluació i les propostes de millora. (Obligatori)**

Els indicadors clau inclosos en aquest Programa d'Accreditació han de monitorar-se en l'organització de manera contínua i s'han d'incorporar en els processos de revisió anuals dels pactes de gestió, dels contractes de gestió, dels plans de qualitat i dels plans estratègics.

### **1.29. Es disposa i es remet a la Conselleria de Salut i Consum un informe o memòria anual d'activitats lligades al marc de qualitat o acreditació. (Obligatori)**

Ha de disposar-se d'una memòria anual d'activitats que contengui informació sobre:

- Avanços en la política de qualitat i seguretat.
- Objectius estratègics.
- Pla de Qualitat i Seguretat.
- Recursos econòmics.
- Recursos humans.
- Indicadors d'impacte en la societat.

A més, ha de contenir informació dels indicadors aplicables al centre i un resum de les accions de millora derivades de les avaluacions internes i externes.



### **1.30. S'identifiquen, conforme a l'estratègia, els processos clau de l'organització. (Recomanable)**

L'organització ha d'identificar els processos clau a fi que siguin coherents amb la missió, la visió i l'estratègia de l'organització i que assegurin la satisfacció de les necessitats de pacients, famílies, usuaris i professionals.

En el pla estratègic s'ha de fer una referència a aquells processos que l'organització ha identificat com a claus. A més, hi ha d'haver un conjunt d'iniciatives per a la millora dels processos clau de l'organització. S'han de comprovar les accions de desenvolupament relacionades amb els processos clau. Ha d'haver-hi un seguiment —mitjançant indicadors— dels processos claus de l'organització.

## **Categoria II. Persones**

### **2.1 Es disposa i es comunica a l'organització una política de recursos humans adequada per a la prestació d'una assistència de qualitat. (Obligatori)**

S'ha definit, aprovat i comunicat una política de recursos humans alineada amb l'estratègia de l'organització i els procediments derivats que permetin:

- La captació de personal per a les vacants disponibles.
- L'avaluació de les accions formatives, habilitats i coneixements.

Ha de disposar-se d'una avaluació del coneixement de la política per part dels treballadors.

### **2.2 Es disposa d'un pla de recursos humans en què s'analitzen les necessitats actuals i futures de recursos humans, tenint en compte les necessitats i les expectatives dels grups d'interès. (Recomanable)**

Es realitza una planificació periòdica dels recursos humans definint els recursos necessaris, la formació, les habilitats, els coneixements, els processos de contractació, a més d'altres requisits per cobrir les necessitats i les expectatives dels grups d'interès. Per això, s'ha de tenir en compte:

- La missió, la visió i els valors de l'organització.
- Els usuaris destinataris dels serveis.
- La tecnologia existent en l'organització.

Per planificar els recursos necessaris s'ha de comptar amb les referències que s'estableixen en els estàndards i les recomanacions del SNS.

### **2.3 Es defineixen els perfils professionals i les competències necessàries per dispensar la millor assistència. (Obligatori)**

S'ha de definir per a cada lloc de treball:

- formació
- habilitats
- coneixements
- experiència
- altres requisits personals
- definició de les funcions i responsabilitats

### **2.4 Es disposa d'un sistema d'avaluació de l'acompliment. (Recomanable)**

S'han d'avaluar les habilitats i els coneixements necessaris i el comportament laboral. L'avaluació l'ha de fer el servei o departament al qual pertany la persona treballadora. Es recomana que l'avaluació sigui biennal per a cada membre de l'organització. Aquesta avaluació ha de ser un dels elements d'entrada per a la definició de la formació.

### **2.5 Es disposa d'un sistema de retribució i incentivació lligat al rendiment. (Recomanable)**

El sistema de retribució ha de lligar una retribució-incentivació en funció del compliment d'objectius. També s'ha de disposar de dades de satisfacció amb el sistema de retribució i incentivació.

### **2.6 Es duen a terme enquestes de satisfacció autoritzades, comparables i representatives, i se'n comuniquen els resultats. (Obligatori)**

Les enquestes de satisfacció han d'elaborar-se amb una periodicitat mínima de dos anys i han de llançar-se al 100 % de la plantilla, independentment de la seva condició. En les enquestes han de recollir-se preguntes referents a la valoració del lideratge, la comunicació amb l'estratègia, el procés d'incorporació, etc.

### **2.7 Se supera el percentatge de treballadors amb discapacitat exigida per la normativa. (Recomanable)**

Segons s'estableix en la normativa en vigor, les empreses públiques i privades que ocupin un nombre de cinquanta treballadors o més estan obligades que, entre aquests, almenys el 2 % tinguin alguna discapacitat.

### **2.8 Es disposa de mecanismes per als treballadors que els permetin opinar sobre els seus caps i directius. (Recomanable)**

L'organització ha d'establir diversos mitjans per opinar sobre els caps directes, i aquests poden ser enquestes de satisfacció, valoració 360, etc.

### **2.9 Es disposa d'un reglament de règim interior aprovat i conegut. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un reglament de funcionament intern, el qual ha d'incloure informació sobre línies de responsabilitat —organigrama funcional—, disciplina, directrius ètiques, mètodes d'identificació (nom, llinatges i categoria) i diferenciació del personal de l'organització, etc.

### **2.10 Es disposa d'un pla actualitzat de prevenció de riscos laborals i estrès professional i d'atenció a segones víctimes. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un pla de prevenció de riscos laborals, el qual ha de recollir els instruments de què disposa per detectar, prevenir i actuar davant els riscos professionals. A més, cal disposar d'avaluacions de risc i dels plans de millora derivats.

S'ha d'incloure, pel risc laboral i per a la seguretat de pacients, les vacunacions que hagi de rebre el personal treballador.

El pla ha d'incloure les accions existents en l'organització per atendre segones víctimes en aspectes relacionats amb la seguretat de pacients.

### **2.11 Es disposa d'un pla de lluita contra les agressions als professionals. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un pla de lluita contra les agressions, el qual ha de recollir els instruments de què disposa l'organització per detectar, prevenir i actuar davant les agressions que pateixin els professionals.

### **2.12 S'identifiquen les titulacions i les especialitats dels professionals sanitaris de l'organització i es disposa d'un procediment per actualitzar-les. (Obligatori)**

L'organització ha de garantir que compta amb uns professionals capacitats per prestar el servei. Per això s'han d'avaluar les credencials dels professionals —titulació necessària, formació i experiències addicionals.

### **2.13 Es disposa d'un pla de formació continuada. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un pla de formació que permeti aconseguir una actuació correcta del personal, l'aprenentatge de noves tècniques, l'ús de nous equips i procediments, etc. Els elements d'entrada per al disseny del pla de formació poden ser: l'avaluació de l'acompliment, la introducció de tecnologies, les pràctiques clíniques noves, etc. El pla de formació ha de contenir els mètodes existents de detecció de les necessitats de formació —enquestes, entrevistes, comunicats, sol·licituds, etc.

Els serveis han de disposar, a més, d'un calendari de sessions propi o compartit.

El pla de formació i les sessions han de recollir accions formatives acreditades.

### **2.14 Es disposa d'una estratègia de formació sanitària especialitzada i de pregrau. (Recomanable)**

L'organització ha de recollir la formació sanitària especialitzada (pròpia o com a centre associat) dins l'estratègia del centre, a més de disposar d'una anàlisi de la seva capacitat docent.

A més, han d'haver-se desenvolupat les estructures organitzatives necessàries per gestionar la docència especialitzada, com ara el desenvolupament documental necessari per organitzar correctament l'activitat docent (processos d'acolliment, supervisió, seguiment, avaluació i satisfacció), la disponibilitat d'una comissió de docència, etc.

### **2.15 Es garanteix i es fomenta l'accés dels professionals als programes de formació continuada sobre qualitat. (Obligatori)**

Per garantir l'accés a la formació, cal que l'organització:

- Estableixi i comuniqui els criteris que defineixen les prioritats en l'ús dels recursos formatius.
- Defineixi mecanismes d'accés als recursos formatius.
- Dicti normes internes de suport i control de formació externa a fi d'alinejar la formació institucional i la individual.
- Disposi de recursos per a la formació externa d'elevat cost o de llarga durada.

### **2.16 Es disposa d'un pla de formació i d'integració dels professionals de nova incorporació. (Obligatori)**

S'ha de disposar de mètodes (p. ex., un manual d'acolliment) perquè les persones de nova incorporació disposin d'una orientació general del centre i de les funcions que hi ha a dins. L'orientació ha d'incloure informació sobre qualitat i seguretat de pacients i supervisió per part del personal de més experiència.

Per a aquells serveis més crítics (medicina intensiva, urgències, neonatals, etc.), s'ha de disposar de plans d'acolliment específics.

### **2.17 S'avalua l'impacte dels programes de formació i desenvolupament de les persones. (Recomanable)**

L'organització ha de disposar d'un mètode que permeti avaluar si les accions formatives que s'engloben en el pla de formació continuada compleixen amb els objectius establerts i si es milloren els resultats de l'assistència. Aquesta avaluació ha de fer-se una vegada finalitzada l'acció formativa, i es pot dur a terme mitjançant un examen individual a l'assistent o una valoració global per part d'un superior jeràrquic.

### **2.18 Es disposa de mecanismes de comunicació interna ascendent i descendent. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un pla o de mecanismes per a la comunicació de normativa de funcionament, convocatòries, notícies d'interès general, etc. —comunicació descendent—, a més de disposar de bústies de suggeriments, cartes, pòsters, programes de portes obertes, enquestes de satisfacció, comitès, equips multidisciplinaris, etc., com a mecanismes de comunicació ascendent.

La direcció ha de disposar de mecanismes que permetin avaluar l'eficàcia dels mecanismes de comunicació.



### **2.19 Es fomenten estructures i mecanismes de participació dels professionals en la definició dels objectius. (Obligatori)**

Perquè l'establiment dels objectius sigui un procés consensuat, s'han de planificar i acordar entre els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i les persones a càrrec seu les ponderacions dels objectius, els criteris de mesurament i els nivells de compliment dels objectius.

### **2.20 Es disposa de comissions i reglaments d'aquells òrgans participatius amb funció assessora que permeten tractar aspectes com la qualitat, la seguretat, la bioètica, etc. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar de comissions, les quals tenen la funció d'identificar i registrar les accions de millora de la qualitat, la seguretat i la bioètica, així com avaluar l'eficàcia de la implantació d'aquestes. Cadascuna de les comissions creades ha de disposar d'un reglament de funcionament.

Es considera que les comissions o comitès de què cal disposar són:

- cures d'infermeria
- història clínica
- infecció i política antibiòtica
- mortalitat
- seguretat del pacient

A més, aquells serveis i unitats que per la seva especificitat ho requereixin, han de disposar de grups de treball per tractar aspectes de qualitat, seguretat i bioètica.

### **2.21 Es disposa d'un sistema de reconeixement i recompensa per als professionals que participen en la millora de la qualitat i en el compliment dels objectius. (Recomanable)**

L'organització ha d'establir prèviament els programes de reconeixement en què es defineixi clarament la recompensa que s'obtindrà en el cas de complir els objectius. Els programes han de tenir les consideracions següents:

- Reflectir els valors i l'estratègia de l'organització.
- Ser flexibles, a fi de tenir en compte les individualitats.
- Resultar proporcionals als assoliments aconseguits.
- Estar aprovats per la direcció.
- Disposar d'un sistema de comunicació dels reconeixements.

