



MEMÒRIA ANUAL



Qualitat i Seguretat del pacient **2024**

Índex

	Pàg.
Presentació.....	3
Fets destacats.....	5-6
Pla de Qualitat i Seguretat del pacient.....	7
Seguiment de la Qualitat.....	8
QUALITAT ASSISTENCIAL	
Comissions Clíniques.....	9-11
Certificacions	12-13
Acreditacions	14-17
Autoritzacions administratives.....	18
Gestió de documents.....	19
Seguretat del pacient.....	20-23
Resultats MSIQ	24-25
Resultats BS3 2024	26
QUALITAT DOCENT	
Pla de gestió de la qualitat docent.....	28-29
EFQM	
Resultats indicadors EFQM.....	31-35

Presentació

Unitat de Qualitat i Seguretat del Pacient

Aquesta any 2024 ha estat un any molt exitós en quant al reconeixement de la qualitat.

Hem passat el procés d'Accreditació de l'Atenció Hospitalària Aguda, del Departament de Salut, als centres de SJD i la CSJ; hem aconseguit la certificació ISO 14001 del Medi ambient i la re-certificació ISO 9001 dels Laboratoris i el UHaD, tot amb bons resultats.

Ens han atorgat de manera oficial el Segell EFQM 500, després de l'avaluació realitzada a finals de 2023.

La revista 'Newsweek' ens inclou en el rànquing World's Best Hospitals 2024' entre els cent millors d'Espanya segons per quart any consecutiu.

També volem posar en valor la iniciativa d'alguns serveis per acreditar-se segons els estàndards de les associacions científiques, aquest any ho han fet de la Unitat d'Immunoteràpia Avançada. Aquest fet referma la consolidació de la cultura de

qualitat dels professionals d'Althaia.

Un any més també aconseguim fites per la millora continua com la implantació a SJD del sistema proactiu de seguretat del pacient (PROSP); els objectius del CatSalut, el valor dels resultats de les comissions clíniques que ens presenten en el Plenari anual, així com molts altres indicadors de qualitat i seguretat que són el resultat de l'esforç diari dels professionals que formen part de la institució.

Finalment, mantenint el protagonisme indiscutible de la qualitat assistencial en aquesta memòria, aquest any hi incorporem per primer cop la qualitat d'un altre àmbit important per Althaia: la docència, amb uns resultats igualment destacables.

Propòsit

***Preservar i
millorar la salut i
el benestar de les
persones.***



Fets destacats



L'Hospital Sant Joan de Déu de Manresa aconsegueix la certificació ISO 14001:2015 de sistemes de gestió ambiental

L'Hospital Sant Joan de Déu de Manresa ha aconseguit la certificació ISO 14001:2015, que acredita el sistema de la gestió mediambiental implantada al centre. Amb l'obtenció d'aquesta certificació, la Fundació Althaia es referma com una institució compromesa amb la protecció del medi ambient i la consecució d'un entorn saludable per a les persones.



L'Hospital Sant Joan de Déu i la Clínica Sant Josep renoven l'acreditació del Departament de Salut amb resultats excel·lents

La Fundació Althaia ha renovat amb uns resultats excel·lents l'acreditació que atorga el Departament de Salut. L'Hospital Sant Joan de Déu ha obtingut un 95,5% en l'avaluació que analitza més de 800 estàndards i, la Clínica Sant Josep, un 92,2%.



L'Hospital Sant Joan de Déu de Manresa es manté entre els cent millors d'Espanya segons la revista 'Newsweek'.

L'Hospital Sant Joan de Déu de Manresa torna a ser en la llista dels cent millors hospitals d'Espanya que elabora la prestigiosa publicació nord-americana Newsweek. La inclusió en el rànquing 'World's Best Hospitals 2024' és un reconeixement a la tasca dels professionals de la Fundació Althaia, a la capacitat de transformació i innovació de la institució.



El Club Excel·lència en Gestió lliura el segell europeu EFQM 500 a la Fundació Althaia

La Fundació Althaia ha rebut aquest dimecres dia 27 de juny, el Segell EFQM 500 d'Excel·lència Europea. Ladislao Girona, director de màrqueting del Club Excel·lència en Gestió, ha lliurat la distinció a Marc Aloy, president del Patronat de la Fundació Althaia, en el decurs d'un acte que s'ha celebrat a la Sala d'Actes de l'Hospital Sant Joan de Déu.



El Servei d'Al·lergologia rep l'acreditació d'Unitat d'Immunoteràpia Avançada

La Unitat d'Immunoteràpia del Servei d'Al·lergologia de la Fundació Althaia ha estat acreditada per primera vegada com a Unitat Avançada per la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC). Es tracta d'un reconeixement que avala els protocols implementats pel servei i garanteix el nivell de qualitat i seguretat de la pràctica clínica i dels tractaments que s'hi administren.



Althaia comença la implantació de l'aplicació PROSP Cat, que permet millorar la seguretat dels pacients de forma proactiva

La Fundació Althaia ha començat la implantació de l'Aplicació Proactiva de Seguretat dels Pacients de Catalunya -PROSP Cat-. Es tracta d'una aplicació informàtica que el Departament de Salut posa a disposició de tots els centres sanitaris de Catalunya que permet millorar la seguretat dels pacients d'una forma proactiva, és a dir, abans que passin els incidents

Pla de Qualitat i Seguretat del Pacient



Cultura de l'avaluació i la qualitat



Grau d'acompliment dels
indicadors del PQiSP del 2024

➔ **84,4%**

1. Ampliar i sistematitzar l'avaluació dels processos i dels serveis

- Ampliar les fonts de *benchmarks clínics*.
- Absència de resultats ajustats significativament pitjors que la mitjana de Catalunya (MSIQ).
- Normalització dels resultats de seguretat del pacient previs a la pandèmia.

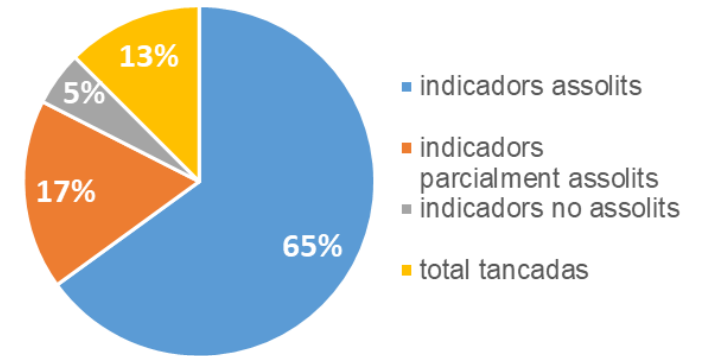
2. Vetllar pels sistemes d'avaluació continua de la gestió de la qualitat i pel compliment de les normatives

- Resultats de les acreditacions del Departament de Salut > 90%.
- Assoliment del 100% dels objectius del Servei Català de la Salut de la part variable del contracte en matèria de qualitat i seguretat del pacient.
- Obtenció del segell EFQM 500+.
- Obtenció de noves acreditacions o certificacions.

3. Difusió de la qualitat dels serveis d'Althaia als nostres grups d'interès

- Grau de satisfacció i fidelització en línia amb la mitjana de Catalunya $\pm$ 5% en tots els serveis (PLAENSA).
- Millorar la percepció dels professionals de la Gestió de la Qualitat i millora continua (OPINA).

