

Memòria de la Unitat de Qualitat 2019

Teo Baeza

Cap de la Unitat de Qualitat





Unitat de Qualitat



Aquesta unitat vetlla per a la millora contínua de la Institució i la qualitat dels serveis de l'Hospital. Les seves funcions són:

- Gestionar el Pla de Qualitat i Seguretat del Pacient
- Assessorar en l'elaboració de protocols, procediments i altres documents.
- Coordinar les comissions clíniques, comitès i grups de treball.
- Donar suport a programes específics de millora.
- Coordinar les acreditacions dels dispositius assistencials de la institució i les certificacions dels seus serveis.
- Col·laborar en la implantació de sistemes de gestió de qualitat d'acord amb les normes internacionals, com ara les normes ISO.
- Promoure la formació en metodologia de qualitat i seguretat del pacient.

Fets destacats



- Iniciem l'any 2019 amb el procés **d'Autoavaluació aplicant el model EFQM.**

Durant la setmana del 25 de febrer al dia 1 de març han estat a Althaia 3 auditors de la consultoria Comtec© coneixent i valorant la Fundació Althaia en tots els seus àmbits.

- Elaboració de la Memòria EFQM per la presentació a l'obtenció del Segell d'Excel·lència en al gestió.

Objectius Pla QiSP

1. Millorar la gestió de la qualitat:

OBJECTIU	PLA ACCIÓ	Indicador	Responsable	'17	'18	'19	'20
a. Elaboració i difusió del PQiSP	1. Elaborar i aprovar el PQiSP	SÍ/NO	Unitat de Qualitat				
	2. Elaborar un butlletí amb els punts bàsics del pla	SÍ/NO	Unitat de Qualitat				
	3. Difusió del Pla: Intranet, comandaments, professionals	Nº sessions/sistemes de comunicació	Unitat de Qualitat				
b. Orientar el model a la gestió per processos	4. Identificar els responsables dels processos segons manual d'acreditacions	% responsables de processos identificats	Unitat de Qualitat			✓	
c. Reforçar les estructures de qualitat assistencial existents	5. Elaborar normativa de Comissions Clíniques	SÍ/NO	Unitat de Qualitat				
	6. Seguiment resultats de les Comissions Clíniques	Nº de comissions clíniques amb indicadors valorats	Unitat de Qualitat			✓	
	7. Reforçar el Comitè Assistencial en funcions de qualitat assistencial.	Acta de reunió d'ampliació del C. Assistencial	President Comitè Assistencial				
d. Acompliment de la normativa vigent en matèria d'autoritzacions administratives, inspeccions i altres requeriments del Departament de Salut	8. Posar al dia les autoritzacions dels diferents edificis d'Althaia	Autoritzacions actualitzades	Unitat de Qualitat				
	9. Planificar les accions periòdiques	Calendari d'accions				✓	
	10. Coordinar les inspeccions i les accions de millora	Registre de les inspeccions				✓	
e. Millorar la gestió documental	11. Actualitzar la normativa de gestió documental	SÍ/NO	Unitat de Qualitat				
	12. Implementar el nou gestor documental a la intranet	SÍ/NO	Unitat de Qualitat / Sistemes d'Informació / Comunicació		✓		
f. Optimitzar el sistema d'indicadors de qualitat	13. Revisar els indicadors de qualitat propis dels contractes de gestió	% d'indicadors revisats dels contractes de gestió	Unitat de Qualitat / Control de Gestió / Documentació clínica			✓	
	14. Millorar el quadre de comandament de qualitat	Implementació del CPM (SÍ/NO)	Unitat de Qualitat / Control de Gestió / Documentació clínica			✓	

