

ACREDITACIÓ CENTRES D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA

D'ACORD AMB EL DECRET 5/2006

(Actualització document d'estàndards i avaluació abril 2023)

CONSORCI SANITARI DE L'ALT PENEDES I GARRAF  
HOSPITAL RESIDÈNCIA SANT CAMIL

## Dades generals de l'avaluació:

- Data avaluació: 21 i 22 de març avaluació PADS, 25 de març avaluació presencial
- Equip d'avaluació:
  - Avaluadora en cap: Amaia Rodríguez
  - Avaluadora: María Feu
  - Avaluadora: Cristina Fransi

## Dades del centre:

- Nom: Hospital Residència Sant Camil
- Adreça: Ronda Sant Camil s/n, Sant Pere de Ribes, 08810, Barcelona
- Persona contacte: Rosa María Simón Pérez
- Càrrec: Directora de Qualitat i Organització
- Telèfon: 629341088
- Correu electrònic: rsimon@csapg.cat

## Descripció resumida dels processos del centre:

S'han identificat i documentat els processos de l'organització. Estan representades clarament les seqüències i les seves interaccions sota el marc de la qualitat i la seguretat del pacient enfocat i desplegat de manera transversal en tota l'organització.

Els processos més significatius són:

1. Processos estratègics:
  - Pla de qualitat i seguretat del pacient
  - Recursos humans
  - Recursos econòmic financers

2. Processos clau:
  - Atenció quirúrgica
  - Atenció hospitalària
  - Ambulatoria i urgent
  
3. Processos de suport :
  - Farmàcia
  - Laboratori clínic
  - Laboratori d'ap
  - Diagnòstic per la imatge
  
4. Processos de suport no assistencial:
  - Sistemes d'informació
  - Compres i logística
  - Persones i salut laboral
  - Serveis generals
  - Infraestructures
  
5. Processos de suport al client:
  - Consultes externes
  - CMA

Objectius de l'avaluació i seguiment del procés:

Aquesta avaluació té com a objectiu la revisió global i sistemàtica dels processos i els resultats de l'organització d'acord amb els estàndards establerts.

El centre avaluat disposa de quinze dies per revisar aquest informe i, si escau, presentar les al·legacions que consideri pertinents, de forma documentada i raonada.

En el termini de deu dies a comptar de la data de recepció de les al·legacions formulades, ICDQ emet l'informe final d'avaluació a la Plataforma d'Accreditació del Departament de Salut (PADS).

Si bé ICDQ no pren part de la presa de decisió de la concessió o no de l'esmentada acreditació, el Comitè d'Accreditació pot sol·licitar la presència de l'avaluador o avaluadora en cap de l'equip que ha revisat el centre amb l'objectiu d'aclarir aspectes dels informes elaborats i que ajudin a prendre la seva decisió.

El Comitè d'Accreditació pot sol·licitar avaluacions complementàries per a una millor fonamentació de la seva decisió. En aquest cas, ICDQ durà a terme l'avaluació complementària en un termini màxim de quinze dies des de la notificació.

Posteriorment, el Comitè d'Accreditació analitza la documentació relativa a l'acreditació del centre i formula la proposta d'atorgament o denegació de l'acreditació a la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària per tal de que el Director/a emeti la resolució final.

Les avaluacions posteriors que puguin ser necessàries es faran d'acord a les indicacions i terminis establerts pel Comitè d'Accreditació.



Amaia Rodríguez Vaquero

DNI: 08925506B

Signatura de l'avaluador en cap

Data de l'informe: 9 d'abril de 2024

ANNEX 1: Informe de resultats i puntuacions

ANNEX 1

INFORME DE RESULTATS I PUNTUACIONS



## **Informe preliminar d'auditoria per a l'acreditació d'un centre d'Atenció Hospitalària aguda.**

Informe d'Auditoria dels estàndards necessaris per a l'Acreditació de Hospital Residència Sant Camil  
- Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf

Un cop realitzada l'auditoria del vostre centre, es detallen els resultats obtinguts.



## ESTÀNDARDS ESSENCIALS

### RESULTATS GLOBAIS DE L'AVALUACIÓ

#### Valoració quantitativa

<b>Criteri</b>	<b>Estàndards</b>	<b>Estàndards assolits</b>	<b>Percentatge</b>
Criteri 1. Lideratge	83	82	98.80%
Criteri 2. Estratègia	23	23	100.00%
Criteri 3. Persones	63	56	88.89%
Criteri 4. Aliances i recursos	117	117	100.00%
Criteri 5. Processos, productes i serveis	321	319	99.38%
Criteri 6. Resultats en els clients	19	19	100.00%
Criteri 7. Resultats en les persones	21	8	38.10%
Criteri 8. Resultats en la societat	18	16	88.89%
Criteri 9. Resultats clau	132	106	80.30%
<b>TOTAL AVALUACIÓ</b>	<b>797</b>	<b>746</b>	<b>93.60%</b>

#### Valoració global

El vostre Centre d'Atenció Hospitalària aguda ha obtingut una valoració global de l'auditoria del 93.60% global d'estàndards assolits.

Els criteris a destacar serien el 2-Estratègia (100.00%), el 4-Aliances i recursos (100.00%) i el 6-Resultats en els clients (100.00%).

On s'han trobat més estàndards a millorar ha estat en els criteris 8-Resultats en la societat (88.89%), el 9-Resultats clau (80.30%) i el 7-Resultats en les persones (38.10%).

#### Conclusions finals

Una vegada finalitzada la fase d'avaluació podem declarar que el procés d'avaluació s'ha desenvolupat satisfactòriament, però hem de deixar constància que ni la Gerència, ni la Direcció Executiva, excepte la Direcció de Qualitat i Organització, Rosa Simón, van participar en l'avaluació dels criteris 1 i 2 del model (criteris de Lideratge i d'Estratègia de





l'organització). Considerem que aquests criteris han de ser defensats per tots els membres de la citada Direcció.

A banda de això i dels resultats obtinguts amb la metodologia del model volem destacar el següent:

#### PUNTS FORTS

1. Treball conjunt entre els centres corporatius per aconseguir una cultura conjunta, cerca de principis comuns, i sentiment de pertinença dels professionals després de la fusió. La fusió dels tres centres, creiem, ha potenciat la efectivitat de la zona.
2. Han aprofitat la sinergia de cada centre i la unitat dels tres ha fet que hi hagin pocs desplaçaments a altres centres fora de la Comarca.
3. El personal està content i agraït de la fusió. Es nota treball en equip. Transversalitat pràcticament consolidada.
4. Ben definida la política i estratègia de l'organització, adequada a les necessitats i expectatives actuals i futures dels seus clients actuals i potencials.
5. Model de gestió operacional d'objectius i resultats descentralitzat als comandaments del diferents serveis amb el Mètode HOSHIN KANRI.  
Els líders tenen accés continu a la informació necessària per gestionar els seus processos.
6. Revisió i actualització dels procediments de l'organització amb periodicitat biennal.
7. Bons resultats en les mesures dels indicadors de seguretat de pacients. Senyala el camí en la millora continua.
8. La comunicació a l'organització és activa i dinàmica.
9. Treballen 100% amb història clínica electrònica amb usuaris ben definits, codificats i protegits.
10. Bloc quirúrgic: programació continuada d'un quiròfan diari.

#### PUNTS FEBLES

1. Poca implicació de la direcció d'infermeria a l'acreditació del criteri 5d d'hospitalització.
2. Tot i que hi ha sistemàtica de revisió dels resultats, els objectius no estan clarament identificats en tots els processos.
3. A RRHH necessiten donar un pas més per valorar l'efectivitat de tota la activitat que fan de promoció de la salut i hàbits saludables i conèixer la percepció del personal de forma més sistemàtica.
4. A l'àrea quirúrgica, si bé hi ha espais per a l'estucatge de medicaments i equips biomèdics, l'estucatge fungible queda a la vista al llarg del passadís tècnic net.

#### MILLORES EN CURS

1. L'organització està treballant en la implantació definitiva de l'aplicació MIRA que permetrà una millor gestió de tots els processos i beneficiarà en l'atenció al pacient.
2. En breu es crearà la Comissió per a la humanització de l'assistència que treballarà per crear més cultura i més formació entre els professionals en aquest àmbit.





## Lideratge

Compliment **98.80%**

**82** Assolits / **1** No assolits / **0** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subcriteri 1a.	3	3	100.00%
Subcriteri 1b.	49	49	100.00%
Subcriteri 1c.	25	24	96.00%
Subcriteri 1d.	6	6	100.00%

### Valoració qualitativa

#### Subcriteri 1a - Compliment **100.00%**

##### 01- Missió, visió, valors i principis ètics de l'organització - Compliment **100.00%**

**1a-01-E-01-E (1) - La missió està identificada explícitament, és completa i vigent i està aprovada per l'òrgan de màxima responsabilitat de l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Missió, Visió, Principis Corporatius i Pla Estratègic del CSAPG 2023 (v4).  
Pospuesta aprovació al gener del 2020. Aprovada definitivament al març del 2020.  
S'evidencia a l'auditoria amb la documentació aportada.

**1a-01-D-02-E (3) - La missió de l'organització es comunica i difon interna i externament, i és coneguda per les persones de l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Difusió a l'intranet. Difusió presencial amb reunions informatives del gerent al personal del CSAPG.

**1a-01-R-01-E (4) - La missió de l'organització es revisa, s'actualitza i es renova si s'escau.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió biennal



**Subcriteri 1b** - Compliment 100.00%

**01- Model organitzatiu del lideratge - Òrgans de govern** - Compliment 100.00%

**1b-01-E/D-01-E (5) - L'organització disposa d'un organigrama explícit, complet i vigent, aprovat per l'òrgan de govern o per la direcció executiva. Les estructures que componen l'organigrama tenen un responsable reconegut, que nomena la direcció executiva de l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza l'organigrama vigent després de la designació del nou gerent al desembre del 2023.

**1b-01-E-03-E (7) - Les responsabilitats de l'òrgan de govern estan explicitades en texts legals, normes i procediments propis, i els seus membres en són informats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Acord GOV/26/2019, 11 de febrer, per el que s'autoritza la constitució del Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf (CSAPG) i s'aproven el seus Estatuts i el seu conveni regulador.

**1b-01-E-04-E (8) - Existeixen canals formals establerts d'interacció entre l'òrgan de govern i la direcció executiva.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Reunions mensuals entre el Consell Rector i la gerència.

**1b-01-D-01-E (9) - L'organigrama vigent ha d'estar comunicat a l'organització, i la informació sobre l'organigrama ha de ser fàcilment accessible a les persones del centre.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Organigrama penjat a la intranet de l'hospital i a la web

**1b-01-R-01-E (10) - L'organigrama és revisat periòdicament.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió anual i actualització si modificacions.



**02- Model organitzatiu del lideratge - direcció executiva - Compliment 100.00%**

**1b-02-E-01-E (11) - *L'equip directiu està format per les persones que dirigeixen les principals àrees de l'organització. Les seves funcions, competències i responsabilitats estan descrites explícitament.***

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** S'evidencia als diferents documents, vigents, les funcions i responsabilitats dels membres de la direcció executiva.

**1b-02-D-01-E (13) - *L'equip de direcció es reuneix periòdicament, segons s'ha previst.***

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** S'evidencia la peridocitat setmanal de reunions amb l'actes i entrevista amb els líders

**1b-02-D-02-E (14) - *Els documents escrits de les reunions de l'equip de direcció reflecteixen els acords presos i la distribució de responsabilitats d'execució.***

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** S'evidencia amb les actes i entrevista amb la cap de qualitat.

**1b-02-R-01-E (15) - *Es revisa periòdicament l'efectivitat de l'equip de direcció i l'assoliment dels objectius previstos.***

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** HOSHIN KARIN per al seguiment dels objectius

**03- Model organitzatiu del lideratge - Línia executiva - Compliment 100.00%**

**1b-03-E-01-E (16) - *L'organigrama identifica una direcció que assumeix les responsabilitats assistencials de l'organització.***

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** S'evidencia a l'organigrama



**1b-03-E-02-E (17) - Les funcions, competències i responsabilitats de les persones responsables de la línia executiva estan descrites.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es revisen documents, actualitzats, amb les funcions i responsabilitats de les direccions assistencials.

**1b-03-E-04-E (19) - Els líders de l'organització elaboren els objectius de les seves àrees de responsabilitat i s'estableixen d'acord amb els objectius institucionals.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb les DPO que els objectius estan alineats amb els objectius institucionals. Objectius anuals. Seguiment Mètode HOSHIN KANRI per al seguiment

**1b-03-E-05-E (20) - Els líders de l'organització es defineixen en estructures multidisciplinàries d'assessorament i de suport.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia l'existència de comitès formats per equips multidisciplinaris entre els quals es troben els líders

**1b-03-E-06-E (21) - Les responsabilitats dels líders inclouen la gestió del seu personal, i participen en la definició de criteris per a la selecció del seu personal i en l'elecció d'aquest.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Cada líder gestiona al seu personal i participa, conjuntament amb recursos humans, en la selecció de aquest personal.

**1b-03-E-08-E (23) - Les responsabilitats dels líders inclouen la coordinació amb altres àrees de responsabilitat.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Exemple: participació a Comissions clíniques



**1b-03-E-09-E (24) - Els líders disposen d'objectius i pressupostos actualitzats sobre activitat, rendiment econòmic, productivitat i qualitat, en relació amb el seu àmbit de competència.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Objectius institucionals relacionats amb els objectius assistencials. 2-3 objectius de Consorci, 1 econòmic, 1 de satisfacció i 1 de salut laboral. 2 de servei i 2 individuals a pactar amb el professional.

HOSHIN KANRI per al seguiment.

El pressupost són els objectius d'activitat pactats amb el Catsalut.

**1b-03-D-01-E (26) - Els líders desenvolupen accions per assolir els seus objectius i pressupost.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Mètode HOSHIN KANRI per al seguiment dels objectius, accions i resultats

**1b-03-D-02-E (27) - Els líders disposen d'informació periòdica del seu àmbit que permet el seguiment del pressupost i la detecció de desviacions.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Mètode HOSHIN KANRI

**1b-03-R-01-E (28) - Els líders revisen els resultats de la seva àrea de responsabilitat de forma sistemàtica i contínua.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb l'entrevista amb la cap de qualitat

**1b-03-R-02-E (29) - Els líders adopten mesures de correcció derivades de l'anàlisi de desviacions.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Actes Pla Estratègic CSAPG de diferents dates on s'evidencia el seguiment d'indicadors i plans d'acció.

**04- Pla estratègic - Compliment 100.00%**



**1b-04-E-01-E (30) - L'organització té establert un pla estratègic actualitzat, vigent i aprovat per l'òrgan de govern o per la direcció executiva i ha estat formulat fomentant i promovent la col·laboració de l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

Aprovat a l'octubre del 2023. S'evidencia insitu a l'auditoria.

**1b-04-E-02-E (31) - El pla ha estat dissenyat tenint en compte les característiques de l'entorn i les pròpies de l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla Estratègic dissenyat seguint el Pla de Salut i Pla del Penedès-Garraf

**1b-04-E-03-E (32) - Hi ha un mecanisme establert per a la revisió del pla, així com per a l'avaluació de la seva efectivitat.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Seguiment del pla mitjançant seguiment del objectius, indicadors, millores, avaluació mensual i solució de problemes. Vigència del Pla 3-4 anys

**1b-04-E-04-E (33) - El pla ha de constar d'objectius estratègics i dels plans d'acció corresponents, amb les persones responsables, els recursos necessaris i els terminis d'execució.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb visualització de registres i entrevista amb la cap de qualitat.