Assoliment accions totals (3 anys)



No assolits:

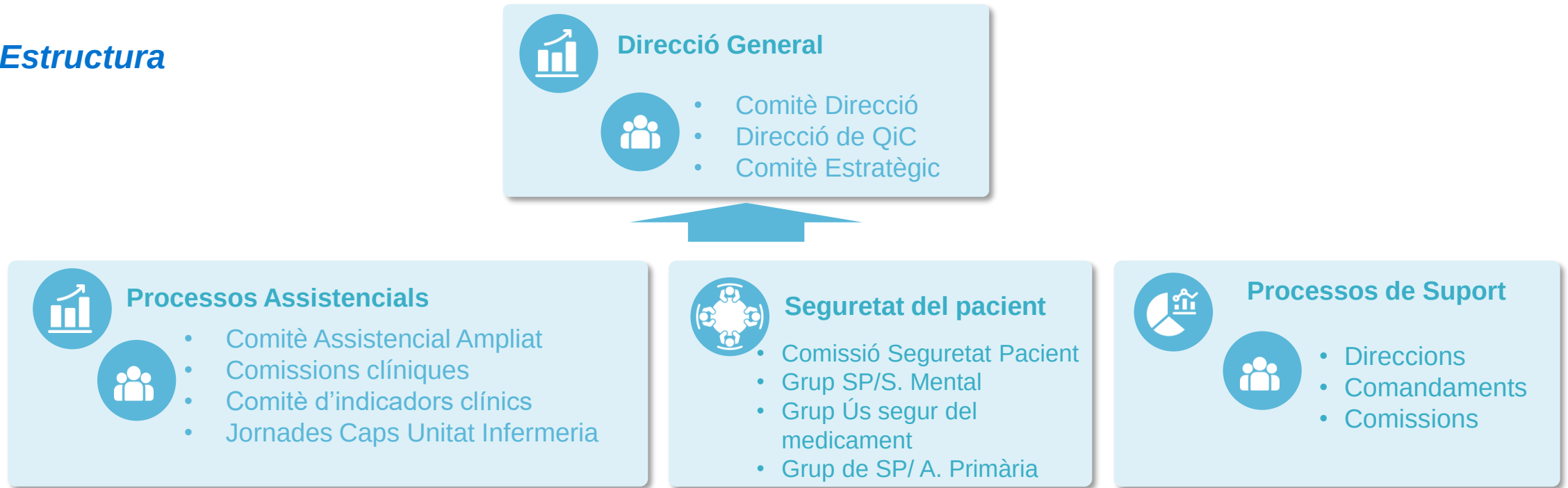
- Validar indicadors de Qualitat i Seguretat, dels processos operacionals validats al BI.
- Elaborar PQ de l'AP

Resultat < 50%:

- Augmentar el consum de les solucions alcohòliques
- Grau de compliment del protocol de conciliació a l'alta

Seguiment de la Qualitat

Estructura



Sistemes d'avaluació i benchmark



Qualitat assistencial

Comissions clíniques

La Unitat de Qualitat dona suport a les Comissions Clíniques i coordina la comunicació amb la Direcció a través del Comitè Assistencial i el Plenari anual de comissions.

Les comissions clíniques formen una estructura fonamental de participació dels professionals en la millora contínua de la qualitat assistencial

Les comissions contribueixen en oferir uns serveis sanitaris i socials amb qualitat i eficiència, tal i com planteja la missió del Pla Estratègic Talaia 2021-2025.



Relació de comissions

- Comissió d’Adequació a la Pràctica Clínica
- Comissió de Documentació Clínica
- Comissió del Dolor
- Comitè d’Ètica Assistencial
- Comissió de Garantia de Qualitat en Radiodiagnòstic
- Comissió Hemoteràpia
- Comissió d’Infeccions
- Comissió del Malalt Politraumàtic
- Comissió de Mortalitat
- Comitè de Nutrició Hospitalària
- Comissió de Protocols i Procediments d’Infermeria
- Comitè de Reanimació Cardiopulmonar
- Comissió de Seguretat del Pacient
- Comissió de Teràpia Farmacològica
- Comissió de Tumors



15

Comissions clíniques



256

Professionals que hi participen



4

Convocatòries nous membres

	2021	2022	2023	2024
Comissions Clíniques	14	14	15	15
Professionals que hi participen	222	221	256	256
Convocatòries	11	2	1	4

Comissions clíniques



Plenari de comissions clíniques

El plenari de comissions clíniques d'Althaia es realitza anualment i te per objectiu presentar el balanç de la seva activitat a la direcció i a la resta de les comissions clíniques.

Aquests any va comptar amb la participació de 6 comissions, que van fer explicar l'activitat que van portar a terme durant l'any 2024:

- **Comissió de Documentació Clínica:** Isabel Comerma.
Podeu consultar-la [aquí](#).
- **Comitè d'Hemovigilància:** Alba Vall
Podeu consultar-la [aquí](#)
- **Comissió de Protocols d'infermeria:** Teresa Segarra
Podeu consultar-la [aquí](#)
- **Comissió de Seguretat del Pacient:** Teo Baeza
Podeu consultar-la [aquí](#)
- **Comitè d'Ètica Assistencial:** Ramon Rafat
Podeu consultar-la [aquí](#)
- **Comissió de Tumors:** Montserrat Domènech i Anna Arnau
Podeu consultar-la [aquí](#)



3/06/2024.

Audit de qualitat dels informes d'alta mèdics

Auditoria impulsada per la Comissió de Documentació Clínica, la Direcció Assistencial i la Direcció de Qualitat i Coneixement amb l'objectiu de:

Avaluar la qualitat dels informes d'alta que es generen al nostre hospital



151 Informes



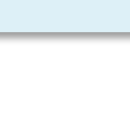
15 Avaluadors externs



16 Avaluadors interns
14 CAPs i 2 Adjunts



3 Avaluacions/informe



453 Valoracions

Aspectes valorats

Antecedents, al·lèrgies i hàbits tòxics

Diagnòstics i evolució

Exploracions

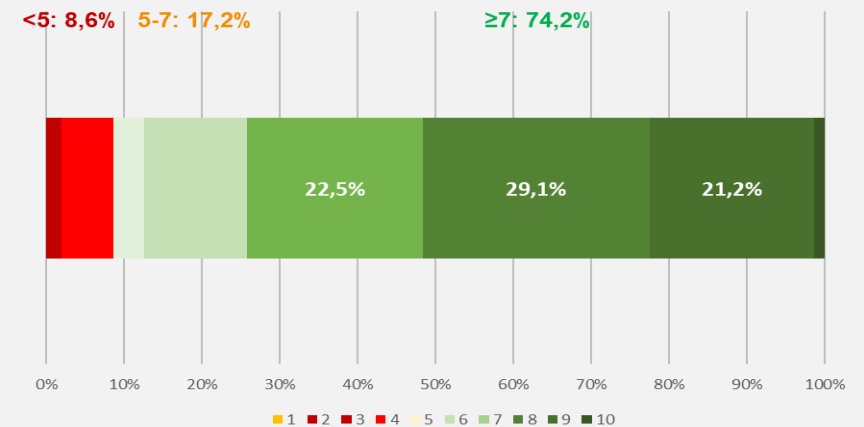
Tractament i controls de seguiment

Estil

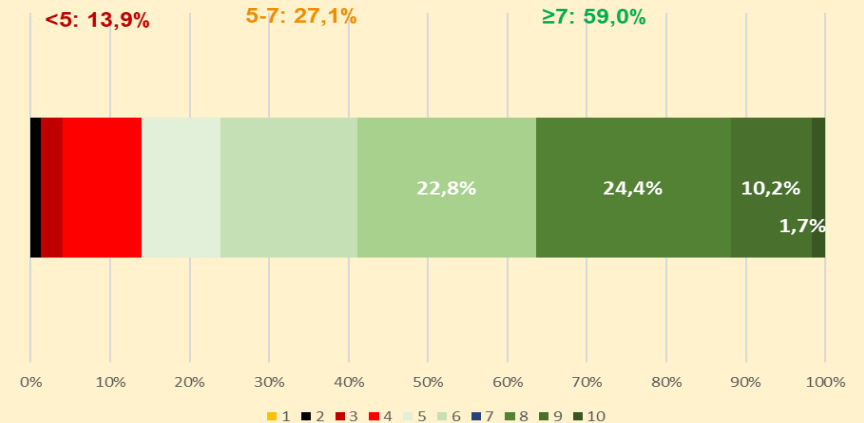
Privacitat

Valoració global

AUDIT EXTERN



AUDIT INTERN



Certificació ISO 9001-2015

Laboratoris de Bioquímica i Microbiologia.