### **2.22 L'organització disposa de mecanismes de sanció. (Recomanable).**

Aquests mecanismes de sanció els han de conèixer els membres de l'organització, i s'han de recollir en un reglament. Ha d'avaluar-se l'eficiència dels mecanismes de penalització.

### **2.23 Hi ha establert i s'aplica un sistema de beneficis socials i altre tipus de beneficis per als treballadors. (Recomanable)**

El sistema de beneficis socials per als treballadors ha de ser públic i l'han de conèixer els treballadors. Aquests beneficis socials poden preveure:

- Assegurança de vida.
- Assegurança mèdica.
- Cobertura per incapacitat o invalidesa.
- Millora de la conciliació familiar.
- Fons de pensions.
- Classes d'esport.
- Guarderia per a fills i filles.
- Servei gratuït de menjar durant la jornada laboral.

### **2.24 Es disposa de recursos humans necessaris per garantir la presència física durant l'horari d'assistència. (Obligatori)**

L'organització ha de definir documentalment la forma en què s'assegura la disponibilitat de recursos humans, a fi de garantir en tot moment l'assistència sanitària.

Cal establir com a referent dels recursos humans necessaris els estàndards i les recomanacions del Sistema Nacional de Salut.

### **2.25 Es disposa de sistemes d'informació que permeten controlar l'absentisme i el grau de cobertura de la plantilla teòrica. (Obligatori)**

L'hospital ha de disposar de sistemes d'informació que permetin disposar de la cobertura de les diferents unitats d'infermeria en funció de la plantilla teòrica autoritzada.

## **Categoria III. Aliances i recursos**

### **3.1 Es disposa d'una política per establir aliances amb altres organitzacions. (Obligatori)**

L'organització ha de definir una política o estratègia d'aliances que li permeti:

- Identificar associats estratègics.
- Millorar la relació amb els proveïdors, incloent-hi altres proveïdors assistencials.
- Establir objectius conjunts amb associats i proveïdors.
- Establir condicions d'intercanvi de personal.
- Actuar davant associacions i voluntaris.

Les estratègies també poden fer-se entre serveis i unitats. En tots dos casos, les polítiques i aliances han d'avaluar-se.

### **3.2 L'organització planifica les activitats de comparació de l'activitat assistencial (*benchmarking*) per tal de permetre la comparabilitat externa. (Recomanable)**

El centre ha de definir mecanismes que permetin comparar les seves pràctiques i resultats assistencials amb altres organitzacions del sector o d'altres sectors, estàndards internacionals o altres.

El centre ha de presentar informació en què compari els seus resultats amb les d'organitzacions de característiques similars en el sector. A més, ha de disposar de mecanismes (comitès, fòrums, grups de treball, etc.) que permetin comparar pràctiques.

### **3.3 Es disposa d'un procediment per adquirir material, basat en l'evidència científicotècnica i en la seguretat. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un document aprovat per la direcció en què es defineixi el mètode per adquirir material, a més de definir els mètodes de control que assegurin que les adquisicions es fan segons l'evidència científicotècnica i de seguretat, i que no hi ha adquisicions que no segueixin aquest procés. A més, el document ha de descriure que les compres de sang, hemoderivats, teixits i ossos s'han de fer al banc comunitari.

Aquest procediment també ha d'incloure el coneixement, per part de l'organització, de les autoritzacions de fabricació, distribució i venda dels proveïdors de productes sanitaris.

### **3.4 Es disposa d'una sistemàtica per assegurar la certificació de qualitat dels productes sanitaris. (Obligatori)**

S'ha de disposar d'un procediment que assegurin que en adquirir productes sanitaris s'incorpora de manera inequívoca la certificació de qualitat. L'abast d'aquest procediment ha d'incloure qualsevol instrument, dispositiu, equip, material o un altre article, utilitzat

sol o en combinació (incloent-hi els programes informàtics), que intervenguin en el bon funcionament d'aquest, destinat pel fabricant a ser utilitzat en éssers humans amb finalitats de:

- Diagnòstic, prevenció, control, tractament o alleujament d'una malaltia.
- Diagnòstic, control, tractament, alleujament o compensació d'una lesió o d'una deficiència.
- Recerca, substitució o modificació de l'anatomia o d'un procés fisiològic.
- Regulació de la concepció.

### **3.5 Es disposa d'un pla per millorar les relacions amb els proveïdors. (Recomanable)**

El pla ha de contenir un procediment per seleccionar el proveïdor, de tal forma que s'asseguri que en els productes i serveis comprats o contractats s'inclouen:

- Les característiques quantitatives i qualitatives del servei.
- L'exigència de certificats de qualitat.
- Aspectes de sostenibilitat ambiental.

El pla ha de contenir el mètode per a l'avaluació periòdica dels serveis contractats. Aquest pla ha de contenir també els serveis assistencials contractats.

### **3.6 S'inclouen com a elements indispensables en les compres de mobiliari els sistemes de seguretat i de contenció per prevenir les lesions dels pacients. (Obligatori)**

En les noves adquisicions de mobiliari, el centre ha de recollir els sistemes de seguretat, immobilització i confort, a fi de millorar l'hospitalització de pacients (p. ex.: baranes en llits, elements d'immobilització homologats, agafadors en banys, matalassos antiescares, etc.).

### **3.7 Es disposa d'un pla de seguretat actualitzat per a l'edifici en relació amb les catàstrofes (incendi, explosió, etc.) en què es defineix la senyalització i l'evacuació dels treballadors i dels pacients. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un pla de seguretat, el qual ha de recollir:

- La freqüència d'inspecció, les proves i el manteniment dels sistemes de seguretat.
- La revisió del pla d'evacuació de la instal·lació.
- La formació que es requereix al personal per protegir i evacuar els pacients i treballadors de manera segura.
- La realització periòdica de simulacres.

Hi ha d'haver un responsable d'implantació, control i avaluació del pla de seguretat.

### **3.8 Es disposa d'un programa de control dels aparells i dels equips d'electromedicina. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un programa de control documentat que defineixi:

- Els mètodes de selecció i adquisició dels equips.
- L'inventari i la identificació dels equips.
- Els mètodes d'inspecció, validació, calibratge i manteniment dels equips.
- Els protocols d'ús, maneig i protecció.

### **3.9 Es dissenya el centre tenint en compte els criteris d'accessibilitat, adaptabilitat i seguretat d'usuaris, familiars i personal. (Obligatori)**

El centre ha de disposar d'un mètode documentat per identificar barreres arquitectòniques i sensorials. El mètode ha de recollir:

- Identificació i descripció de barreres arquitectòniques i sensorials.
- Accions de minimització i reducció.
- Accions de seguiment de les incidències.
- Responsables.

### **3.10 Es dissenyen els nous espais de manera que faciliten la intimitat, la confidencialitat i el confort (temperatura, humitat, qualitat de l'aire, lluminositat, etc.). (Obligatori)**

L'organització ha de definir, per als diferents espais del centre, criteris sobre els aspectes següents:

- il·luminació
- ventilació
- privacitat visual i acústica
- separació entre llits a les habitacions
- climatització

Periòdicament, l'organització ha de verificar el compliment dels criteris, a més de valorar la percepció dels usuaris sobre aquests aspectes.

### **3.11 Es disposa d'àrees de dol per a familiars i acompanyants. (Obligatori)**

Els centres hospitalaris que tractin pacients en situació pal·liativa han de comptar amb una habitació individual amb nivells de confort i intimitat adequats i que permetin estar acompanyats per una persona familiar.

### **3.12 Es disposa d'un pla de manteniment de l'edifici i les instal·lacions. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un pla de manteniment preventiu en què s'identifiquin les necessitats de reforma, ampliació i creació de nous espais. A més, ha de disposar d'una sistemàtica per solucionar les accions de manteniment correctiu.

### **3.13 Es controlen les caducitats i les condicions d'emmagatzematge de material fungible i fàrmacs que s'emmagatzemen a les unitats. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un procediment global on hi hagi:

- La identificació del lloc d'emmagatzematge de material fungible i fàrmacs.
- Les característiques d'emmagatzematge, a fi d'assegurar el bon estat del material fungible i els fàrmacs.
- Un mètode de control de les caducitats del material fungible.
- Els responsables de control del material fungible i dels fàrmacs.
- La gestió dels productes caducats.

### **3.14 Es disposa d'un sistema de control i gestió de medicaments, productes sanitaris i altres productes farmacèutics que assegura la disponibilitat d'existències per prestar l'assistència sanitària. (Obligatori)**

L'hospital ha de disposar d'un sistema que permeti un subministrament regular de medicaments i productes sanitaris amb un volum d'emmagatzematge baix i que inclogui la projecció de l'evolució de consum i les accions de contingències en casos d'absència de medicaments.

### **3.15 L'organització disposa d'un pressupost anual d'ingressos i despeses alineat amb els objectius. (Obligatori)**

S'ha de disposar d'un pressupost que evidencii la correlació de l'organització amb les activitats previstes, la participació dels diferents responsables i les activitats de seguiment.

### **3.16 S'assegura la transparència de l'organització quant a l'activitat i els resultats assistencials. (Recomanable)**

L'organització ha de disposar de mitjans de transparència en la gestió, amb la comunicació pública dels resultats d'aquesta, com per exemple indicadors d'accessibilitat, estada mitjana, mortalitat, reingressos, complicacions, cesàries i infeccions (p. ex., publicació de memòries).

### **3.17 S'identifiquen les condicions d'accessibilitat al centre (transport públic, places de pàrquing de pagament i gratuïtes, etc.). (Recomanable)**

L'organització ha de conèixer i comunicar als usuaris:

- El nombre de places de pàrquing gratuïtes i de pagament.
- Les línies de transports urbans pròxims al centre.

- Les parades de taxis pròximes al centre.
- La forma de connexió amb les zones d'influència del centre.

### **3.18 El centre disposa d'un pla d'inversions a curt, mitjà i llarg termini. (Recomanable)**

L'organització ha de planificar les inversions (en infraestructures, materials, tecnològiques, etc.) tenint en compte els costos, els períodes d'amortització, la productivitat teòrica calculada de la inversió i la justificació de la necessitat de la inversió.

### **3.19 Es disposa d'una pòlissa vigent d'assegurança o autoassegurança que cobreix els riscos d'indemnitzacions en cas de sinistres i lesions a usuaris per la praxi professional, negligència o errades en l'organització. (Obligatori)**

Als hospitals hi ha d'haver una pòlissa d'assegurances que cobreixi, en cas de sinistre, el cost de reposició de la infraestructura, el mobiliari, l'utilatge i de responsabilitat civil.

### **3.20 Es disposa de circuits diferenciats per al transport intern de material brut i net. (Obligatori)**

Les zones netes i brutes als blocs de quirúrgics, obstètrics, urgències, hospitalització, UCI, etc. han d'estar clarament identificades i han de disposar de normes de funcionament que assegurin la diferenciació del transport del material brut i net.