**1b-04-E-05-E (34) - El pla preveu la millora contínua entre les seves prioritats fonamentals.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** La millora continua forma part de la seva missió

**1b-04-D-01-E (35) - L'organització ha dissenyat la seva estratègia de manera que asseguri la seva sostenibilitat econòmica, social i ambiental.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla estratègic res convencional per adaptar-se a la seva realitat de Consorci





**1b-04-D-03-E (37) - El pla s'ha comunicat al personal de l'organització i als grups d'interès.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Informació permanent a la intranet de l'hospital i a la web

**1b-04-D-04-E (38) - El pla es concreta en objectius operatius de les diferents àrees de responsabilitat, que són coherents amb la missió i que s'executen.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia a l'auditoria insitu

**1b-04-R-01-E (39) - El pla estratègic es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió mensual. Període de vigència de 3-4 anys

## **05- Pla de qualitat i seguretat dels pacients - Compliment 100.00%**

**1b-05-E-01-E (40) - Hi ha un pla de qualitat i seguretat del pacient, actualitzat i vigent, aprovat per la direcció executiva i per l'òrgan de govern, si es considera oportú. El pla defineix els seus objectius, l'estructura organitzativa, el model metodològic en què se suporta, els procediments i els recursos assignats.**

**Avaluació externa:** 3

**Observacions:** Pla de Qualitat i Seguretat del pacient- CSAPG 2023 (v5). No aprovat per la direcció executiva. Validat a través del gestor documental per els validadors que son la direcció.

**1b-05-E-02-E (41) - El pla de qualitat i seguretat del pacient s'incorpora al pla estratègic de l'organització i és coherent amb la seva missió.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**



**1b-05-E/D-03-E (42) - L'organització defineix i identifica la línia estratègica "higiene de mans", dins del concepte de seguretat dels pacients, desenvolupant actuacions relatives a ella.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitzen resultats dels indicadors relacionats amb la higiene de mans

**1b-05-E/D-04-E (43) - L'organització defineix i identifica la línia estratègica "ús segur dels medicaments d'alt risc", desenvolupant actuacions que s'hi relacionen.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza dintre de la línia estratègica de prevenció d'errors de medicació

**1b-05-E/D-05-E (44) - L'organització defineix i identifica la línia estratègica "verificació de la seguretat en cirurgia", desenvolupant actuacions relatives a ella.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitzen indicadors i resultats

**1b-05-E/D-06-E (45) - L'organització defineix i identifica la línia estratègica "identificació inequívoca de pacients", desenvolupant actuacions que s'hi relacionen.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia

**1b-05-E/D-07-E (46) - L'organització defineix i identifica la línia estratègica "prevenció de caigudes", desenvolupant actuacions relatives a ella.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia dintre del Pla de Qualitat i Seguretat del pacient la línia estratègica de prevenció de caigudes, amb indicadors i resultats després de l'avaluació.

**1b-05-E/D-08-E (47) - L'organització defineix i identifica la política de comunicació, tant oral, com telefònica i digital, relacionada directament amb l'assistència al malalt i d'acord amb el concepte de seguretat dels pacients, desenvolupant actuacions relatives a aquesta política.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Política de Comunicació en Seguretat del Pacient- CSAPG 2022 (v2)



**1b-05-E-09-E (48) - La direcció executiva assumeix la direcció del pla i participa activament en els seus òrgans de gestió, així com en la planificació i el desenvolupament del programa de gestió i millora de la qualitat.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Comissió de qualitat formada per tots els presidents de totes les comissions més la direcció.

**1b-05-E-10-E (49) - El pla de qualitat i seguretat dels pacients identifica oportunitats de millora i estableix la prioritització de les actuacions, incloent els resultats esperats com a conseqüència d'aquestes actuacions.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia a les Memòries

**1b-05-E-11-E (50) - El pla de qualitat i seguretat dels pacients estableix els plans d'acció que cal realitzar per millorar de forma concreta, temporalitzada i amb identificació de les persones responsables.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**1b-05-E-12-E (51) - Hi ha un procediment per a la definició dels indicadors que en permet l'homogeneïtat i la comparabilitat.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Indicadors de qualitat. Disseny i fitxes CSAPG 2022 (v3)

**1b-05-E-13-E (52) - El pla estableix els indicadors clau per monitorar-ne el seguiment.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Mètode HOSHIN KANRI: objectius, indicadors, plans d'accions...

**1b-05-E-14-E (53) - L'organització defineix, identifica i desenvolupa actuacions relatives a les primeres, segones i terceres víctimes.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Procediment d'atenció a les primeres, segones i terceres víctimes després d'un EA CSAPG 2023 (v1)



**1b-05-D-01-E (54) - *Hi ha un òrgan o persona responsable de la coordinació del pla.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Rosa Simón com a cap de Qualitat i Seguretat de pacients

**1b-05-D-02-E (55) - *Els participants en la formulació del pla de qualitat i seguretat dels pacients i els líders de l'organització disposen de formació i/o experiència en l'avaluació de la qualitat o en gestió de les organitzacions.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb entrevista amb la cap de qualitat.  
Formació als líders Mètode Lean i HOSHIN KANRI, A3, etc..

**1b-05-D-03-E (56) - *Els líders utilitzen els indicadors definits per a la fixació d'objectius i per al seu seguiment.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia insitu a l'auditoria

**1b-05-R-01-E (58) - *El pla de qualitat i seguretat dels pacients proporciona resultats homogenis i objectius, de manera periòdica.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** HOSHIN KANRI

**1b-05-R-02-E (59) - *El pla de qualitat i seguretat dels pacients es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisions periòdiques una vegada a l'any

**1b-05-R-03-E (60) - *Les línies estratègiques en relació a la seguretat dels pacients, es revisen i actualitzen amb la periodicitat prevista, de forma objectiva i es modifiquen, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió mensual



**Subcriteri 1c - Compliment 96.00%**

**01- Implicació en relació amb els clients - Compliment 100.00%**

**1c-01-E-01-E (61) - L'organització ha dissenyat una política d'atenció al client, aprovada per la direcció executiva.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Política d'atenció a les persones usuàries -CSAPG 2023(v4)  
Comissió de reclamacions de tracte amb les direccions implicades.

**1c-01-E-03-E (63) - La direcció executiva designa un o diversos directius com a responsables de liderar la política d'atenció al client.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Actualment a l'organigrama: Direcció Àrea d'Atenció a la Ciutadania, Àmbit Social, Comunicació i RSC,  
Mercè Font

**1c-01-E-04-E (64) - Hi ha un mecanisme de control de les respostes donades al client.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Procediment d'atenció i gestió de reclamacions, suggeriments i agraïments-CSAPG 2023 (v7)

**1c-01-E-05-E (65) - Hi ha unes normes on queden reflectits els circuits de resposta i els casos en què participa directament la direcció.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia aquesta informació dintre del procediment d'atenció i gestió de reclamacions, suggeriments i agraïments. La direcció hi participa quan la reclamació es de tracte.



**1c-01-E-06-E (66) - L'organització ha dissenyat una política de participació ciutadana per a promoure que aquesta participació, esdevingui una pràctica habitual i incorporada a la dinàmica de funcionament del centre. Aquesta política ha estat aprovada per la direcció executiva.**

**Avaluació externa:** 3

**Observacions:** Enquestes de satisfacció. Mecanismes de reclamacions. Projectes d'experiència del pacient (pain points). No espais estables de participació.

**1c-01-E-07-E (67) - La direcció executiva designa un o diversos directius com a responsables de liderar la política de participació ciutadana al centre.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Direcció Àrea d'Atenció a la Ciutadania, Àmbit Social, Comunicació i RSC  
Mercè Font

**1c-01-E-08-E (68) - La direcció participa activament en la difusió de la política de participació ciutadana, dintre i fora de l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es línia estratègica

**1c-01-D-01-E (70) - La direcció participa activament en la difusió de la política d'atenció al client dintre i fora de l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** A través de la intranet, redes socials, TV blau local...

**1c-01-D-02-E (71) - Hi ha un sistema per avaluar les respostes i el grau de satisfacció dels clients.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Departament de qualitat i la UAC treballen les respostes.



**1c-01-D-03-E (72) - La direcció comunica a l'organització els resultats assolits.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es realitzen informes per transmetre la informació

**1c-01-R-01-E (74) - S'avaluen les mesures de millora implantades per tal de solucionar les deficiències detectades pels clients.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evaluen i es fa seguiment periòdic

**1c-01-R-02-E (75) - La política d'atenció al client es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió biennal

## **02- Implicació en relació amb els proveïdors - Compliment 100.00%**

**1c-02-E-01-E (76) - L'organització disposa d'un registre o arxiu de proveïdors.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia registre de proveïdors al SAP

**1c-02-E-02-E (77) - L'organització ha dissenyat o disposa d'unes normes generals per a la selecció dels proveïdors, definides amb la participació activa de la direcció executiva i aprovades per aquesta.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia en diferents procediments de gestió i compres i de selecció i contractació de proveïdors

**1c-02-E-03-E (78) - L'organització coneix i valora els sistemes de control de qualitat de què disposen els seus proveïdors i, al seu torn, disposa d'un sistema de control de qualitat sobre els seus proveïdors.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Criteris de qualitat definits al contracte de necessitats a la licitació.



**1c-02-D-01-E (81) - La direcció aplica unes normes generals per a la selecció dels proveïdors, i participa en la seva difusió dintre i fora de l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Licitació pública

**1c-02-D-02-E (82) - L'organització aplica un sistema de control de qualitat sobre els seus proveïdors.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** No control de qualitat estipulat per tots els proveïdors, però cada any avaluan diferents criteris als 30 proveïdors amb major volum econòmic de compres.

### **03- Implicació en relació amb la societat - Compliment 75.00%**

**1c-03-E-01-E (88) - L'organització ha dissenyat una política dirigida a la millora del medi ambient, aprovada per la direcció executiva.**

**Avaluació externa:** 2

**Observacions:** No política dirigida a la millora del medi ambient. Treballen temes de residus, energia, etc...

**1c-03-E-02-E (89) - L'organització ha dissenyat una política on reconeix les necessitats de mantenir un comportament socialment responsable.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla funcional de responsabilitat social CSAPG 2022-24 (v1)

**1c-03-D-01-E (92) - L'organització implanta programes de promoció de la salut i d'hàbits saludables, protecció de la salut, sostenibilitat i responsabilitat social.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** La Comissió de promoció de la Salut al CSAPG proposa actuacions. A canal nou de la comarca tenen un canal propi on fan educació per a la salut. Participació als dies mundials relacionats amb la salut.

Programa Cuida't.





**1c-03-D-03-E (94) - L'organització integra els principis d'actuació de responsabilitat social dins l'organització i comunica les activitats i iniciatives en aquest camp.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**04- Implicació en relació amb la promoció de la salut - Compliment 100.00%**

**1c-04-E-01- E (96) - L'organització té una política escrita de Promoció de la Salut i la promoció d'hàbits saludables (orientada a pacients, familiars, professionals, comunitat i medi ambient), aprovat per la direcció executiva.**

Avaluació externa: 4

**Observacions:** Pla de Promoció de la Salut CSAPG validat per la cap de servei de qualitat. Al pla s'analitza la situació del seu entorn des del Pla de Salut de Catalunya.

**1c-04-E-02- E (97) - L'organització té un pla de col·laboració amb altres serveis i sectors de la salut per a la promoció de la salut.**

Avaluació externa: 4

**Observacions:** S'evidencia les col·laboracions amb les actes de reunions de projectes portats a terme

**1c-04-E-03- E (98) - L'organització proporciona als pacients informació sobre factors importants relatius a llur malaltia o problema de salut, i es realitzen actuacions rellevants de promoció de la salut en la trajectòria i en el tractament del pacient.**

Avaluació externa: 4

**Observacions:** S'evidencia amb la informació adjuntada

**1c-04-D-01- E (100) - La política de promoció de la salut s'implementa com a part de la millora continua enfocada a millorar els resultats en salut.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**Subcriteri 1d - Compliment 100.00%**



**01- Estil directiu - Compliment 100.00%**

**1d-01-E/D-01-E (103) - *L'organització ha dissenyat un pla de comunicació intern, que la direcció executiva aprova i participa en la seva implantació i difusió.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla de comunicació CSAPG 2022-2023 (v2) validat per la cap de qualitat, gerència i tècnic de comunicació.

**1d-01-E-02-E (104) - *Hi ha un sistema que facilita l'accessibilitat, l'escolta activa i la capacitat de resposta a les qüestions i inquietuds del personal sobre la pròpia organització.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Principalment a través del seu comandament, o amb possibilitat de reunions amb gerència.

**1d-01-E-05-E (107) - *L'organització vetlla per a la incorporació de la participació dels seus professionals en la dinàmica de funcionament del centre.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb entrevista amb la cap de qualitat.

**1d-01-D-02-E (109) - *La direcció afavoreix la participació del personal en els grups de treball i implica el personal, tant assistencial com de les àrees de gestió i suport.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Totes les activitats son dintre del horari laboral. Això facilita la seva participació. Planificació semestral de reunions.

**1d-01-R-01-E (112) - *El pla de comunicació es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla de comunicació CSAPG 2022-23 (v2). Revisió biennal



**1d-01-R-02-E (113) - *La direcció avalua periòdicament les millores implantades com a resultat de les activitats d'aquests grups de treball.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Dintre del HOSHIN KANRI es visualitza la productivitat i resultats obtinguts



## Estratègia

Compliment **100.00%**

**23** Assolits / **0** No assolits / **0** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subcriteri 2a.	10	10	100.00%
Subcriteri 2b.	3	3	100.00%
Subcriteri 2d.	10	10	100.00%

### Valoració qualitativa

#### **Subcriteri 2a - Compliment 100.00%**

##### 01- Estratègia: en relació amb l'entorn - Compliment **100.00%**

**2a-01-E-01-E (121) - Hi ha una captació sistemàtica d'informació referida a la demanda actual i potencial que determini el perfil demogràfic, socioeconòmic, epidemiològic i cultural dels clients atesos.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Treballem a partir de la informació que dona el Catsalut a través del Pla de Salut i del Pla Penedès Garraf.

**2a-01-E-05-E (125) - S'identifiquen dèficits d'oferta assistencial respecte a la demanda existent que puguin suposar oportunitats per a l'organització. L'estratègia referida a la demanda és coherent amb la missió de l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Hospital at home com a millora. Seguiment estratègia i objectius amb el HOSHIN KANRI

**2a-01-D-05-E (132) - Els líders participen en la interpretació de les necessitats i expectatives dels clients i de l'entorn.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb entrevista amb la cap de qualitat.



**2a-01-D-06-E (133) - Els líders detecten i comuniquen les innovacions que poden ser efectives en la cobertura de les necessitats dels clients.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**2a-01-D-07-E (134) - S'actua en funció de les necessitats i de les expectatives detectades.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **02- Estratègia:en relació amb les parts interessades - Compliment 100.00%**

**2a-02-E/D-01-E (136) - L'organització identifica els seus grups d'interès, n'identifica les expectatives i necessitats i actua per donar resposta a les necessitats i expectatives identificades.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza a la Missió, Visió, Principis Corporatius i Pla Estratègic del CSAPG 2023 (v4)

**2a-02-E-02-E (137) - L'organització incorpora en la seva estratègia la resposta a les necessitats i expectatives dels seus grups d'interès, així com les seves actuacions.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Acta revisió indicadors Pla Estratègic CSAPG anual per a treballar cap a la millora contínua.

**2a-02-R-02-E (141) - L'organització revisa periòdicament les necessitats i expectatives dels grups d'interès.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es revisen periòdicament per crear el nou Pla Estratègic

## **03- Procés continu de comparació (benchmarking) - Compliment 100.00%**



**2a-03-E-03-E (144) - L'organització disposa d'informació de forma que permeti la comparabilitat externa.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es realitza comparació externa a través de BS3 Hygia benchmarking. Mòduls de seguiment d'incadors de qualitat amb el Catsalut. Central de balanços per l'àmbit no assistencial.

**2a-03-D-01-E (145) - L'organització participa en activitats amb altres entitats amb les quals comparteix experiències i coneixements.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencien diverses col·laboracions: amb les patronals grups d'innovació, etc... Amb els caps de atenció primària o amb l'ICO entre altres.

## **Subcriteri 2b - Compliment 100.00%**

### **01- Informació i anàlisi per a l'estratègia - Compliment 100.00%**

**2b-01-E/D-01-E (152) - Hi ha un pla de gestió de la informació que inclou la informació rellevant per a cada nivell de l'organització, identificant el grau d'accés a ella.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla de Gestió de la Informació- CSAPG 2023 (v2)

**2b-01-D-01-E (153) - La direcció executiva i els membres de la direcció disposen d'un document estructurat (quadre de comandament) que els aporta la informació necessària per a l'anàlisi, amb una determinada periodicitat. La informació permet l'anàlisi, l'establiment d'objectius i estratègies generals, en l'àmbit de l'organització i específics, en l'àmbit de les estructures productives i de suport.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza dintre del Pla de Gestió de la Informació CSAPG 2023. Minerva anàlisi.