Auditoria de recertificació

14,15 de maig de 2024



Resultats

0 No conformitats



Punts forts

- Bona implicació i col·laboració de tot el personal auditat.
- Sistema de gestió és molt madur i està molt consolidat



Propostes millora

- Seria convenient unificar la forma de documentar i identificar els diferents tipus de documentació existent: PNT, procediment, nota interna, manual, Guia ràpida, fitxa, etc.

Certificació ISO 9001-2015

Unitat d'Hospitalització a Domicili



Auditoria de recertificació

13 de maig de 2024



Resultats

0 No conformitats



Punts forts

- Bona implicació i col·laboració de tot el personal auditat.
- Sistema de gestió és molt madur i està molt consolidat



Propostes millora

- Ja que el servei contempla una sistemàtica de gestió de projectes per aportar a terme nous plans, aquest es pot aprofitar per a la gestió dels canvis.
- Pot ser d'interès decidir en quina periodicitat màxima es faran les revisions documentals dels procediments disponibles

Certificació ISO 15.189

Laboratori Anatomia patològica



Auditoria de recertificació

10 de juny de 2024



Resultats

- 1 No conformitat major:
Ús no adequat de la marca
- 2 No conformitat menor:
-Informes no ajustats a la guia
-Falta de registre en relació a la informació de resultats crítics a la privada



Punts forts

- Revisió dels objectius conforme a les metes planificades.
- Pla de Formació i evaluació periodica d el competències.
- Control intern de monitorització dels processos.

Certificació ISO 14.001:2025 - Medi Ambient



Auditoria de certificació

2024



Resultats

3 No conformitats menors



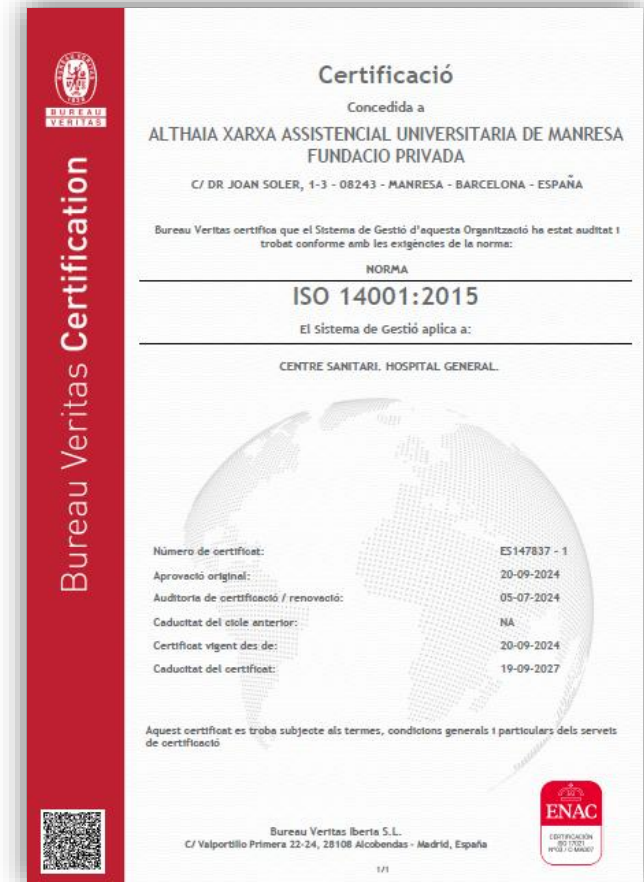
Punts forts

- Innovació contínua en sistemes orientats a la reutilització i reciclatge dels productes, per disminuir els residus.
- El concepte "Althaia Sostenible", que ha permès que la gestió ambiental formi part de la cultura organitzativa de l'hospital.
- Al Manual d'estil s'ha inclòs un apartat de sostenibilitat.
- Capacitat de reacció: elements incorrectes trobats a la visita a les instal·lacions s'han resolt al moment de l'auditoria
- Interès per part de l'equip de gestió



Propostes millora

- Tenir en compte que en el futur que per les aigües residuals es fixaran límits de principis actius.
- No s'ha evidenciat el control del informe de conseller de seguretat per totes les descarregues.
- Establir un protocol de descarrega de gasoil.
- Caiguda de consum d'aigua freda del 50% al primers d'any, s'hauria d'analitzar.
- Trafos treballant a baixa carrega (20%).
- Fixar criteris ambientals pels productes de neteja fets servir per les subcontractes.
- Incloure la Política ambiental a la Guia d'estalvi energètic al lloc de treball.
- Revisar els títols de l'organigrama per tal de què corresponguin amb les de les DLLTs.



Acreditacions Departament de Salut

Aquests any s'ha portat a terme la renovació de l'Acreditació de Centres d'Atenció hospitalària aguda, és a dir de l'Hospital Sant Joan de Déu i de la Clínica Sant Josep. Està previst que iniciar la dels Centres d'Atenció primària al 2025.



Resultats vigents



Acreditació d'aguts (2024)

SJD

95,5%

CSJ

92,2%



Acreditació primària (2015)

ABS1

94,50%

ABS3

94,20%

Resultats de l'Acreditació a tots els centres de Catalunya

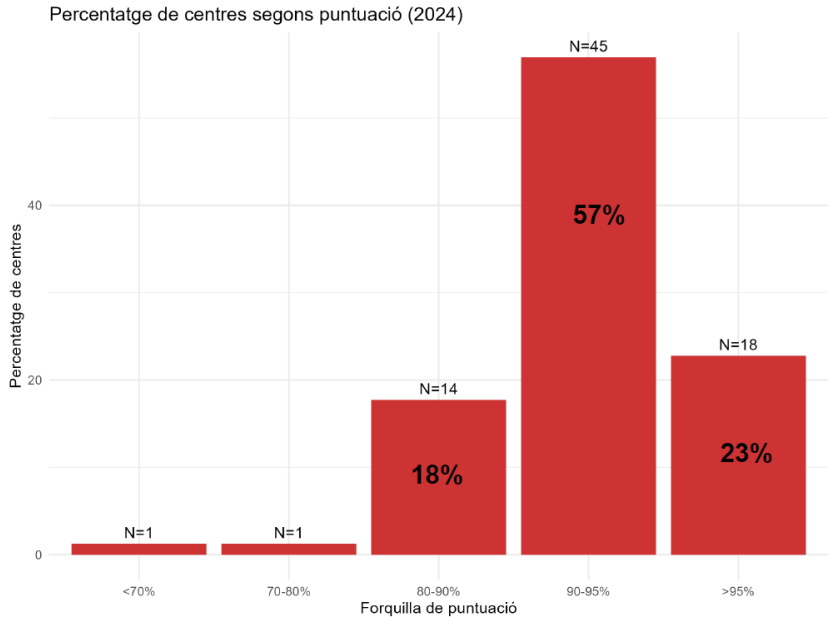
Tercera acreditació hospitals 2023-2024



79 centres acreditats

65 hospitals públics*
14 hospitals privats

RESULTATS ACREDITACIÓ



Jornada d'Acreditació dels Hospitals d'Aguts de Catalunya 2024

Seguiment accions de millora de l'Acreditació de Centres Hospitalaris

Estàndards No complerts comuns SJD i CSJ: 30



8 resolts

Estàndards resolts

1130	<i>Incidències dels serveis subcontractats</i>
1132	<i>No conformitats de productes</i>
1165	<i>Grau de complement del protocol de contencions</i>
1213	<i>Taxes d'errors d'administració de medicaments</i>
1218	<i>Incidències dels carros aturada (PROSP)</i>
1253	<i>Incidències Nutrició/ cuina</i>
1281	<i>Grau compliment del Pla de manteniment</i>
1298	<i>Consum de preparats BH per Higiene de mans</i>