Objectius Pla QiSP

2. Millorar la seguretat del pacient i integrar-la en el sistema de qualitat:

OBJECTIU	PLA ACCIÓ	Indicador	Responsable	'17	'18	'19	'20
a. Millorar la cultura de seguretat i promoure la notificació d'esdeveniments adversos	15. Participar en la formació continuada	Nº accions formatives relacionades amb Q i/o SP	UFSP				
	16. Formar en SP als residents	Nº hores de formació als residents relacionades amb SP	UFSP			✓	
	17. Anàlisis dels EA i difusió de les accions de millora	Nº EA analitzats Nº accions de millora	UFSP				
b.1. Millorar la higiene de mans	18. Formació i difusió en higiene de mans	Nº professionals formats en HM	UFSP/ Inf infeccions			✓	
	19. Mesurar resultats en la higiene de mans i difusió	UFSP	inf infeccions				
b.2 Ús adequat dels antibiòtics	20. Seguiment del projecte PROA	Nº accions del grup PROA	Comissió d'infeccions			✓	
	21. Actualització del protocol	SI/NO	UFSP				
b.3 Identificació dels pacients	22. Formació en identificació del pacient	Nº professionals formats en identificació de pacients	UFSP/ Dep de Formació				
b.4 Prevenció de caigudes i contencions físiques	23. Difusió resultats del projecte NeC (No ens Caigui)	Nº de presentacions dels resultats	Grup de prevenció de caigudes				
	24. Avançar el projecte NeC cap a la prevenció en la comunitat	Nº d'activitats relacionades	Grup de prevenció de caigudes			✓	
b.5 Ús segur del medicament	25. Actualitzar el protocol	SI/NO	UFSP/ Farmàcia				
	26. Formació en infermeria	Nº de professionals formats	UFSP/ Farmàcia			✓	
	27. Millorar el qüestionari ISMP	Puntuació ISMP	UFSP/ Farmàcia				
b.6 Prevenció de les úlceres per pressió	28. Determinar els resultats de canvi de escala de mesura del risc	Taxa Valoració risc UPP	UFSP/ Dir Infermera				
		Taxa UPP				✓	
b.7 Cirurgia segura	29. Proposar digitalització dels CKL	Digitalització SI/NO	UFSP/ Sistemes d'informació				
	30. Seguiment del CKL de l'àrea privada	Taxa CKL/àrea	UFSP			✓	
	31. Millorar els resultats de l'acompliment	Taxa CKL/àrea	UFSP/ àrea quirúrgica				
	32. Posada en marxa del CKL de la cesària	SI/NO	UFSP/ Bloc Obstètric			X	
b.8 Millorar la seguretat transfussional	33. Formació i certificació dels professionals infermers en seguretat transfussional	Nº de professionals formats	UFSP/ inf hemovigilància/ Dep Formació			✓	
b.9 Promoció de sistemes de comunicació entre professionals	34. Formació als professionals	Nº de professionals formats	UFSP			✓	
b.10 Ús segur de les radiacions ionitzants	35. Protocol Control de les radiacions	SI/NO	UFSP/ Diagnòstic per la Imatge				
b.11 Promoure la notificació d'esdeveniments adversos	36. Butlletins informatius	Nº de notificacions	UFSP			✓	
	37. Formació	Nº de professionals formats					
b.12 Informació i participació dels pacients per la seva seguretat	38. Enquesta de valoració de l'experiència del pacient	Nº enquestes i resultats	UFSP			X	
b.13 Fomentar la investigació en seguretat del pacient	39. Difusió i suport a les iniciatives	Nº iniciatives/projectes	Unitat de Recerca			X	

Objectius Pla QiSP

3. Millorar els resultats:

OBJECTIU	PLA ACCIÓ	Indicador	Responsable	'17	'18	'19	'20
a. Obtenir resultats >95% en l'Accreditació d'hospitals	40. Elaborar una metodologia per fer seguiment dels criteris de l'acreditació.	% assoliment Accreditació Hospitals	Unitat de Qualitat			X	
	41. Donar suport als grups de treballs per l'autoavaluació.	Nº de reunions	Unitat de Qualitat				
b. Obtenir resultats > 85% en l'Accreditació Salut Mental	42. Fer seguiment dels criteris de l'acreditació.	% assoliment Accreditació SM	Unitat de Qualitat			X	
	43. Donar suport al grup de treball per l'autoavaluació.	Nº de reunions					
c. Aconseguir la certificació ISO 15.189 del Laboratori d'Anatomia Patològica en el diagnòstic de la patologia mamària.	44. Gestionar la part administrativa de la ISO 15.189	SI/NO	Unitat de Qualitat				
	45. Obtenció de la Certificació	SI/NO	Lab Anatomia Patològica				
d. Passar la revisió anual de la certificació ISO 9001 Lab-UHaD	46. Redactar i implementar un procediment de supervisió del sistema de gestió per part de la direcció general.	SI/NO	Unitat de Qualitat				
	47. Gestionar la part administrativa de la ISO 9001	SI/NO	Unitat de Qualitat			✓	
	48. Obtenció de la Certificació.	SI/NO	Unitat de Qualitat Lab Bioquímica, Microbiologia, Hematologia i UHaD				
e. Activar les accions de millora pendents de l'acreditació de l'Atenció Primària	49. Acompliment de les accions de millora relacionades amb l'acreditació.	% accions realitzades	Unitat de Qualitat/ Coordinadors Atenció primària			X	
	50. Iniciar l'estratègia relacionada amb la Seguretat del pacient: crear la UFSP, gestió de les notificacions, formació, accions de millora.	Nº de reunions de la UFSP-AP	Unitat de Qualitat/ Coordinadors Atenció primària			✓	
f. Augmentar el nº d'indicadors mesurats del quadre d'indicadors de Seguretat del Pacient	51. Augmentar el 84,9% dels indicadors mesurats	% indicadors mesurats	UFSP				
g. Actualització i difusió dels documents	52. Disseny i control del Gestor Documents	Nº de documents actualitzats	Unitat de Qualitat		✓	X	
h. Obtenció del Segell d'Excel·lència Europea 300+ (o superior)	53. Adequació del sistema de gestió al model EFQM	Memòria anual de qualitat segons model EFQM	Unitat de Qualitat			✓	
	54. Autoavaluació sistema de gestió de la qualitat	% criteris assolits	Unitat de Qualitat			✓	
	55. Avaluació externa per l'obtenció del segell	Obtenció del segell (SI/NO)	Unitat de Qualitat/ empresa certificadora				