**2b-01-R-01-E (156) - El pla de gestió de la informació es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió biennal

## **Subcriteri 2d - Compliment 100.00%**

### **01- Processos clau - Compliment 100.00%**

**2d-01-E-01-E (157) - Els líders identifiquen i defineixen els processos clau de l'organització d'acord amb l'estratègia. Els processos clau s'expliciten.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Gestió per Processos CSAPG 2023 (v4)

**2d-01-E-02-E (158) - Els líders planifiquen i prioritzen els objectius, activitats i plans de millora dels processos, d'acord amb la política i l'estratègia amb periodicitat mínima anual.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb les actes amb tot el personal implicat. Seguiment periòdic.

**2d-01-E/D-03-E (159) - Hi ha un sistema establert per a la prioritització dels objectius, activitats i plans de millora dels processos clau. Tots els objectius i activitats tenen assignats els recursos necessaris.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Prioritzen en funció de resultats anteriors

**2d-01-E-04-E (160) - Els objectius, activitats i plans de millora dels processos clau s'integren i són coherents amb el desplegament del pla estratègic i del pla de qualitat i seguretat dels pacients.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**



**2d-01-D-01-E (161) - Es designa un responsable propietari del procés.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb la documentació aportada a la entrevista amb la cap de qualitat

**2d-01-D-03-E (163) - Hi ha una sistemàtica de reunions entre la direcció i els líders, per tal de revisar els objectius, les activitats i els plans de millora.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia, amb l'Excel aportat i les actes, la periodicitat mensual de reunions

**2d-01-D/R-04-E (164) - El responsable propietari del procés i l'equip definirà qui ha d'implantar les millores del procés, difondrà les corresponents responsabilitats i revisarà i avaluarà l'efectivitat de les millores, per aconseguir i mantenir la millora de la qualitat.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb l'exemple d'urologia tots els criteris de l'estàndard assolits

**2d-01-R-01-E (165) - Els objectius, activitats i plans de millora dels processos clau es revisen periòdicament, d'acord amb l'estratègia de l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió trimestral d'indicadors. Setmanal de actuacions

## **02- Comunicació - Compliment 100.00%**

**2d-02-E-01-E (166) - L'organització ha dissenyat, dintre del seu pla de comunicació intern, un sistema per tal de difondre periòdicament la seva estratègia a totes les persones.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb l'entrevista amb la cap de qualitat.





**2d-02-D-01-E (167) - La direcció executiva impulsa i dona suport a la implantació i difusió del pla de comunicació.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb l'auditoria insitu amb l'entrevista amb la cap de qualitat.



## Persones

Compliment **88.89%**

**56** Assolits / **7** No assolits / **0** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subcriteri 3a.	17	17	100.00%
Subcriteri 3b.	21	16	76.19%
Subcriteri 3c.	8	7	87.50%
Subcriteri 3d.	8	8	100.00%
Subcriteri 3e.	9	8	88.89%

### Valoració qualitativa

#### Subcriteri 3a - Compliment 100.00%

##### 01- Estratègia referida a les persones - Compliment 100.00%

**3a-01-E-01-E (169) - L'organització disposa d'un pla de recursos humans elaborat amb la participació dels líders, aprovat per la direcció executiva i vigent i inclou la normativa de funcionament intern del personal de l'organització.**

Avaluació externa: 4

**Observacions:** Dintre del Pla de Recursos Humans CSAPG 2023 (v2) enllaços a diferents procediments.

**3a-01-E-02-E (170) - El pla determina els recursos humans necessaris per al desenvolupament de l'activitat de l'organització, així com els criteris utilitzats per al seu ajust.**

Avaluació externa: 4

**Observacions:**



**3a-01-E-03-E (171) - *Hi ha una normativa específica d'identificació obligatòria de tot el personal que treballa i col·labora en l'organització. La normativa específica d'identificació també inclou els estudiants de formació professional, grau i postgrau.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Identificació del personal CSAPG 2023 (v1)

**3a-01-E-09-E (177) - *El pla de recursos humans incorpora un pla d'acollida del nou personal, sigui aquest estable o temporal.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Guia d'acollida CSAPG 2023 (v2).

Política d'acollida i integració CSAPG 2023 (v2)

**3a-01-E-10-E (178) - *El pla de recursos humans incorpora els procediments de registre, obertura i tancament d'expedients individuals del personal, contingut, ordenació, conservació, accés i confidencialitat, així com els d'informació, gestió i resolució dels expedients disciplinaris.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Gestió d'expedients personals CSAPG 2023 (v1)

**3a-01-E-11-E (179) - *El pla de recursos humans desenvolupa procediments per a la protecció i promoció de la salut del personal, identificant els factors de risc i actuant en la promoció d'hàbits saludables.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla de Vigilància de la Salut-CSAPG 2023 (v3).

Identificació i revisió de l'avaluació general dels riscos ( Mètode Marí). Per avaluacions concretes ( Pla d'autoprotecció PAU)

**3a-01-E-12-E (180) - *El pla desenvolupa accions informatives i formatives sobre hàbits saludables a la feina.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Exemples evidenciats amb la informació aportada i visualitzada a l'auditoria insitu.



**3a-01-E/D-13-E (181) - El pla incorpora la descripció dels llocs de treball, les funcions i responsabilitats, incloent les de l'àmbit de la salut laboral. Els líders participen en el disseny dels llocs de treball de les àrees que els afecten.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb la visualització de diferents procediments

**3a-01-D-01-E (183) - L'organització que tingui un programa de voluntariat ha de disposar de: un referent de coordinació, un registre de persones voluntàries i la seva entitat de procedència, i d'un document on s'explicitin els seus drets i deures i els seus criteris d'actuació.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Procediment de funcionament de voluntariat CSAPG 2023 (v2) amb la identificació de les persones responsables. Amb les responsabilitats, funcions, etc, dels voluntaris explicitades.

**3a-01-R-01-E (189) - El pla de recursos humans es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió biennal.

## **02- Gestió de les persones - Compliment 100.00%**

**3a-02-E-02-E (193) - L'organització garanteix que el personal, les noves incorporacions, el personal en formació, les persones voluntàries i el personal d'altres entitats vinculades a l'organització, coneix la normativa legal vigent referida a la reserva i confidencialitat sobre dades de clients i persones usuàries.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Política de l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació TIC-CSAPG 2023 (v 2).

Document d'informació i consentiment del treballador



**3a-02-E-03-E (194) - *Hi ha sistemes de informació específics sobre recursos humans en què s'inclou control d'absentisme i grau de cobertura sobre plantilla teòrica, ordenats per col·lectius i causes.***

**Avaluació externa:** 3

**Observacions:** Durant l'auditoria no es presenta el grau de cobertura sobre plantilla teòrica. Sí el grau d'absentisme, per serveis i els motius.

**3a-02-D-01-E (197) - *L'organització garanteix que tot el personal aporta còpia autenticada de la seva corresponent titulació, necessària per al seu lloc de treball, i s'inclou en el seu expedient.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb mostra d'expedients.

**3a-02-R-01-E (202) - *L'organització revisa i actualitza periòdicament els procediments, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió biennal

### **03- Selecció - Compliment 100.00%**

**3a-03-E-01-E (203) - *L'organització disposa d'un procediment segons el qual es regula la creació i provisió de noves places i el procés de reclutament i selecció per proveir-les. Tota nova plaça i incorporació ha d'estar aprovada per la direcció executiva o per la direcció de recursos humans. El procediment estableix la informació requerida a la persona candidata, el procés sistemàtic de comprovació d'aquesta informació i el procés d'avaluació de les persones candidates.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Política de selecció del personal 2023 (v4) Procés de selecció oferta pública oposició CSAPG per a grups 2,3 i 7. 2022 (v1)



**3a-03-D-03-E (210) - La persona seleccionada té accés al seu contracte, a la definició del lloc de treball i al programa d'acollida, abans o com a màxim en el moment de la incorporació.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Document: Lliurança d'informació-documentació al treballador de nova entrada. S'evidencia insitu a l'auditoria mail al professional contractat.

**3a-03-R-01-E (211) - L'organització revisa i actualitza periòdicament els procediments, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **Subcriteri 3b - Compliment 76.19%**

### **01- Capacitats i atribucions - Compliment 50.00%**

**3b-01-E-01-E (212) - L'organització disposa d'un procediment que determina les atribucions i capacitats necessàries dels professionals de l'organització que tenen funcions d'assistència o de suport a l'assistència, per satisfer les necessitats dels clients i usuaris. S'inclourà qui té competències per a l'autorització de les atribucions d'altres professionals.**

**Avaluació externa:** 2

**Observacions:** No compleixen l'estàndard

**3b-01-E-10-E (221) - En l'organització acreditada per la formació sanitària especialitzada, la planificació laboral dels tutors de residents inclou un temps suficient per a realitzar tasques de tutoria.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza fitxa amb les funcions com a tutor. 3h mínimes al mes de dedicació.



**3b-01-D-05-E (226) - Les capacitats necessàries formen part de la descripció de cada lloc de treball, estant aquest cobert per persones amb atribucions suficients.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es revisen i s'evidencia amb dos expedients

**3b-01-R-01-E (230) - El procediment es revisa i actualitza periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 0

**Observacions:** No compleixen l'estàndard perquè no n'hi ha procediment

## **02- Pla de formació - Compliment 100.00%**

**3b-02-E-01-E (231) - L'organització disposa d'un pla de formació que afecta el conjunt del personal, és aprovat per la direcció i inclou un pressupost específic.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Documentació: Pla de formació CSAPG 2021-2022.  
S'evidencia insitu a l'auditoria pla de formació per l'any en curs i pressupost

**3b-02-E-03-E (233) - El pla preveu la participació activa dels líders en la detecció de les necessitats formatives del personal de la seva dependència.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Explicitat dintre del Pla de formació CSAPG 2021-2022. S'evidencia amb entrevistes amb els líders i personal de comissions per programar la formació. El personal pot proposar necessitats a través d'enquestes.



**3b-02-E-06-E (236) - El pla de formació inclou la formació per a tot el personal, inclosos els residents, sobre qualitat, millora contínua i seguretat de pacients. El centre ha de vetllar per incloure, en les activitats formatives que se'n derivin, als estudiants que estiguin fent pràctiques en el centre.**

**Avaluació externa:** 3

**Observacions:** Per personal assistencial programada introducció per moodle 4h. Específiques presencial impartides per Fidisp.  
No he pogut evidenciar la formació a residents i estudiants en pràctiques amb la documentació aportada per el cap d'estudis CSPG. En aquesta documentació, sol·licitada a l'auditoria insitu no surt el llistat de persones que han rebut la formació.

**3b-02-E-07-E (237) - El pla de formació inclou formació al personal de l'organització, personal subcontractat, personal en formació i persones voluntàries, en prevenció i actuació davant de les potencials emergències. La formació inclou la realització de pràctiques i simulacres.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia insitu formació de primera intervenció i segona. La formació s'adreça a tot el personal que estigui en aquella àrea.

**3b-02-E-08-E (238) - El pla de formació inclou la formació per a tot el personal, inclosos els residents, sobre prevenció i control de la infecció. El centre ha de vetllar per incloure, en les activitats formatives que se'n derivin, als estudiants que estiguin fent pràctiques en el centre.**

**Avaluació externa:** 3

**Observacions:** Es consesua amb els líders la manca de formació d'aquest concepte per manca de formadora.

**3b-02-E-09-E (239) - El pla de formació inclou la formació teoricopràctica, per a tot el personal sanitari, inclosos els residents, com a mínim, de procediments de reanimació cardiopulmonar. El personal que assisteix infants la rep específicament de reanimació cardiopulmonar pediàtrica.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia insitu formació RCP adults, pediàtric i neonatal amb participació dels residents.





<p><b>3b-02-E-13-E (243) - <i>El pla de formació preveu l'avaluació, per part del personal de l'organització, del grau de satisfacció sobre cada curs formatiu realitzat.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'evidencia insitu</p>
<p><b>3b-02-D-01-E (245) - <i>L'organització designa les persones responsables de la formació del personal.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>3b-02-D-02-E (246) - <i>L'organització registra totes les activitats formatives impartides per la mateixa organització o adquirides externament i qui les ha rebudes.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'evidencien els registres a les Memòries</p>
<p><b>3b-02-D-04-E (248) - <i>Es realitzen enquestes de satisfacció als receptors de la formació.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>3b-02-D-05-E (249) - <i>Es garanteix i es fomenta l'accés dels professionals als programes de formació contínua sobre seguretat dels pacients.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>3b-02-R-01-E (250) - <i>S'avalua l'estat d'execució i les desviacions del pla de formació periòdicament, de manera que es permeti l'acció correctora anualment.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'evidencia a les Memòries anuals i amb l'entrevista amb la cap de formació que fa el seguiment periòdicament.</p>



**3b-02-R-03-E (252) - El pla de formació es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva, i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla de formació revisat de forma periòdica i memòria anual

**3b-02-R-04-E (253) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió biennal

### 03- Avaluació d'aptituds, actituds i habilitats - Compliment **0.00%**

**3b-03-E-01-E (254) - L'organització disposa, dins del pla de recursos humans, d'un programa d'avaluació d'aptituds, actituds i habilitats d'aplicació a tot el personal, que és de caràcter individual, sistemàtic i de periodicitat predeterminada.**

**Avaluació externa:** 2

**Observacions:** Es consensua amb els líders i la cap de qualitat del perquè aquest estàndard no el compleixen

**3b-03-E-02-E (255) - El programa preveu la participació directa dels líders en l'avaluació d'aptituds, actituds i habilitats de les persones que depenen d'ells.**

**Avaluació externa:** 2

**Observacions:**

**3b-03-R-01-E (260) - El programa i els procediments que el desenvolupen es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 0

**Observacions:**

### **Subcriteri 3c - Compliment 87.50%**

#### **01- Grups de treball - Compliment 87.50%**



**3c-01-E-01-E (262) - *Hi ha uns criteris explícits per a la creació dels grups de treball, amb un responsable acceptat pels líders o pel mateix grup, d'acord amb l'estratègia de l'organització.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Normativa de funcionament de les Comissions Clíniques- CSAPG 2022 (v3).

S'evidència insitu amb entrevista amb el cap de RRHH i la cap de qualitat.

**3c-01-D-01-E (265) - *Hi ha un o diversos grups de treball orientats a avaluar les activitats de: terapèutica farmacològica, infeccions i transfusions.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidència amb l'aportació d'evidències de les dues comissions i amb les actes de reunions.

**3c-01-D-02-E (266) - *Hi ha un o diversos grups de treball orientats a avaluar les activitats de: documentació clínica i confidencialitat.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**3c-01-D-03-E (267) - *Hi ha un o diversos grups de treball orientats a avaluar les activitats de: tumors, teixits i mortalitat.***

**Avaluació externa:** 2

**Observacions:** Comitè de tumors clínic amb reunions setmanal. Comissió de mortalitat pendent de constituir-se de nou. Compleixen parcialment l'estàndard.

**3c-01-D-04-E (268) - *Hi ha un o diversos grups de treball orientats a avaluar les activitats de: bioètica i deontologia.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**3c-01-D-05-E (269) - *Hi ha un o diversos grups de treball orientats a avaluar les activitats de: qualitat i seguretat del pacient.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**



**3c-01-D-06-E (270) - S'analitzen les causes que poden donar lloc a esdeveniments adversos, mitjançant metodologia validada. Com a exemple: Anàlisi causa-arrel (ACA), AMFE: model de fallades i els seus efectes, "5 perquè", Diagrama d'Ishikawa.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Exemples d'anàlisi AMFE.

Morts no esperades valorat conjuntament amb Comissió Qualitat i de Seguretat del pacient.

**3c-01-R-02-E (273) - L'organització revisa i actualitza periòdicament els criteris establerts, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

### **Subcriteri 3d - Compliment 100.00%**

#### **01- Programa d'acollida del personal - Compliment 100.00%**

**3d-01-E/R-01-E (274) - L'organització té dissenyat un programa d'acollida general, que revisa i actualitza periòdicament, i un programa d'acollida específic per al lloc de treball (normes de funcionament intern de departament o servei)**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Política d'acollida i integració CSAPG 2023 (v2) i guia d'acollida CSAPG. Per al lloc específic de treball fan dos dies d'adaptació.

