

ID document	[Codi IG]	Versió	{_UIVersionString}	
Tipus de document	[Tipus de document]	Procés i Subprocés	[Procés IG]	[Subprocés]
Àrees i àmbits d'aplicació	[Àrea principal] [Àrees consultores]	Requeriment	[Document necessari per]	

PLA DE QUALITAT 2023-2025

Resum del contingut

El Pla de Qualitat, és el document que descriu el model de gestió de la qualitat de l'Institut Guttman, els objectius i les línies d'actuació a seguir per impulsar, de manera eficaç i sostinguda en el temps, les estratègies de millora de la qualitat en totes les seves dimensions a l'organització.

Elabora o Revisa	Mariona Secanell Espluga		
	Coautors [Cadena de Coautors]		
Aprovat per ⁽¹⁾ <i>(Cap d'àrea, unitat...)</i>	Montse Caldés Santamaria Gerent	Data	07/11/2022
	Òrgan que revisa		Acta
Aprovat per ⁽²⁾ <i>(Comitè de direcció; gerència)</i>	Comitè de Direcció Gerent	Data	08/11/2022
Validat per ^(*)	Òrgan que aprova		Acta
Validat per ^(*)	[Aprovador de nivell 3]	Data	[Data d'aprovació nivell 3]
Vigent fins	31/12/2025		

⁽¹⁾ Documents aprovats per caps d'àrea, unitat, procés o directament des de la direcció o gerència.

⁽²⁾ Documents prèviament aprovats per altres àrees o processos i que requereixen l'aprovació del comitè de direcció o gerència, si s'escau

^(*) Documents requerits pels diferents processos externs (JCI; ACH; RSC; AQU; ISO-EMAS; CSUR...) que es validaran per part de l'àrea de qualitat i acreditacions, si s'escau.

Resum de versions i modificacions

Versions		Autors	Resum de les modificacions més rellevants fetes al document respecte a la versió anterior. Incloure els apartats i pàgines que han estat modificats.
Nº Versió	Data Aprovació		
(V.O)	09/2014	Amargós MV; Secanell M	
2.0	2020	Secanell M	Canvis substancials en tot el pla degut al canvi de sistema de gestió i millora de la qualitat respecte el 2014
3.0	2022	Secanell M	Revisió i actualització en base a l'anàlisi de resultats del Pla anterior i del Pla Estratègic 2020-2025

**Es mantindran, com a mínim, el detall de la primera versió elaborada i les dues versions últimes. Nota important: La versió ubicada a la intranet és la única versió vàlida i controlada d'aquest document. Qualsevol còpia impresa podria no ser la versió final i per tant no incloure les modificacions de la versió en format electrònic.*

Índex

Tabla de contenido

A.	PROPÒSIT	4
B.	ÀMBITS D'APLICACIÓ I CAPACITACIONS TÈCNIQUES NECESSARIES	4
C.	COMUNICACIÓ/DIFUSIÓ	4
D.	INTRODUCCIÓ.....	4
E.	SISTEMA de GESTIÓ i millora DE LA QUALITAT A L' INSTITUT GUTTMANN	6
F.	PLA DE QUALITAT 2023-2025	8
1.	Estructura Organitzativa i Funcional	9
2.	Integració i Coordinació de les acreditacions, certificacions i requeriments externs en Sistema de Gestió de la Qualitat (SGQ)	10
3.	Redefinició i transversalització dels processos clau	11
4.	Millora contínua de la qualitat dels processos de l'organització	11
	Línia estratègica per a una Atenció Segura	12
	Línia estratègica per a una Atenció Centrada en la Persona.....	13
	Línia estratègica per a una Atenció Efectiva	13
5.	Desenvolupament, Consolidació i Integració d'eines que permetin optimitzar i agilitzar l'atenció 14	
	Atenció Eficient i Integrada	14
6.	Gestió de la Informació per a l' avaluació i millora contínua de la qualitat de l'atenció	15
G.	AVALUACIÓ.....	17
H.	ALTRES DOCUMENTS RELACIONATS	17
I.	REFERÈNCIES	18
J.	ANNEXOS.....	20
	Annex 1. Mapa de processos	20
	Annex 2. La detecció i la implantació de les estratègies de millora contínua es dinamitza a través de Comitès i Grups de treball.....	21
	Annex 3. Cicle de la Millora Contínua a l' Institut Guttman.....	23
	Annex 4. Memòria de fets rellevants pla de qualitat 2020-2022 (pendent imatge)	24

A. PROPÒSIT

El Pla de Qualitat de la Fundació Institut Guttman es defineix amb la voluntat d'assolir de manera sostenible una atenció segura, amb menys errors; efectiva, basada en el coneixement científic; centrada en la persona, en base a l'experiència del pacient, a la vegada que eficient i integrada als processos de l'organització. Assolirà a gestió i promoció del canvi mitjançant *el treball en equip, la implicació professional, l'educació, l'aprenentatge i l'avaluació per a la millora contínua, fomentant la generació translació de coneixement a la pràctica.*

El Pla de Qualitat 2023-2025 descriu el model de gestió i millora de la qualitat de l'Institut Guttman, així com les línies d'actuació i els objectius dels propers 3 anys que es desplegaran a través dels programes anuals de qualitat.

B. ÀMBITS D'APLICACIÓ I CAPACITACIONS TÈCNiques NECESSARIES

És de caràcter transversal i d'abast a tots els processos, subprocessos i corresponents grups d'interès de l'organització: Govern i direcció, clients, professionals i col·laboradors, proveïdors i societat civil.

L'èxit i assoliment del pla és el resultat del desplegament correcte d'aquest, així com de l'esforç i la implicació del màxim nombre de persones d'aquests grups d'interès en els objectius i accions que el conformen.

C. COMUNICACIÓ/DIFUSIÓ

El Pla de Qualitat es presenta en el Comitè de Direcció per a la seva aprovació, si escau. Un cop aprovat i ubicat en el gestor documental de l'organització, es comunica de manera efectiva a grups d'interès interns i externs. Els directius de cada àrea informaran dels aspectes rellevants del pla i de la seva ubicació als professionals de les seves àrees de responsabilitat.

Des de l'àrea de qualitat es comunicarà el pla aprovat als referents clau de qualitat i responsables de procés.