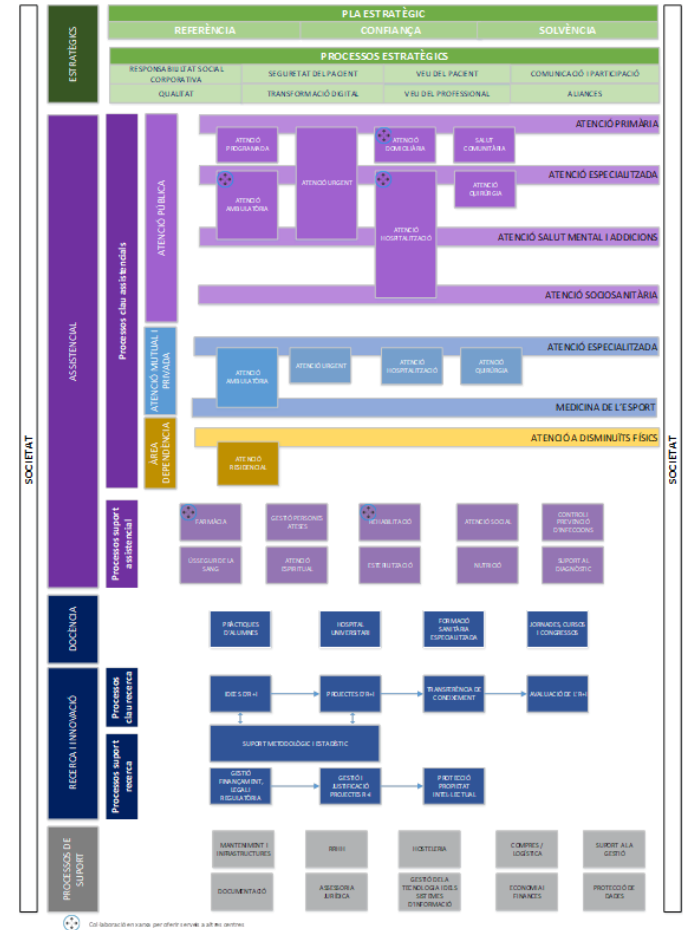
1. Millorar la gestió de la qualitat

1.b. Orientar el model a la gestió per processos.

- Elaboració del Mapa de processos institucional

En col·laboració amb l'Artur Belmonte Consensuat en el Comitè Assistencial Ampliat i Nucli de Qualitat.

Pendent d'aprovació.



1. Millorar la gestió de la qualitat

1.c. Reforçar les estructures de Qualitat assistencial existent

Reunions del Comitè Assistencial Ampliat (CAA)

Un dels objectius d'aquestes reunions és fer seguiment de les Comissions Clínicas i altres grups de treball orientats a la qualitat de l'assistència

En aquesta línia han assistit a la CAA:

- Comissió Documentació
- Grup Segones Víctimes
- UFSP: Resultat audit SP a les ABS
- Comissió garantia de qualitat en radiodiagnòstic
- Comissió de RCP: enquesta de valoració
- Comissió Tumors

Altres temes tractats a les reunions han estat:

- Informatització CKL
- ProSP (Sistema proactiu de Seguretat del pacient): control revisió de material de RCP
- Donació òrgans com a unitat de coordinació i el seu espai a la Intranet
- Millores en la gestió dels Documents
- Protocol reduir estrès en pacients intervingut. Guia RICA
- Protocol Custòdia policial
- Mapa de processos

1. Millorar la gestió de la qualitat:

Nucli de Qualitat

Durant el 2019 s'han fet 9 reunions en la que s'han treballats els següents temes:

- Accions de millora relacionades amb les queixes i suggeriments de l'UAU (temps d'espera a les CCEE, circuit resposta a l'Atenció primària..).
- Millores en la gestió de llistes d'espera arrel d'un error de codificació.
- Es continua amb l'estudi de propostes per conèixer la satisfacció i experiència del pacient: Opina, Cotesa i IASIT i, finalment RedCap, aplicació que ja disposem a Althaia i amb la que es decideix fer prova pilot a la Clínica.
- Seguiment i col·laboració en l'elaboració de la Memòria EFQM.
- Debat de la gestió de les memòries a Althaia.
- Valoració i aportacions al Mapa de processos institucional.
- Sistema de registre de les "Accions de millora" que col·laborin o coneguin els membres del NQ.
- Iniciem el procés de preparació per l'Acreditació d'aguts tot i que encara no hi ha notícies de quan s'iniciarà.