**3d-01-D-02-E (276) - L'organització facilita el pla d'acollida general a les noves incorporacions.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'envia per mail abans de la incorporació a l'hospital.

**3d-01-R-01-E (278) - L'organització revisa i actualitza el programa d'acollida específic per al lloc de treball.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**



**02- Garantir la comunicació - Compliment 100.00%**

<p><b>3d-02-E-01-E (279) - <i>L'organització té uns procediments establerts per tal de garantir: La comunicació descendent, tant per interlocutors propis com aliens; La comunicació ascendent, garantint l'oportuna reserva; la comunicació horitzontal.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Pla de comunicació global CSAPG 2022-23.</p>
<p><b>3d-02-E-02-E (280) - <i>L'organització estableix els mecanismes de gestió, seguretat i ús correcte de les noves tecnologies de comunicació.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>3d-02-D-01-E (281) - <i>Es facilita un sistema de canals orals (sessions clíniques, xerrades...) i/o escrits, tant en suport paper (revista interna, pòsters...) com informàtic (correu electrònic, intranet, etc.) per afavorir la comunicació entre el personal.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Medxat per a la comunicació interna, mail, intranet, zoom corporatiu , reunions presencials, sessions clíniques entre altres...</p>
<p><b>3d-02-D-03-E (283) - <i>La direcció executiva i els líders impulsen i s'impliquen en la difusió i implantació dels diversos procediments.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Cada responsable reunions amb el servei que pertoca, informació l'intranet, redes socials etc...</p>
<p><b>3d-02-R-01-E (285) - <i>La direcció revisa i actualitza els diversos procediments periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>

**Subcriteri 3e - Compliment 88.89%**

01- Reconeixement de l'esforç de les persones - Compliment 100.00%



**3e-01-E/D-01-E (286) - *Hi ha uns criteris prèviament definits per atorgar, objectivament, el reconeixement a l'esforç realitzat per les persones. Aquests criteris són recolzats i difosos per la direcció.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Procediments carreres professionals.  
Retribució variable en funció dels objectius (DPO)-CSAPG

**3e-01-R-02-E (289) - *L'organització revisa i actualitza periòdicament els criteris, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **02- Atenció a les persones - Compliment 85.71%**

**3e-02-E-01-E (290) - *Hi ha uns criteris de sensibilització de les persones en temes de defensa del medi ambient, d'acord amb l'estratègia de l'organització.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla gestió i medi ambient i energia- CSAPG 2023 (v3)

**3e-02-E-02-E (291) - *La direcció i els líders planifiquen accions orientades a la promoció i protecció de la salut del personal en el seu àmbit laboral.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**3e-02-E-04-E (293) - *Hi ha criteris per garantir la protecció del personal enfront de l'abús de poder, l'assetjament, la discriminació per raó de sexe, raça, discapacitat, religió, etc.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Política i protocol d'actuació davant de situacions de presumpte assetjament laboral 2022 (v3)



**3e-02-E-05-E (294)** - L'organització disposa d'estratègies de qualitat de vida laboral que està alineat amb les línies estratègiques de l'organització.

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**3e-02-E-06-E (295)** - *L'organització disposa d'un sistema integral de gestió dels conflictes entre professionals de la pròpia organització, del mateix o diferent àmbit assistencial, que inclou el foment de la resolució dels conflictes relacionals interpersonals a partir dels valors de l'escolta activa, el diàleg i la negociació*

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Mediator i formació a l'abast per resoldre el conflicte quan es necessari.

**3e-02-D-03-E (298)** - *La direcció, els líders i els representants del personal analitzen i difonen els resultats obtinguts en l'aplicació de mesures per a la promoció i protecció de la salut del personal en el seu àmbit laboral.*

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Memòries anuals penjades a Minerva documents

**3e-02-R-02-E (302)** - *La direcció, els líders i els representants avaluen l'efectivitat de les accions planificades pel que fa a la promoció i protecció de la salut del personal.*

**Avaluació externa:** 0

**Observacions:** Es consensua amb els líders de RRHH i la cap de qualitat que no s'avalua l'efectivitat de les accions portades a terme. L'hospital no mostra evidències d'acompliment de l'estàndard.



## Aliances i recursos

Compliment **100.00%**

**117** Assolits / **0** No assolits / **0** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subcriteri 4a.	26	26	100.00%
Subcriteri 4b.	8	8	100.00%
Subcriteri 4c.	51	51	100.00%
Subcriteri 4d.	14	14	100.00%
Subcriteri 4e.	18	18	100.00%

### Valoració qualitativa

#### Subcriteri 4a - Compliment 100.00%

##### 01- Prestadors externs de serveis assistencials - Compliment 100.00%

**4a-01-E-01-E (305) - L'organització identifica i detalla les característiques i els requisits de suport assistencial extern que requereix.**

Avaluació externa: 4

Observacions: Es verifica amb ED i EL .

**4a-01-E/D-03-E (307) - Hi ha un procediment per garantir el funcionament de cada prestador extern, per a l'avaluació periòdica de cada prestador extern i per a la revisió del contracte. L'organització fa un control i seguiment de l'adequació de la sol·licitud respecte al servei extern prestat i la prestació realitzada pel servei extern.**

Avaluació externa: 4

Observacions: Es verifica amb EL .

**4a-01-D-01-E (310) - S'apliquen els criteris per a la selecció del millor prestador.**

Avaluació externa: 4

Observacions:





**4a-01-D-02-E (311) - La formalització de la relació organització-prestador extern es fa d'acord amb un contracte o un conveni.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**4a-01-D-05-E (314) - Es disposa d'un mecanisme de gestió de les "no conformitats" o incidències del servei i es notifiquen.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**4a-01-R-02-E (318) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert per l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **02- Continuitat entre àmbits assistencials - Compliment 100.00%**

**4a-02-E-01-E (319) - L'organització identifica específicament el seu àmbit d'actuació i les seves necessitats de coordinació i de suport assistencial extern.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**4a-02-E/D-03-E (321) - L'organització té establerts protocols conjunts amb els seus referents / contrareferents. En aquests protocols, es descriu com s'identifiquen als referents / contrareferents, com es facilita informació a aquests, i com es registra el referent / contrareferent de cada client assistit.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**4a-02-D-02-E (323) - La informació clínica transmesa entre organitzacions compleix el deure de confidencialitat.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL.



**4a-02-D-04-E (325) - L'organització actua com a referent i té criteris d'acceptació dels clients referenciats.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**4a-02-R-01-E (327) - Els procediments i protocols es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert per l'organització.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

### **03- Subcontractacions - Compliment 100.00%**

**4a-03-E-01-E (328) - L'organització disposa d'un procediment per a la selecció dels serveis subcontractats on s'inclouen els criteris objectius d'avaluació del servei prestat, les responsabilitats, les competències i les dependències (orgàniques i funcionals) de les entitats subcontractades, així com les seves obligacions pel que fa a l'organització.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**4a-03-D-02-E (330) - Els requisits del servei prestat es fan explícits en un contracte, vigent i aprovat per la direcció executiva.**

Avaluació externa: 4

Observacions: Es verifica amb EL .

**4a-03-D-03-E (331) - L'organització fixa objectius per a la prestació dels serveis subcontractats, d'acord amb les persones responsables de la prestació.**

Avaluació externa: 4

Observacions: Es verifica amb EL .



**4a-03-D-04-E (332) - L'organització coneix les persones responsables directes de la prestació de serveis subcontractats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL i EV.

**4a-03-D-05-E (333) - L'organització disposa d'informació periòdica d'avaluació del compliment dels requisits de prestació del servei subcontractat.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb VE .

**4a-03-R-01-E (337) - L'organització avalua periòdicament el grau de compliment dels objectius i requisits de prestació dels serveis subcontractats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL.

**4a-03-R-02-E (338) - Els procediments i les normatives de funcionament dels serveis subcontractats es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert per l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

#### **04- Altres proveïdors - Compliment 100.00%**

**4a-04-E-01-E (339) - L'organització disposa d'un procediment per a la selecció dels proveïdors, que inclou els requisits de qualitat que ha d'acreditar el proveïdor.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**4a-04-E-03-E (341) - L'organització disposa d'un registre de productes de subministrament, amb les característiques i dades necessàries per a la gestió de les compres.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**



**4a-04-E-04-E (342) - L'organització disposa d'un sistema d'informació sobre estocs i consums que li permet la gestió de la reposició de subministraments, incloent criteris explícits dels nivells òptims, d'alarma i mínims del seu estoc.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**4a-04-E-05-E (343) - L'organització té establerts criteris d'actuació davant de situacions especials.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL i VE .

**4a-04-E-06-E (344) - L'organització té concerts vigents amb les universitats i altres entitats educatives que tenen estudiants en pràctiques a les seves instal·lacions, els qual inclouen al menys el nombre anual d'estudiants de cada una de les titulacions.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**4a-04-D-03-E (347) - L'organització disposa de mecanismes d'avaluació dels productes servits i de la seva adequació a les característiques preestablertes.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**4a-04-R-01-E (351) - L'organització avalua periòdicament el grau de compliment dels objectius i els requisits del subministrament.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**4a-04-R-02-E (352) - Els procediments i les normatives de funcionament es revisen i s'actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**



**Subcriteri 4b - Compliment 100.00%**

**01- Gestió de recursos econòmics i financers - Compliment 100.00%**

**4b-01-E/D-01-E (353) - L'organització disposa d'un pressupost anual d'ingressos i despeses, d'acord amb els plans i les activitats per assolir els objectius previstos, que serà aprovat per l'òrgan de govern. Els líders participen en la seva definició i en el seu seguiment.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es comprova in situ i amb entrevista al líder

**4b-01-E-02-E (354) - L'organització té uns procediments per facilitar informació suficient i entenedora a les persones responsables d'elaborar els pressupostos.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**4b-01-E-03-E (355) - L'organització disposa d'un pla d'inversions.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**4b-01-D-01-E (359) - Es documenten i justifiquen les desviacions pressupostàries dels ingressos i les despeses, en cas que es produeixin.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza in situ i amb entrevista amb el líder

**4b-01-D-03-E (361) - La facturació dels clients és controlada per un sistema central.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es comprova. Tota la gestió és centralitzada.

**4b-01-D-05-E (363) - L'organització manté l'inventari actualitzat i aplica un programa de substitució d'actius.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es comprova a través de SAP



**4b-01-D-06-E (364) - L'organització disposa d'un sistema d'avaluació de la gestió econòmica.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**4b-01-R-02-E (368) - La direcció avalua els resultats econòmics.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

### **Subcriteri 4c - Compliment 100.00%**

#### **01- Instal·lacions i manteniment de l'edifici - Compliment 100.00%**

**4c-01-E-01-E (370) - L'organització disposa d'un pla de manteniment de l'edifici (exterior i interior) que està dotat pressupostàriament i compta amb una o diverses persones responsables designats per la direcció executiva.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla Gestió de Manteniment 2023. Es veu l'organigrama amb les dependències jeràrquiques i responsabilitats

**4c-01-E-03-E (372) - Hi ha plànols d'instal·lacions actualitzats i detallats, que són accessibles per a les persones que es determini.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitzen al pla de gestió de manteniment

**4c-01-D-01-E (373) - Es disposa d'un registre detallat on s'especifica el manteniment preventiu i correctiu, programat i urgent.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es veu insitu



**4c-01-D-02-E (374) - El servei de manteniment està assegurat les 24 hores del dia. L'organització determina els serveis de cobertura permanent.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza al pla de funcionament del servei de manteniment. Es comprova l'assistència les 24 hores

**4c-01-D-03-E (375) - Es revisa, es manté i es millora l'edifici i les instal·lacions (sistemes elèctrics, d'aigua, ventilació (aire condicionat), calefacció, residus, gasos medicinals i altres).**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es comprova al pla de gestió de manteniment els criteris que demana l'estàndard.

**4c-01-R-01-E (376) - L'organització avalua el grau de compliment del pla de manteniment, periòdicament i el revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva modificant, si s'escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Darrera revisió desembre 23 (biennal)

## 02- Adequació de l'edifici - Compliment **100.00%**

**4c-02-E-01-E (377) - L'organització detecta, planifica i prioritza les millores de l'edifici i les instal·lacions segons les seves necessitats i els recursos econòmics).**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla de millora de les infraestructures 2023 v1

**4c-02-E-03-E (379) - L'organització disposa d'un pla per a la gestió energètica i de subministraments.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla de gestió medi ambient i energia

## 03- Accessibilitat de l'edifici i del seu entorn - Compliment **100.00%**



**4c-03-E-01-E (397) - Es disposa d'un pla de senyalització general al centre que permet accedir a les diferents àrees, incloent la identificació de les àrees de circulació públiques i restringides.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Manual de senyalització CSAPG

**4c-03-E-02-E (398) - L'organització disposa de procediments que regulen l'accés a les àrees del centre i expliciten els horaris de funcionament, els horaris de visita i les restriccions previstes en cada àrea.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza procediment de gestió de clients i també a través de la guia informativa pels acompanyants

**4c-03-E-03-E (399) - L'organització té en compte la diversitat lingüística en la relació amb els clients.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Política d'atenció a les persones usuàries

**4c-03-D-04-E (404) - L'organització disposa de recursos que faciliten l'accessibilitat a persones amb disminució sensorial a les seves instal·lacions i serveis.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Procediment d'atenció al usuari-accessibilitat mobilitat usuaris amb discapacitat sensorial

**4c-03-D-08-E (408) - L'organització disposa de sistemes d'ajuda a l'orientació del públic general per identificar i localitzar les àrees a què tenen accés.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Sistema de senyalització

**4c-03-D-09-E (409) - Les normes que regulen l'accés a les diferents àrees del centre són accessibles al públic general i es difonen entre les persones usuàries directes.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Guia informativa pels acompanyants. Es visualitza procediment per regular l'accés d'acompanyants al CSAPG hospitalització d'aguts





<p><b>4c-03-D-11-E (411) - <i>Es senyalitza convenientment l'ús de telefonia mòbil en el centre.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es visualitza amb visita diferents espais hospitalaris</p>
<p><b>4c-03-D-13-E (413) - <i>L'organització té establerts mecanismes de control d'accés a àrees específiques que determini.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>4c-03-D-14-E (414) - <i>L'organització disposa d'atenció telefònica al client per a informació, citació i programació d'activitats assistencials i altres usos.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Procediment d'atenció a l'usuari, notificacions telefòniques, informació, programació ,canvi de dates</p>
<p><b>4c-03-D-17-E (417) - <i>L'organització disposa de sistemes de comunicació interna i personal per a situacions d'urgència o de necessitat de localització, així com mecanismes de localització interna dels membres del personal.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> A part de totes les dinàmiques establertes també tenen un telèfon d'urgència les 24 hores del dia 6014</p>
<p><b>4c-03-R-01-E (418) - <i>El pla de senyalització es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Revisió març 2023 (biennal)</p>

**04- Dret a la intimitat i al confort - Compliment 100.00%**



<p><b>4c-04-E-01-E (419) - <i>La infraestructura permet que l'estada del client es desenvolupi en un entorn físic relaxant i confortable per tal d'afavorir-ne la recuperació.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Procediment de confort CSAPG i comprovat in situ</p>
<p><b>4c-04-E-02-E (420) - <i>L'organització estableix criteris per a la utilització de les habitacions individuals.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Pla funcional d'infermeria a les unitats d'hospitalització d'aguts i vista in situ</p>
<p><b>4c-04-D-03-E (423) - <i>Hi ha àrees en tots els serveis, on els clients i els seus familiars poden esperar per ser atesos. Les sales d'espera estan proveïdes de seients adequats i en quantitat suficient. Hi ha zones on el client pot canviar-se, tenir privacitat per desvestir-se i deixar els seus objectes personals en un lloc segur.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Plànol unitat HRSC i també es visualitza en endoscòpies HRSC</p>
<p><b>4c-04-D-04-E (424) - <i>L'organització disposa d'àrees per a la recuperació dels clients que ho requereixin en els serveis ambulatoris.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es visualitza en endoscòpies HRSC</p>
<p><b>4c-04-D-05-E (425) - <i>L'organització aplica els criteris establerts en relació a la utilització de les habitacions individuals.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'evidencia amb entrevista amb la líder</p>
<p><b>4c-04-D-06-E (426) - <i>Els clients són proveïts de roba per a l'examen en les situacions que ho requereixin.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es comprova in situ</p>