### **3.21 Es disposa de mitjans que assegurin una continuïtat del subministrament d'aigua, energies i comunicacions. (Obligatori)**

Aquests sistemes han d'assegurar el subministrament les 24 hores del dia. Per això, cal que:

- Identifiqui les necessitats d'il·luminació, refrigeració, manteniment vital, comunicació i aigua neta.
- Avalui i minimitzi els riscos d'avaries.
- Planifiqui fonts de subministraments d'emergència per a l'energia, les comunicacions i l'aigua potable.
- Revisi les fonts de subministrament d'emergència.
- Documenti els resultats de les inspeccions.

### **3.22 Es disposa d'un pla per atendre les necessitats d'informació pròpies i alienes. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar de documents que defineixin els mecanismes per gestionar adequadament la informació clínica.

Aquests documents han de contenir, almenys, els aspectes següents:

- Els mitjans per garantir la conservació, la custòdia, la seguretat i la disponibilitat de la informació.
- El responsable dels sistemes d'informació.
- Els mitjans de seguretat i confidencialitat.
- Els nivells d'accés segons necessitats i responsabilitats.
- Els sistemes d'informació d'organismes oficials.
- L'accés dels clients a la seva informació clínica.

### **3.23 Es compleix la normativa vigent per protegir les dades de caràcter personal. (Obligatori)**

L'organització ha d'establir el nivell de seguretat i de confidencialitat per a les diferents categories d'informació. Per a cadascuna de les categories, s'ha de definir:

- Les persones que tenen accés a la informació.
- Les persones que introdueixen les diferents categories d'informació.
- El tipus d'informació a la qual es té accés.
- El procés que se segueix quan es viola la confidencialitat i la seguretat.
- El temps de conservació de la informació.
- Les auditories periòdiques del compliment de la normativa.
- El desenvolupament de plans de millora de les auditories.

### **3.24 Es disposa d'un procediment per garantir la seguretat dels béns personals dels pacients. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un procediment documentat que garanteixi la custòdia de les pertinences personals dels pacients de les àrees d'urgències, hospitalitzats i CMA, dels que no puguin tenir una solució alternativa per a la protecció de les seves pertinences i d'aquells que siguin incapaços de prendre decisions respecte dels seus béns o pertinences.

### **3.25 Es disposa d'un pla de minimització de l'impacte ambiental. (Obligatori)**

L'organització ha d'identificar i controlar els impactes ambientals que provoca. Aquest pla ha de recollir les actuacions que du a terme l'organització amb relació a:

- La manipulació, l'ús i l'emmagatzematge de materials perillosos.
- L'inventari dels materials perillosos.
- La informació sobre els abocaments o l'exposició a materials perillosos.
- Els mitjans de protecció davant materials perillosos.
- L'inventari de residus perillosos.
- L'eliminació adequada de residus.
- La reducció del consum de recursos naturals.
- Els requisits legals lligats als impactes ambientals.





GOIB  
/

Hi ha d'haver un responsable d'implantació i seguiment del pla de minimització de l'impacte ambiental.

## **Categoria IV. Metodologia**

### **4.1 Es disposa de la cartera de serveis identificada, comunicada i autoritzada per l'autoritat competent. (Obligatori)**

L'organització ha de definir, comunicar i haver aprovat el conjunt d'unitats, tècniques, tecnologies o procediments, entenent per tals cadascun dels mètodes, les activitats i els recursos basats en el coneixement i d'experimentació científica, mitjançant els quals es fan efectives les prestacions sanitàries.

### **4.2 S'identifiquen els processos, els processos clau i els sub processos de l'organització, en els quals es detallen l'itinerari dels pacients de les activitats d'urgències, l'activitat ambulatoria, l'hospitalització, l'atenció quirúrgica i les proves complementàries. (Recomanable)**

L'organització ha d'identificar els processos que hi tenen lloc i recollir les seves interrelacions mitjançant el desenvolupament d'un mapa de processos.

Els processos definits han de detallar l'itinerari dels pacients de les activitats d'urgències, activitat ambulatoria, hospitalització, atenció quirúrgica i proves complementàries.

### **4.3 S'identifiquen, per als processos clau, els elements d'entrada d'aquests, incloent-hi la competència professional, la documentació associada, l'equipament que s'ha d'utilitzar i els requeriments associats a l'ambient de treball. (Recomanable)**

L'organització ha de tenir identificats aquells processos que incideixen de manera significativa en l'estratègia de l'organització. Dels processos clau identificats en l'organització, cal:

- Definir l'objecte del procés.
- Identificar els responsables del procés.
- Identificar el departament implicat.
- Definir l'inici i la fi del procés.
- Establir els indicadors de seguiment del procés.
- Referenciar les guies de pràctica clínica, vies clíniques i processos assistencials — aprovats— lligats al procés.

### **4.4 S'identifiquen els processos assistencials susceptibles d'aplicar-hi una metodologia d'innovació de processos. (Recomanable)**

L'organització ha d'identificar processos en els quals desenvolupar un sistema de millora que incorpori canvis en l'organització del treball amb l'objectiu de millorar la qualitat i seguretat i la millora del rendiment.

#### **4.5 Es disposa i s'implanta un protocol únic per a la identificació inequívoca de pacients. (Obligatori)**

El centre ha de disposar d'un protocol d'identificació de pacients en què es descrigui amb detall el sistema d'identificació que hi ha al centre, les accions de conscienciació que s'estableixen, les accions formatives que s'imparteixen i la informació que s'ha d'impartir al pacient sobre aquest aspecte.

El sistema d'identificació ha de ser mitjançant una polsera o sistema equivalent:

- S'ha de disposar dues identificacions, llinatges i nom, data de naixement, número d'història clínica i número de targeta sanitària. No s'ha d'emprar com a identificació el número de llit o habitació.

El protocol ha de contenir criteris clars per a diferents pacients amb el mateix nom, la identificació de pacients no identificables i la identificació de nounats. També ha de disposar dels mecanismes d'avaluació, com ara auditories d'identificació de pacients.

#### **4.6 Durant el procés assistencial es té identificada la persona responsable de l'atenció. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar de sistemes per identificar el professional que té a càrrec seu coordinar la informació i l'assistència sanitària del pacient o de l'usuari, amb el caràcter d'interlocutor principal amb aquest en tot el que es refereix a la seva atenció i informació durant el procés assistencial, sens perjudici de les obligacions d'altres professionals que participen en les actuacions assistencials.

#### **4.7 Es disposa de procediments d'acolliment dels pacients a les unitats d'hospitalització. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un procediment que descrigui l'avaluació de risc potencial que inclogui l'avaluació física, nutricional, psicològica, social i econòmica; el risc de sofrir úlceres per pressió; el risc de caigudes; les al·lèrgies medicamentoses, alimentàries i de contacte; la hipersensibilitat a drogues, i la sospita de maltractament.

#### **4.8 S'assegura el compliment de la Llei d'autonomia del pacient pel que fa al contingut i a la gestió de la història clínica. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un pla de control del compliment i de la qualitat de les històries clíniques. La història clínica de cada pacient diagnosticat o tractat ambulatoriament, en urgències o hospitalitzat, ha de complir els requisits següents:

- Identificar el pacient.
- Donar suport al diagnòstic.
- Justificar el tractament.

- Documentar l'evolució i els resultats del tractament.
- Identifiqui el professional responsable de l'atenció al pacient.
- Incloure necessitats d'educació en salut.
- Disposar del consentiment informat en els casos en què s'exigeixi.

#### **4.9 S'obté el consentiment informat per escrit en els casos d'intervenció quirúrgica, procediments diagnòstics i terapèutics invasors i, en general, en els procediments que suposin riscos o inconvenients de notòria i previsible repercussió negativa sobre la salut del pacient. (Obligatori)**

S'ha de garantir que, segons s'estableix en la normativa vigent, s'emplena un formulari normalitzat de consentiment informat.

El consentiment informat ha de contenir els aspectes següents:

- Objectius de la intervenció: per a què es fa.
- Beneficis de la intervenció: quina millora espera obtenir-s'hi.
- Riscos, molèsties i efectes secundaris possibles, incloent-hi els derivats de no fer la intervenció.
- Alternatives possibles a la intervenció que es proposa.
- Explicació breu del motiu que porta el sanitari a triar-ne una i no d'altres.
- Possibilitat de retirar el consentiment de manera lliure quan vulgui.

La informació sobre els riscos en els formularis escrits de consentiment informat, ha de ser la següent:

- Conseqüències segures de la intervenció.
- Riscos típics de la intervenció: els que normalment s'espera que es produeixin, segons l'estat i el coneixement actual de la ciència, i aquells que per la seva gravetat, no per la seva freqüència, poden aparèixer.
- Riscos personalitzats: aquells que es deriven de les condicions peculiars de la patologia o l'estat físic del pacient, així com de les circumstàncies personals o professionals rellevants.
- Contraindicacions.
- Disponibilitat explícita a ampliar tota la informació si el pacient ho vol.

A un pacient cal proporcionar-li tota la informació que necessiti per prendre una decisió.

#### **4.10 Es disposa de mecanismes que permetin identificar els pacients que han fet una declaració de voluntats anticipades. (Obligatori)**

L'hospital ha de disposar de mecanismes que permetin identificar aquells usuaris que han declarat voluntats anticipades. Aquesta informació ha d'indicar-se en la història clínica del pacient perquè la coneguin tots els professionals sanitaris que l'atenen.

#### **4.11 Es disposa i s'implanta un protocol d'atenció a persones amb necessitats pal·liatives. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un protocol que reculli:

- Avaluació dels pacients.
- Informació i comunicació als pacients.
- Control dels símptomes.
- Tractament del dolor.
- Suport psicosocial i espiritual.
- Atenció els darrers dies.
- Sedació pal·liativa.
- Dol.

També poden adoptar-se les guies que hagi aprovat el SNS o la Comunitat Autònoma.

#### **4.12 Es disposa i s'implanta un protocol per al maneig de pacients amb dolor. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un protocol per al maneig del pacient amb dolor, el qual ha d'establir:

- Els mètodes per identificar els pacients amb dolor durant l'avaluació inicial.
- Les pautes per al tractament del dolor.
- L'educació per al maneig del dolor que ha de donar-se al pacient i familiars.
- Les necessitats de formació per als professionals sanitaris en avaluació i tractament del dolor.

#### **4.13 Es disposa i s'implanta un protocol de prevenció de caigudes de pacients. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un protocol de prevenció de caigudes de pacients, el qual ha de recollir:

- La valoració del risc de caiguda:
  - anamnesi rigorosa
  - historial de caigudes
  - revisió de la medicació
  - valoració geriàtrica
  - exploració física
  - exploració dels òrgans dels sentits
  - exploració de l'equilibri i la marxa
- Les mesures de prevenció.
- La valoració del risc de caiguda i el registre d'aquest.
- La notificació i el seguiment de les caigudes.

#### **4.14 Es disposa i s'implanta un protocol o guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de les lesions per pressió. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un protocol que ha de contenir:

- L'avaluació del pacient.
- Les cures de la pell.
- El maneig de la pressió.
- Les cures en l'alimentació i la hidratació.
- El tractament de la ferida.
- El tractament del dolor.
- Les úlceres en cures pal·liatives.
- El suport psicosocial i educació per a la salut.
- El pla de cures.