A demana del grup s'incorporen referents de les àrees de RRHH i Sistemes d'informació: Carme Garay i Pere Guerrero.

1. Millorar la gestió de la qualitat:

1.c. Reforçar les estructures de Qualitat assistencial existents

2on Plenari anual de les Comissions Clínicas: 16 maig 2019

Amb l'objectiu d'informar i assessorar a la Direcció en les diferents àrees de qualitat, posar en valor la funció de les comissions i fer-ne seguiment, en el Plenari anual cada president presenta els objectius i resultats de l'any anterior (2018).

Aquest anys es posa en valor la nova etapa, com a hospital docent, en la que les comissions agafen una especial rellevància.

Com a aspectes més rellevants destaquem:

- La necessitat de millorar la gestió dels documents (protocols, guies, manuals..) .
- La proposta de noves comissions com la de protocols mèdics i Right Care.
- La difusió del plenari a la resta de membres de les comissions.
- Valorar el suport administratiu com a recursos especialment per la recollida i anàlisis de dades.

Durant l'any s'ha fet una convocatòria oberta per formar part de la Comissió del Dolor per 3 places i s'han presentat 12 professionals.

1. Millorar la gestió de la qualitat

1.d. Autoritzacions administratives, inspeccions i altres requeriments

- Autorització administrativa de les Consultes perifèriques de Salut Mental de Solsona i Berga.
- Actualització del servei de Farmàcia:
 - Canvi a Dipòsit de medicaments al CH,
 - el trasllat del Dipòsit de medicació de la Clínica Sant Josep
 - el canvi de nom de la responsable del Servei de Farmàcia de Sant Joan de Déu.
- Actualització de les UP Sant Joan de Déu i Centre Hospitalari.
- Contacte amb el Servei d'Ordenació Sanitària per actualització dels centres Althaia, resta pendent de ens facin una visita.

1. Millorar la gestió de la qualitat

1.e. Implementar el nou gestor documental a la intranet.

El canvis al nou sistema de gestió de documents ha generat incidències per diferents causes:

- L'autogestió dels documents per part dels serveis no s'ha arribat a implantar.
- L'aplicació a donat problemes d'usabilitat (procés lent, donar errors, falta de funcionalitats,..).
- Demandes de professionals per la dificultats en trobar els documents.

Al segon semestre de l'any s'inicien accions de millorar:

- Reunions amb professionals, comissió de protocols, informàtics i empresa proveïdora de l'aplicatiu.
- Proposta de millora i aprovació del seu pressupost:
 - Nova visió de la pantalla de cerca
 - Disposar de llistat on es puguin visualitzar tots els documents
 - Introduir una cerca per temes
 - Identificar documents nous i actualitzats i fer-los visibles a la primera pantalla
 - Poder afegir links a documents externs

1. Millorar la gestió de la qualitat

1.f. Optimitzar el sistema d'indicadors de qualitat.

Per l'elaboració de la Memòria EFQ ens calia determinar uns indicadors rellevants per l'organització. Per decidir quins indicadors, dels que estem mesurant, eren els mes adequats s'han fet reunions de treball Suport a la gestió i altres departaments implicats (RRHH, infraestructures, comunicació, compres, docència, recerca,...).

Com a resultat d'aquests treball tenim identificat 64 indicadors de resultats rellevants:

- 16 resultats en els pacients
- 16 resultats en els professionals
- 16 resultats en les societat
- 16 resultats claus de gestió

**8 indicadors de percepció i 8 indicadors de rendiment de cada criteri*

1. Millorar la gestió de la qualitat

Resultats en els clients

Nº	Resultat
6a1	Grau de fidelització en l'Atenció Especialitzada (PLAENSA)
6a2	Grau de fidelització en l'Atenció Primària (PLAENSA)
6a3	Grau de fidelització en l'Atenció a Salut Mental Ambulatòria (PLAENSA)
6a4	Grau de satisfacció de pacients en CMA
6a5	Grau de satisfacció dels familiars en pacients UCI
6a6	Grau de satisfacció del pacient en l'Atenció Privada
6a7	Valoració dels procés global de docència (residents)
6a8	Valoració dels assistents a jornades i congressos
6b1	Queixes i reclamacions
6b2	Agraïments
6b3	Pacients de consulta externa dins de tram de garantia
6b4	Pacients de proves diagnòstiques dins de tram de garantia
6b5	Pacients de procediments quirúrgics dins de tram de garantia
6b6	Infecció nosocomial
6b7	Hospitalitzacions evitables atribuïbles per àrea bàsica de salut
6b8	Reingressos a 30 dies en malalties seleccionades