**4c-04-D-07-E (427) - Les habitacions compten amb instal·lacions sanitàries adaptades i accessibles des de l'habitació que permeten la neteja personal amb privacitat i comoditat.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** S'evidencia insitu

**4c-04-D-08-E (428) - L'organització disposa d'instal·lacions/equipaments i aplica criteris per tal de mantenir la privacitat i la dignitat dels clients enllitats.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** Comprovat in situ

**4c-04-D-09-E (429) - Hi ha un espai tancat fàcilment accessible per guardar els objectes personals i la roba dels clients.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:**

**4c-04-D-12-E (432) - En totes les habitacions dels clients, el mobiliari i altres estris estan en bones condicions.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:**

**4c-04-D-14-E (434) - Hi ha sales que permeten fer-hi reunions per a consultes i consells, en condicions de privacitat i confidencialitat.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:**

**4c-04-D-17-E (437) - Hi ha àrees de restauració a disposició de familiars, acompanyants i visitants per a la provisió de begudes fredes i calentes, i d'àpats, accessibles les 24 hores del dia.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:**



**4c-04-D-19-E (439) - Els infants són assistits en un entorn separat de les persones adultes i adaptat a les seves característiques especials.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla funcional de pediatria i es veu in situ

**4c-04-D-21-E (441) - En les àrees assistencials, l'organització disposa de zones destinades al descans del personal.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es veu in situ

#### 05- Seguretat de l'edifici i del seu entorn - Compliment **100.00%**

**4c-05-E-01-E (447) - Hi ha un procediment per garantir la seguretat dels béns personals dels clients, tant a les àrees d'hospitalització com a urgències, hospital de dia o altres. Hi ha un procediment per al dipòsit de béns.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Recollida i custòdia de les pertinences

**4c-05-E-02-E (448) - L'organització elabora un pla per actuar davant de possibles emergències de tot tipus, internes, externes i catàstrofes, incloent l'accés a equips de comunicacions, centres d'atenció alternatius, fonts alternatives de subministraments mèdics i altres materials.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla d'actuació de SSGG en situacions crítiques

**4c-05-D-01-E (449) - Està assegurat el subministrament elèctric i d'aigua potable de fonts habituals o alternatives les 24 hores del dia per atendre les necessitats essencials dels clients.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla d'actuacions de SSGG en situacions crítiques



**4c-05-D-02-E (450) - L'organització disposa de mitjans de control i seguretat que previnguin o detectin accidents i agressions físiques a les persones o a l'estructura del centre, en tot el seu perímetre i els accessos.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Servei de vigilància i seguretat. Es visualitza actuació i coordinació davant del pacient agitat

**4c-05-D-03-E (451) - L'organització comprova periòdicament els coneixements del personal sobre el pla d'emergències, a través de demostracions, simulacres i altres activitats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Memòria formativa

**4c-05-D-05-E (453) - Els dispositius de seguretat són específics i estan instal·lats en les àrees d'atenció a clients amb alteracions conductuals o de consciència.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Finestres que no es poden obrir

**4c-05-D-06-E (454) - Hi ha dispositius de seguretat específics per a les àrees d'atenció a nens, incloent mesures aplicades per evitar la confusió i afavorir la custòdia dels nadons.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pulsera nounat i mare

**4c-05-D-07-E (455) - Hi ha mesures de protecció contra la precipitació interior o exterior de persones.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Comprovat in situ

**4c-05-R-01-E (456) - L'organització identifica les incidències que afecten la seguretat dels clients i actua de forma immediata, comunicant-les i registrant-les individualment.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Partes de guàrdia diaris



**4c-05-R-02-E (457) - Les normes i els procediments de seguretat es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **06- Gestió de residus i altres riscos - Compliment 100.00%**

**4c-06-E-01-E (458) - L'organització disposa de procediments per a la gestió de residus que inclouen la definició dels circuits interns de residus, la manipulació segura de material infecciosos, químic, tòxic i radioactiu, i la forma de separació i classificació de tot tipus de residus.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla de gestió de residus, revisió nov 2023 (biennal)

**4c-06-D-03-E (461) - L'organització aplica els procediments relacionats amb el sistema de gestió de residus.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Gestió de residus contenidor, punxants/tallants CSAPG novembre 23 (biennal)

**4c-06-D-04-E (462) - L'organització aplica criteris de reducció en la generació de residus.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla de gestió de residus

**4c-06-R-02-E (466) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Biennal

## **07- Seguretat de l'aigua - Compliment 100.00%**



<p><b>4c-07-E-01-E (467) - L'organització ha dissenyat un pla de Seguretat de l'Aigua, aprovat per l'òrgan de govern.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>4c-07-E-02-E (468) - L'organització té constituït un grup específic de seguretat de l'aigua, o integrat dins la comissió d'infeccions, amb un responsable de coordinació del pla.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Normativa de funcionament de la comissió d'infeccions i antibiòtics. Prevenció i control de la legionel·losi al CSAPG</p>
<p><b>4c-07-D-01-E (469) - L'organització disposa d'un procediment de comunicació interna d'alertes i incidències relacionades amb el risc infeccions de l'aigua.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>4c-07-R-01-E (470) - El pla de seguretat de l'aigua es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Biennal</p>

## **Subcriteri 4d - Compliment 100.00%**

### **01- Gestió de la tecnologia assistencial - Compliment 100.00%**

<p><b>4d-01-E-04-E (474) - L'organització disposa d'un inventari de l'equipament tecnicoassistencial en ús, tant si és propi com llogat, cedit, en demostració o amb altres fórmules possibles.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**4d-01-E-05-E (475) - Hi ha un procediment per a la identificació de tot nou equipament que s'incorpora a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb el núm d'equip (ECO370 arc quirúrgic i Desfibrilador CV 18021.)

**4d-01-E-06-E (476) - Cada equip disposa d'una fitxa tècnica en la qual s'expliciten les dades d'adquisició, les característiques tècniques, les revisions i les reparacions efectuades i planificades.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL i CIS .

**4d-01-E-07-E (477) - L'organització conserva i archiva els documents tècnics i les garanties de tots els equipaments en ús. Aquests són accessibles per a les persones responsables del manteniment de les tecnologies assistencials.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL i EM (bombes de perfusió i bomba injecció de contrast )

**4d-01-E-08-E (478) - L'organització té assignades les responsabilitats del manteniment de les tecnologies assistencials. En el cas de ser un servei subcontractat, una persona de la mateixa direcció assumeix la responsabilitat de la supervisió i el control del servei, controlant, supervisant les actuacions de tècnics externs al servei de manteniment.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**4d-01-E-09-E (479) - Les persones responsables del manteniment de les tecnologies assistencials reben formació específica respecte a les característiques tècniques de les noves incorporacions d'equipament.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .





**4d-01-E-10-E (480) - L'organització disposa d'un pla de manteniment preventiu i correctiu, que cobreix la totalitat dels aparells en ús, amb identificació de la periodicitat de les revisions i les característiques específiques de cadascuna.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**4d-01-E-11-E (481) - Hi ha un procediment per donar de baixa temporalment o definitivament els equipaments fora d'ús per avaria, obsolescència, venda, finalització del dret d'ús, etc.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**4d-01-E-12-E (482) - L'organització té detectats els aparells que requereixen control continu de l'estat de funcionament, així com calibratge periòdic i en programa l'execució**

**Avaluació externa:** 3

**Observacions:** Es verifica amb EL . (certificats de calibració de bascules adults i pesa bebe) .

**4d-01-D-03-E (485) - L'organització preveu la formació del personal ja existent respecte a l'ús dels equips de nova incorporació, i del nou personal respecte a l'equipament instal·lat.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**4d-01-D-04-E (486) - Les persones responsables de dur a terme el calibratge i el monitoratge dels aparells estan formades, són competents i actuen d'acord amb els protocols.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .



**4d-01-D-05-E (487) - El calibratge per a equipaments d'ús en pediatria s'ajusta específicament.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .Certificat de qualificació ENAC .

**4d-01-R-01-E (489) - L'organització disposa de mecanismes permanents d'avaluació del manteniment preventiu i correctiu dels equips tècnics, així com de l'estat dels calibratges i els monitoratges a realitzar.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL ( bàscula de farmàcia 02-OV 004)

**4d-01-R-02-E (490) - Els plans, procediments i protocols de funcionament es revisen i s'actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Biennal

## **Subcriteri 4e - Compliment 100.00%**

### **01- Sistemes d'informació - Compliment 100.00%**

**4e-01-E-01-E (491) - L'organització té un pla per atendre les necessitats d'informació pròpies i alienes i s'ajusta a les dimensions de l'organització, el personal, en la cartera de serveis i en la complexitat dels serveis oferts.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla de Gestió de la informació CSAPG 2023 (v2)

**4e-01-E-02-E (492) - L'organització disposa de mitjans organitzatius, estructurals i tecnològics d'acord amb les seves necessitats, per tal de garantir la conservació, la custòdia, la seguretat i la disponibilitat de la informació al llarg del temps.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Política de seguretat de la informació 2023 (v2)



<p><b>4e-01-E-03-E (493) - L'organització disposa de les aplicacions i programaris adequats d'acord amb el pla de gestió de la informació.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> SAVAC, MIRA, SAP, DENARIO...</p>
<p><b>4e-01-E-06-E (496) - Hi ha un/a responsable dels sistemes d'informació.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'evidencia a l'organigrama: Mariano Gutiérrez i amb l'entrevista a l'auditoria</p>
<p><b>4e-01-D-04-E (500) - Hi ha un sistema de seguretat i confidencialitat conegut per tota l'organització.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'evidencia insitu amb els líders del procès. Al contracte i formació de les TIC previa per mail.</p>
<p><b>4e-01-D-05-E (501) - El personal té accés al nivell d'informació que requereix per a les seves necessitats i responsabilitats de treball.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Normativa ús mitjans electrònics 2023. Tots els usuaris amb clau d'accés pròpia del CSAPG.</p>
<p><b>4e-01-D-08-E (504) - L'organització determina la informació que ha d'estar disponible permanentment i actualitzada.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'evidencia amb entrevista amb els líders insitu a l'auditoria</p>
<p><b>4e-01-R-04-E (511) - El pla es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Revisió biennal</p>



**02- Gestió de la informació assistencial - Compliment 100.00%**

**4e-02-E-01-E (513) - *L'organització té procediments per garantir el disseny, l'ordenació, la millora de la formalització, la millora dels circuits de distribució, inclusió, modificació o supressió de qualsevol document de la història clínica, en suport paper i/o informàtic.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Manual d'utilització de la història clínica - Àmbit Garraf 2023 (v2)

**4e-02-E-02-E (514) - *Es disposa dels recursos adequats (estructurals, econòmics, etc.) per garantir la gestió de la informació assistencial.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Descrits al: Manual d'utilització de la història clínica - Àmbit Garraf 2023 i Pla de Gestió de la informació 2023

**4e-02-E/D-03-E (515) - *Hi ha un mecanisme de control de qualitat de la història clínica (suport paper o informàtic), suficient per detectar desviacions objectives, que es realitza amb una periodicitat predeterminada***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Normativa de funcionament de la Comissió d'Històries Clíniques - CSAPG (avaluació trimestral de la qualitat). Auditories (quatre avaluacions a l'any)

**4e-02-D-02-E (517) - *L'organització avalua els resultats i pren les mesures adequades per tal d'afavorir la millora de la qualitat de la història clínica.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Exemple: Informe de revisió Històries clíniques aguts comissió d'histories clíniques i documentació -àmbit Garraf 2022 amb la valoració dels resultats obtinguts

**4e-02-D-04-E (519) - *L'organització avalua la formalització i la qualitat de la història clínica en els ítems que corresponen a la identificació del client, procés assistencial, formalització i qualitat del consentiment informat, formalització i qualitat de les dades de l'activitat quirúrgica, formalització i qualitat d'altres dades.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia al apartat de resultats de gestió documental



**4e-02-R-02-E (522) - L'organització revisa i actualitza periòdicament els procediments utilitzats, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

### **03- Gestió del coneixement - Compliment 100.00%**

**4e-03-E-01-E (523) - L'organització té un pla per fomentar la detecció, l'aflorament, el desenvolupament, l'organització i la difusió del coneixement col·lectiu.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Plan de gestión de la calidad docente de la Comisión de Docencia (PGCD) 2023 (v3).

Criteri transversal als tres centres.

**4e-03-E-04-E (526) - Hi ha un/a responsable del pla designat per la direcció.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Direcció de Docència, Recerca i Innovació, Joan Miquel Carbonell

**4e-03-D-04-E (530) - La direcció i els líders participen activament en la implantació i difusió del pla.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Comissió docència: president, representant de geriatría, trauma, representant especialitat de família. Direcció mèdica. Difusió a direcció ascendent. Horitzontal: caps de servei que ho comuniquen a la seva junta. Vertical: a residents i estudiants d'infermeria.

**4e-03-R-02-E (535) - El pla es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió anual





## Processos, productes i serveis

Compliment **99.38%**

**319** Assolits / **2** No assolits / **0** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subcriteri 5a.	14	14	100.00%
Subcriteri 5d.	292	292	100.00%
Subcriteri 5e.	15	13	86.67%

### Valoració qualitativa

#### **Subcriteri 5a - Compliment 100.00%**

##### **01- Disseny, planificació, gestió i millora dels processos - Compliment 100.00%**

**5a-01-E-01-E (536) - L'organització elabora el seu mapa de processos.**

Avaluació externa: 4

**Observacions:** Aquest criteri s'ha realitzat amb la cap de qualitat. Cap líder ha estat present.

Gestió per processos CSAPG 2023 (v4)

**5a-01-E-02-E (537) - Els líders participen en la planificació, disseny i gestió dels processos identificats, tenint en compte els coneixements i els recursos disponibles (edifici, instal·lacions, equipaments, econòmics, financers i altres) i establint els criteris i indicadors per avaluar els seus processos i permetre la comparació de resultats.**

Avaluació externa: 4

**Observacions:** S'evidencia amb la metodologia que utilitzen. Participació dels líders, sistema descentralitzat. Formació en Mètode LEAN i HOSHIN KANRI



<p><b>5a-01-E-03-E (538) - En tots els processos hi ha activitats referides a: l'accessibilitat del client a l'àrea o unitat funcional; l'atenció pròpiament dita; la continuïtat de l'assistència.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5a-01-E-05-E (540) - L'organització disposa d'un manual de procediments.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Minerva documents amb tots els procediments</p>
<p><b>5a-01-E-06-E (541) - Els processos disposen d'objectius i aquests són coherents amb la missió i estratègies de l'organització.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5a-01-D-01-E (542) - L'organització promou i facilita que els professionals participin de forma multidisciplinària en l'avaluació i millora continua de processos assistencials.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Reunions de servei, reunions HOSHIN per serveis, projectes Lean (A3). Sistema descentralitzat.</p>
<p><b>5a-01-D-02-E (543) - El disseny dels processos es realitza utilitzant informació contrastada d'acord amb la seva naturalesa.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Fitxes de processos, procediments, desplegament visualitzat a les evidències aportades.</p>
<p><b>5a-01-D-04-E (545) - Hi ha coordinació i integració de processos dins de cada departament o servei o unitat funcional i entre ells mateixos.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>





**5a-01-D-05-E (546) - L'organització garanteix que tot el personal té accessibilitat i coneixement de tots els procediments o informació documentada que a la seva funció li corresponen.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Gestor documental: Minerva documents a la intranet

**5a-01-D-08-E (549) - L'organització planifica i implanta les accions de millora contínua dels processos.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia durant l'auditoria insitu plans de millora implementats en alguns processos.

**5a-01-D-09-E (550) - L'organització disposa d'un sistema per registrar i notificar els esdeveniments adversos detectats en cada un dels diferents processos de què disposi l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Manual per la notificació i gestió d'incidents i esdeveniments adversos CSAPG- Minerva Tasques 2023 (v5)

**5a-01-D-10-E (551) - L'organització:**

- Determina les no conformitats potencials i reals dels serveis i / o productes.
- Implanta els procediments per actuar en cas de no-conformitats.- Determina les causes d'aparició de no-conformitats.
- Estableix mesures correctives en cas d'aparició de no conformitats.
- Implanta i documenta les accions necessàries per prevenir les no conformitats.