També pot emprar-se la guia autonòmica.

#### **4.15 Es disposa i s'implanta un protocol per identificar i conciliar els tractaments previs dels pacients. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un protocol o de sistemes d'informació per garantir l'exactitud de les medicacions de les transicions assistencials que han de contenir el mètode d'obtenció i de registre del perfil farmacoterapèutic, la detecció i la resolució de discrepàncies amb la medicació activa, la comunicació dels canvis de prescripció, els sistemes de comunicació en les transicions assistencials (situació, antecedents, avaluació i recomanació) i la comunicació dels canvis que es produeixen al pacient, als familiars i al següent responsable sanitari.

#### **4.16 Es disposa i s'implanten procediments documentats per al control i l'aïllament de pacients. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar un protocol que reculli:

- Els mecanismes d'identificació dels pacients que s'han d'aïllar.
- Els mecanismes d'aïllament de pacients que actualment hi ha al centre.
- Els sistemes de reducció de l'impacte per a pacients, familiars i professionals.

#### **4.17 Es disposa i s'implanta un procediment per a la indicació de contenció mecànica. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un document que reculli:

- Els criteris d'aplicació de la contenció mecànica.
- Els mètodes de contenció.
- Les responsabilitats en la contenció mecànica.

- Les accions de control i seguiment dels pacients.
- Els indicadors de seguiment.

#### **4.18 Es disposa d'un pla de reducció de les infeccions. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un pla de reducció d'infeccions, el qual ha de ser global i ajustat a la grandària de l'organització i adaptat als pacients. Aquest pla ha de recollir:

- Els processos i procediments associats al risc de les infeccions.
- Les situacions en les quals es requereixen mitjans de prevenció (p. ex.: guants, màscares, solucions hidroalcohòliques).
- Les accions de control de les infeccions.
  - Els protocols específics per prevenir infeccions (p. ex.: prevenció de la infecció neonatal).
- Els processos, procediments i protocols existents de neteja d'instal·lacions i esterilització.
- Els responsables del pla, indicant-hi la formació requerida, l'experiència i la titulació.
- La comissió d'infeccions.
- Els indicadors utilitzats (pneumònia associada a la ventilació mecànica, bacterièmia, higiene de mans, infecció del tracte urinari, etc.).

Per als serveis que per les característiques i activitat ho requereixin (p. ex.: UCI, maternitat), ha de disposar-se d'un pla de prevenció d'infeccions adaptat.

#### **4.19 Es disposa de procediments per a l'actuació davant possibles epidèmies. (Obligatori)**

L'hospital ha de disposar de procediments per a administrar les emergències davant pandèmies. Els procediments han de descriure:

- Les estratègies de comunicació.
- L'administració de recursos.
- L'administració d'activitats clíniques durant un esdeveniment.
- La identificació i assignació de funcions i responsabilitats.

#### **4.20 S'apliquen les guies de pràctica clínica del Sistema Nacional de Salut o autonòmiques. (Recomanable)**

L'organització ha de fomentar l'ús de guies de pràctica clínica del SNS, per a això cal que:

- Comuniqui dins l'organització les guies de pràctica clínica en vigor.
- N'avaluï l'ús.
- N'adapti el contingut.

#### 4.21 Es disposa i s'implanta un procediment del procés quirúrgic. (Obligatori)

L'organització ha de definir documentalment el procés quirúrgic, el qual ha de contenir:

- La consulta externa quirúrgica:
- La consulta de preanestèsia d'acord amb les guies i recomanacions.
- El protocol de profilaxi antibiòtica.
- El protocol de prevenció del tromboembolisme.
- Una llista de verificació quirúrgica, que reculli (OMS):
  - La preinducció anestèsica:
    - confirmació de la identitat del pacient
    - lloc quirúrgic
    - marcatge de lloc quirúrgic
    - procediment
    - existència de consentiment informat
    - al·lèrgies
    - via aèria difícil
    - risc d'hemorràgia
  - Abans de la incisió:
    - presentació de l'equip
    - confirmació de la identitat del pacient, lloc quirúrgic i procediment
    - profilaxi antibiòtica
    - previsió d'esdeveniments crítics
    - visualització d'imatges diagnòstiques
  - Abans que el pacient surti del quiròfan:
    - nom del procediment
    - recompte d'instruments
    - etiquetatge de mostres
    - aspectes crítics de la recuperació i tractament del pacient
- Instal·lacions:
  - electricitat
  - climatització
  - instal·lacions mecàniques
- Manteniment en quiròfans.
- Recursos humans.
- Neteja, desinfecció i esterilització.
- Higiene de l'equip quirúrgic.
- Seguiment postoperatori.



#### **4.22 Es documenten i es desenvolupen vies clíniques. (Recomanable)**

L'organització ha de fomentar la documentació de vies clíniques com a instrument dirigit a estructurar les actuacions davant situacions clíniques que presenten una evolució previsible. Aquestes han de descriure els passos que han de seguir-se, establir les seqüències en el temps de cadascuna i definir les responsabilitats dels diferents professionals que hi intervindran.

L'organització ha de definir un calendari d'elaboració, revisió i actualització de vies clíniques.

#### **4.23 S'apliquen els estàndards i les recomanacions del Sistema Nacional de Salut. (Recomanable)**

L'organització ha de conèixer i implantar aquells elements recollits en els documents d'estàndards i recomanacions del SNS, especialment els relatius a drets i garanties dels pacients, seguretat de pacients, recursos humans i materials, indicadors de seguiment i organització.

#### **4.24 S'implanta un sistema de gestió de la sang i dels derivats. (Obligatori)**

L'organització ha de definir i implantar un sistema de gestió que inclogui:

- Els procediments per a la sol·licitud i l'obtenció de sang i derivats.
- El procediment per garantir la disponibilitat de sang i derivats.
- La definició dels criteris d'emmagatzematge de sang.
- Les reserves de sang exigides.
- El control de les caducitats.
- El procediment de donació i transfusió.
- Els mètodes d'hemovigilància (p. ex.: indicadors, etc.).
- Les responsabilitats en cadascuna de les fases.
- Altres.

#### **4.25 Es disposa i s'implanta un protocol de trasllat a altres hospitals de mitjana o llarga estada o a hospitals concertats. (Obligatori)**

L'organització ha de documentar i tenir implantat un protocol que contingui:

- La manera de traslladar el pacient.
- La definició de les responsabilitats del centre d'origen i de destinació.
- L'obligació de la documentació d'un informe per escrit de l'estat clínic:
  - diagnòstic a l'alta
  - plans de tractament i de cura
  - medicaments
  - resultats de les proves

- L'obligació de documentar el procés de trasllat en la història clínica.
- Altres.

#### **4.26 Es minimitza el temps de resposta en els processos assistencials prioritaris segons la normativa aplicable. (Obligatori)**

Per als processos assistencials lligats a l'estratègia, l'organització ha de desenvolupar les accions necessàries per millorar els temps de resposta.

Els processos assistencials prioritaris en aquest Programa d'Accreditació són els de tractament de càncer de mama, pulmó i còlon, a més dels que estableix la normativa.

#### **4.27 Es disposa d'un pla de gestió que assegura el compliment dels registres sanitaris oficials. (Obligatori)**

Els centres sanitaris han de disposar de plans i mecanismes de gestió per complir els registres de responsabilitat de la Conselleria de Salut i Consum, com ara els de Farmacovigilància, Malalties de Declaració Obligatòria, Malalts Renals, Malalties Rares, etc.

#### **4.28 L'organització disposa de mecanismes per comunicar a l'autoritat sanitària corresponent la informació que sigui important per a estudis epidemiològics. (Obligatori)**

L'organització ha de garantir que les notificacions en relació amb la vigilància epidemiològica es duen a terme conforme als programes d'alerta sanitària. Per això els professionals han de disposar d'una llista o similar de les malalties de declaració obligatòria, conèixer el procediment de notificació de les malalties de declaració obligatòria, disposar d'una estratègia d'abordatge en cas d'aparició (o sospita) de brots epidèmics i conèixer els procediments establerts en cas d'aparició (o sospita) de brots epidèmics.

#### **4.29 Es disposa de mecanismes d'avaluació de la pràctica assistencial. (Obligatori)**

L'organització ha de desenvolupar un sistema d'avaluació que permeti suportar l'avaluació dels criteris metodològics, a més de disposar d'un sistema d'indicadors dels resultats en persones, pacients, i globals i generals, d'acord amb el Marc de Qualitat. A més, s'han de desenvolupar de manera progressiva programes d'avaluació de resultats en salut (p. ex.: PROM).

Els centres sanitaris públics han d'emprar els sistemes corporatius d'avaluació de la pràctica assistencial. Tots els centres sanitaris han de contenir en els mètodes d'avaluació indicadors (globals i per serveis) de la pràctica assistencial.

#### **4.30 Es disposa i s'implanta un protocol que assegura un correcte emmagatzematge i distribució de medicaments. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un protocol que contengui les condicions d'emmagatzematge de medicaments (temperatura, esterilitat, humitat, llum...).

#### **4.31 Es disposa de procediments per prescriure, validar, dispensar i administrar medicaments. (Obligatori)**

L'organització ha de documentar la gestió de medicaments referida a prescriure, validar, dispensar i administrar medicaments, i aquesta documentació ha de contenir:

- La responsabilitat i les accions de prescripció, dispensació i administració de medicaments.
- Els mètodes de validació de la medicació.
- Els mètodes d'etiquetatge i registre que en permetin la traçabilitat.
- El mètode d'identificació de pacient prèvia a l'administració del medicament.
- El mètode de seguiment i registre en l'administració de medicaments.
- El sistema de comunicació dels errors de mesurament i les mesures correctores.

#### **4.32 S'implanten sistemes automatitzats de prescripció i dispensació de medicaments. (Recomanable)**

El centre ha de tenir implantada la prescripció electrònica en tots els serveis amb l'objectiu de minimitzar la possibilitat d'error humà. El sistema ha de donar accés a la guia farmacoterapèutica perquè alerti de les incompatibilitats, duplicitats, etc.

#### **4.33 Es disposa d'una guia farmacoterapèutica. (Obligatori)**

L'organització disposa d'una guia farmacoterapèutica en què es recullin, per als medicaments disponibles en el centre:

- grup farmacològic
- presentacions
- reconstitució
- administració
- solucions compatibles
- compatibilitat
- proteccions per al personal
- observacions
- referències

#### **4.34 Es documenta la preparació de medicaments als serveis de farmàcia. (Obligatori)**

S'ha de disposar de documents que assegurin la correcta preparació i seguretat tant de les fórmules magistrals com de les preparacions de medicaments.

#### **4.35 S'implanten pràctiques per a l'ús segur de medicaments. (Obligatori)**

L'organització ha d'implantar pràctiques definides per organismes nacionals i internacionals sobre el maneig segur de medicaments en aspectes com l'etiquetatge, l'envasament, la identificació de pacients, les al·lèrgies, el dosatge, les vies d'administració, etc.