1. Millorar la gestió de la qualitat

Resultats en les persones

Nº	Resultat
7a1	Satisfacció dels professionals d'Althaia (OPINA)
7a2	Valoració de la qualitat assistencial (OPINA)
7a3	Percepció del prestigi de l'entitat (OPINA)
7a4	Percepció de l'aplicació dels valors (OPINA)
7a5	Grau de compromís (OPINA)
7a6	Estabilitat i seguretat en el lloc de treball (OPINA)
7a7	Satisfacció sobre les activitats formatives realitzades
7a8	Avaluació de riscos psicosocials
7b1	Absentisme
7b2	Professionals assistencials sota contracte de gestió
7b3	Activitats formatives per persona
7b4	Recursos invertits en màsters i postgraus per al personal
7b5	Participació de professionals a congressos
7b6	Accidentabilitat laboral
7b7	Índex de rotació de la plantilla
7b8	Contractació indefinida

1. Millorar la gestió de la qualitat

Resultats en la societat

Nº	Resultat
8a1	Premis o reconeixements rebuts
8a2	Ingressos per mecenatge
8a3	Nombre de mecenes
8a4	Impactes positius en mitjans de comunicació externs
8a5	Visites al Portal de Transparència del web corporatiu
8a6	Visites al web Althaia
8a7	Grau de satisfacció dels voluntaris
8a8	Grau de satisfacció de les institucions acadèmiques
8b1	Jornades i congressos organitzats per Althaia
8b2	Ocupació de places de residents cobertes
8b3	Residus: Grup I, II i selectiu; Grup III i Grup IV
8b4	Consum de recursos: aigua, electricitat i gas natural
8b5	Actes de premsa
8b6	Seguidors a les xarxes socials: Facebook, Twitter
8b7	Col·laboracions amb centres educatius de l'entorn
8b8	Voluntariat

1. Millorar la gestió de la qualitat

Resultats clau

Nº	Resultat
9a1	Activitat Atenció especialitzada CatSalut
9a2	Activitat Atenció especialitzada mutual i privada
9a3	Activitat Atenció primària
9a4	Activitat Atenció Salut mental
9a5	Índex de penetració
9a6	Flux de caixa
9a7	Estudis de recerca clínica
9a8	Activitat docent
9b1	Assoliment del Pla Estratègic
9b2	Assoliment del Pla de Salut, per línies d'activitat
9b3	Resultat de l'exercici
9b4	Execució del Pla d'Inversions
9b5	Atenció assistencial sense desplaçament (Primària + Especialitzada)
9b6	Pes mig activitat CatSalut
9b7	Publicacions indexades
9b8	Grau d'atracció

2. Millorar la seguretat del pacient

2.a. Millorar la cultura de seguretat i promoure la notificació d'esdeveniments adversos.

Activitat	Resultat
Gestió dels esdeveniments adversos notificats	88 al sistema TPSC i 55 del laboratori (116 al TPSC al 2018)
Accions de millora	91,3% de les accions realitzades (21/23) (84,6% al 2018 (22/26))
Esdeveniments amb lesió	9 EA (<i>precipitació, error ABO cremada, 2 caigudes, 2 texilomes, 2 errors medicació</i>) (16 al 2018)
Audits de seguretat a les dues ABS Althaia	-Millorar l'ús segur del medicament -Més formació
Publicació de Butlletins informatius de Seguretat del Pacient	6 butlletins

2. Millorar la seguretat del pacient

2.b. Millorar la cultura de seguretat i promoure la notificació d'esdeveniments adversos

Projectes actius	Resultat
NEC de prevenció de caigudes	75,9% compliment de les accions (valoració i accions correctes) (79,2% del 2018)
PROA (optimització ús ATB).	Seguiment i monitorització de l'ús del tractament ATB, campanya de difusió.
PREVINQ-CAT	Difusió i aplicació
Informatització del CKL Quirúrgic	Posada en marxa al març.
Informatització del material d'urgències (RCP)	Identificació del grup de treball. Adaptació dels materials i medicació dels carretons i motxilles dels Caps. Contacte ICS Catalunya Central.
Segones víctimes	Activació del protocol i circuit d'atenció
Subgrups de Seguretat	Salut Mental i Atenció primària
Formació en seguretat	Cursos on line: Higiene mans i Seguretat Pacient Sessions sobre ús segur dels medicaments Cursos amb simulació: Identificació activa dels pacients i Transfusions segures
Postgrau de Qualitat, Seguretat i Legal de SJD	2 alumnes Althaia 2 docents Althaia

3. Millorar resultats

3.a. Resultats en l'acreditació d'Aguts 3.b. Resultat en l'acreditació de Salut Mental

- Nova pròrroga del procés d'Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya fins al 30 de setembre de 2020.
- Enviament del manual d'estàndards d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya per al nou període d'acreditació (27/02/20).