D. INTRODUCCIÓ

El terme **qualitat** s'utilitza àmpliament per diferents persones i sectors de la societat. El 1980 Donabedian fa un pas introduint el concepte de **Qualitat aplicada a l'àmbit sanitari, relacionada amb el procés de l'atenció en la seva totalitat, on l'objectiu primordial consisteix en maximitzar el benestar del pacient.** Després de 40 anys, aquesta definició, ha anat adoptant nous matisos per part de l'Institut of Medicine (1990), Council of Europe (1997) i la més recent i actualment vigent la de l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2018). Aquesta última, inclou en la seva definició, quines han de ser les **dimensions clau**, subdimensions o atributs de rendiment que ha de tenir una atenció sanitària de qualitat.¹

Una atenció de qualitat consisteix en assolir l'equilibri en totes les dimensions i atributs, i no tan sols focalitzar-se en una o dues d'aquestes.

Definició de Qualitat en l' Atenció Sanitària (OMS 2018)

“Una atenció de qualitat en l'àmbit sanitari hauria de ser

- **Efectiva:** proporcionar serveis sanitaris basats en evidències a aquells que els necessiten
- **Segura:** evitar danys a les persones destinades a l'atenció
- **Centrada en les Persones:** proporcionar una atenció que respon a les preferències, necessitats i valors individuals

Per tal d'aconseguir els avantatges d'una assistència sanitària de qualitat, els serveis sanitaris han de ser **Oportuns, Equitatis, Integrats i Eficients**”

Es ben conegut que el concepte de Qualitat adquireix una especial rellevància en les organitzacions prestadores de serveis sanitaris, per les implicacions i efectes directes en la salut de les persones destinatàries de l'atenció rebuda, que pot tenir la qualitat o manca d'aquesta, especialment en la seva dimensió de seguretat^{2,3}. Aquestes, es defineixen i s'apliquen en base a les recomanacions i guies de pràctica de reconegut prestigi en l'àmbit de la seguretat del pacient, així com d'entitats avaluadores de serveis sanitaris⁴⁻⁷.

Diversos estudis realitzats en el context sanitari, identifiquen que els elements determinants per a una implementació efectiva de la qualitat total, son: *la millora continua dels processos, l'atenció centrada en la persona; la percepció i experiència del pacient, el treball en equip, la implicació professional i educació i el compromís clar de la direcció amb la qualitat* ^{8,9}.

Els compromisos específics de la **Política Institucional amb la Qualitat Total a l'Institut Guttmann**, parteixen d'una concepció integral de la qualitat. En aquest sentit el Pla de Qualitat adopta els següents *Principis Bàsics de la Qualitat Total* a l'organització (Figura 1):

- Posar al client, la seva *percepció i experiència* de l'atenció rebuda (qualitat percebuda) com a eix central de la gestió organitzativa;
- Fer de la qualitat un objectiu transversal i *gestionat per processos*;
- Desenvolupar i posar en marxa *estratègies que s'integrin en el sistema*, contribuint a agilitzar i automatitzar processos;
- Garantir la *qualitat de la informació* de les mesures l' anàlisi i feedback de resultats.
- *Implicar a tots els professionals en la qualitat de l'atenció*, fomentant el treball en Equip i la formació amb la última evidencia científica, generant i transferint coneixement a l'organització, transcendent les prioritats individuals.
- Implementar i Consolidar un *sistema millora contínua* de la Qualitat en les seves *dimensions clau i subdimensions*¹.



Figura 1. Principis Bàsics de la Qualitat Total a l' Institut Guttmann

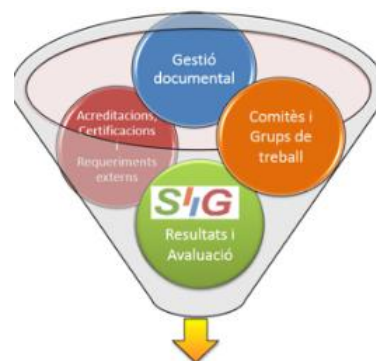
En aquest sentit els objectius, activitats i plans de millora dels processos clau i resultats d'avaluació, que es defineixen en el pla i programes de qualitat, es defineixen i responen a les dimensions, subdimensions i compromisos de l'organització amb la qualitat total.

E. SISTEMA DE GESTIÓ I MILLORA DE LA QUALITAT A L' INSTITUT GUTTMANN

Existeixen varietat de models conceptuals i estratègies que han de permetre la gestió del canvi a les organitzacions sanitàries i orientar les seves actuacions per garantir la satisfacció de les necessitats, i expectatives de les persones a les que destinen els seus serveis. ^{1,10,11}. Generalment, aquests aborden aspectes concrets de la qualitat, com son els sistemes d'avaluació de la qualitat¹²; sistemes de millora contínua de la qualitat¹³⁻¹⁵ ; parteixen dels *principis bàsics* de la qualitat total i en l'àmbit sanitari adopten les dimensions que inclou la definició de qualitat de la OMS 2018¹ i per tant, prioritzen que l'atenció proporcionada sigui Efectiva, Segura i Centrada en la Persona, a la vegada que Eficient i Integrada.

L' Institut Guttman, en el disseny del seu Sistema de Gestió de la Qualitat (SGQ) ha adoptat aquelles metodologies i estratègies de qualitat que han demostrat ser més efectives a la pràctica i alhora que disposin també dels elements necessaris, que permetin, donar resposta tant a nivell intern, com d'agents externs (entitats finançadores i avaluadores de serveis) d'una manera integrada i sostenible en el temps. Per assolir-ho, és necessari i fonamental que el SGQ pivoti sobre **4 àmbits clau** (*Figura 2*), utilitzant aquests com a base estructural per integrar i transversalitzar el desplegament del Model de Processos de l'Accreditació dels centres de l'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya⁴ segueix la filosofia del Model de la *Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat (EFQM)*¹⁵. Aquests son:

- a) La Integració, Gestió i Transversalització de la documentació formalitzada de l'organització <http://gesdoc.guttman.com/sites/processos/Registre/Forms/Documents.aspx>
- b) L'organització, gestió centralitzada, seguiment i dinamització de la millora continua mitjançant comitès i grups de treball , a través de TEAMS.
- c) La integració de l' avaluació, monitorització i feedback de resultats dels indicadors de qualitat i *quadres de comandament* en el Sistema Integrat d'Informació per a la Gestió (SIIG)¹⁶ <https://siig.guttman.com/>
- d) La Integració i Coordinació de les acreditacions, certificacions i requeriments externs en els 3 punts anteriors (a, b i c)



Sistema de Gestio de la Qualitat (SGQ) integrat en el Model de processos (Annex 1)

Resum del model Institut Guttman

Visió: Assolir la Millor Experiència del Client

Estratègia: Consolidar la cultura de Millora Continua de la Qualitat a tota l'organització i mantenir els estàndards i requeriment externs rellevants.