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Gestió de les No Conformitats CSAPG 2023 (v2)

**5a-01-R-02-E (553) - L'organització revisa i actualitza periòdicament la informació documentada, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió biennal



**5a-01-R-03-E (554) - L'organització avalua els resultats de les accions correctives implementades i de les accions preventives preses.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Revisió d'indicadors mensual, de processos més o menys igual. Mètode Hoshin Kanri que ho permet.

## **Subcriteri 5d - Compliment 100.00%**

### **01- Atenció ambulatoria - Compliment 100.00%**

**5d-01-E-01-E (555) - L'organització identifica i dona a conèixer als clients: la cartera de serveis ambulatoris, els/les professionals que realitzen activitats en règim ambulatori.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**5d-01-E-03-E (557) - L'organització disposa d'un esquema de programació, vigent i actualitzat, de la seva activitat ambulatoria, per servei o unitat, amb identificació del professional que la realitza, dels horaris, dies i ubicació física.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** programa CCEE

**5d-01-E-04-E (558) - L'organització disposa d'un procediment per a l'accés, citació, programació i temps assignat a cada activitat ambulatoria, segons criteris establerts entre la direcció i els líders, incloent la possibilitat de programar multicities.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**5d-01-E-08-E (562) - El procediment estableix com actuar davant d'una sol·licitud urgent d'assistència i com gestionar la llista d'espera, així com els seus límits de tolerància.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza in situ parlant amb la responsable



**5d-01-E-09-E (563) - Un procediment estableix com s'aporten i es facilita la disponibilitat de la història clínica i les dades complementàries necessàries per dur a terme l'activitat assistencial (informes d'exploracions complementàries, analítiques i altres).**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:**

**5d-01-E-12-E (566) - Un procediment preveu la continuïtat assistencial entre l'atenció ambulatoria, l'atenció urgent i l'atenció en hospitalització.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:**

**5d-01-E-13-E (567) - Un procediment preveu la continuïtat assistencial amb els/les professionals i entitats que deriven clients i amb aquelles a les quals l'organització els deriva.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:**

**5d-01-D-03-E (570) - L'organització adapta els horaris d'atenció en funció de les necessitats col·lectives dels seus clients.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:**

**5d-01-D-04-E (571) - L'organització afavoreix la coordinació entre professionals i serveis per a l'abordatge integral del client.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:**

**5d-01-D-05-E (572) - L'organització dona a conèixer al client el seu responsable assistencial, per a cadascun dels processos diferenciats pels quals és assistit.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:**



<p><b>5d-01-D-07-E (574) - <i>El client és informat i consultat de forma entenedora i completa del pla assistencial proposat pel professional/equip responsable.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa: 4</b></p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-01-D-08-E (575) - <i>El professional/equip responsable té accés àgil a la informació clínica rellevant, referida a altres actuacions assistencials que estigui rebent el client al mateix centre.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa: 4</b></p> <p><b>Observacions:</b> MIRA Estació clínica de treball</p>
<p><b>5d-01-D-09-E (576) - <i>El client rep informació escrita sobre les actuacions assistencials realitzades i del pla diagnòstic i terapèutic proposat, sempre que és sol·licitada en temps i forma adequats.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa: 4</b></p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-01-D-10-E (577) - <i>El/la professional/equip responsable té accés àgil a les exploracions complementàries que requereixi, així com a les interconsultes amb altres professionals de l'organització.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa: 4</b></p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-01-D-12-E (579) - <i>L'organització registra l'activitat assistencial ambulatoria amb criteris homogenis i comparables.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa: 4</b></p> <p><b>Observacions:</b> Pla de gestió de la informació CSAPG 2023 v2</p>
<p><b>5d-01-D-14-E (581) - <i>L'organització aplica un sistema objectiu per avaluar la qualitat de l'àrea assistencial ambulatoria.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa: 4</b></p> <p><b>Observacions:</b> Minerva anàlisi C.E</p>



**5d-01-R-01-E (582) - L'organització avalua periòdicament l'activitat realitzada a l'àrea ambulatoria.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**5d-01-R-03-E (584) - L'organització avalua periòdicament la situació de demores en programació i llistes d'espera i actua per corregir-les.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**5d-01-R-05-E (586) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

## **02- Atenció urgent - Compliment 100.00%**

**5d-02-E-01-E (587) - L'organització, d'acord amb la seva estratègia, garanteix l'atenció assistencial immediata al client ingressat o d'altres procedències les 24 hores del dia.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**5d-02-E-03-E (589) - Hi ha una cartera de serveis de l'àrea d'urgències.**

Avaluació externa: 4

Observacions: Cartera de serveis urgències CSAPG

**5d-02-E-05-E (591) - L'organització té un procediment per ordenar els fluxos i repartir la demanda.**

Avaluació externa: 4

Observacions: Procediment de prioritització i classificació de pacients a urgències (triatge) 2023



<p><b>5d-02-E-06-E (592) - <i>Hi ha un procediment per comunicar i informar les autoritats i serveis públics competents en cada cas.</i></b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-02-E-07-E (593) - <i>Hi ha un procediment per facilitar la informació al client i/o a la seva família o entorn per tal d'afavorir la presa de decisions.</i></b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-02-E-08-E (594) - <i>L'organització estableix uns criteris i forma el personal sanitari competent per identificar els clients amb necessitats immediates i en prioritza el tractament.</i></b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions: Triage</p>
<p><b>5d-02-E-10-E (596) - <i>Hi ha uns criteris establerts o protocols: per ingressar els clients en la unitat; per als trasllats externs dels clients; inclou les àrees d'observació i altres àrees creades per facilitar la resposta a la demanda del centre; per garantir la continuïtat assistencial fins a l'acceptació explícita per part del centre receptor.</i></b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-02-E-11-E (597) - <i>Hi ha un procediment per a la identificació dels clients que acudeixen a l'àrea d'urgències sense possibilitat d'identificar-se.</i></b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions: Protocol per la identificació inequívoca de pacients CSAPG 2022</p>
<p><b>5d-02-E-12-E (598) - <i>L'organització acreditada per la formació sanitària especialitzada, té mecanismes que garanteixen la supervisió dels residents a urgències i garanteix el seu compliment</i></b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions: Protocol de supervisió de residents MIR</p>



<p><b>5d-02-D-02-E (600) - <i>L'organització té un registre de l'activitat realitzada a urgències.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Minerva anàlisi de urgències</p>
<p><b>5d-02-D-03-E (601) - <i>Es garanteix el control d'ubicació i seguiment del procés del client durant la seva estada en el servei d'urgències.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es visualitza insitu</p>
<p><b>5d-02-D-04-E (602) - <i>Els criteris de valoració o classificació dels clients són coneguts per tot el personal implicat.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Mètode de triatge Andorrà: formació</p>
<p><b>5d-02-D-05-E (603) - <i>Hi ha una primera valoració del client per tal de prioritzar la seva assistència i dirigir-lo a l'àrea concreta.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> triatge</p>
<p><b>5d-02-D-07-E (605) - <i>Es garanteix la utilització immediata: radiologia, laboratori, ús de sang i ús de medicaments.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Pla funcional del servei d'urgències: es veu insitu la disponibilitat</p>
<p><b>5d-02-D-08-E (606) - <i>Es facilita la possibilitat de rebre atenció especialitzada amb mitjans propis o aliens.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-02-D-09-E (607) - <i>Durant el procés assistencial urgent es genera la documentació clínica corresponent i aquesta queda arxivada.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Manual d'utilització de la historia clínica: es visualitza in situ</p>



<p><b>5d-02-D-10-E (608) - Es facilita l'accés a la història clínica en el cas que tingui visites anteriors al centre.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-02-D-11-E (609) - S'aplica un protocol de tractament immediat de les emergències cardiorespiratòries.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Protocol d'actuació en l'aturada cardio-respiratòria: registre box d'aturades urgències</p>
<p><b>5d-02-D-12-E (610) - Es lliura la informació assistencial en els trasllats interns o externs.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Protocol de trasllat intra i extra hospitalari del pacient crític.</p>
<p><b>5d-02-D-13-E (611) - Es lliura un informe d'alta.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es visualitza in situ</p>
<p><b>5d-02-D-14-E (612) - S'intercanvia la informació entre el personal, durant els canvis de torn i els trasllats.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es comprova in situ</p>
<p><b>5d-02-D-15-E (613) - Hi ha una coordinació documentada amb altres centres.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Procediment inclusió de la documentació a la HC informatitzada del pacient.</p>
<p><b>5d-02-D-16-E (614) - S'aplica un sistema objectiu per avaluar l'activitat de l'àrea d'urgències i de la seva tipologia.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Minerva anàlisi d'urgències</p>





<p><b>5d-02-D-17-E (615) - L'organització aplica un sistema objectiu per avaluar la qualitat de l'àrea assistencial d'urgències.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-02-R-01-E (616) - L'organització avalua periòdicament la situació de les demores d'atenció urgent i actua per corregir-les.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions: Minerva anàlisi d'urgències</p>
<p><b>5d-02-R-02-E (617) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-02-R-03-E (618) - L'organització avalua periòdicament l'activitat realitzada a l'àrea d'urgències.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions: HOSHIN seguiment objectius CSAPG</p>

### **03- Atenció hospitalària - Compliment 100.00%**

<p><b>5d-03-E-01-E (619) - L'organització garanteix l'ingrés i assistència dels clients en les unitats d'hospitalització durant les 24 hores del dia i tots els dies de l'any.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-E-02-E (620) - L'organització disposa de procediments per a l'acollida del client a la unitat d'hospitalització.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions: Protocol d'acollida a l'àrea d'aguts</p>



<p><b>5d-03-E-03-E (621) - <i>L'organització estableix els procediments necessaris per al maneig dels clients d'especial protecció.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Procediment de maneig del pacient amb patologia psiquiàtrica CSAPG</p>
<p><b>5d-03-E-04-E (622) - <i>En els casos que els clients ingressen derivats d'altres serveis, es requereix l'acompanyament de la informació assistencial completa.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-03-E-05-E (623) - <i>Hi ha procediments que determinen l'avaluació i el tractament del dolor.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-03-E-06-E (624) - <i>Hi ha procediments que determinen l'avaluació i l'atenció especial en els casos de cures paliatives.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-03-E-07-E (625) - <i>Hi ha procediments per propiciar la donació d'òrgans.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Pla funcional per a creació d'un equip de coordinació de transplantaments i detecció de possibles donants del CSAPG</p>
<p><b>5d-03-E-08-E (626) - <i>L'organització disposa de procediments per garantir la continuïtat assistencial amb les unitats a les quals es derivarà el client després de l'alta.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>



<p><b>5d-03-E-09-E (627) - Els clients són informats, prèviament a l'ingrés, sobre les normes internes de l'hospital/centre.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-E-10-E (628) - L'organització definirà un protocol sobre contenció de pacients on es defineixin els criteris d'indicació i el procediment de subjecció mecànica.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-E-11-E (629) - El protocol ha d'incloure els criteris per a la presa de decisions, el material que s'ha d'utilitzar, la informació que s'ha de proporcionar al pacient i / o familiar, el consentiment que s'ha de demanar i les actuacions judicials corresponents, si procedeixen.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p><b>Observacions:</b> Procediment per a l'ús racional de les contencions en pacients ingressats CSAPG</p>
<p><b>5d-03-E-12-E (630) - L'organització acreditada per la formació sanitària especialitzada té mecanismes que garanteixen que els informes i altes signats per residents tenen la supervisió correcta</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-E-13-E (631) - L'organització disposa d'un protocol de prevenció i tractament de lesions per pressió. Hi ha un sistema que avaluï la seva implantació.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p><b>Observacions:</b> Prevenció de nafres per pressió CSAPG</p>
<p><b>5d-03-D-01-E (632) - S'apliquen els procediments per a l'acollida del client en el moment de la seva incorporació a les sales d'hospitalització.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>



<p><b>5d-03-D-02-E (633) - Les necessitats assistencials del client són determinades en l'avaluació inicial i es documenten en la història clínica.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-D-04-E (635) - L'organització aplica un procediment pel qual el/la metge/ssa documenta l'ingrés del client (història clínica d'ingrés, realitzada com a màxim, dins de les primeres 24 hores d'ingrés).</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-D-05-E (636) - El client i/o qui el representi (segons correspongui) són informats de les característiques de la malaltia, dels mètodes diagnòstics i tractaments aconsellats, en llenguatge comprensible per facilitar la presa de decisions.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-D-06-E (637) - L'organització disposa i aplica procediments per als casos on el client i/o qui el representi s'oposin a determinats processos diagnòstics i terapèutics.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-D-07-E (638) - Els estudis complementaris (radiologia, laboratori, biòpsies, etc.) es troben disponibles, en tot moment, per a la consulta dels professionals involucrats en l'atenció del client.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-D-08-E (639) - L'equip assistencial/professional responsable considera l'existència, en la història clínica, de dades sobre particularitats del client referides a l'avaluació de risc, i indica mesures per a la seva prevenció.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>



<p><b>5d-03-D-09-E (640) - <i>Les actuacions que es realitzen al client són registrades en la història clínica.</i></b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-D-11-E (642) - <i>L'organització utilitza mecanismes de control efectius per impedir els errors en l'administració de les prestacions.</i></b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-D-17-E (648) - <i>L'organització aplica procediments escrits per a l'assistència i tractament de les persones amb discapacitat (Llei 13/2014).</i></b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-D-18-E (649) - <i>L'organització aplica procediments escrits per a l'assistència i tractament dels clients tributaris de cures pal·liatives, diferenciant persones adultes i infants.</i></b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-D-19-E (650) - <i>L'organització aplica procediments escrits per al maneig dels clients immobilitzats.</i></b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-03-D-20-E (651) - <i>L'organització aplica procediments escrits per al maneig dels clients aïllats.</i></b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>



<p><b>5d-03-D-21-E (652) - L'organització aplica procediments escrits per al maneig dels clients psiquiàtrics.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Procediment de maneig del pacient amb patologia psiquiàtrica CSAPG</p>
<p><b>5d-03-D-22-E (653) - L'organització aplica procediments escrits per al maneig dels clients sota vigilància policial.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-03-D-23-E (654) - L'organització aplica procediments per garantir que la informació flueixi adequadament entre el personal responsable de l'atenció del client.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-03-D-24-E (655) - L'organització aplica procediments per garantir la continuïtat de l'assistència del client quan és donat d'alta.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-03-D-25-E (656) - El client és informat sobre els passos que ha de seguir quan és donat d'alta i es registren.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Manual d'utilització de la HC CSAPG</p>
<p><b>5d-03-D-26-E (657) - L'organització disposa i aplica procediments per actuar en casos d'èxitus.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>



**5d-03-D-27-E (658) - L'organització disposa i aplica procediments per protegir els seus clients en els casos de violència domèstica, de gènere o altres.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**5d-03-D-28-E (659) - L'organització aplica un sistema objectiu per avaluar la qualitat de l'àrea assistencial d'hospitalització.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**5d-03-R-01-E (660) - L'organització avalua periòdicament l'activitat realitzada a l'àrea d'hospitalització.**

Avaluació externa: 4

Observacions: Memòria de qualitat i seguretat del pacient CSAPG

**5d-03-R-02-E (661) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

#### **04- Atenció quirúrgica - Compliment 100.00%**

**5d-04-E-01-E (663) - L'organització garanteix l'atenció quirúrgica urgent (durant les 24 h del dia) i programada als seus clients.**

Avaluació externa: 4

Observacions: S'ha verificat amb EL .

**5d-04-E-02-E (664) - L'organització facilita la possibilitat de cirurgia sense ingrés i, en el cas de disposar-ne, ha definit uns espais, recursos humans i materials, amb unes normes de funcionament i organitzacionals pròpies.**

Avaluació externa: 4

Observacions: S'ha verificat amb EL i CIS de la programació quirúrgica .