19 en curs

Estàndards en curs

250	<i>Avaluació Pla de formació</i>
467+	<i>Pla de l'aigua / grup</i>
886	<i>Emissió d'incidències d'esterilització</i>
1043	<i>Grau de coneixement del Pla de QISP dels professionals</i>
1090	<i>Monitoritzar el nombre de persones contractades amb residència en la localitat</i>
1117	<i>Separar l'indicador de ponències de les comunicacions a congressos</i>
1128	<i>Registre d'incidències de serveis prestats</i>
1201+	<i>Indicadors del BST</i>
1221+	<i>Indicadors de Radiodiagnòstic</i>
1302	<i>Grau d'implantació del protocol de conciliació de la medicació</i>



3 pendent de resolució

Estàndards pendents de resolució

1166	<i>Monitoritzar les complicacions en procediments (endoscòpies, biòpsies, puncions,...)</i>
1216	<i>Fer talls per mesurar les caducitats dels medicaments dels estocs</i>
1261	<i>Estructurar les dades generals de formalització en el procés assistencial- HIS</i>

Estàndards No complerts només a SJD: 6



1 resolts

Estàndard resolt

1301	Pneumònia associada a VM. < 4 resultats
------	---



4 en curs

Estàndards en curs

1175	<i>IQ cancel·lades. Tendència positiva</i>
1297	<i>Llits amb preparats de base alcoh.<Obj</i>
1288	<i>Valoració risc UPP. Tendència ↓</i>
1264	<i>% formalització de dades/ altes voluntàries (no obj)</i>



1 pendent de resolució

Estàndard pendent de resolució

1171	<i>Clients atesos segons els protocols d'actes clínics, en funció de la prioritització establerta per cada organització.</i>
------	--

Seguiment accions de millora de l'Acreditació de Centres Hospitalaris

Estàndards No complerts només a CSJ : 32



9 resultats

Estàndards resultats

882	Procediment de traçabilitat de l'esterilització
1178	Pacients amb profilaxi ATB
1199	Unitats d'hemoderivats transfoses separat SJD
1285	Registre d'incidències de la gestió de residus
1294	Errors de transfusió
1300	Formació en Higiene de mans amb BA (↓ obj)
1309	Taxa de rebuig d'imatges RX (faltaven mesures)
1310	Justificació probes Rx (faltaven mesures)
1312	Consentiments informats Rx (faltaven mesures)



en curs

Estàndards en curs

1010+	Enquestes de satisfacció del client
1150	Temps espera a URG. No obj, Tendència ↓
1162	Dades reingressos
1184	Complicacions postquirúrgiques (extracció manual 2024)
1262	Consentiment informat. < Obj
1265	Controls sobre documentació assistencial. Dades no estructurades.
1272	Autoinoculació. No obj
1273	Registre no conformitats material estèril.
1295	Formació en Higiene de mans



4 pendents de resolució

Estàndards pendents de resolució

1162	Reingressos. Només 2 mesures.
1179	Implantar Marvax per registre complicacions anestèsiques
1180	Complicacions quirúrgiques
1186	Substitució CIR ingrés per CMA

Autoritzacions administratives

Autoritzacions administratives

Els centres i els serveis sanitaris, sigui quin sigui el nivell, la categoria o el titular, necessiten l'Autorització administrativa de funcionament per posar-se en marxa o per fer-hi qualsevol modificació significativa.



Autoritzacions tramitades

Obres de Farmàcia	Març
Cartera de serveis i equipament (COT+CSI) (requeriments)	Maig
Centre generador de donats i per extracció de teixits humans per a transplantament (SJD)	Juny
Oftalmologia CSJ	Juliol

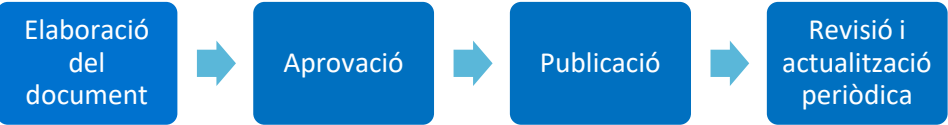


Autoritzacions resoltes

Laboratori Bioquímica i microbiologia	Febrer
Servei de Maxilofacial	Abril
Obres i funcionament mòdul d'obtenció de mostres SJD	Abril
Consulta perifèrica del Solsonès SM	Maig
Obres de Farmàcia	Juliol
Servei de pneumologia SJD	Juliol
Mòdul obtenció de mostres de l'ABS1	Agost
Transplantament de teixits musculoesquelètic a SJD	Set

Gestió de documents: Protocols, Procediments, Guies clíniques,...

El **gestor documental** és un dels principals recursos de transmissió del coneixement entre professionals. Per mantenir el sistema de gestió dels documents la Unitat de Qualitat fa seguiment del procés:

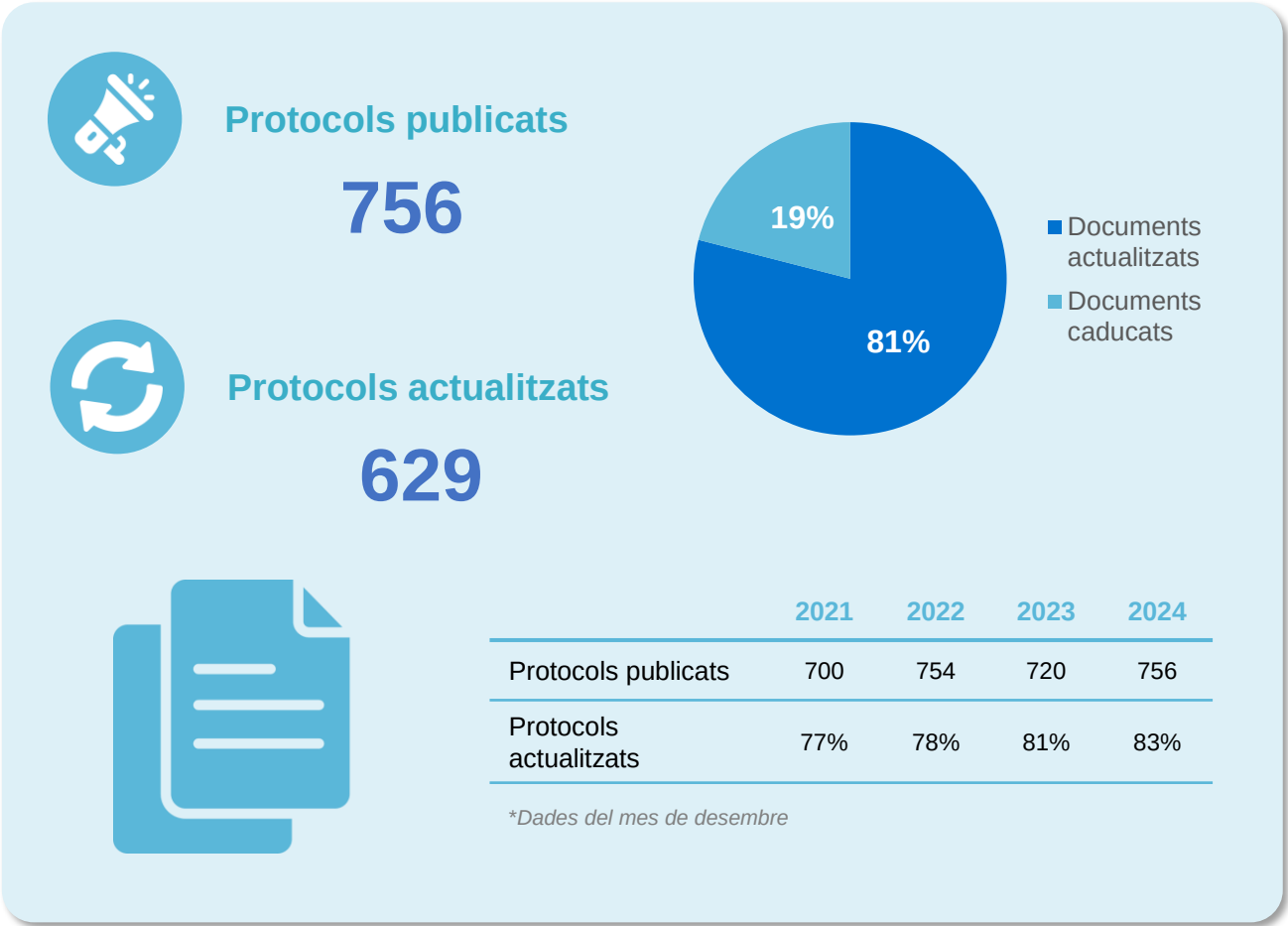


Per l'accessibilitat als documents disposem del cercador que permet:

- Cerca bàsica per títol, contingut, temes i unitats.
- Cerca avançada per tipus de document, autor i format (doc, vídeos., annexes, full informatius,..)
- Índex de documents per temes assistencials.
- Informació de les últimes novetats (documents nous i actualització).
- Opció de marca documents preferits per accés més ràpid.

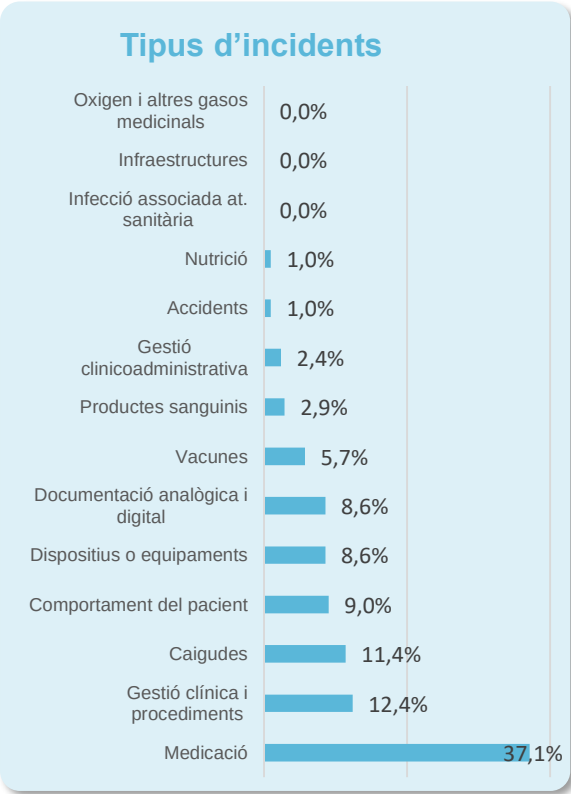
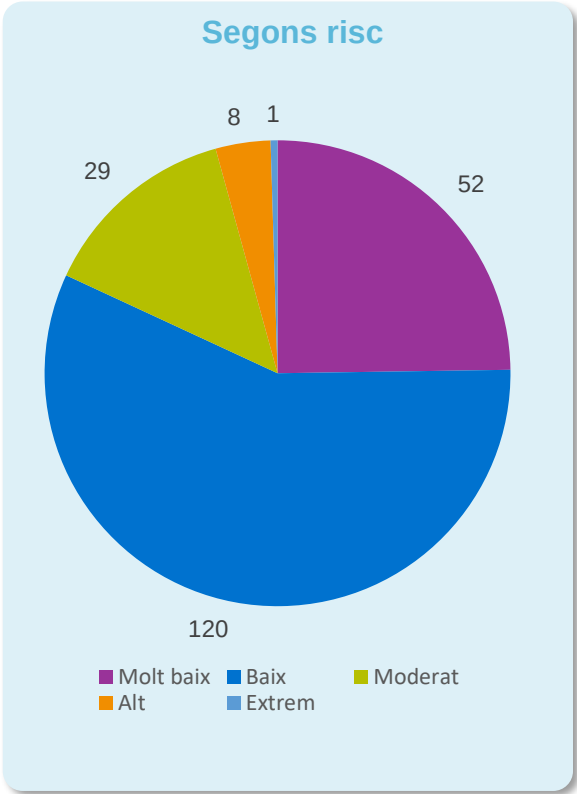


Pots consultar [aquí](#) el manual d'ús del gestor documental.

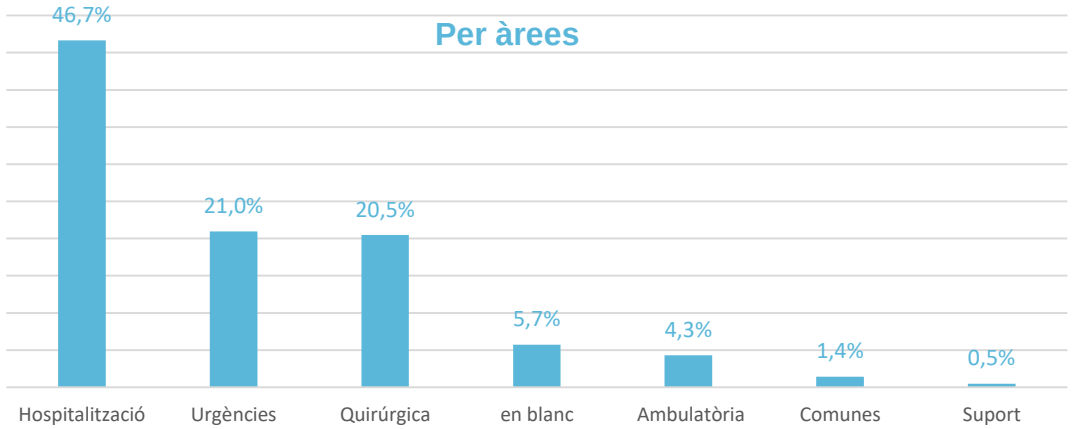
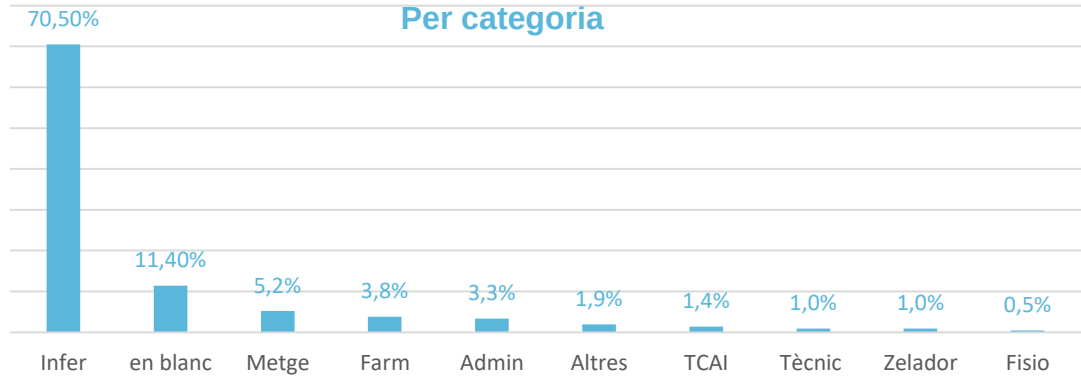


Esdeveniments adversos

La Unitat de Seguretat del pacient analitza tots els esdeveniments adversos notificats per professionals, la notificació és voluntària, anònima i confidencial, l'objectiu mai es punyiu, està enfocat a buscar els riscos dels processos i sistemes per tal de posar barreres i evitar esdeveniments que causin dany als pacients



	2021	2022	2023	2024
Gestió dels incidents/esdeveniments adversos notificats	118	127	184	210
Nombre d'esdeveniments adversos de risc extrem notificats	4	0	0	1



Alguns resultats de Seguretat del pacient



Els indicadors del quadre de comandament de Seguretat del Pacient pretenen identificar pràctiques assistencials amb potencial de millora i són una eina de Benchmarck entre centres del mateix nivell.