#### **4.36 S'implanta un sistema de notificació i anàlisi d'esdeveniments adversos o incidents, anònim, no punitiu i àgil, i es treballa amb metodologia de gestió de riscos. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un sistema notificació d'incidents, esdeveniments adversos i riscos. Igualment, ha d'implantar una metodologia d'anàlisi d'incidents i riscos.

Han de desenvolupar-se accions per identificar factors que afavoreixen l'aparició d'errors.

Han d'implantar-se mecanismes perquè els esdeveniments adversos o incidents relacionats amb errors de medicació es comuniquin al sistema de notificació de reaccions adverses a medicaments.

L'organització ha de desenvolupar metodologia normalitzada que permetin identificar, avaluar, reduir o eliminar el risc que es produeixi un efecte advers.

La metodologia desenvolupada ha d'aplicar-se a totes les etapes de gestió de risc: identificació, anàlisi, desenvolupament de plans de control i seguiment.

Ha de disposar-se també d'indicadors de la gestió dels esdeveniments adversos, com ara nombre de notificacions, percentatge de resposta a les notificacions, percentatge de plans de millora executats, etc.

#### **4.37 Es disposa i s'implanten mecanismes d'identificació i seguiment d'al·lèrgies i intoleràncies dels pacients. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar de mecanismes per identificar al·lèrgies i intoleràncies, els sistemes d'alertes existents i la inclusió en el pla de cures.

#### **4.38 Es codifiquen tots els diagnòstics i procediments mitjançant la versió oficial que estableix el Comitè Tècnic del CMBD del Sistema Nacional de Salut, d'acord amb la normativa vigent aplicable. (Obligatori)**

L'organització ha d'elaborar i comunicar a la Conselleria de Salut i Consum la informació del conjunt mínim bàsic de dades que es recull en la normativa corresponent.

#### **4.39 S'emet un informe d'alta amb tota la informació requerida. (Obligatori)**

S'ha de lliurar al pacient i a altres professionals relacionats amb la continuïtat assistencial tota la informació sobre el procés assistencial del pacient en què es detallin les dades d'aquest, un resum del seu historial clínic, l'activitat assistencial prestada, el diagnòstic i les recomanacions terapèutiques.

#### **4.40 S'emet un informe de cures d'infermeria en el moment de l'alta. (Recomanable)**

S'ha de lliurar al pacient o la persona cuidadora un document que reculli la informació necessària a l'alta hospitalària per planificar cures en l'àmbit extrahospitalari. L'informe ha de recollir, com a mínim:

- La identificació de la unitat d'infermeria que emet l'informe.
- La identificació del pacient, el seu domicili i el del centre que continuarà les cures.
- La identificació del cuidador principal.
- Els diagnòstics d'infermeria no resolts a l'alta.
- Les cures d'infermeria que necessiten seguiment.
- Les reaccions adverses relacionades amb les cures d'infermeria.
- Les recomanacions per al pacient a l'alta.
- La identificació del personal d'infermeria.

#### **4.41 S'identifiquen els processos no assistencials i els fluxos d'activitat i documentació o informació associats dels processos que detallen la gestió de les cites, els ingressos, la programació quirúrgica i la llista d'espera i dels processos de suport assistencial. (Recomanable)**

L'organització ha de recollir en el mapa de processos els processos no assistencials que descriguin citacions, ingressos, programació quirúrgica i llista d'espera, així com aquells que donen suport als processos assistencials. Dels processos no assistencials, ha d'identificar-se:

- L'objecte del procés.
- L'inici i la fi del procés.
- Les entrades i sortides del procés.
- Els clients i proveïdors.
- Els indicadors.

#### **4.42 Es disposa d'un procediment per protegir pacients en casos de violència de gènere o altres. (Obligatori)**

S'ha de disposar d'un procediment documentat que reculli les actuacions quant a la detecció, la valoració i la intervenció en casos de violència de gènere.

#### **4.43 S'introdueixen millores en els processos d'acord amb les necessitats i expectatives dels pacients o grups d'interès. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar de mecanismes que permetin, sobre els processos:

- Identificar-hi millores o canvis.
- Innovar sobre els processos existents.
- Dissenyar nous processos.

I, en funció dels nous processos:

- Desenvolupar processos pilot.
- Comunicar i formar sobre els canvis en els processos.

#### **4.44 Es fan auditories periòdiques per analitzar els processos definits. (Recomanable)**

L'organització ha de definir i executar un pla d'auditories. El pla d'auditories ha de contenir:

- Les àrees per auditar.
- Les dates d'auditoria.
- Criteri d'auditoria (històries clíniques, ISO 9001, etc.).
- Auditors.

S'ha de documentar i desenvolupar un pla d'auditories anual.

#### **4.45 Es disposa i s'implanta una sistemàtica per elaborar, revisar i actualitzar tots els protocols assistencials, guies de pràctica clínica i processos assistencials. (Obligatori)**

L'organització ha de definir una sistemàtica de control documental que ha de contenir:

- La identificació dels responsables d'elaboració, revisió i aprovació dels documents.
- El mètode emprat per identificar els canvis documentals.
- El lloc d'accés als documents elaborats.

#### **4.46 Es disposa d'un sistema d'informació i de comunicació per a pacients i usuaris. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un sistema d'informació que ha de contenir:

- La identificació de les necessitats d'informació i comunicació dels pacients, com ara drets dels pacients, cartera de serveis, normes i procediments, serveis alternatius, etc.
- Els plans de comunicació.
- El mitjà de comunicació.
- Els mecanismes d'avaluació de la comunicació.

#### **4.47 Es disposa i s'implanta un protocol d'informació a pacients i a familiars. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un protocol que permeti recollir les necessitats d'informació sobre atenció i ha de recollir:

- La informació als pacients sobre l'atenció i els serveis oferts.
- Els serveis de l'organització.
- La informació a familiars de pacients.
- Els serveis alternatius en el cas que l'organització no pugui oferir-los.

#### **4.48 Es disposa de programes de formació específics per a pacients i cuidadors amb la finalitat d'aconseguir-ne la participació activa en les decisions i els processos d'atenció. (Recomanable)**

L'organització ha de disposar de programes d'educació per a la salut dirigits a pacients i familiars que recullin aspectes d'hàbits saludables, prevenció de malalties i coneixement de malalties.

Els programes d'educació per a la salut han de recollir la revisió de l'eficàcia de les accions.

#### **4.49 Es disposa i s'implanta un protocol d'actuació per a la informació i la comunicació dels pacients amb discapacitats sensorials. (Obligatori)**

L'organització ha de definir un protocol que ha de contenir:

- Els mecanismes d'identificació de pacients amb minusvalideses sensorials.
- Els mecanismes que hi ha al centre per a cada tipus de pacients amb minusvalideses sensorials.
- Els sistemes d'avaluació dels mecanismes existents.

#### **4.50 Es disposa i s'implanta un pla d'atenció telefònica. (Obligatori)**

El centre ha de disposar d'un pla d'atenció telefònica públic que defineixi:

- l'horari d'informació general (24 hores)
- les citacions
- les activitats assistencials
- orientació i resposta a problemes de salut
- altres

El pla d'atenció telefònica s'ha d'avaluar periòdicament.

#### **4.51 Es facilita l'accés a la història clínica a la ciutadania. (Obligatori)**

El centre ha de disposar d'un procediment perquè el pacient pugui tramitar la sol·licitud d'accés a la història clínica i que informi el pacient de les reserves que es recullen en la normativa.

#### **4.52 Es fan enquestes de satisfacció i experiència de pacients i ciutadans mitjançant un sistema autoritzat, validat i representatiu. (Obligatori)**

El sistema d'elaboració d'enquestes ha de recollir:

- El mètode de selecció aleatòria de clients.
- El mètode de realització de l'enquesta (telefònica, carta, entrevista, a l'alta...).
- El volum mínim d'enquestes.
- La comparabilitat de les enquestes.

En les enquestes de satisfacció hauria de poder-se valorar aspectes com el tracte, la continuïtat assistencial, la informació rebuda, la participació del pacient en les decisions clíniques, l'organització, la intimitat, la confidencialitat, la neteja i l'alimentació.

#### **4.53 Es disposa d'altres mitjans per obtenir informació relativa a la satisfacció de pacients. (Recomanable)**

L'organització ha de definir quins mètodes alternatius disposa per obtenir més informació dels pacients.

#### **4.54 Hi ha establert un sistema que permet a pacients i ciutadans fer suggeriments i reclamacions. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'un sistema de suggeriments, reclamacions i queixes que ha d'estar a l'abast de qualsevol usuari de l'organització. Cal que el procés de tractament:

- Analitzi les queixes, suggeriments i reclamacions que rebí l'organització.
- Canalitzi les queixes, suggeriments i reclamacions a les unitats corresponents en funció de la matèria.
- Faci un seguiment de les contestacions de les unitats.
- Valori el grau de satisfacció que permeti als usuaris expressar el seu grau de satisfacció amb la resposta rebuda.
- Emeti un informe anual que valori la resposta global a les respostes donades.

#### **4.55 El centre hospitalari promociona la donació voluntària de sang i les fraccions d'aquesta, així com la d'òrgans i teixits. (Obligatori)**

El centre ha d'implantar accions de promoció de la donació de sang i fraccions, així com de la donació d'òrgans i teixits. Cal disposar d'un coordinador hospitalari de trasplantaments.

#### **4.56 Es disposa d'un pla de desenvolupament de l'R+D+I. (Obligatori)**



L'organització ha de disposar d'un pla de desenvolupament de l'R+D+i, el qual ha de contenir:

- Les línies prioritàries de recerca.
- El pressupost.
- La infraestructura i els equips destinats a la recerca.
- Els professionals implicats.

#### **4.57 Es desenvolupen mètodes de control de l'activitat que es du a terme als laboratoris. (Obligatori)**

L'organització ha de definir mètodes de control, els quals han de tenir l'abast següent:

- Els procediments per recollir, identificar, manejar, transportar i eliminar mostres — tenint en compte els aspectes ambientals.
- Les normes d'interpretació dels resultats.
- La validació dels mètodes analítics emprats.
- El control dels equips (ajust, validació i calibratge).

#### **4.58 Es desenvolupen mètodes de control de l'activitat de les unitats de diàlisi. (Obligatori)**

La unitat ha de definir mètodes de gestió i control de la seva activitat, els quals han d'incloure:

- Informació del funcionament de la unitat per a usuaris i familiars.
- Definició i anàlisi de riscos del procés assistencial del pacient.
- Definició i anàlisi de riscos del procés de diàlisi.
- Processos i procediments (guies i vies clíniques, processos assistencials integrats, etc.) que més sovint atén la unitat.
- Manual d'organització i funcionament.
- Protocols de neteja, desinfecció, desinsectació i desratització.
- Indicadors.

#### **4.59 Es disposa de mitjans que assegurin una alimentació adequada i segura per a l'atenció del pacient, els quals recullen aspectes dietètics, culturals, religiosos, etc., i tenen en compte l'estat de salut i el risc de malnutrició del pacient. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar de mitjans que han de poder assegurar que:

- El pacient participi en la planificació i selecció d'aliments.
- Es tenen en compte les pràctiques i tradicions culturals i religioses.
- S'informen els familiars dels aliments que estan contraindicats al pacient.