**5d-04-E/D-03-E (665) - L'organització té definida la descripció dels circuits de circulació dins de l'àrea quirúrgica, mitjançant un procediment que determina qui té accés a l'àrea quirúrgica i en quines condicions. S'utilitzen les circulacions establertes per l'organització corresponents a l'àrea quirúrgica.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions: S'ha verificat amb EL i CIS**

**5d-04-E-04-E (666) - Hi ha normes escrites per garantir el funcionament i l'asèpsia a l'àrea quirúrgica.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions: S'ha verificat amb EL.**

**5d-04-E-05-E (667) - Hi ha un procediment que garanteix la preparació del client adequada abans de desplaçar-se al bloc quirúrgic, i per garantir l'estudi preoperatori del client.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions: S'ha verificat amb EL .**

**5d-04-E-06-E (668) - Hi ha un procediment per coordinar la programació quirúrgica programada i urgent.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions: S'ha verificat amb EL i la programació quirúrgica setmanal.**

**5d-04-D-01-E (670) - L'organització garanteix la coordinació entre la programació quirúrgica programada i urgent.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions: S'ha verificat amb EL .**

**5d-04-D-02-E (671) - L'organització garanteix la incorporació a una llista d'espera quirúrgica única i centralitzada i una gestió objectiva de la llista d'espera.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions: S'ha verificat amb EL.**





<p><b>5d-04-D-03-E (672) - <i>Hi ha una programació o agenda quirúrgica periòdica, consensuada i coneguda per tots els implicats.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'ha verificat amb EL i VE .</p>
<p><b>5d-04-D-04-E (673) - <i>En el moment d'entrar a l'àrea quirúrgica hi ha una identificació del client i la comprovació de tota la documentació prèvia a la intervenció.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'ha verificat amb EL i EM : HC1113994 HC 1099152 HC 131403 .HC68808 HC 281118</p>
<p><b>5d-04-D-05-E (674) - <i>Hi ha un registre de quiròfan.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'ha verificat amb CIS .</p>
<p><b>5d-04-D-06-E (675) - <i>L'àrea quirúrgica té accés a l'àrea d'esterilització per tal de facilitar la circulació del material i del personal.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'ha verificat amb CIS .</p>
<p><b>5d-04-D-07-E (676) - <i>L'àrea quirúrgica té accés a a la zona de reanimació/recuperació i te definida la via d'accés a la unitat de cures intensives.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'ha verificat amb CIS .</p>
<p><b>5d-04-D-08-E (677) - <i>Hi ha una ràpida disponibilitat dels serveis: Ús de sang; anatomia patològica; diagnòstic per imatges; ingrés, si es necessari.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'ha verificat amb CIS.</p>
<p><b>5d-04-D-09-E (678) - <i>L'àrea quirúrgica disposa d'un/s sistema/es d'esterilització ràpida.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'ha verificat amb CIS .</p>



<p><b>5d-04-D-11-E (680) - <i>Hi ha dintre dels quiròfans unes condicions d'asèpsia controlades.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'ha verificat amb EL.</p>
<p><b>5d-04-D-12-E (681) - <i>Hi ha un mecanisme i una persona responsable del control dels estocs dels magatzems de l'àrea quirúrgica.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'ha verificat amb EL i EM .</p>
<p><b>5d-04-D-14-E (683) - <i>L'organització aplica un sistema de verificació del procés quirúrgic, amb la participació de l'equip responsable.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> S'ha verificat amb EM :HC113994 HC1099152 HC131403 HC 8808 HC281118</p>
<p><b>5d-04-D-16-E (685) - <i>El client i el seu entorn són informats de les actuacions practicades i la possible evolució.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-04-D-17-E (686) - <i>En el cas de la cirurgia ambulatoria, hi ha un seguiment documentat després de l'alta.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-04-D-18-E (687) - <i>L'organització aplica un sistema objectiu per avaluar la qualitat de l'àrea assistencial quirúrgica.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL : auditories Internes</p>



**5d-04-R-01-E (688) - L'organització, i específicament els líders implicats, periòdicament avaluen l'efectivitat i l'eficiència de l'activitat quirúrgica realitzada.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL : QC assistencial CSG .

**5d-04-R-02-E (689) - L'organització avalua l'activitat realitzada en l'àrea quirúrgica, la situació de les demores en la programació, i la situació de les llistes d'espera en la programació. En cada cas, actua per corregir-les.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL : QC assistencial CSG .

**5d-04-R-03-E (690) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **05- Laboratoris - Compliment 100.00%**

**5d-05-E-01-E (691) - L'organització disposa d'una eina eficient per al diagnòstic mitjançant laboratoris adequadament equipats i amb personal competent, garantint el servei de laboratori d'anàlisis clíniques les 24 hores del dia, de tots els dies de l'any, i determina les prestacions que compleixen aquesta premissa, incloses les urgències.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-05-E-02-E (692) - L'organització disposa d'un sistema de derivació en els casos que, pel seu nivell de complexitat, aturades tècniques (manteniment) o avaries, no pugui oferir determinades prestacions.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL.



<p><b>5d-05-E-03-E (693) - <i>Hi ha un procediment que estableix els criteris de prioritat d'accés a les proves des dels serveis ambulatoris, de forma explícita i comunicada als clients.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
<p><b>5d-05-E-04-E (694) - <i>La unitat funcional té un pla de qualitat específic que és revisat i actualitzat i que inclou estructura, organització funcional i seguretat.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> No aplica</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-05-E-07-E (697) - <i>L'organització estableix els criteris per a la realització dels estudis anatomopatològics de peces quirúrgiques.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL.</p>
<p><b>5d-05-E-08-E (698) - <i>Disposa de procediments per a la provisió, emmagatzematge i utilització de subministraments específics de l'activitat.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> No aplica</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-05-D-01-E (699) - <i>La unitat funcional disposa de la seva pròpia cartera de serveis i la comunica als professionals sanitaris, tant interns com externs, i als clients de l'organització.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-05-D-04-E (702) - <i>La unitat funcional facilita al facultatiu prescriptor i als clients, de manera entenedora, les indicacions prèvies a la realització dels estudis diagnòstics.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL i CIS</p>



<p><b>5d-05-D-05-E (703) - Les mostres van acompanyades de la petició degudament formalitzada.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL i CIS.</p>
<p><b>5d-05-D-06-E (704) - La unitat funcional aplica procediments per a la recol·lecció, identificació, manipulació, emmagatzematge i transport segur, i eliminació, si fos necessari, del material d'estudi.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL i CIS.</p>
<p><b>5d-05-D-07-E (705) - El laboratori manté registres de totes les mostres recepcionades, processades i de les que han estat derivades a altres laboratoris.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> No aplica</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-05-D-08-E (706) - El laboratori aplica procediments per a l'emmagatzematge i conservació de mostres que requereixen estudis diferits en el temps o com a resguard legal.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> No aplica</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-05-D-09-E (707) - Els resultats dels estudis són informats, segons procediments documentats i utilitzen nomenclatura d'ús corrent. Això inclou la validació pel/per la professional corresponent.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
<p><b>5d-05-D-11-E (709) - La unitat manté registres de tots els estudis realitzats, cosa que permet l'anàlisi per unitat prescriptora, entitat nosològica o altres.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> No aplica</p> <p><b>Observacions:</b></p>



**5d-05-D-12-E (710) - La unitat manté registres dels lliuraments dels resultats dels estudis (sigui al client, desats en la història clínica o derivats a un servei o responsable assistencial).**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

**5d-05-R-01-E (712) - La unitat funcional realitza avaluacions periòdiques de la qualitat dels seus processos i aplica les modificacions o millores que es requereixin.**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

**5d-05-R-03-E (714) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

Avaluació externa: **4**

Observacions: Revisió biennal

## **06- Ús de la sang i components sanguinis - Compliment 100.00%**

**5d-06-E-01-E (715) - L'organització disposa d'una unitat funcional, liderada per un/a facultatiu/iva especialista competent, que assumeix la política d'ús de la sang i els components sanguinis.**

Avaluació externa: **4**

Observacions: Es verifica amb EL.

**5d-06-E-02-E (716) - L'organització disposa dins la unitat funcional de la figura d'infermer/a d'hemovigilància o figura referent qualificada.**

Avaluació externa: **4**

Observacions: Es verifica amb EL.



**5d-06-E-03-E (717) - L'organització disposa de procediments per a la sol·licitud i obtenció de sang i components sanguinis al servei de transfusió corresponent i procediments per garantir l'administració correcta i segura dels components sanguinis.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**5d-06-E-04-E (718) - L'organització disposa de procediments per a l'adequació del lloc d'emmagatzematge i criteris per a la conservació de la sang i components sanguinis.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL.

**5d-06-D-01-E (719) - La unitat funcional disposa de procediments per a la gestió de les reserves de sang, tant programades com urgents.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**5d-06-D-02-E (720) - La unitat funcional aplica procediments per descartar els components sanguinis per la caducitat del temps d'emmagatzematge o per qualsevol altra contingència que els afecti.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL i CIS.

**5d-06-D-03-E (721) - L'organització aplica guies per a la indicació de la transfusió dels components sanguinis, d'acord amb protocols consensuats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL I EM HC 1108237 HC1113994 HC1314031

**5d-06-D-05-E (723) - Es realitzen proves de compatibilitat adequades al tipus de receptor i es registren els resultats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL I EM HC 1108237 HC1113994 HC1314031



**5d-06-D-06-E (724) - Es comprova a la capçalera del llit del client la concordança de les dades: nom, cognoms, grup ABO del pacient, amb les de la bossa.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL I EM HC 1108237 HC1113994 HC1314031

**5d-06-D-07-E (725) - Es registren a la història clínica les dades següents: concordança de dades entre el receptor i la bossa a transfondre, tipus de component transfós, que s'identificarà amb un número, personal que hi intervé i aparició o no de reaccions adverses i/o complicacions durant i després de l'administració de la unitat transfusional.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL I EM HC 1108237 HC1113994 HC1314031

**5d-06-D-08-E (726) - La transfusió de la sang i components sanguinis és administrada per personal competent i ensinistrat.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL I EM HC 1108237 HC1113994 HC1314031

**5d-06-D-09-E (727) - La unitat funcional responsable de l'administració de la sang registra les incidències detectades al llarg del procés (des de l'extracció fins a l'administració, tant de la sang, com dels components sanguinis).**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL.

**5d-06-D-10-E (728) - Es notifiquen les reaccions i els errors transfusionals (incidents i quasi incidents) al registre d'hemovigilància de Catalunya.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-06-D-11-E (729) - S'arxiva la documentació d'acord amb un procediment. La documentació ha de ser llegible, de fàcil identificació i recuperació i ha de complir els requisits de conservació, protecció i disponibilitat.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL I CIS del programa e-Delphyn





**5d-06-R-01-E (731) - La unitat funcional realitza avaluacions periòdiques de la qualitat dels seus processos i aplica les modificacions, si s'escau.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-06-R-02-E (732) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **07- Ús del medicament - Compliment 100.00%**

**5d-07-E/D-01-E (733) - L'organització disposa d'una guia farmacoterapèutica (GFT), en la qual s'inclouen els medicaments disponibles, les presentacions possibles, així com les especificacions tècniques corresponents. El personal sanitari té accés fàcil a la guia farmacoterapèutica del centre.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-07-E-02-E (734) - Hi ha un procediment per a la formalització de la guia farmacoterapèutica, que inclou els mecanismes de: Inclusió de fàrmacs; exclusió de fàrmacs; obtenció de fàrmacs no inclosos a la GFT; identificació de fàrmacs d'ús restringit; fàrmacs d'ús en situacions especials; revisió i renovació de la GFT.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-07-E-03-E (735) - L'organització disposa d'un grup multidisciplinari encarregat de vetllar per l'ús adequat, eficient i segur dels fàrmacs.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .



**5d-07-E-04-E (736) - *Existeix un procediment per a la gestió de compra de fàrmacs.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL.

**5d-07-E-05-E (737) - *Hi ha un procediment per a la recepció, ordenació, emmagatzematge i control de caducitat dels fàrmacs i per a la conservació i custòdia adequada dels fàrmacs considerats de risc (psicòtrops, neurolèptics, estupefaents i radiofàrmacs).***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-07-E-06-E (738) - *Hi ha un procediment per a la producció interna de fàrmacs, amb garanties adequades d'aïllament, protecció i control de qualitat.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL

**5d-07-E-07-E (739) - *L'organització estableix un procediment de control d'estocs de fàrmacs i preveu explícitament com actuar en situacions de trencament d'estoc, garantint-ne la cobertura permanent.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-07-E-08-E (740) - *L'organització estableix la política d'emmagatzematge perifèric de fàrmacs, i en detalla els continguts i la sistemàtica de reposició.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-07-E-09-E (741) - *L'organització garanteix la cobertura permanent de la provisió de fàrmacs, especificant com s'hi accedeix en horaris en què la farmàcia està tancada.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .



**5d-07-E-10-E (742) - Hi ha procediments per a: la correcta prescripció de fàrmacs i el seu control; la validació de la prescripció; la preparació de fàrmacs i el seu control; la dispensació segura dels medicaments; la correcta i segura administració de medicaments; Es fa referència a la normativa específica per garantir una correcta prescripció, validació, preparació, dispensació i administració de fàrmacs. Alhora, l'organització ha de posar els mitjans de revisió i detecció d'errors.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-07-E-11-E (743) - Hi ha procediments per al control de fàrmacs cedits en mostra o utilitzats en investigació clínica.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-07-E-12-E (744) - Hi ha procediments per al control de caducitat de fàrmacs en tota l'organització.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-07-E-13-E (745) - Hi ha procediments per evitar la prescripció verbal de fàrmacs.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-07-E-14-E (746) - Hi ha procediments per garantir la continuïtat farmacoterapèutica de clients que ingressen al centre i que prenen medicaments amb anterioritat al seu ingrés.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-07-E-15-E (747) - Hi ha procediments per a la detecció i notificació d'esdeveniments adversos.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** Es verifica amb EL .



<p><b>5d-07-E-16-E (748) - <i>Hi ha protocol per a la conciliació de la medicació a l'alta dels pacients.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
<p><b>5d-07-E-17-E (749) - <i>S'aplica el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales" durant els dos últims anys.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
<p><b>5d-07-E-18-E (750) - <i>Es desenvolupa un programa d'optimització de l'ús d'antibiòtics (PROA).</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
<p><b>5d-07-D-01-E (751) - <i>El personal sanitari és informat i format en la correcta prescripció i administració de fàrmacs i en la detecció d'errors i esdeveniments adversos.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
<p><b>5d-07-D-02-E (752) - <i>La unitat funcional responsable de farmàcia controla l'adequació de la prescripció, de la preparació, de la dispensació, de l'administració i dels efectes adversos, mantenint registres específics del seu control.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
<p><b>5d-07-D-05-E (755) - <i>Els clients reben la informació adequada i comprensible de la medicació i de la seva utilització abans de l'alta.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EM :HC1113994 HC 1099152 HC 68808 HC 1314031 HC281118 .</p>



**5d-07-R-01-E (757) - L'organització revisa la guia farmacoterapèutica amb la periodicitat prevista i s'actualitza segons les necessitats.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:**

**5d-07-R-02-E (758) - L'organització revisa els resultats del control de qualitat de les diferents fases del procés de gestió i manipulació dels medicaments amb la periodicitat prevista.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-07-R-03-E (759) - L'organització avalua els resultats en l'ús dels medicaments, en termes d'eficàcia i seguretat.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-07-R-04-E (760) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:**

## **08- Radiodiagnòstic, medicina nuclear i radioteràpia - Compliment 100.00%**

**5d-08.a-E-01-E (761) - L'organització garanteix una eina eficient per al diagnòstic o tractament, mitjançant serveis de diagnosi per la imatge, adequadament equipats i amb personal competent.**

**Avaluació externa: 4**

**Observacions:** Pla funcional SDI CSAPG 2020-24



**5d-08.a-E-02-E (762) - L'organització garanteix el servei de radiodiagnòstic les 24 hores del dia i tots els dies de l'any, i determina les prestacions que compleixen aquesta premissa, incloses les urgències.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Per a Rx simple el SDI funciona les 24 hores els 365 dies, donant cobertura als pacients

que vinguin d'UCIES i Hospitalització.

Per les proves de TC, hi ha contractat a UDIAT (servei de lectura d'aquestes exploracions durant les hores en què en el

SDI no hi ha radiòleg de presència, de tal manera que es garanteix TC els 365 dies de l'any al CSAPG.