Facilitadors: Lideratge, Formació i Implicació de professionals, Apoderament de pacients i Recursos

Abast: Transversal a tota l'organització

Principis de la Qualitat Total



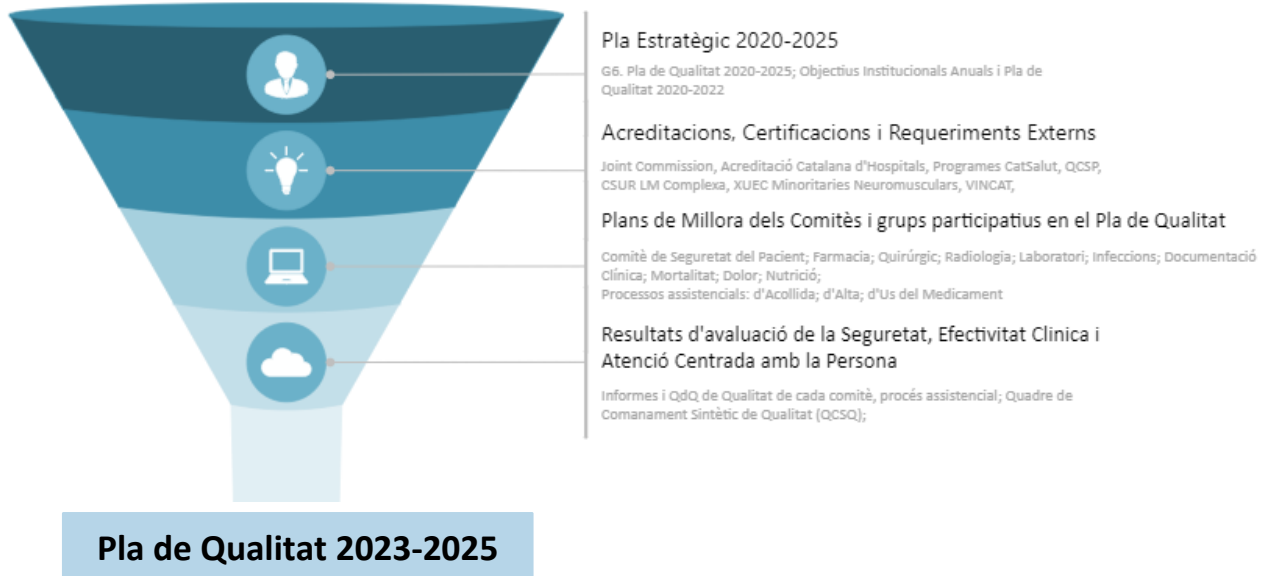
Figura 3. Resum del Model de Gestió de la Qualitat Institut Guttman

<p>Enfocament: Model o Sistema</p>	<p>1. Sistema de Gestió de la Qualitat (SGQ): Està basat en el Model d'Accreditació dels centres de l'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya, que segueix la filosofia del model de la Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat (EFQM) i desplega el seu <i>mapa de processos</i> https://rsc.guttman.com/sistema-de-gestio-de-la-qualitat/</p> <p><i>Aquest Pivota sobre 4 àmbits clau:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestió documental, de la informació, de comitès i grups de millora i Integració d'acreditacions, certificacions i requeriments externs <p>2. Sistema de Millora Contínua de la Qualitat: Utilitza el Cicle de la Millora (Plan-Do-Study-Assess) com a Mètode per dirigir i millorar la qualitat.</p>												
<p>Desplegament: Estratègies de Millora de la Qualitat</p>	<p>3. Detecció, Priorització de les millores basada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requeriments d'organitzacions sanitàries, entitats avaluadores i guies de pràctica - Deteccions i Continuitat de l'avaluació o memòries de programes de qualitat anteriors - Matriu d'anàlisi del risc per a la prioritització d'accions <p>Cercant sempre la Transversalització, Sostenibilitat i Integració d'accions i la canalització de les millores a través de comitès, grups de millora i "referents clau"</p> <table border="1" data-bbox="549 1435 1501 1574"> <thead> <tr> <th colspan="3">4. 1 Dimensions Clau</th> <th colspan="3">4.2 Subdimensions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seguretat</td> <td>Atenció Centrada en la Persona</td> <td>Efectivitat</td> <td>Eficiència</td> <td>Oportunitat</td> <td>Integració</td> </tr> </tbody> </table>	4. 1 Dimensions Clau			4.2 Subdimensions			Seguretat	Atenció Centrada en la Persona	Efectivitat	Eficiència	Oportunitat	Integració
4. 1 Dimensions Clau			4.2 Subdimensions										
Seguretat	Atenció Centrada en la Persona	Efectivitat	Eficiència	Oportunitat	Integració								
<p>Resultats: Avaluació de la Qualitat</p>	<p>5. Sistema d'Avaluació i Feedback de Resultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Automatització sempre que sigui possible - Qualitat de la Informació - Desenvolupament i consolidació d'eines d'avaluació per: <ul style="list-style-type: none"> - Observació Directa - Revisió de casos - Percepció i Experiència del Pacient - Tipus d'indicators: d'estructura, procés i resultat - Indicators Quadres de Comanament Interns i Informes a tercers (finançadors) - Classificació i integració per processos, acreditacions, dimensions Aprenentatge i Millora en base a resultats, traçabilitat, rigor en la definició i obtenció de resultats. <p>http://annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8420</p> 												