Taxa caigudes SJD



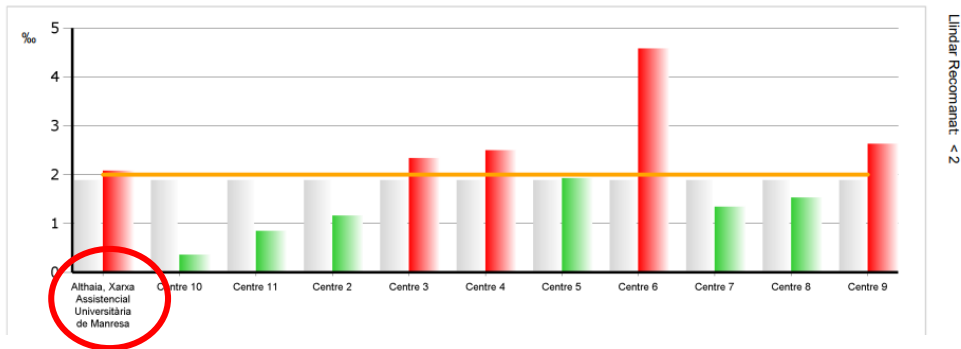
Quadre de Comandament de Seguretat dels Pacients

Informe Comparatiu

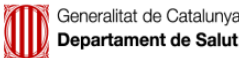
SP 02.2P Caigudes en pacients hospitalitzats

Prevenió de caigudes

Període: Segon semestre 2024 Complexitat: Altres hospitals públics de referència



Identificació pacients SJD

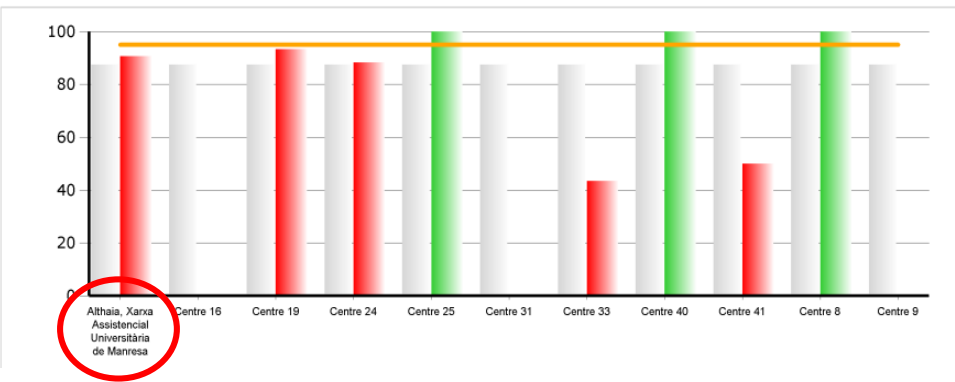


Quadre de Comandament de Seguretat dels Pacients

SP 07.4P Identificació activa dels pacients en situació de risc en hospital de dia

Identificació inequívoca dels pacients

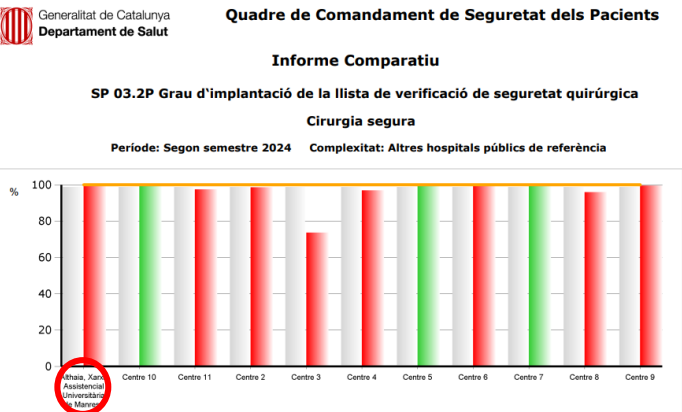
Període: Segon semestre 2024 Complexitat: Altres hospitals públics de referència



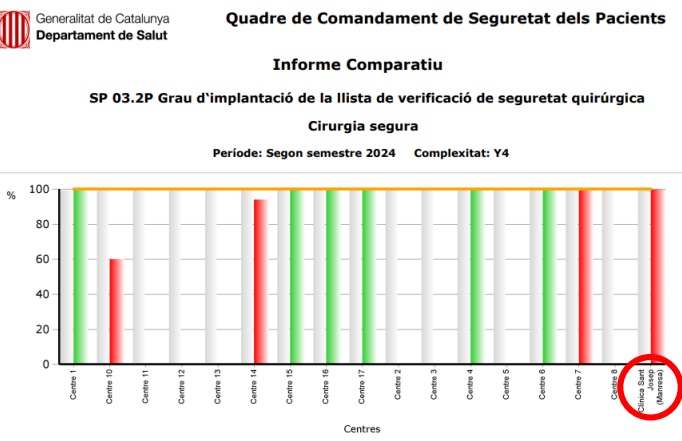
■ mediana del grup ■ en desenvolupament ■ Compleix el llindar ■ No compleix el llindar — Llindar Recomanat