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 7609 - 24/4/2019

CVE-DOGC-A-19108039-2019

DISPOSICIONS

DEPARTAMENT DE SALUT

RESOLUCIÓ SLT/1042/2019, de 16 d'abril, per la qual es declara la vigència dels certificats d'acreditació dels centres d'atenció hospitalària aguda.

L'acreditació és l'eina mitjançant la qual es declara que un centre hospitalari disposa d'un determinat nivell de qualitat i de competència en relació amb uns estàndards tècnics vigents i, com a tal, és un estímul per a la millora contínua dels centres. Els criteris d'acreditació per als centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya són els que recull el Decret 5/2006, de 17 de gener, pel qual es regula l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda i el procediment d'autorització d'entitats avaluadores (DOGC núm. 4554, de 19.1.2006) i els estàndards corresponents van ser aprovats inicialment per Acord del Govern de la Generalitat, de 28 de març de 2006.

Més endavant, i a l'empenta del que estableix l'article 4.2 del Decret 5/2006 esmentat, mitjançant la Resolució SLT/79/2013, de 21 de gener, per la qual s'actualitzen els estàndards d'acreditació dels centres d'atenció hospitalària aguda de Catalunya (DOGC núm. 6304, de 30.1.2013), es va aprovar l'actualització dels estàndards d'acreditació dels centres d'atenció hospitalària aguda de Catalunya per al període 2013-2016.

Des de llavors, raons organitzatives i econòmiques, d'una banda, i les dificultats expressades pel sector per a l'adaptació als estàndards actualitzats, de l'altra, han motivat pròrroques successives de la vigència dels estàndards d'acreditació fins al 30 de setembre de 2019. Durant aquest període els hospitals van anar implantant els plans de millora per tal de mantenir el nivell de qualitat assolit.

Actualment, el Departament de Salut està enllestit el procés de revisió dels estàndards que es troba en la darrera fase de la seva validació. Les accions següents, una vegada finalitzada la validació de la totalitat dels estàndards, passen per dissenyar la formació dels equips auditors i l'elaboració del manual de l'auditoria. Tanmateix, s'ha de comptar amb la realització de l'autoavaluació prèvia, una vegada actualitzada la plataforma d'acreditació amb els nous estàndards, fet que dificulta la possibilitat d'enllestir totes aquestes accions abans del 30 de setembre de 2019.

Vista la proposta del Comitè d'Acreditació de declarar la vigència fins al 30 de setembre de 2020 dels certificats d'acreditació dels centres d'atenció hospitalària aguda atorgats, ateses les dificultats manifestades pel sector per a l'adaptació als nous estàndards en un termini breu i en una situació de reestructuració de les funcions, així com de contenció pressupostària;

D'acord amb el que disposen l'article 9 del Decret 5/2006, de 17 de gener, pel qual es regula l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda i el procediment d'autorització d'entitats avaluadores, i l'article 68 del Decret 6/2017, de 7 de gener, de reestructuració del Departament de Salut,

Resolc:

-1 Declarar la vigència dels certificats d'acreditació dels centres d'atenció hospitalària aguda atorgats d'acord amb el Decret 5/2006, de 17 de gener, pel qual es regula l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda i el procediment d'autorització d'entitats avaluadores, fins al 30 de setembre de 2020, sempre que romanguin inalterat el compliment dels requisits establerts per a l'acreditació inicialment atorgada.

-2 Ordenar la publicació d'aquesta Resolució al *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*.

Barcelona, 16 d'abril de 2019

ISSN 1988-288X <https://www.gencat.cat/dogc> DL B 38014-2007

3. Millorar resultats

3.c. Certificació ISO 15.189: Anatomia Patològica

3.d. Certificació ISO 9001 Laboratori i UHaD

- Durant el 2019 es jubila el Dr Badal i s'incorpora com a Cap del servei el Dr Sant. S'actualitzen protocols i circuits per la propera auditoria al febrer del 2020
- Preparació i auditoria a la nova norma de Certificació ISO 9001-2015 que es va ajornar fins al 30 de maig per problemes d'auditor.
- El resultats va ser de 0 No conformitats.