F. PLA DE QUALITAT 2023-2025

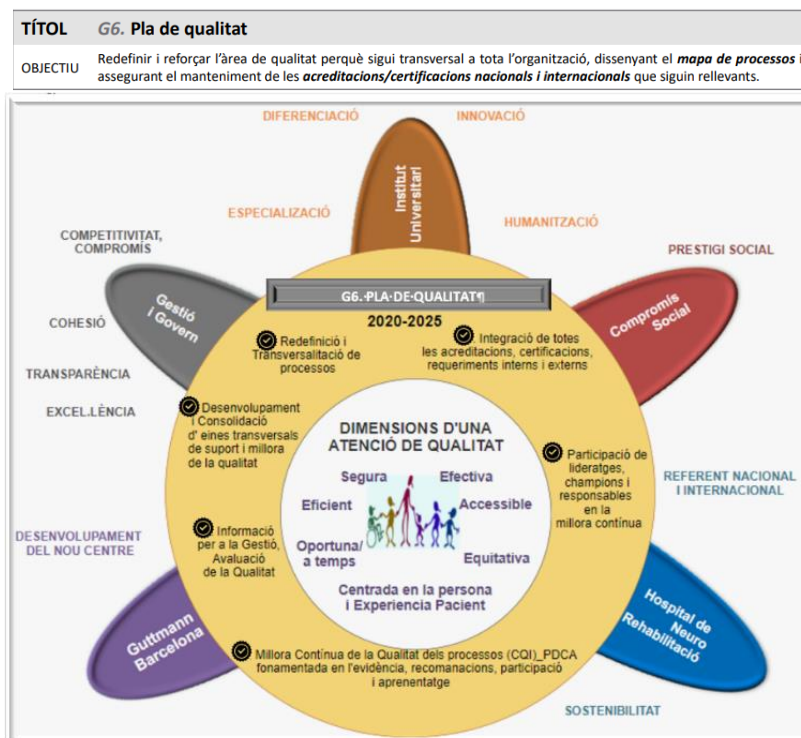
Els objectius del pla es defineixen i prioritzen en base a l'anàlisi de resultats dels indicadors, quadres de comandament i plans d'acció de comitès/grups de treball, deteccions resultants d'autoavaluacions, acreditacions i altres requeriments externs i es despleguen a través dels programes anuals de qualitat (Figura 4)

Figura 4. Procedència dels objectius de qualitat Institut Guttman

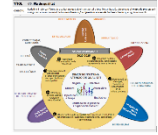


Ahora, aquests objectius estan codificats i s'estructuren en base a les directrius i línies d'actuació prioritàries descrites en el [Pla Estratègic 2020-2025](#), apartat G6 de l'eix Gestió i Governança.

Figura 5 Línies d' Actuació del Pla de Qualitat a l' Institut Guttman



1. Estructura Organitzativa i Funcional



Motivació:

Consolidar els estàndards de millora contínua de manera transversal amb la voluntat d'assolir l'excel·lència a tota l'organització.

Objectius:

Consolidar lideratges i “referents clau” implicats en la definició, posada en marxa, avaluació i consolidació de les estratègies de la millora continua de la qualitat i seguretat dels diferents processos

- ✓ Promoure la participació del nombre màxim de persones de tots els nivells i àmbits tant assistencials com no assistencials, en el desplegament del pla de qualitat a través de comitès, grups de treball.
- ✓ Garantir que els resultats clau de qualitat, s'avaluen en els comitès, grups de millora i serveixen per identificar i establir accions en base a aquests.
- ✓ Promoure que l'avaluació individualitzada de professionals en àmbits relacionats amb la qualitat es realitzi de forma conjunta i integrada amb el Sistema de Gestió de la Informació (SIIG).

Els òrgans i àmbits més directament estan implicats en l'àmbit de la qualitat son:

Direcció, Gerència, Direcció Assistencial

- **Comitè Directiu:**

En aquest s'informen i debaten les accions, plans i resultats clau relacionats amb la qualitat i seguretat del pacient

Àmbit de Qualitat i Seguretat del Pacient

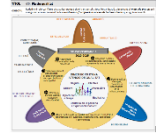
- Cap de qualitat i seguretat del pacient
- Infermer referent en la millora de la seguretat i processos assistencials
- Tècnica documentalista
- Participació de totes els/les professionals de l'organització

Comitès i Grups de millora [Annex 2](#)

Referents i responsables de procés

Justificació: La implantació de la qualitat és una decisió estratègica de l'Institut que ha de permetre millorar contínuament les seves activitats i adaptar-se als canvis que afronta el sistema sanitari català. Veure [estructura organitzativa](#).

2. Integració i Coordinació de les acreditacions, certificacions i requeriments externs en Sistema de Gestió de la Qualitat (SGQ)



Motivació:

Optimitzar i fer més eficients i coherents els processos, garantint integració i la unitat en les respostes als requeriments.

Objectius:

Estar preparats per assolir de manera exitosa els estàndards de les acreditacions i requeriments rellevants per a l'organització, en qualsevol moment

- ✓ Garantir respostes unívocues i coherents entre les diferents acreditacions i requeriments
- ✓ Fomentar i ampliar l'abast de participació col.laborativa i lideratge dels responsables en el procés en la revisió, aportació d'evidències i autoavaluació d'estàndards de manera objectiva, per garantir el rigor de la informació proporcionada i promovent així la cultura de la millora contínua en base a resultats a tota l'organització.
- ✓ Fomentar l' autoavaluació periòdica per Identificar, planificar i posar en marxa accions en antelació suficient per aquells estàndards que presenten marge de millora
- ✓ Disposar de resultats periòdics de compliment per detectar i dirigir accions en aquells estàndards que no es compleixen / compleixen parcialment.
- ✓ Integar en el Sistema de Gestió i Millora de la Qualitat d'aquelles acreditacions i certificacions que encara no ho estan i mantenir la resta que si ho estan
- ✓ Continuar avançant en la integració i codificació de documentació rellevant en el gestor documental, resultats en el SIIG i promovent la millora a través de comitès i grups de treball afins.

Justificació:

La integració de la informació s'ha descrit com un dels facilitadors organitzatius a l' hora d'implementar aquestes¹. Per tant és necessari optimitzar l' accés a la informació, donant resposta de manera àgil, unívoca i evitar duplicitats durant tot el procés de preparació i manteniment de les acreditacions i certificacions, aprofitant aquells estàndards comuns i facilitant respostes integrades. Actualment l' Institut Guttmann suma un total de 12 acreditacions i certificacions mes altres requeriments externs que cal anar integrant progressivament per reduir les duplicitats, tant a efectes de gestió documental, com en els objectius de treball dels comitès i grups de participatius, així com a nivell d'informació per a l'avaluació i reporting de dades). Es tracta d'un projecte a **mig-llarg termini** que requereix d'esforç i temps, a la vegada que, per al seu èxit **és fonamental la implicació dels diferents referents i responsables de cada acreditació**.