GOIB  
/

S'implanten les mesures adequades per reduir el risc de contaminació i deterioració dels aliments, tant en la preparació com en l'emmagatzematge.

## Categoria V. Resultats

### Resultats: persones

---

#### 5.1-1. Es quantifiquen i s'avaluen els recursos humans de l'organització. (Obligatori)

L'organització ha de disposar d'indicadors sobre el nombre de treballadors, estratificats per col·lectius, treballadors a temps parcial i treballadors a temps complet. A més, ha d'aportar-se informació sobre la rotació mitjana dels treballadors.

Indicadors vinculats:

- Nombre de facultatius.
- Nombre d'infermers.
- Nombre de TCAE.
- Nombre de tècnics sanitaris.
- Nombre de personal no sanitari.
- Nombre de personal de direcció.
- Nombre de treballadors.

#### 5.1-2. Es quantifica i s'avalua la participació i la satisfacció dels treballadors. (Recomanable)

L'organització ha de disposar d'índexs de satisfacció dels treballadors en aspectes com:

- Relacions amb el comandament.
- Relacions interpersonals.
- Participació.
- Formació.
- Promoció.
- Retribució.
- Organització del treball.
- Confort del lloc de treball.
- Seguretat laboral.
- Informació rebuda.
- Reconeixement.

A més, la mesura de la satisfacció dels treballadors es pot complementar amb el seguiment del nombre de queixes i suggeriments presentats per aquests.

Indicadors vinculats:

- Índex de satisfacció.
- Nombre de queixes.
- Nombre de suggeriments.

### 5.1-3. Es quantifica i s'avalua l'absentisme i les baixes laborals. (Obligatori)

L'organització ha de disposar d'indicadors que facilitin informació sobre:

- Malalties de contingència comuna.
- Malalties professionals.

Indicadors vinculats:

- Taxa de malalties professionals.
- Taxa de dies perduts.
- Taxa d'absentisme.

### 5.1-4. Es quantifiquen i s'avaluen els accidents laborals. (Obligatori)

L'organització ha de disposar d'indicadors sobre el nombre d'accidents laborals, i també d'informació sobre els accidents laborals de tipus biològic.

Indicadors vinculats:

- Nombre d'accidents de treball mortals en jornada.
- Nombre d'accidents de treball greus en jornada.
- Nombre d'accidents de treball lleus en jornada.
- Nombre d'accidents de treball mortals *in itinere*.
- Nombre d'accidents de treball greus *in itinere*.
- Nombre d'accidents de treball lleus *in itinere*.
- Nombre d'accidents biològics.

### 5.1-5. Es quantifiquen i s'avaluen les agressions patides pels professionals. (Obligatori)

L'organització ha de disposar d'indicadors sobre les agressions que sofreixen els professionals de l'organització i les ha de classificar, a més, en:

- Agressions físiques a professionals.
- Agressions materials a professionals.
- Agressions simbòliques a professionals.

Indicadors vinculats:

- Nombre d'agressions físiques a professionals.
- Nombre d'agressions simbòliques a professionals.
- Nombre d'agressions materials a professionals.

### 5.1-6. Es quantifica i s'avalua la distribució del personal. (Recomanable)

L'organització ha de disposar d'indicadors sobre el percentatge de personal fix i temporal de l'organització, i especialment a les unitats d'urgències, medicina intensiva, nounats, etc.

Indicadors vinculats:

- Percentatge de personal fix total.
- Percentatge de personal temporal total.
- Percentatge de personal fix en Urgències.
- Percentatge de personal temporal en Urgències.
- Percentatge de personal fix en Unitat de Medicina Intensiva.
- Percentatge de personal temporal en Unitat de Medicina Intensiva.
- Percentatge de personal fix en Unitat de Medicina Intensiva Pediàtrica.
- Percentatge de personal temporal en Unitat de Medicina Intensiva Pediàtrica.
- Percentatge de personal fix en Neonatologia.
- Percentatge de personal temporal en Neonatologia.

### 5.1-7. Es quantifica i s'avalua l'oferta i l'ús dels beneficis socials. (Recomanable)

Els beneficis socials que l'organització pot oferir als treballadors són variats, però poden incloure:

- Reducció de jornada.
- Ajudes familiars.
- Complements de pensió.
- Ajudes a estudis.
- Ajudes a malalties.

Els beneficis socials estàndard són aquells que s'ofereixen almenys a la majoria dels empleats. Aquest indicador es refereix tant a beneficis socials directes en forma de contribució monetària com a atencions pagades per l'organització o reemborsaments de despeses abonades pel treballador. També s'hi pot incloure el dret a indemnitzacions per acomiadament superiors als mínims legals, pagaments per finalització del contracte, prestacions per accidents no laborals, prestacions als supervivents i vacances extraordinàries pagades. Aquest indicador no inclou els beneficis en espècie, com ara classes d'esport o guarderia per als fills, servei gratuït de menjars durant la jornada laboral o, en general, qualsevol altre benefici social per al treballador.

Indicadors vinculats:

- Nombre de persones acollides a la reducció de jornada.
- Nombre de persones acollides a ajudes a fills.
- Nombre de persones acollides al complement de pensió.
- Nombre de persones acollides a ajudes a estudis.
- Nombre de persones acollides a ajudes a malalties.

### 5.1-8. Es quantifica i s'avalua l'oferta i la participació dels professionals en formació. (Recomanable)

La informació ha d'aportar-se per col·lectius, en nombre d'hores, en quantitats econòmiques destinades. Aquesta informació ha d'aportar-se tant en termes d'oferta per part de l'organització com des del punt de vista de l'aprofitament per part dels professionals.

Indicadors vinculats:

- Nombre de cursos impartits al personal mèdic.
- Nombre d'hores impartides al personal mèdic.
- Nombre de personal mèdic amb formació continuada.
- Nombre de cursos impartits al personal d'infermeria.
- Nombre d'hores impartides al personal d'infermeria.
- Nombre de treballadors d'infermeria amb formació continuada.
- Nombre de cursos impartits a TCAE.
- Nombre d'hores impartides a TCAE.
- Nombre de TCAE amb formació continuada.
- Nombre de cursos impartits a personal no sanitari.
- Nombre d'hores impartides a personal no sanitari.
- Nombre de personal no sanitari amb formació continuada.
- Import destinat a formació.
- Nombre de metges residents interns (MIR).
- Nombre de personal d'infermeria resident intern (IIR).
- Nombre d'altres interns residents (FIR, QUIR, BIR, PIR...).

### 5.1-9. Es quantifica i s'avalua la participació dels treballadors de l'organització en equips de millora. (Recomanable)

La participació en els grups de treball s'ha d'avaluar per la participació en les comissions o comitès de cures d'infermeria, història clínica, infecció i política antibiòtica, mortalitat, transfusions, humanització i seguretat del pacient; en els grups de treball de gestió de riscos, i en els equips definits per a l'elaboració de protocols.

Indicadors vinculats:

- Nombre d'hores de compensació per participar en grups de millora.
- Nombre de comitès i comissions.
- Nombre de membres de la comissió o comitè.
- Nombre d'assistents a la comissió o comitè.

### 5.1-10. Es quantifica i s'avalua la política d'igualtat. (Obligatori)



GOIB  
/

L'organització ha de disposar d'indicadors sobre la política d'igualtat, tant des d'un punt de vista global com des d'un punt de vista directiu.

Indicadors vinculats:

- Percentatge de dones en plantilla.
- Percentatge de dones en càrrecs directius.

## Resultats: clients

---

### 5.2-1. Es quantifica i s'avalua la satisfacció dels pacients i familiars que acudeixen als centres hospitalaris. (Obligatori)

L'organització ha de disposar de dades de satisfacció sobre:

- Informació general.
- Informació donada pel personal (metge i infermeria).
- Temps dedicat per personal mèdic i d'infermeria.
- Tracte del personal (metge, infermeria i no sanitaris).
- Intimitat.
- Tranquil·litat.
- Comoditat de l'hospital.
- Qualitat del menjar.
- Global en l'atenció.

Aquesta informació ha de disposar-se sobre els serveis i unitats següents:

- Hospitalització.
- Consultes Externes.
- Unitats de cirurgia major.
- Urgències.
- Serveis de proves complementàries.
- Hospital de dia.

A més, han de quantificar-se les queixes, reclamacions i felicitacions rebudes, juntament amb el temps de resposta de les contestacions i les accions posades en marxa després de les queixes i reclamacions rebudes.

Indicadors vinculats:

- Índex de satisfacció.
- Nombre de queixes.
- Nombre de reclamacions.
- Demora mitjana en la resolució de les reclamacions.
- Nombre de felicitacions.

### 5.2-2. Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat dels usuaris a les intervencions quirúrgiques. (Obligatori)

L'organització ha de disposar d'indicadors que mesurin l'accessibilitat dels usuaris i dels elements que hi puguin influir, com ara:

- La reprogramació d'intervencions quirúrgiques.



- Les suspensions assistencials.
- El rendiment dels quiròfans.

Als centres públics s'ha de disposar de la informació, indicant el nombre de malalts en llista d'espera:

- A 180 dies.
- Entre 151 i 180 dies.
- El nombre de malalts en llista d'espera d'intervencions quirúrgiques globals.

Indicadors vinculats:

- Nombre de pacients en LEQ.
- Nombre de pacients en espera quirúrgica per 1.000 habitants.
- Nombre de pacients en LEQ més de 180 dies.
- Nombre de pacients en LEQ entre 151 i 180 dies.
- Nombre de pacients en LEQ (cataractes).
- Nombre de pacients en espera quirúrgica per 1.000 habitants (cataractes).
- Nombre de pacients en LEQ més de 180 dies (cataractes).
- Nombre de pacients en LEQ entre 151 i 180 dies (cataractes).
- Demora mitjana (cataractes).
- Espera mitjana (cataractes).
- Nombre de pacients en LEQ (cirurgia cardíaca).
- Nombre de pacients en espera quirúrgica per 1.000 habitants (cirurgia cardíaca).
- Nombre de pacients en LEQ més 180 dies (cirurgia cardíaca).
- Nombre de pacients en LEQ entre 151 i 180 dies (cirurgia cardíaca).
- Demora mitjana (cirurgia cardíaca).
- Espera mitjana (cirurgia cardíaca).
- Nombre de pacients en LEQ (cirurgia valvular).
- Nombre de pacients en espera quirúrgica per 1.000 habitants (cirurgia valvular).
- Nombre de pacients en LEQ més de 180 dies (cirurgia valvular).
- Nombre de pacients en LEQ entre 151 i 180 dies (cirurgia valvular).
- Demora mitjana (cirurgia valvular).
- Espera mitjana (cirurgia valvular).
- Nombre de pacients en LEQ (pròtesis de maluc).
- Nombre de pacients en espera quirúrgica per 1.000 habitants (pròtesis de maluc).
- Nombre de pacients en LEQ més de 180 dies (pròtesis de maluc).
- Nombre de pacients en LEQ entre 151 i 180 dies (pròtesis de maluc).
- Demora mitjana (pròtesi de maluc).
- Espera mitjana (pròtesi de maluc).
- Nombre de pacients en LEQ (pròtesis de genoll).
- Nombre de pacients en espera quirúrgica per 1.000 habitants (pròtesis de genoll).
- Nombre de pacients en LEQ més de 180 dies (pròtesis de genoll).
- Nombre de pacients en LEQ entre 151 i 180 dies (pròtesis de genoll).
- Demora mitjana (pròtesi de genoll).