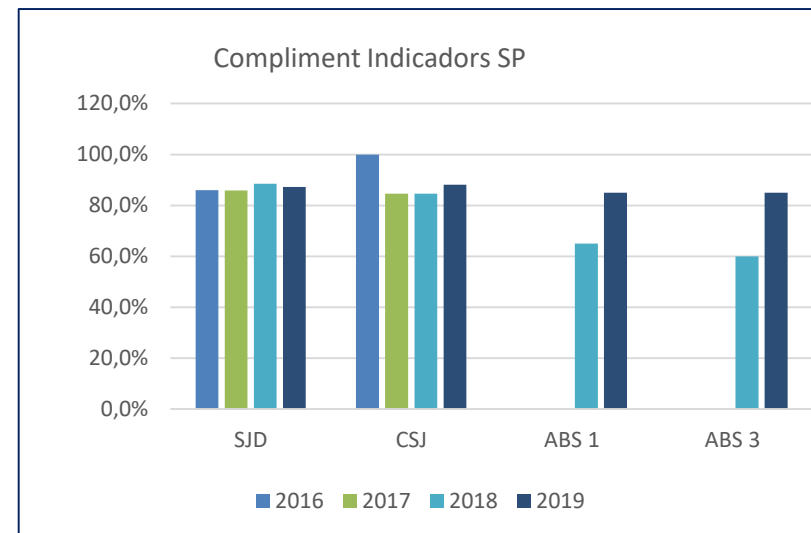


3. Millorar resultats

3.f. Augmentat el nombre d'indicadors mesurats en el quadre de comandament de Seguretat del pacient

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

*Compliment Grau compliment	2016	2017	2018	2019
SJD	72,4% 89,1%	80,8% 87,3%	88,5% 87,0%	87,2% 77,9%
CSJ	100% 94,4%	84,6% 88,9%	84,6% 81,1%	82,2% 67,6%
ABS 1			65% 53,8%	85% 52,9%
ABS 3			60% 58,35	85% 52,9%



*Compliment: es fa o es mesura

3. Millorar resultats

Objectiu SEGPACAE02, valor mínim del grau de cobertura de la identificació de pacients: >94%

- **SJD 2019: 94,9 %**

- Objectius que no complim:
 - Justificació adequada de les següents proves radiològiques ionitzants: radiologia amb contrast, TC i PET/TC.
 - Taxa de rebuig d'imatges o de repetició d'imatges
 - Protocol de maneig de medicaments d'alt risc i grau d'implantació.
 - Protocol de conciliació de la medicació a l'alta dels pacients i grau d'implantació.
 - Pacients amb complicacions mèdiques i quirúrgiques.
 -
- Objectius que no arribem al llindar:
 - Higiene de mans.
 - Valoració del risc de caiguda.
 - Formació en SP en el programa de formació als residents.
 -

3. Millorar resultats

Impulsar les polítiques, procediments i sistemes de gestió més adients en matèria de qualitat i seguretat.

La Unitat de Malaltia Inflammatory Intestinal (MII) d'Althaia ha rebut la Certificació d'Excel·lència que lliura el Grup Espanyol de Treball en Malaltia de Crohn i Colitis Ulcerosa (Geteccu). La Unitat s'inclou dins de les Unitats de Pràctica Integrada (UPI).



10/12/2019

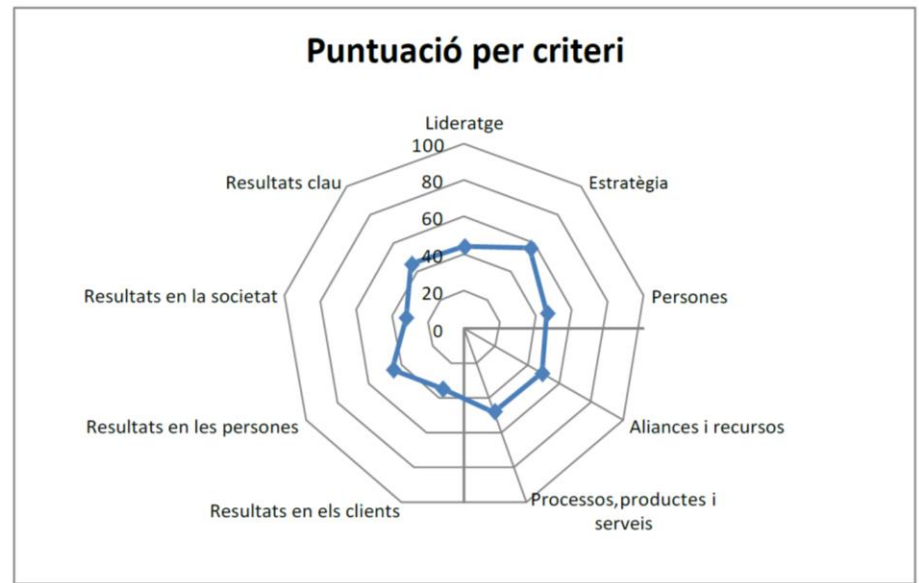
La Unitat de Malaltia Inflammatory Intestinal d'Althaia, reconeguda amb la certificació d'excel·lència

És un reconeixement a la qualitat assistencial, docent i investigadora desenvolupada per la unitat. L'acreditació l'atorga el Grup Espanyol de Treball en Malaltia de Crohn i Colitis Ulcerosa (GETECCU)