L'experiència dels darrers anys, ha demostrat un balanç clarament positiu i evidenciat que aquests canvis contribueixen a agilitzar els processos organitzatius en aquells àmbits en els que s'ha aplicat. Com a exemple, posem la integració dels indicadors de seguretat del pacient de diferents acreditacions i requeriments que s'exemplifiquen en [l'article "Automatització dels indicadors de seguretat del pacient: avançant cap a un sistema de gestió de la qualitat eficient i integrat a l'Institut Guttmann"](#) ¹⁶

3. Redefinició i transversalització dels processos clau



Motivació: Ampliar l'abast de la gestió per processos a tota l'organització

Justificació: El model EFQM 2020 ha experimentat una evolució profunda respecte la versió EFQM 2013, que actualment tenim implementat a l'Institut Guttman. El nou model, incorpora novetats substancials de concepte, estructura i contingut. Per la qual cosa serà necessària la revisió d'aquest i elaborar una transició i adaptació progressiva al nou model 2020 en coherència sempre amb la informació que incorpora el nou model de l'acreditació catalana d'hospitals (ACH).

Objectius:

Realitzar una transició progressiva del model de processos actual al nou model del manual de l'Acreditació Catalana d' Hospitals (ACH). Versió 2022.

- ✓ Consolidar el treball iniciat pel que fa als processos d'hospitalització pel que fa a l'acollida, alta i us del medicament.
- ✓ Analitzar els processos de laboratori, radiodiagnòstic, esterilització i quirúrgic
- ✓ Continuar la integració de protocols i procediments comuns aplicables a ambdós centres

4. Millora contínua de la qualitat dels processos de l'organització

Motivació:

Consolidar la filosofia de la millora contínua dels processos a tota l'organització pel que fa a les 3 dimensions clau de: **Seguretat, Atenció Centrada en la Persona i Efectivitat clínica.**

Justificació: Encara que és cert que totes les millores són canvis, no tots els canvis resulten en millores. El cicle de Deming, conegut arreu com el cicle PDCA, també anomenat cicle de la millora, i que es el que s'aplica actualment en les estratègies de millora de la qualitat a l'Institut Guttman ([Annex 3](#)), serveix per accelerar la implantació dels processos i fer-los sostenibles en el temps. Aquest, no pretén canviar o substituir models que ja existeixen en les organitzacions, si no promoure'n la millora continua i aprenentatge comú en les pràctiques relacionades amb la seguretat, l'efectivitat clínica, atenció centrada en la persona i la resta d'atributs o dimensions de la qualitat.

Objectius:

Prioritzar i promoure i aplicar la millora contínua de processos pel que fa a:

- ✓ [La línia estratègica per a una atenció segura](#)
- ✓ [La línia estratègica per a una atenció centrada en la persona.](#)
- ✓ [La línia estratègica per a una atenció efectiva](#)

En totes les línies anteriors:

- ✓ S'intentaran assolir els nivells màxims d' [eficiència i integració](#): eliminant tot allò que no aporta valor sense perdre de vista la dimensió que es tracta; fent us de metodologies adequades i participant en la integració de noves evolucions tecnològiques que es vagin desenvolupant durant els propers anys.
- ✓ Es promourà la comunicació efectiva i el treball transdisciplinar Fent partícips a referents clau en cada cas.

Línia estratègica per a una Atenció Segura

Protegeix al pacient d'errors, reduint el risc d'errors, evitant o mitigant el danys.

Consolidar la Cultura de Qualitat i Seguretat fomentant l'aprenentatge, transparència, suport i col·laboració entre equips

- ✓ Empoderar els referents clau de seguretat de cada disciplina per a que actuïn com a promotors del canvi i consolidació de pràctiques segures
- ✓ Promoure la formació als referents clau en cursos específics addicionals en millora contínua de la qualitat, participin en jornades i congressos relacionats amb l'àmbit de la qualitat i seguretat del pacient.
- ✓ Impulsar els petits grups de millora integrats a l'àrea de qualitat, executius i àgils per promoure la implantació de pràctiques.
- ✓ Continuar revisant i actualitzant el contingut formatiu anual en qualitat i seguretat
- ✓ Promoure la sensibilització envers la importància de les pràctiques segures a través d'audits de seguretat i Feedback periòdic de resultats.
- ✓ Promoure la seguretat i pràctiques segures dels professionals conjuntament amb el servei de prevenció de riscos laborals

Promoure l'aplicació de Pràctiques Segures Clau per a la reducció del risc i errors potencialment evitables i assolir els estàndards d'excel·lència pel que fa a:

- ✓ Promoció de la higiene de mans, us adequat d'antibiòtics, vigilància contínua de multiresistents per a la prevenció d'infeccions associades a l'atenció sanitària.
- ✓ La identificació inequívoca de pacients en situacions de risc
- ✓ Verificacions de seguretat del procés quirúrgic
- ✓ Pràctiques segures en l'ús del medicament, especialment en la medicació de risc
- ✓ Prevenció de caigudes
- ✓ Comunicació efectiva entre professionals, especialment en situacions d'emergències

Promoure la participació i empoderament del pacient en la seva seguretat.

- ✓ Incentivar la participació de representant del pacient en grups de treball relacionats amb la seguretat
- ✓ Elaborar i difondre material dirigit a incentivar la participació del pacient en determinades pràctiques segures clau
- ✓ Realitzar i consolidar accions formatives periòdiques en pràctiques segures dirigides a pacients i familiars

Gestionar i Analitzar el Risc segons les metodologies establertes per reduir el risc al mínim possible en tots els processos ¹⁷¹⁸

- ✓ Formar i Implantar de manera efectiva el protocol d'atenció a la segona víctima d'un esdeveniment advers
- ✓ Continuar formant en gestió del risc als membres del comitè de seguretat del pacient
- ✓ Iniciar la transició dels 3 sistemes de notificació propis al sistema de notificació integrat
- ✓ Continuar acomplint amb els requeriments tant del Departament de Salut, CSUR, VINCAT i Joint Commission envers la seguretat del pacient.

Línia estratègica per a una Atenció Centrada en la Persona

Proporciona una atenció basada en l'experiència del pacient, el respecte, la dignitat, que respon a les necessitats individuals del pacient i assegura que els valors d'aquest guien les decisions clíniques.

Ampliar l' abast de la participació del pacient, en diferents processos de la millora de l'organització¹⁹

- ✓ Consolidar la sistemàtica de definició i seguiment de plans d'accions establerts, en base a l'anàlisi de resultats de les enquestes d'experiència pacient/satisfacció i queixes/reclamacions rebudes, i si és possible, incloure els resultats qualitatius (grups focals).
- ✓ Participar en els benchmarkings de resultats d'experiència i satisfacció del pacient
- ✓ Visibilitzar i Fomentar l'ús de la Bústia de suggeriments i altres Aplicatius afins per facilitar la realització consultes, suggeriments, queixes, reclamacions, felicitacions i resposta passiva a enquestes
- ✓ Promoure la participació activa dels pacients en processos, com a part de grups de treball, pilotatges d'eines i revisió de nou material que es creï a l'organització
- ✓ Generar aliances de suport amb els programes d'humanització i vida independent.