Alguns resultats de Seguretat del pacient

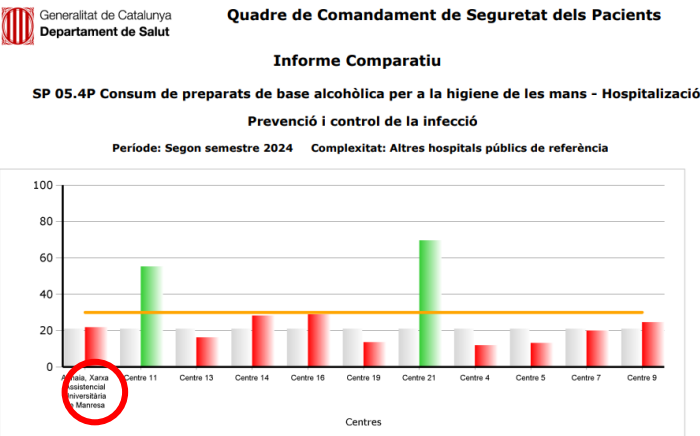
Checklist quirúrgic SJD



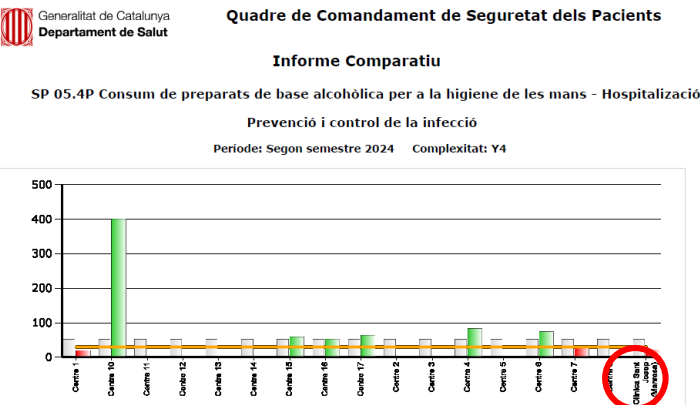
Checklist quirúrgic CSJ



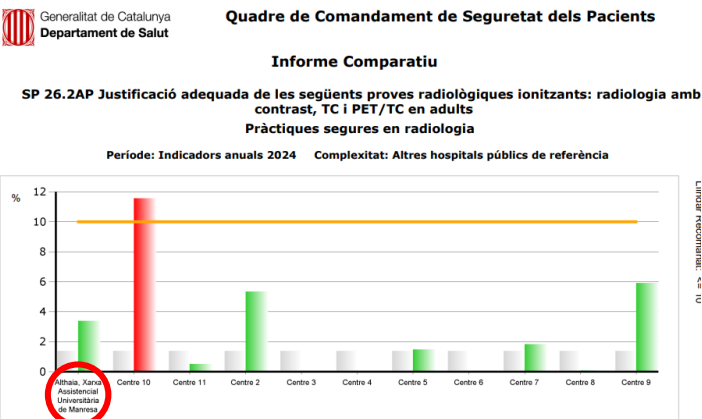
Consum preparats base alcohòlica SJD



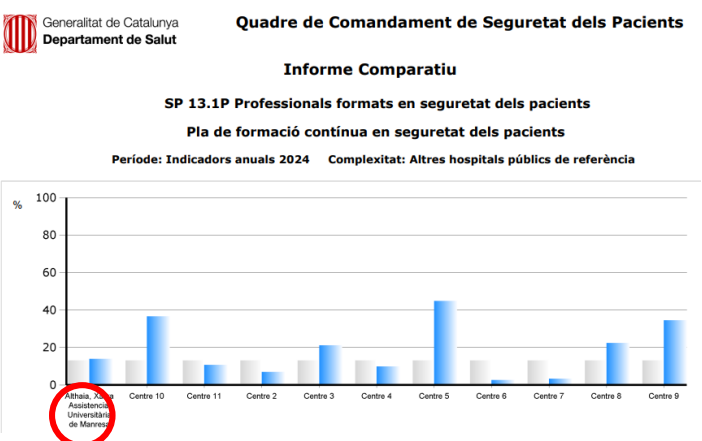
Consum preparats base alcohòlica CSJ



Justificació TC/PET adults SJD



Professionals formats en SP

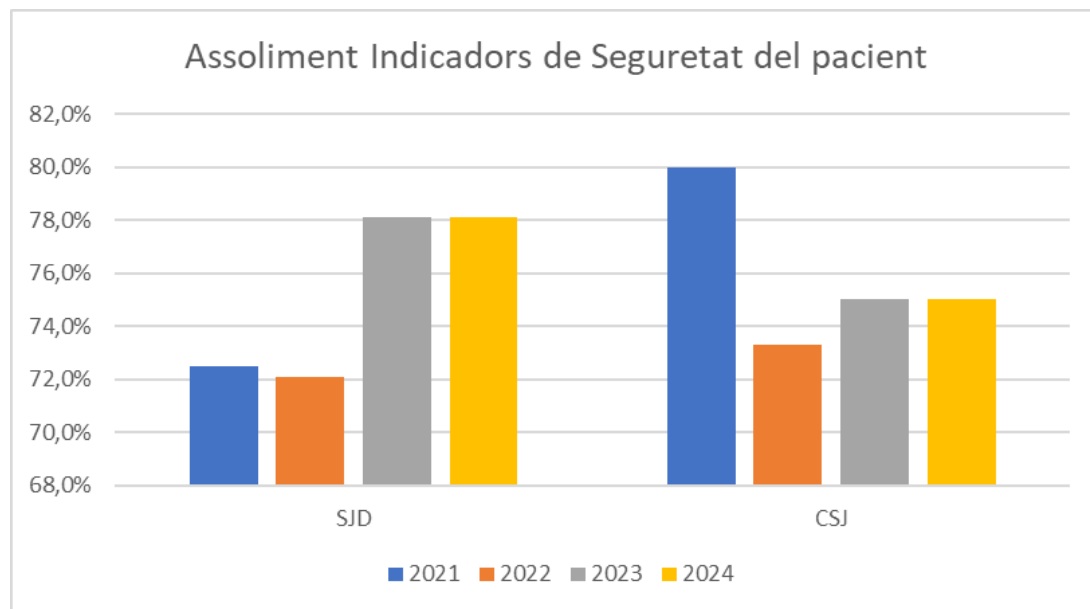


Seguretat del pacient

Objectiu del Servei Català de la Salut de la part variable del contracte

Indicador sintètic que agrega tots els indicadors de seguretat del pacient que demana CatSalut

- **SEGPAC01:** Proporcionar al Servei de Promoció de la Qualitat i Bioètica en el termini establert les dades dels indicadors de seguretat dels pacients de l'hospital
- **SEGPACAE02:** Promoure les bones pràctiques per a la gestió del risc assistencial : Assolir un determinat valor mínim del grau de compliment de la identificació activa dels pacients en situacions de risc (95%)



98,8% pacients amb polsera identificativa

88% identificació activa



100% pacients amb polsera identificativa

95% identificació activa

Resultats MSIQ 2024: dades destacables



Indicadors ajustats millors que Catalunya

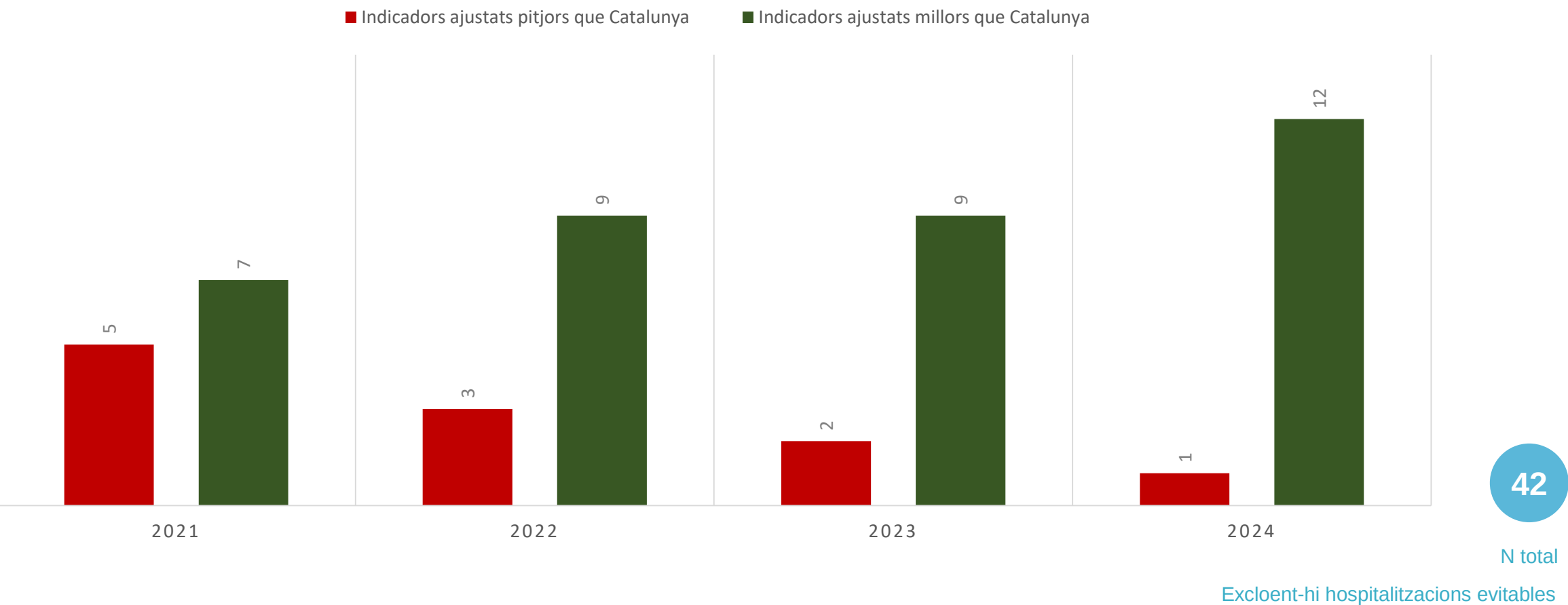
- Parts per cesària
- Cesàries primàries
- Infecció en CVC
- Hemorràgia postoperatòria
- Reingressos per patologies seleccionades
- Reingressos per infart agut de miocardi amb elevació del segment ST
- Reingressos per complicacions de la DM
- Hospitalitzacions per complicacions a llarg termini de la diabetis
- Hospitalitzacions per MPOC
- Hospitalitzacions per angina de pit
- Hospitalitzacions per apendicitis perforades
- Raó de funcionament estàndard
- Raó de funcionament estàndard mèdica
- Raó de funcionament estàndard quirúrgica
- Raó d'ambulatorització quirúrgica estandarditzada