3. Millorar resultats

Autoavaluació EFQM

08-04-19



Criteris	Puntuació percentual	Ponderació	Puntuació ponderada
Liderazgo	44%	100	44
Estrategia	56%	100	56
Personas	46%	100	46
Alianzas y recursos	49%	100	49
Procesos, productos y servicios	48%	100	48
Resultados en los clientes	35%	150	53
Resultados en las personas	45%	100	45
Resultados en la sociedad	33%	100	33
Resultados clave	45%	150	68
Puntuació total			440

3. Millorar resultats

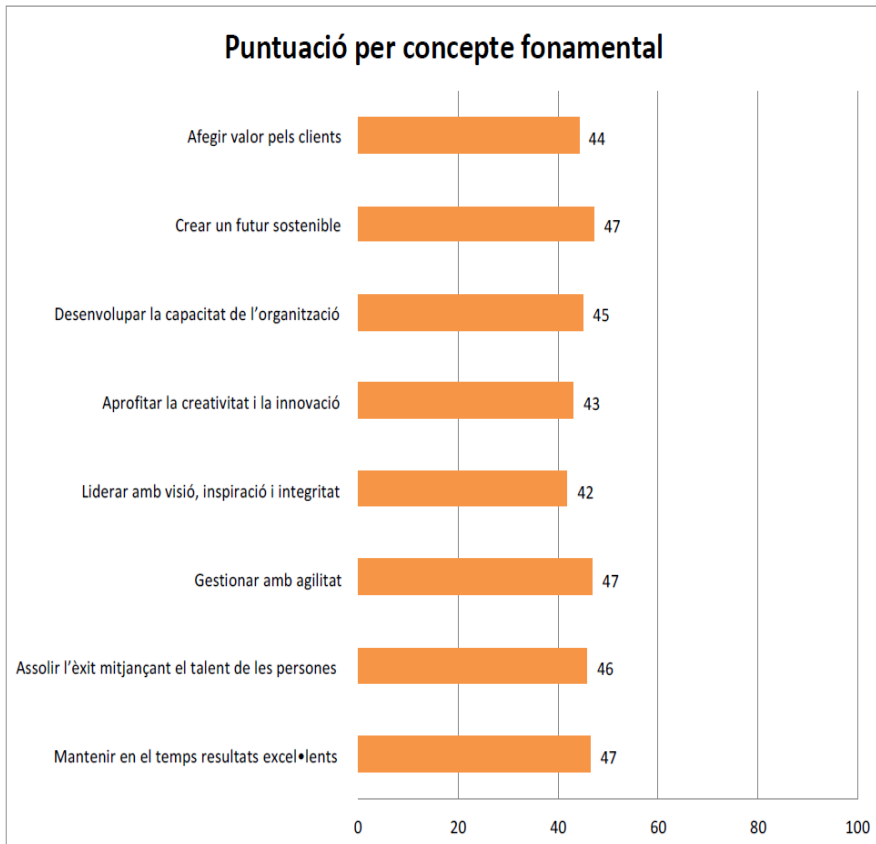
Cal especificar que la puntuació és molt bona, tot i que el model valora sobre un màxim de 1000 punts, la nostra puntuació correspon al 2on de 3 nivells del Segell d'Excel·lència Europea.

	> 500 PUNTOS "EXCELENCIA EUROPEA 500+"	
	Entre 400 y 499 PUNTOS "EXCELENCIA EUROPEA 400+"	
	Entre 300 y 399 PUNTOS "EXCELENCIA EUROPEA 300+"	
	> 200 PUNTOS "COMPROMISO HACIA LA EXCELENCIA"	

3. Millorar resultats

Àrees amb més marge de millora:

Puntuació per concepte fonamental



- *Percepció dels grups d'interès.*
- *Promoure els valors entre els professionals i desenvolupar actuacions orientades a la seva aplicació pràctica.*
- *Alineament entre els processos, els seus indicadors, responsabilitats del clares del procés i integració amb altres estructures de gestió.*
- *Marcar objectius i comparacions en resultats a la societat.*
- *Capacitat de disposar d'un conjunt de resultats de forma periòdica, estructurada i sistemàtica per fer seguiment de la gestió.*
- *El sistema d'avaluació de les competències.*
- *Quadre de comandament en l'àmbit de la gestió de les persones.*
- *Desplegament d'accions, objectius i projectes d'Althaia Sostenible.*
- *Críteris d'estil i d'ús de cada canal de comunicació digital.*
-



**XARXA ASSISTENCIAL
UNIVERSITÀRIA DE MANRESA**

Dr. Joan Soler, 1-3
08243 Manresa

Tel. 93 875 93 00

Fax 93 873 62 04

althia@althia.cat

www.althia.cat