Línia estratègica per a una Atenció Efectiva

Proporciona serveis basats en el coneixement científic a tots els que poden beneficiar-se'n i abstenir-se en aquells que no.

Proporcionar suport metodològic i contribuir a la reducció de la variabilitat clínica, fomentant les pràctiques basades amb recomanacions i evidència.

- ✓ Ampliar la implantació i consolidació de l'eina per a la detecció precoç del risc d'empitjorament (*compartit amb seguretat*)
- ✓ L'atenció del pacient amb teràpies respiratòries
- ✓ Atenció al pacient amb Lesió Medul·lar i Obesitat
- ✓ Atenció al pacient amb Malalties Minoritàries Neuromusculars
- ✓ Atenció al pacient quirúrgic pel que fa a informació escrita que es proporciona al pacient i familiars.
- ✓ Avaluar, actualitzar (si escau), fer Seguiment i informar periòdicament els responsables de procés clau dels resultats d'efectivitat clínica dels diferents informes (Contracte Programa, CSUR entre altres, UEC Minoritàries Neuromusculars)

5. Desenvolupament, Consolidació i Integració d'eines que permetin optimitzar i agilitzar l'atenció

Atenció Eficient i Integrada



Evita rebuig o mal ús d'equips, subministres, idees, energia i té en compte totes les parts i dimensions clau implicades en la definició dels processos

Motivació:

Avançar en el desenvolupament i la integració d'estratègies en línia amb l'avenç tecnològic per automatitzar processos fent-los mes eficients, efectius, integrats i segurs.

Objectius:

Participar activament amb sistemes d'informació i innovació tecnològica en els anàlisis i definició de requeriments dels evolutius necessaris per agilitzar i integrar diferents processos i sub processos de l'organització

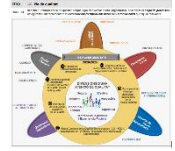
- ✓ Identificar, participar en la definició i adopció d'estratègies i eines tecnològiques que facin mes àgils i integrats els processos, mantenint-ne la seguretat i efectivitat.
- ✓ Continuar consolidant l'ús de les eines clau que disposem i ens ajuden a agilitzar la gestió de la qualitat: en termes de gestió de documentació formalitzada, comitès/grups de treball i informació per a l'avaluació. Gestor Documental, "teams", sistema integrat d'informació per a la gestió (SIIG).
- ✓ Fer seguiment i participar en el desenvolupament del Pla de Sistemes pel que fa a les millores detectades en la presa de requisits el 2022

Justificació:

La Identificació d' instruments efectius per implementar i millorar en la qualitat de l'atenció a la pràctica es fa en base a l' evidència, consens d'experts i recomanacions d'organitzacions de prestigi en l'àmbit sanitari i entitats avaluadores^{1,10}.

Per altra banda, la valoració del *grau de dificultat de la definició i desenvolupament dels instruments* que es volen implementar també és un aspecte clau que cal tenir en compte a l'hora de planificar. El nivell de dificultat sembla ser que està correlacionat amb l'abast dels projectes i la existència prèvia o absència d'eines per a la implementació d'aquestes. A més, també influeix el nombre de persones implicades, la necessitat d'equipaments i recursos, la informació de dades, la gestió del projecte i les habilitats i competències per desenvolupar o definir les estratègies entre altres. Els projectes son mes complexes quan les estratègies o iniciatives de millora no disposen d' eines o metodologies a seguir, perquè requereixen de la creació o disseny d'aquestes per assolir els objectius. La manca d' eines adequades dificulta la efectivitat i seguretat de les millores a la pràctica clínica. Per tant, primer cal valorar el grau de dificultat de la implementació de les accions segons el seu abast, és a dir, si afecten a tota l'organització (nivell macro), un servei o àmbit (nivell meso) o a un equip o individu (micro) i per l'altra banda cal valorar el grau de complexitat de les estratègies a implementar segons si es tracta d'una eina o intervenció ja existent o cal crear-la de nou.

6. Gestió de la Informació per a l'avaluació i millora contínua de la qualitat de l'atenció



Motivació: Garantir d'informació fidedigna per als propòsits interns de millora contínua de la qualitat a l'organització i externs a l'hora d'informar a finançadors, proveïdors de serveis i entitats avaluadores.

Objectius:

Mantenir el Sistema Integrat d'Informació per a la Gestió (SIIG) com a eina integrada per a la gestió i l'avaluació de les dades actualment contingudes per tenir i donar informació respecte dels estàndards de qualitat i requeriments a tota l'organització en tant no es tingui un sistema alternatiu.

- ✓ Garantir la qualitat de la informació (traçable, rigorosa, reproduïble, comparable) i amb indicadors de càlcul automatitzat sempre que sigui possible
- ✓ Disposar i difondre de quadres de comandament de qualitat, indicadors, informes actualitzats per facilitar la gestió i presa de decisions a la direcció, guiar les actuacions per part de responsables de procés, comitès, grups de treball i assolir els estàndards de les acreditacions.
- ✓ Continuar ampliant l'ús del SIIG com a eina per l'avaluació i seguiment periòdic de la millora contínua dels comitès i grups de treball, mantenint el mòdul de qüestionaris
- ✓ Continuar consolidant l'ús del SIIG com a eina d'informació per a la generació de coneixement, gestió, comunicació i informació a tercers a través de "contactes SIIG".
- ✓ Estudiar i consensuar com es capturaran i integraran les noves implementacions que es realitzin i que no estiguin en el SIIG, i també aquelles implementacions que si que estan en el SIIG però que per alguna raó es modifiquen en el curs clínic o altres aplicatius i que tenen un impacte directe en els resultats del SIIG i per tant en el Sistema de Gestió de la Qualitat (SGQ) de l'organització. Amb l'objectiu d'intentar automatitzar/facilitar/garantir el màxim possible l'avaluació i fiabilitat dels resultats

Garantir que les codificació i enviaments de diagnòstics, registres es realitzen en els temps previstos i que hi ha un mecanisme de control i millora de la qualitat de la codificació diagnòstica (CMBD, REMIN)

- ✓ Disposar d'una sistemàtica consolidada de seguiment i d'avaluació periòdica amb l'empresa codificadora
- ✓ Disposar d'indicadors d'avaluació i seguiment
- ✓ Informar periòdicament a la direcció del centre dels resultats
- ✓ Identificar punts forts i àmbits a reforçar

Avançar cap a una documentació formalitzada més integrada, transversal, rigorosa, accessible i útil per a l'usuari

Justificació:

Sense disposar d'informació fiable, és molt difícil objectivar quins son els elements que fallen i per tant per tant corregir-los per garantir alts nivells de qualitat en aquests. Per altra banda, la recollida de dades, requereix d'un esforç i temps considerable i necessari per a l'avaluació de la qualitat.