- Espera mitjana (pròtesi de genoll).
- Percentatge de suspensions quirúrgiques degudes a l'organització.
- Percentatge de suspensions assistencials quirúrgiques.

### **5.2-3. Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat dels usuaris a les consultes amb els metges especialistes. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'indicadors que mesurin l'accessibilitat i els elements que hi puguin influir, com ara:

- Nombre de primeres visites.
- Relació entre primeres visites i successives.
- Suspensions assistencials.
- Pacients derivats a altres centres.

En els centres públics s'ha de disposar d'aquesta informació, indicant el nombre de malalts en llista d'espera:

- A 60 dies.
- El nombre de malalts en llista d'espera de consultes d'especialistes.

Indicadors vinculats:

- Nombre de pacients en LECC.
- Nombre de pacients en espera de consultes externes per 1.000 habitants.
- Nombre de pacients en LECC més de 60 dies.
- Nombre de primeres consultes.
- Percentatge de pacients derivats a altres centres per a primeres visites.
- Freqüentació de consultes d'atenció especialitzada.
- Índex de relació segona i primera consultes (ràtio 2/1).

### **5.2-4. Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat dels usuaris a les proves diagnòstiques. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'indicadors que mesurin l'accessibilitat dels usuaris en general i d'aquelles proves més sensibles (colonoscòpies, RMN, TAC, etc.).

A més, ha de disposar d'indicadors d'aquells elements que puguin influir en la llista d'espera, com ara:

- Suspensions assistencials.
- Pacients derivats a altres centres.

Indicadors vinculats:

- Percentatge de pacients en LI amb més de 60 dies de demora per a proves complementàries.
- Percentatge de pacients derivats a altres centres per a proves complementàries.
- Nombre de pacients en LI per a una colonoscòpia amb més de 60 dies de demora.
- Nombre de pacients en LE TAC amb més de 60 dies de demora.
- Nombre de pacients en LE RMN amb més de 60 dies de demora.
- Percentatge de reprogramacions de proves complementàries.
- Percentatge de suspensions assistencials de proves complementàries.

### **5.2-5. Es quantifica i s'avalua el temps d'espera dels processos oncològics més prioritaris. (Obligatori)**

S'ha de disposar d'un indicador que subministri informació del temps màxim transcorregut entre la sospita diagnòstica i l'inici del tractament. Els processos oncològics més prioritaris són els de mama, còlon i pulmó.

Indicadors vinculats:

- Demora en processos oncològics de mama (interval derivació-diagnòstic).
- Demora en processos oncològics de mama (interval diagnòstic-tractament).
- Demora en processos oncològics de còlon (interval derivació-diagnòstic).
- Demora en processos oncològics de còlon (interval diagnòstic-tractament).
- Demora en processos oncològics de pulmó (interval derivació-diagnòstic).
- Demora en processos oncològics de pulmó (interval diagnòstic-tractament).

### **5.2-6. Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat a urgències. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'indicadors que subministrin informació sobre l'accessibilitat a les urgències. Per això s'han de seguir els estàndards que defineix la Societat Espanyola de la Medicina d'Urgències i Emergències (SEMES).

Indicadors vinculats:

- Percentatge de pacients que estan menys de 15 minuts entre donar dades en admissió i el triatge.
- Percentatge de pacients de nivell 1 que esperen menys de 7 minuts.
- Percentatge de pacients de nivell 2 que esperen menys de 15 minuts.
- Percentatge de pacients de nivell 3 que esperen menys de 45 minuts.
- Percentatge de pacients de nivell 4 que esperen menys de 120 minuts.
- Percentatge de pacients de nivell 5 que esperen menys de 240 minuts.

### **5.2-7. Es quantifica i s'avalua l'ús dels serveis sanitaris. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'indicadors que subministrin informació sobre la freqüentació de les intervencions quirúrgiques, hospitals de dia, atenció especialitzada i les taxes d'ús de tecnologia.

Per quantificar els serveis sanitaris han d'aplicar-se els criteris que estableix el Sistema Nacional de Salut.

Indicadors vinculats:

- Freqüentació d'ingressos hospitalaris.
- Taxes d'intervencions quirúrgiques.
- Taxes d'ús de tecnologia.
- Estada mitjana preoperatòria per a cirurgia programada amb hospitalització convencional.
- Estada mitjana preoperatòria per a cirurgia urgent amb hospitalització convencional.
- Taxa d'ambulatorització dels procediments quirúrgics.
- Utilització bruta de quiròfans.
- Freqüentació en hospitals de dia.

#### **5.2-8. Es quantifiquen i s'avaluen els reingressos globals i els de determinats procediments. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'indicadors sobre els ingressos inesperats després d'una alta prèvia al mateix hospital. Els reingressos han de mesurar-se de manera global i sobre els processos següents, sempre que els faci el centre:

- Després de cirurgia programada.
- Postinfart.
- Urgents per asma.
- Urgent psiquiàtric.

S'han de mesurar els reingressos segons els criteris que defineix el Sistema Nacional de Salut en l'adreça electrònica següent: <https://icmbd.sanidad.gob.es/>, apartat «Documentación técnica», «Descripción del modelo de indicadores CIE10ES (2ª ed.)».

Indicadors vinculats:

- Taxa de reingressos.
- Taxa de reingressos al cap de 7 dies.
- Taxa de reingressos al cap de 30 dies.
- Taxa d'ingressos després de CMA.
- Taxa de reingressos urgents després de cirurgia programada.
- Taxa de reingressos postinfart.
- Taxa de reingressos urgents per asma.

- Taxa de reingressos urgents psiquiàtrics.
- Retorn a Urgències en 72 hores.
- Retorn a Urgències en 72 hores amb ingrés.

### **5.2-9. Es quantifica i s'avalua la mortalitat global i la de determinats procediments. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'indicadors sobre la mortalitat. La mortalitat ha de mesurar-se de manera global sobre els processos següents, sempre que els faci el centre:

- Aneurisma aòrtic abdominal.
- Revascularització coronària.
- Endoarteriectomia carotídia.
- Craniotomia.
- Pròtesi de maluc.
- Pancreatectomia.
- Angioplàstia coronària.
- Infart agut de miocardi.
- Insuficiència cardíaca congestiva.
- Accident cerebrovascular agut.
- Hemorràgia gastrointestinal.
- Fractura de maluc.
- Pneumònia.
- Asma.

S'ha de mesurar la mortalitat segons els criteris que defineix el Sistema Nacional de Salut en l'adreça electrònica següent: <https://icmbd.salud.gob.es/>, apartat «Documentación técnica», «Descripción del modelo de indicadores CIE10ES (2ª ed.)».

Indicadors vinculats:

- Taxa de mortalitat.
- Taxa de mortalitat en resecció esofàgica.
- Taxa de mortalitat en cirurgia reparadora d'aneurisma aòrtic abdominal.
- Taxa de mortalitat en revascularització coronària.
- Taxa de mortalitat en endoarteriectomia carotídia.
- Taxa de mortalitat en craniotomia.
- Taxa de mortalitat en pròtesi de maluc.
- Taxa de mortalitat en pancreatectomia.
- Taxa de mortalitat després d'angioplàstia coronària.
- Taxa de mortalitat en infart agut de miocardi.
- Taxa de mortalitat en insuficiència cardíaca congestiva.
- Taxa de mortalitat en accident cerebrovascular agut.
- Taxa de mortalitat en hemorràgia gastrointestinal.
- Taxa de mortalitat després de fractura de maluc.

- Taxa de mortalitat en pneumònia.
- Taxa de mortalitat en asma en pacients en edat 5-39.
- Taxa de mortalitat en urgències.
- Taxa de mortalitat perinatal.
- Taxa de necròpsies.
- Taxa de mortalitat després d'intervenció quirúrgica.

### **5.2-10. Es quantifica i s'avalua la supervivència després del càncer. (Recomanable)**

L'organització ha de disposar d'indicadors que donin informació sobre el percentatge de càncer de mama, còlon, pulmó i pròstata que continuen vius al cap d'un any i de 5 anys, comptadors des del diagnòstic.

S'ha de mesurar la supervivència segons els criteris que defineix el Sistema Nacional de Salut.

Indicadors vinculats:

- Taxa de supervivència després de càncer de mama al cap d'un any.
- Taxa de supervivència després de càncer de còlon al cap d'un any.
- Taxa de supervivència després de càncer de pulmó al cap d'un any.
- Taxa de supervivència després de càncer de pròstata al cap d'un any.
- Taxa de supervivència després de càncer de mama al cap de 5 anys.
- Taxa de supervivència després de càncer de còlon al cap de 5 anys.
- Taxa de supervivència després de càncer de pulmó al cap de 5 anys.
- Taxa de supervivència després de càncer de pròstata al cap de 5 anys.

### **5.2-11. Es quantifica i s'avalua la supervivència del trasplantament d'òrgans al cap d'1 i de 3 anys. (Recomanable)**

L'organització ha de disposar d'indicadors sobre trasplantaments, sempre que es facin al centre.

S'ha de mesurar la supervivència després de trasplantament segons els criteris que defineix el Sistema Nacional de Salut.

Indicadors vinculats:

- Taxa de supervivència després de trasplantament al cap d'1 any.
- Taxa de supervivència després de trasplantament al cap de 3 anys.

### **5.2-12. Es quantifiquen i s'avaluen les complicacions i els resultats quant a la seguretat del pacient. (Obligatori)**

L'organització ha de disposar d'indicadors que informin de les activitats relacionades amb la seguretat de pacients, així com els resultats obtinguts quant a seguretat del pacient, com ara:

- Pacients que desenvolupen infecció postquirúrgica.
- Reaccions adverses a medicaments.
- Reaccions transfusionals.
- Úlceres per pressió.
- Caigudes.
- Trencaments de maluc en pacients ingressats.
- Altres.

Per als indicadors de reaccions adverses a medicaments, reaccions transfusionals, úlceres per pressió i fractures de maluc, s'han de seguir els criteris que defineix el Sistema Nacional de Salut.

Indicadors vinculats:

- Taxa de complicacions.
- Taxa d'infecció nosocomial.
- Úlceres de decúbit.
- Pneumotòrax iatrogènic.
- Infeccions relacionades amb la utilització de catèter.
- Fractura postoperatòria de fèmur.
- Trauma neonatal.
- Dehiscència de ferida quirúrgica abdominopelviana en adults.
- Cos estrany deixat accidentalment durant un procediment en adults.
- Percentatge de sèpsies postquirúrgiques.
- Sèpsia postquirúrgica en cirurgia abdominal.
- Hemorràgia o hematoma postoperatori en adults.
- Trombosi venosa profunda postquirúrgica.
- Trombosi venosa profunda postquirúrgica en cirurgia de substitució de maluc o genoll.
- Tromboembolisme pulmonar postquirúrgic.
- Tromboembolisme pulmonar postquirúrgic en substitució de maluc i genoll.
- Punció o esquinçament accidental en adults.
- Trauma obstètric en part vaginal instrumentat.
- Trauma obstètric en part vaginal no instrumentat.
- Litres de preparat de base alcohòlica consumits.
- Litres de preparat de base alcohòlica consumits en UCI.
- Nombre de reaccions adverses a medicaments.
- Nombre de pacients amb errors de medicació.
- Taxa de reaccions transfusionals.
- Nombre de caigudes.
- Nombre de pacients sotmesos a cirurgia errònia.