Indicadors ajustats pitjors que Catalunya

- Punció o laceració accidental
- Hospitalitzacions potencialment evitables
- Índex estandarditzat d'hospitalitzacions per amputacions en les EEII en malats diabètics
- Índex estandarditzat d'hospitalitzacions per pneumònia bacteriana
- Índex estandarditzat d'hospitalitzacions per asma
- Índex estandarditzat d'hospitalitzacions per insuficiència cardíaca congestiva

Resultats MSIQ 2024: dades destacables



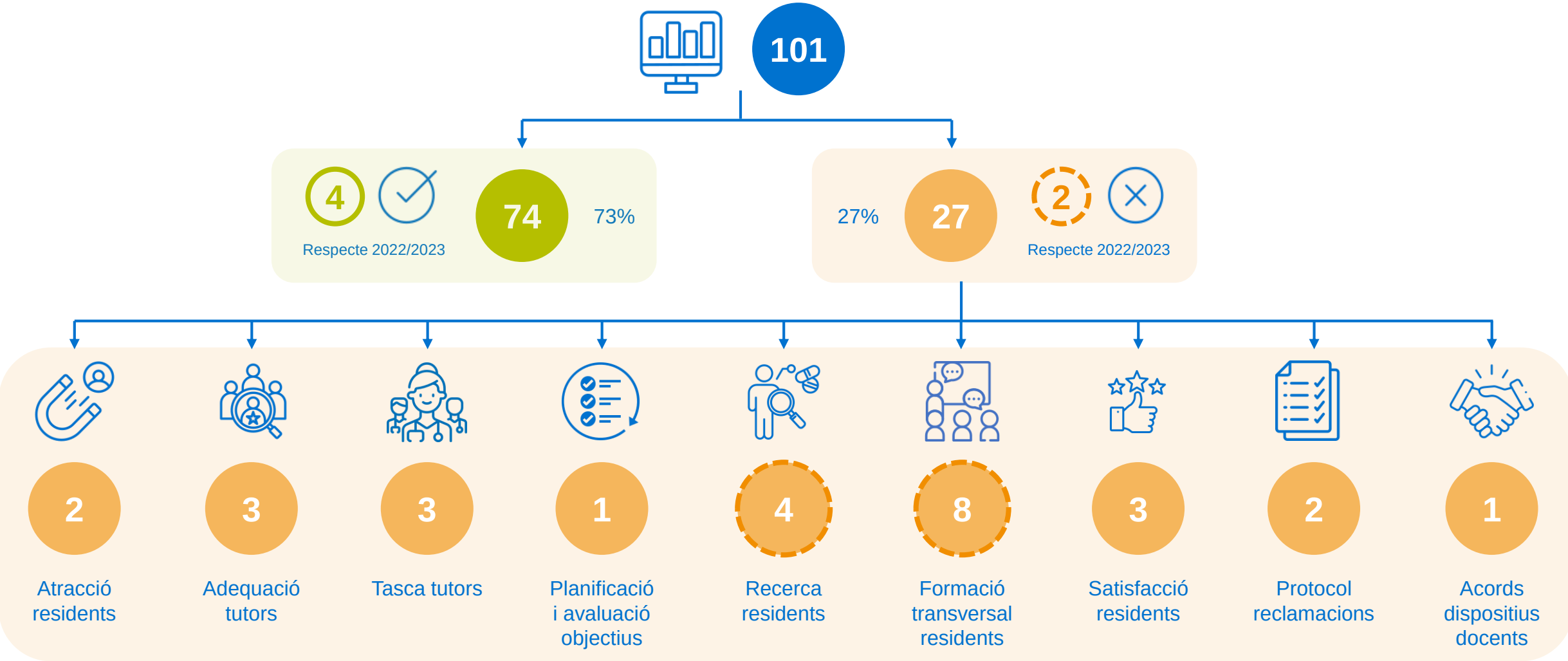
Resultats BS3 2024: dades destacables

CMA % CMA vs total cirurgia programada 78,8% Raó estàndard 1,09	ESTADA MITJANA Dies estada hospitalització convencional 5,06 Raó estàndard 1,05	COMPLEXITAT Pes mig 0,9004 Raó estàndard 0,92
COMPLICACIONS % altes amb complicacions 1,8% Raó estàndard 0,89	HOSPITALITZACIONS POTENCIALMENT EVITABLES % HPC vs total altes 18,4% Raó estàndard 0,99	ESTADA MITJANA PREOPERATÒRIA Dies d'estada preoperatòria 0,87 Raó estàndard 1,26
	MORTALITAT % mortalitat vs total altes 2,2% Raó estàndard 1,03	
	REINGRESSOS % reingressos a 30 dies vs total altes 3,3% Raó estàndard 0,98	
	INTENSITAT DE REGISTRE N. diagnòstics per alta 7,47 Raó estàndard 1,03	

Dades comparatives amb el grup d'hospitals de referència tipus B del SISCAT + CSI

Qualitat docent

Resultats 2023/2024



Indicadors que es compleixen al 2023/2024 i no es complien al 2022/2023



Indicador	Estàndard	2022/2023	2023/2024	Observacions
El Comitè de direcció valora anualment l'informe del pla de qualitat docent	Sí	No	Sí	Es va elaborar el quadre de comanament del PGQD al 2023
Es fa el seguiment i la proposta de millora d'aquests indicadors	Sí	No	Sí	La definició dels objectius docents d'un període es fa a partir dels resultats dels indicadors del PGQD del període anterior
Totes les especialitats tenen un protocol de supervisió aprovat per la Comissió de Docència	100%	93%	100%	Es va elaborar el protocol de supervisió pendent dins de l'expedient d'acreditació de la UDM de Salut Mental
Els residents són avaluats en menys de 15 dies abans de finalitzar l'any de residència	100%	86%	100%	Durant el 2023/2024 s'ha vetllat per fer els comitès d'avaluació dins del termini establert



**XARXA ASSISTENCIAL
UNIVERSITÀRIA DE MANRESA**
Dr. Joan Soler, 1-3 - 08243 Manresa

Tel. 93 875 93 00
Fax 93 873 62 04

althaia@althaia.cat
www.althaia.cat



EFQM
Recognised for Excellence
4 Star - 2020

SEGUEIX-NOS:    