En aquest sentit, la posada en marxa el 2015-2016, del Sistema d'Informació per a la Gestió (SIIG) ¹⁶ ha estat un avenç tecnològic important i una fita clau en la gestió i millora de la qualitat al centre, que ha permès avançar clarament en l'avaluació i millora contínua en base a resultats. Millorar el Rigor, traçabilitat i reproduïbilitat i transparència de la informació; Automatitzar indicadors, Optimitzar del temps de recollida de dades per a l'avaluació i millora a través del mòdul de qüestionaris, Integrar i Unificar criteris (metadades) per donar resposta a diversos requeriments externs(1 indicador per donar resposta a diversos requeriments externs), Facilitar la consulta de resultats ràpid i presa de decisions de manera àgil mitjançant el mòdul d'informes; Facilitar l'avaluació continuada i cicle de la millora en base a resultats a tots els processos de l'hospital per part de diferents grups de millora des de la mateixa eina (audit i feedback); Integrar la possibilitat de fer revisions d'avaluació qualitativa. Protocol relacionat: [Sistema Integrat d'Informació per a la Gestió i Avaluació a l'Institut Guttmann \(SIIG\)](#)

G. AVALUACIÓ

Els plans de qualitat s'avaluen a partir dels resultats d'assoliment que consten en la memòria de fets rellevants dels 3 anys anteriors.

Veure el [Annex 4](#) en el que s'expliquen els fets rellevants i principals fites assolides del pla i programes desplegats durant el 2020-2022.

Indicadors d'avaluació:

- Assolir les acreditacions previstes amb èxit
- Complir els estàndards establerts en més del 95% dels indicadors clau de seguretat, efectivitat i atenció centrada en la persona/experiència pacient del Quadre de Comanament de Qualitat Sintètic (QCQS)
- Reduir el nombre de queixes/reclamacions relacionades amb el tracte, efectivitat i seguretat
- Reduir el nombre d'incidents relacionats amb la seguretat del pacient, especialment errors de medicació i caigudes.

H. ALTRES DOCUMENTS RELACIONATS

Pla Estratègic 2020-2025

Pla de qualitat 2020-2022

Programes de Qualitat 2020-222

Memòries de Qualitat 2020-2022

Protocols SIIG

Gestió documental

Gestió i Anàlisi del risc

Atenció i Suport a la segona víctima

Protocols de pràctiques segures

I. REFERÈNCIES

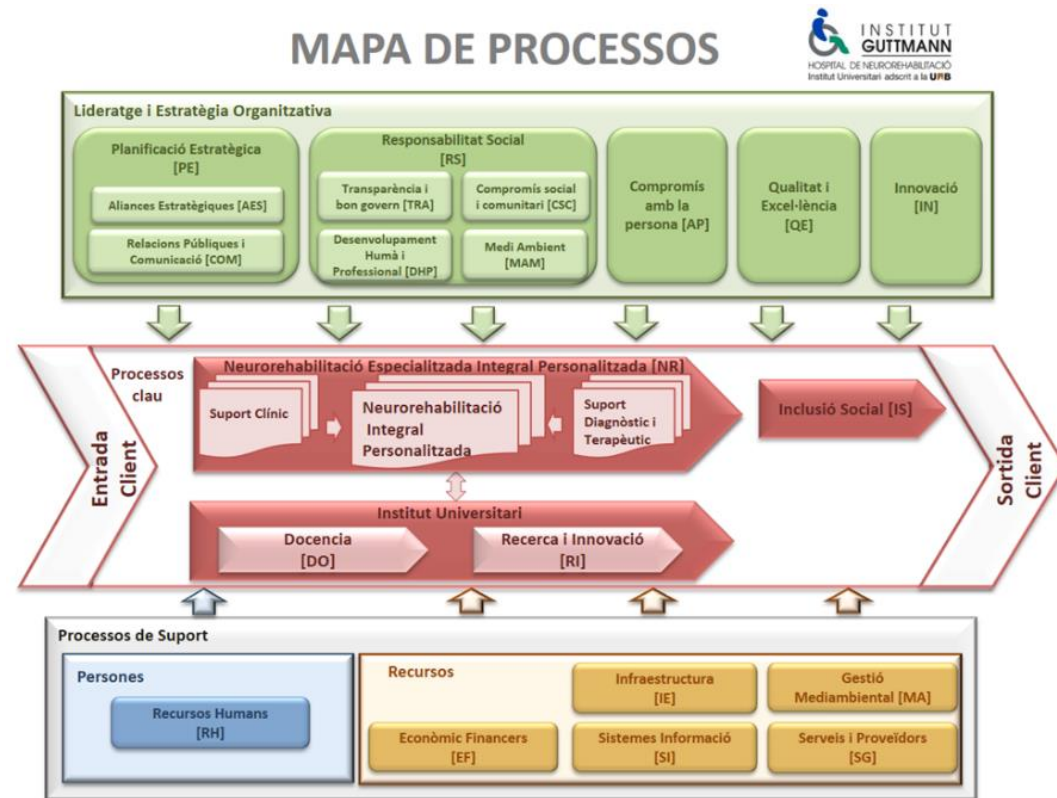
1. World Health Organization. Regional Office for Europe EO on HS and P, Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. *Improv Healthc Qual Eur.* 2019:419. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. *To err is human : building a safer health system.*
3. Costs of unsafe care and cost effectiveness of patient safety programmes. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2016_costs_psp_en.pdf. Accedit maig 27, 2018.
4. Generalitat De Catalunya. ACREDITACIÓ DE CENTRES D ' ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA A CATALUNYA. Vol. I. 2005;l:193.
5. Keiler R, Jorgenson C, Fry HM, et al. *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals Including Standards for Academic Medical Center Hospitals.;* 2021. <https://www.jointcommissioninternational.org>.
6. Berriós-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA Surg.* 2017;152(8):784-791. doi:10.1001/jamasurg.2017.0904
7. Salut D De. Quadre de comandament de Seguretat dels Pacients a l ' atenció especialitzada : indicadors i fitxes. 2018:1-115.
8. Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management: A meta-analysis. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014;27(6):544-558. doi:10.1108/IJHCQA-07-2013-0082
9. Alzoubi MM, Hayati KS, Rosliza AM, Ahmad AA, Al-Hamdan ZM. Total quality management in the health-care context: Integrating the literature and directing future research. *Risk Manag Healthc Policy.* 2019;12:167-177. doi:10.2147/RMHP.S197038
10. Seven ways to improve quality and safety in hospitals An evidence based guide. http://www.duque.eu/uploads/DUQuE_Seven_Ways_To_Improve_Quality_And_Safety_2014.pdf. Accedit setembre 17, 2017.
11. Sunol R, Wagner C, Arah OA, Shaw CD. Evidence-based organization and patient safety strategies in European hospitals. *Int J Qual Heal Care S1 Int J Qual Heal Care.* 2014;26(S1):47-55. doi:10.1093/intqhc/mzu016
12. Moore L, Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system. En: *Journal of Trauma and Acute Care Surgery.* Vol 78. ; 2015:1168-1175. doi:10.1097/TA.0000000000000663
13. Zepeda-Lugo C, Tlapa D, Baez-Lopez Y, et al. Assessing the impact of lean healthcare on inpatient care: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(15):1-24. doi:10.3390/ijerph17155609
14. Paper W. Institute for Healthcare Improvement: Comparing Lean and Quality Improvement. 2014. <http://www.ihl.org/education/ihopenschool/resources/Pages/Activities/WhatHappenedtoJosieKing.aspx>.
15. van Schoten S, de Blok C, Spreeuwenberg P, Groenewegen P, Wagner C. The EFQM Model as a framework for total quality management in healthcare. *Int J Oper Prod Manag.* 2016. doi:10.1108/IJOPM-03-2015-0139
16. Secanell, M; Lopez, J; Lopez, R; Sánchez, D; Ferrer VA V. Automatització dels indicadors de