### 5.2-13. Es quantifica i s'avalua la variabilitat de la pràctica clínica i la pertinència de determinats procediments. (Recomanable)

L'organització ha de disposar d'indicadors sobre la pertinència de determinats procediments, sempre que es facin al centre:

- Cirurgia electiva per a colecistectomia.
- Cirurgia conservadora de càncer de mama.
- Cesàries.
- Histerectomies a dones menors de 35 anys.

A més, pot establir indicadors d'anàlisi de la pràctica clínica, com ara la cirurgia laparoscòpica, etc.

Indicadors vinculats:

- Percentatge de cesàries.
- Percentatge de colecistectomia per laparoscòpia.
- Percentatge d'histerectomies a dones menors de 35 anys.
- Percentatge d'histerectomies per laparoscòpia.
- Taxa de cirurgia conservadora en càncer de mama.
- Percentatge de pacients amb fractura de maluc intervinguts en les primeres 48 hores.
- Nombre d'altres de resecció d'aneurisma aòrtic abdominal.
- Nombre d'altres de resecció esofàgica.
- Nombre d'altres de *bypass* coronari.
- Nombre d'altres d'endoarteriectomia carotídia.
- Nombre d'altres de pancreatectomia.
- Nombre d'altres d'angioplàstia coronària.
- Nombre d'altres de colecistectomia laparoscòpica (%).
- Nombre d'altres d'histerectomia.
- Nombre d'altres de pròtesi total de genoll.
- Nombre d'altres de pròtesi total de maluc.

### 5.2-14. Es quantifiquen i s'avaluen les hospitalitzacions potencialment evitables. (Recomanable)

L'organització ha de disposar d'indicadors sobre una sèrie de patologies, en general, de llarga evolució que requereixen múltiples cures de salut, així com accions orientades a promoure l'autocura i que, majoritàriament, necessiten una vigilància i un tractament eminentment ambulatoris, principalment en l'àmbit de l'atenció primària.

En aquest indicador s'inclouen les patologies següents:

- Malaltia pulmonar obstructiva crònica.





- Insuficiència cardíaca congestiva.
- Hipertensió arterial.
- Pneumònia.
- Infecció del tracte urinari.

Indicadors vinculats:

- Taxa d'hospitalització de malaltia pulmonar obstructiva crònica.
- Taxa d'hospitalització d'insuficiència cardíaca congestiva.
- Taxa d'hospitalització d'hipertensió arterial.
- Taxa d'hospitalització de pneumònia bacteriana.
- Taxa d'hospitalització d'infecció del tracte urinari.
- Diabetis incontrolada sense complicació.
- Complicacions agudes de la diabetis.
- Complicacions cròniques de la diabetis.
- Diabetis amb amputació d'extremitat inferior.
- Deshidratació aguda.
- Asma en adults joves (15-39 anys).

## Resultats: societat

---

### 5.3-1 Es quantifica i s'avalua l'impacte ambiental. (Recomanable)

El centre ha de mesurar l'impacte ambiental i avaluar el soroll que emeten les instal·lacions, les emissions atmosfèriques, els residus que s'hi generen (tipus I, II i III) i el consum de recursos naturals (aigua, combustibles fòssils i electricitat). S'ha de definir una periodicitat de mesurament que no ha de ser superior a tres anys.

Indicadors vinculats:

- dB(A)
- emissions atmosfèriques
- Kg de tipus I
- Kg de tipus II
- Kg de tipus III
- litres d'aigua
- kW h
- m<sup>3</sup> de gas

### 5.3-2 Es quantifica i s'avalua el suport (econòmic, professional, logístic, etc.) que es dona a organitzacions humanitàries. (Recomanable)

S'ha de disposar de dades sobre els indicadors que es descriuen i d'informació durant tres anys.

Indicadors vinculats:

- Nombre de persones dedicades a voluntariat.
- Nombre d'hores de formació a col·lectius de voluntariat.
- Import destinat a organitzacions humanitàries.

### 5.3-3 Es quantifica i s'avalua el suport (econòmic, professional, logístic, etc.) que es dona a associacions de malalts. (Recomanable)

L'organització ha de disposar d'indicadors del suport econòmic donat a associacions de malalts i d'informació durant tres anys.

Indicadors vinculats:

- Nombre d'associacions de malalts amb les quals es treballa.

### 5.3-4 Es quantifiquen i s'avaluen els premis rebuts, els reconeixements i les certificacions relacionades amb la bona pràctica assistencial. (Recomanable)

L'organització ha de disposar d'indicadors dels premis rebuts, els reconeixements i les certificacions.

Indicadors vinculats:

- Nombre de premis oficials rebuts.
- Nombre de premis rebuts.
- Nombre de certificats rebuts.

### **5.3-5 Es quantifiquen i s'avaluen les queixes, les reclamacions judicials i les demandes patrimonials presentades per pacients i famílies, proveïdors, associacions, etc. (Recomanable)**

L'organització ha de disposar d'indicadors de queixes, reclamacions judicials i demandes patrimonials presentades.

### **5.3-6 Es quantifiquen i s'avaluen les aparicions i mencions en mitjans de comunicació nacionals o locals a conseqüència de les activitats rellevants. (Recomanable)**

La informació ha de presentar-se per mitjans de comunicació (premsa, televisió, ràdio...).

Indicadors vinculats:

- Nombre d'aparicions en premsa.
- Nombre d'aparicions en ràdio.
- Nombre d'aparicions en televisió.
- Nombre de visites a la pàgina web.

### **5.3-7 Es quantifica i s'avalua la tasca de l'organització pel que fa a la investigació. (Recomanable)**

L'organització ha de disposar d'indicadors del pressupost destinat a recerca i dels projectes en els quals participa, així com dels resultats obtinguts en referència a les patents, publicacions en revistes, etc.

Indicadors vinculats:

- Percentatge de pressupost destinat a recerca.
- Nombre de publicacions en revistes indexades.
- Nombre de comunicacions en congressos d'àmbit nacional.
- Nombre de comunicacions en congressos d'àmbit internacional.
- Nombre de ponències en congressos d'àmbit nacional.
- Nombre de ponències en congressos d'àmbit internacional.
- Nombre de projectes de recerca.
- Nombre de patents.

## Resultats: clau

---

### 5.4-1 Es quantifica i s'avalua l'activitat que realitza el centre. (Obligatori)

L'organització ha de disposar d'indicadors de l'activitat que es fa al centre.

Indicadors vinculats:

- Nombre d'altres.
- Nombre d'intervencions quirúrgiques.
- Nombre d'intervencions en gabinets.
- Nombre d'urgències.
- Nombre de consultes externes.
- Nombre d'estades.
- Nombre d'estades a l'UCI.
- Nombre de parts.

### 5.4-2 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat general a l'assistència que es presta als centres hospitalaris. (Obligatori)

L'organització ha de disposar d'indicadors tal com determina el Sistema Nacional de Salut per valorar:

- El temps d'espera per a intervencions quirúrgiques, sempre que les faci el centre, no urgents de les especialitats següents:
  - Especialitats quirúrgiques de cirurgia general i de digestiu, angiologia i cirurgia vascular, ginecologia, cirurgia maxil·lofacial, oftalmologia, cirurgia pediàtrica, otorrinolaringologia, cirurgia plàstica, traumatologia, cirurgia toràctica, urologia, neurocirurgia, cirurgia cardíaca, dermatologia.
  - Processos seleccionats: cataracta, hèrnia inguinal o crural, pròtesi de maluc, artroscòpia, varices dels membres inferiors, colecistectomia, quist pilonidal, hàl·lux valg i altres deformacions dels dits del peu, síndrome del túnel carpià, adeno-amigdalectomia i hipertròfia benigna de pròstata.
- El temps d'espera de les especialitats de ginecologia, oftalmologia, urologia, traumatologia, dermatologia, otorrinolaringologia, neurologia, cirurgia general i de digestiu, i cardiologia, sempre que el centre en disposi.
- El temps d'espera per a proves diagnòstiques de TAC, ecografia, ressonància nuclear, hemodinàmica, ergometria i endoscòpia digestiva, sempre que les faci el centre.

Indicadors vinculats:

- Demora mitjana quirúrgica.
- Demora mitjana de primeres visites a Consultes Externes.
- Demora mitjana a proves complementàries.

### 5.4-3 Es quantifica i s'avalua l'estada mitjana. (Obligatori)

L'organització ha de disposar d'un indicador que compari el funcionament a igualtat de casuística d'una determinada unitat estudiada.

Per a la quantificació de l'estada mitjana han d'aplicar-se els criteris que estableix el Sistema Nacional de Salut.

Indicadors vinculats:

- Estada mitjana.
- Estada mitjana preoperatòria.

### 5.4-4 Es quantifica i s'avalua la complexitat que atén el centre hospitalari. (Obligatori)

L'organització ha de disposar d'un indicador que permeti mesurar la càrrega de la complexitat que atén l'organització.

Indicadors vinculats:

- Índex de complexitat.

### 5.4-5 Es quantifica i s'avalua la gestió econòmica que fa el centre. (Obligatori)

L'organització ha de definir indicadors que permetin mesurar els resultats econòmics garantint la sostenibilitat de l'activitat i cercant la màxima eficiència. Per això ha de definir indicadors que donin informació sobre:

- Compres i despeses.
- Vendes i ingressos.

Indicadors vinculats:

- Import de compres.
- Import de variació d'existències.
- Import de serveis exteriors.
- Import de tributs.
- Import de despeses de personal.
- Import de despeses financeres.
- Import de dotacions per a amortitzacions.
- Import de dotacions a les provisions.
- Import d'altres despeses de gestió.
- Import d'altres despeses excepcionals.
- Import d'ingressos per prestació de serveis.
- Import de treballs realitzats per a l'empresa.

- Import de subvencions per a l'explotació.
- Import d'altres ingressos de gestió.
- Import d'ingressos financers.
- Import d'altres ingressos.

#### **5.4-6 Es quantifica i s'avalua la gestió del centre. (Recomanable)**

L'organització ha de disposar d'indicadors que facilitin informació sobre la gestió realitzada pel centre sobre aspectes generals, i sobre aspectes com les compres, els subministraments, l'emmagatzematge, les avaries, la cuina, etc. Aquesta avaluació pot fer-se mitjançant eines d'avaluació de la gestió, com ara:

- EFQM.
- Contractes de gestió.
- Auditoria ISO 9001.

Indicadors vinculats:

- Grau de compliment del contracte de gestió.
- Nombre de no conformitats en auditories de certificació i acreditació.