- seguretat del pacient: avançant capa a un sistema de gestió de la qualitat eficient i integrat. *Ann Med Clínica*. 2018;101:22-26.
17. Taylor-Adams S, Vincent C, Hewett D, et al. SYSTEMS ANALYSIS OF CLINICAL INCIDENTS THE LONDON PROTOCOL. https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/surgery-cancer/pstrc/londonprotocol_e.pdf. Accedit juny 13, 2018.
 18. Kubiak TM. Operational definitions: Survey Analysis for Evaluating Risk (SAFER). *Qual Prog*. 2013;46(8):51-53. doi:10.3102/00028312001003183
 19. Secanell M, Amar E, Referents G De. Impulsant la cultura de seguretat : participació i percepció del pacient en relació amb la seguretat de l' atenció rebuda. 2021:108-112.
 20. Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):280. doi:10.1186/S12913-015-0933-X

J. ANNEXOS

Annex 1. Mapa de processos i sub processos

[Gestor Documental de Processos - Inici \(guttman.com\)](http://guttman.com)



Annex 2. La detecció i la implantació de les estratègies de millora contínua es dinamitza a través de Comitès i Grups de treball

El desplegament de les estratègies de millora a l'organització sovint es fa efectiu i implica múltiples processos, per la qual cosa sovint afecta a diverses disciplines i àmbits professionals.

Per tant, és fonamental que aquestes estratègies, per a ser efectives, s'impulsin a través dels diferents comitès i grups de treball, que en moltes ocasions afecten transversalment a diferents processos de l'organització tant assistencials com no assistencials.

Els Comitès del pla de qualitat

La qualitat està implícita a l'organització de manera transversal, aquesta forma part de totes les estratègies, objectius i està present en tots els Comitès Permanents, que tenen com a objectiu assegurar d'una manera més continuada la qualitat i seguretat de l'atenció, així com la consecució d'objectius a mig i llarg termini es defineixen els alguns dels quals són comitès preceptius per normativa legal i d'altres són comitès constituïts per adequar-se al model de Qualitat Total de l'Institut Guttman.

Donada la dimensió de l'Institut Guttman, en els diferents comitès i grups de millora s'integren aquells aspectes relatius a la qualitat i per tant en el Sistema de Gestió i Millora de la Qualitat de l'hospital i que a la vegada s'informen mensualment aquells aspectes mes rellevants en el comitè directiu.

Els següents son comitès representatius dels diferents processos de l'organització estan integrats en el Sistema de Gestió de la Qualitat (SGQ), es reuneixen periòdicament durant l'any i col·laboren en la gestió i el desenvolupament del seu àmbit de coneixement.

Tota la informació rellevant que es tracta en aquests, la descripció de funcions, composició, freqüència de reunions i presidència, secretaria, actes, objectius i resultats, es troba ubicada a la intranet a l'abast de tots els professionals de l'organització. [Comitès de Qualitat - Inici \(guttman.com\)](http://guttman.com). Tots els comitès estan compostats per professionals de diverses disciplines, es recomana 1 professional, màxim 2 de cada disciplina per norma general, excepte quan es vol impulsar per algun motiu algun objectiu determinat. Els membres del comitè son els encarregats de difondre els aspectes dels temes tractats en aquests a la resta de professionals de la mateixa disciplina mitjançant sessions clíniques, reunions d'àrea per exemple. A més les actes també s'ubiquen a l'accés de tothom a la intranet col.laborativa.

- Comitè de Seguretat del Pacient
- Comitè de Mortalitat
- Comitè de Documentació i Historia Clínica
- Comitè de Farmàcia
- Comitè del Dolor
- Comitè de Nutrició
- Comitè de Radiologia
- Comitè d' Hemovigilància
- Comitè Quirúrgic
- Comitè de Laboratori
- Comitè d'Infeccions
- Comitè d'Atenció a Pacient i Família
- Comitè de Seguretat i Salut
- Comitè de Formació
- Comitè d'Igualtat
- Comitè de Medi Ambient
- Comitè de Docència
- Comitè d'Ètica Assistencial
- Comitè de RSC
- Comitè de Recerca i Innovació
- Comitè d'Innovació Assistencial

Annex 3. Cicle de la Millora Contínua a l' Institut Guttmann



Annex 4. Memòria de fets rellevants pla de qualitat 2020-2022 (pendent imatge)