**5d-08.a-E-03-E (763) - L'organització disposa d'un sistema de derivació en els casos en què, pel seu nivell de complexitat, aturades tècniques (manteniment) o avaries, no pugui oferir determinades prestacions.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es deriven pacients entre l'Hospital Sant Camil i Comarcal. Bellvitge, com a centre de referència per complexitat, que mai ha passat.

**5d-08.a-E-06-E (766) - La unitat funcional té un pla de qualitat específic que inclou l'estructura, l'organització funcional i la seguretat.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Manual de Garantia de Qualitat a SDI - CSAPG 2023 (v4).

S'evidencien actes de reunions de la Comissió de Qualitat i SP del SDI.

**5d-08.a-D-01-E (767) - La unitat funcional aplica circuits diferenciats per a clients ambulatoris i hospitalitzats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Gestió de clients al SDI- Àmbit Garraf 2022 (v3) i Programació de proves Radiològiques de pacients Ingressats - CSAPG 2023 (v3).

S'evidencia insitu els circuits diferenciats.



**5d-08.a-D-02-E (768) - L'organització facilita informació de forma intel·ligible als clients sobre les indicacions prèvies i la documentació necessària que han de portar prèviament a la realització dels estudis diagnòstics i/o tractaments.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Documents visualitzats al Minerva documents amb instruccions per a proves. Gestió de clients al SDI- Àmbit Garraf 2022 (v3) intern.

Extern: Missatge de SMS al pacient a les 24h de sol·licitar la prova amb la informació de preparació i si fos urgent es truca per telèfon per informar.

**5d-08.a-D-03-E (769) - La unitat funcional aplica procediments per a la identificació del client en els estudis realitzats, per al registre adequat dels tractaments realitzats i per als mateixos tractaments i tècniques que realitzen. Els procediments són actualitzats amb una periodicitat prevista o abans si els avenços científics i tecnològics ho demanen.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Protocol per a la identificació inequívoca de pacients - CSAPG 2022 (v3).

Es visualitzen registres de proves realitzades.

Es revisen procediments al Minerva documents.

**5d-08.a-D-05-E (771) - La unitat funcional manté registres dels lliuraments dels resultats dels estudis (client, història clínica, derivats a un servei assistencial, etc.).**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza validació de proves i lliurament d'informes. Amb dades de pacient, nº d'HC i lliurament.

QC Assistencial CSG (estadístiques de radiologia de HRSC) amb els registres.

**5d-08.a-R-03-E (777) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 3

**Observacions:** Es visualitzen al Minerva documents procediments pendents de revisió desde l'any passat.



**5d-08.b-E-01-E (778) - L'organització garanteix una eina eficient per al diagnòstic o tractament, mitjançant serveis de medicina nuclear, adequadament equipats i amb personal competent.**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

**5d-08.b-E-02-E (779) - L'organització disposa d'un sistema de derivació en els casos en què, pel seu nivell de complexitat, aturades tècniques (manteniment) o avaries, no pugui oferir determinades prestacions.**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

**5d-08.b-E-05-E (782) - Les unitats funcionals tenen un pla de qualitat específic que inclou l'estructura, l'organització funcional i la seguretat.**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

**5d-08.b-D-01-E (783) - Les unitats funcionals apliquen circuits diferenciats per a clients ambulatoris i hospitalitzats.**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

**5d-08.b-D-02-E (784) - L'organització facilita informació de forma intel·ligible als clients les indicacions prèvies i la documentació necessària que han de portar prèviament a la realització dels estudis diagnòstics i/o tractaments.**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:





**5d-08.b-D-03-E (785) - Les unitats funcionals apliquen procediments per a la identificació del client en els estudis realitzats, per al registre adequat dels tractaments realitzats i per als mateixos tractaments i tècniques que realitzen. Els procediments són actualitzats amb una periodicitat prevista o abans si els avenços científics i tecnològics ho demanen.**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

**5d-08.b-D-05-E (787) - Les unitats funcionals mantenen registres dels lliuraments dels resultats dels estudis (client, història clínica, derivats a un servei assistencial, etc.).**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

**5d-08.b-R-03-E (793) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

**5d-08.c-E-01-E (794) - L'organització garanteix una eina eficient per al diagnòstic o tractament, mitjançant serveis de radioteràpia, adequadament equipats i amb personal competent.**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

**5d-08.c-E-02-E (795) - L'organització disposa d'un sistema de derivació en els casos en què, pel seu nivell de complexitat, aturades tècniques (manteniment) o avaries, no pugui oferir determinades prestacions.**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

**5d-08.c-E-05-E (798) - Les unitats funcionals tenen un pla de qualitat específic que inclou l'estructura, l'organització funcional i la seguretat.**

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:



<p><b>5d-08.c-D-01-E (799) - Les unitats funcionals apliquen circuits diferenciats per a clients ambulatoris i hospitalitzats.</b></p> <p>Avaluació externa: <b>No aplica</b></p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-08.c-D-02-E (800) - L'organització facilita informació de forma intel·ligible als clients sobre les indicacions prèvies i la documentació necessària que han de portar prèviament a la realització dels estudis diagnòstics i/o tractaments.</b></p> <p>Avaluació externa: <b>No aplica</b></p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-08.c-D-03-E (801) - Les unitats funcionals apliquen procediments per a la identificació del client en els estudis realitzats, per al registre adequat dels tractaments realitzats i per als mateixos tractaments i tècniques que realitzen. Els procediments són actualitzats amb una periodicitat prevista o abans si els avenços científics i tecnològics ho demanen.</b></p> <p>Avaluació externa: <b>No aplica</b></p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-08.c-D-05-E (803) - Les unitats funcionals mantenen registres dels lliuraments dels resultats dels estudis (client, història clínica, derivats a un servei assistencial, etc.).</b></p> <p>Avaluació externa: <b>No aplica</b></p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-08.c-R-03-E (809) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.</b></p> <p>Avaluació externa: <b>No aplica</b></p> <p>Observacions:</p>

**09- Rehabilitació - Compliment 100.00%**



**5d-09-E-01-E (810) - L'organització garanteix recursos destinats a la rehabilitació dels seus clients.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla funcional del servei de Rehabilitació -CSAPG 2023 (v1)

**5d-09-E-02-E (811) - L'organització disposa de procediments específics per facilitar l'accés als recursos rehabilitadors.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Llistes d'espera específiques segons el malalt i les seves característiques

**5d-09-E-04-E (813) - La unitat funcional de rehabilitació té un/a responsable competent.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** CSAPG té com a responsable facultatiu de la unitat funcional de rehabilitació el Dr.

Llorenç Mateo Olivares, CAP de l'aparell Locomotor. El Sr. Jordi Massana Cuadras com a supervisor transversal de rehabilitació, responsable de la gestió del servei.

**5d-09-D-01-E (814) - Els clients tributaris de tractament rehabilitador tenen un pla terapèutic que s'incorpora a la història clínica i s'avalua periòdicament.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** SAVAC per gestió de pacients. MIRA per curs clínic.

S'evidencia en les HC mostra de pacients amb els objectius i pla terapèutic redactat a l'inici del tractament.

**5d-09-D-02-E (815) - La unitat funcional de rehabilitació garanteix la continuïtat assistencial del procés rehabilitador extern al centre.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Procediment de valoració objectiva i registre de primeres visites i altes de fisioteràpia - CSAPG- 2023 (v3).

A domicili o ambulatoria.

A Sant Camil no es pot evidenciar la continuïtat a l'alta per no revisió d'informes d'alta per no líders responen a l'auditora.



**5d-09-D-03-E (816) - La unitat funcional de rehabilitació informa i facilita formació als clients i al seu entorn sobre: tècniques i exercicis; equips i instruments facilitadors; sistemes de suport a les activitats de la vida diària.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza QR (A l'hospital Comarcal amb en Jordi Massana) per l'accés als documents informatius per a diferents patologies o també per escrit. Entenc que serveix igual per als dos hospitals, però a Sant Camil no líders que ho evidencien.

**5d-09-R-01-E (817) - L'organització avalua l'efectivitat i l'eficiència de la unitat de rehabilitació.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Auditories Rehabilitació Hospitalària CSAPG anual.  
Quadre comandament CSG visualitzat.

**5d-09-R-02-E (818) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **10- Nutrició - Compliment 100.00%**

**5d-10-E-01-E (819) - L'organització garanteix als seus clients, de forma permanent, una nutrició en funció de l'estat o de necessitats nutritives prèviament avaluades.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Detecció i tractament de la desnutrició del pacient hospitalitzat CSAPG

**5d-10-E-02-E (820) - L'organització planifica dietes ajustades a l'edat, cultura, preferències dietètiques del client i a les necessitats avaluades individualment.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Manual de dietes CSAP



<p><b>5d-10-E-04-E (822) - <i>Hi ha una persona responsable de la unitat de dietètica amb formació específica.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Organigrama del servei de nutrició CSAPG</p>
<p><b>5d-10-D-03-E (825) - <i>Hi ha un seguiment en el cas de risc de desnutrició i/o teràpia nutricional.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Detecció i tractament de la desnutrició del pacient hospitalitzat CSAPG</p>
<p><b>5d-10-D-04-E (826) - <i>Hi ha un formulari (en suport paper/informàtic) per sol·licitar dietes, amb un sistema d'identificació de dietes especials, a l'abast de totes les àrees d'hospitalització, inclosa urgències.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-10-D-05-E (827) - <i>L'elaboració de les dietes, inclosa la nutrició enteral, es desenvolupa en les condicions d'asèpsia, higiene i neteja necessàries.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-10-R-02-E (829) - <i>Periòdicament s'avalua el grau de satisfacció de les persones usuàries de la unitat.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-10-R-03-E (830) - <i>Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Manual de gestió documental -Minerva documents CSAPG</p>

**11- Sistemas de gestió documental - Compliment 100.00%**



**5d-11-E-01-E (831) - *Hi ha procediments que garanteixen: la guarda i custòdia de la documentació generada durant el procés assistencial i la seguretat específica de l'arxiu, tant en suport paper i / o informàtic. Hi ha mesures de protecció i custòdia de la documentació clínica en el desenvolupament de la seva gestió.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Funcionament d'Arxiu d'Històries Clíniques - Àmbit Garraf 2023 (v3)  
Manual d'utilització de la HC- Àmbit Garraf 2023 (v2)

**5d-11-E-02-E (832) - *Hi ha un reglament d'ús de la documentació, ja sigui aquesta en suport paper i/o informàtic, consensuat i aprovat per la direcció.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Manual d'utilització de la història clínica - Àmbit Garraf 2023 (v2)

**5d-11-E-03-E (833) - *L'organització té definit un procediment per a la sol·licitud externa de la informació clínica, aprovat per la direcció executiva.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia als diferents procediments visualitzats

**5d-11-D-01-E (834) - *Hi ha un sistema de gestió documental centralitzat, tant en suport paper i / o informàtic.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia gestor documental centralitzat. Minerva documents

**5d-11-D-02-E (835) - *Hi ha un registre de moviments a la unitat funcional de gestió documental (en suport paper o informàtic).***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Informació de tots els moviments. Quedem registrats. No moviments en paper. Auditories internes mensuals

**5d-11-D-03-E (836) - *Hi ha un sistema d'identificació permanent, exclusiu i únic de la història clínica.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia amb entrevista amb els líders



<p><b>5d-11-D-04-E (837) - <i>Hi ha uniformitat en el disseny i manteniment actualitzat de la carpeta o sobre de la història clínica.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> No aplica</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-11-D-06-E (839) - <i>Hi ha un seguiment i localització de la documentació clínica en préstec (en el cas de suport paper).</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> No aplica</p> <p><b>Observacions:</b> escribir</p>
<p><b>5d-11-D-07-E (840) - <i>Hi ha un fàcil accés i disponibilitat de la documentació localitzada a l'arxiu passiu.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Procediment inclusió de la documentació a la HC informatitzada del pacient - CSAPG 2023 (v2). Es visita l'arxiu passiu a l'auditoria</p>
<p><b>5d-11-D-08-E (841) - <i>Es realitza i valida la codificació de les dades clíniques generades en el procés assistencial.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Savac a data connect (pre cmbd) - i Catsalut. Viatja per web services i Catsalut reporta els errors</p>
<p><b>5d-11-D-09-E (842) - <i>El conjunt mínim bàsic de dades de les altes hospitalàries (CMBD) és difós als diferents nivells (interns i externs), de manera oportuna i dintre dels períodes establerts.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Interna: àmbit assistencial a través de BS3. Externa: enviaments diaris a Catsalut a través de web services.</p>



**5d-11-D-10-E (843) - *Hi ha un mecanisme de control i millora de la qualitat de la codificació i del CMBD.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Per a la gestió de la qualitat fan servir un software específic de BS3, Gestiona-CMBD. Auditories per temes de complicacions.

**5d-11-R-04-E (847) - *Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **12- Gestió dels clients - Compliment 100.00%**

**5d-12-E-01-E (848) - *L'organització defineix els procediments per gestionar els ingressos, la citació, la programació, la llista d'espera, els trasllats, les altes i registres de les diferents àrees assistencials.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Procediment gestió de clients CSAPG

**5d-12-E-03-E (850) - *La unitat funcional de gestió dels clients disposa de la cartera de serveis del centre.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**5d-12-D-01-E (851) - *L'organització té definit el fitxer índex dels clients, que ha de ser únic, permanentment actualitzat, centralitzat i independent del tipus d'assistència rebuda.***

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Procediment d'actualització i revisió fitxer índex client CSAPG





<p><b>5d-12-D-02-E (852) - La unitat funcional gestiona la citació i programació de l'activitat en règim ambulatori: les consultes externes, les exploracions i unitats específiques (cirurgia sense ingrés, hospital de dia i altres).</b></p> <p><b>Avaluació externa: 4</b></p> <p><b>Observacions:</b> Procediment de programació de visites i proves a CCEE-CSAPG</p>
<p><b>5d-12-D-03-E (853) - La unitat funcional dona suport a la gestió de la demanda i a la gestió de l'episodi.</b></p> <p><b>Avaluació externa: 4</b></p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-12-D-04-E (854) - La unitat funcional gestiona la demanda d'hospitalització: sol·licitud d'ingrés, programació d'ingrés (programat i urgent), control de trasllats i altes i registre de l'episodi d'hospitalització.</b></p> <p><b>Avaluació externa: 4</b></p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-12-D-05-E (855) - L'organització gestiona els llits: registre de l'estat dels llits, assignació de servei i llit, autorització i gestió dels canvis d'ubicació, previsions d'alta, ocupació.</b></p> <p><b>Avaluació externa: 4</b></p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-12-D-07-E (857) - Es registren els episodis i contactes assistencials: d'hospitalització, urgències, activitat quirúrgica, activitat ambulatoria.</b></p> <p><b>Avaluació externa: 4</b></p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-12-D-08-E (858) - La unitat funcional gestiona la llista d'espera quirúrgica: registre centralitzat, seguiment dels clients, programació, elaboració d'informes de la demanda existent.</b></p> <p><b>Avaluació externa: 4</b></p> <p><b>Observacions:</b></p>



5d-12-D-09-E (859) - *La unitat funcional coordina les sol·licituds d'assistència urgent i programada entre els serveis i/o centres.*

Avaluació externa: 4

Observacions:

5d-12-R-01-E (861) - *L'organització avalua i revisa periòdicament el fitxer índex dels clients.*

Avaluació externa: 4

Observacions:

5d-12-R-02-E (862) - *L'organització avalua periòdicament l'eficàcia i la qualitat de l'activitat realitzada.*

Avaluació externa: 4

Observacions: Informe UAC

5d-12-R-03-E (863) - *Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.*

Avaluació externa: 4

Observacions:

### **13- Prevenció i control de la infecció - Compliment 100.00%**

5d-13-E-01-E (864) - *L'organització disposa de procediments per assegurar la identificació, avaluació i millora de la infecció relacionada amb l'assistència sanitària.*

Avaluació externa: 4

Observacions: Es verifica amb EL .

5d-13-E-02-E (865) - *L'organització disposa de mecanismes per a la comunicació, a l'autoritat sanitària corresponent, de qualsevol qüestió que sigui important per a la contribució a estudis epidemiològics.*

Avaluació externa: 4

Observacions: Es verifica amb EL.



<p><b>5d-13-E-03-E (866) - <i>L'organització disposa de procediments per actuar en casos de possibles epidèmies internes i externes.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL.</p>
<p><b>5d-13-E-04-E (867) - <i>L'organització disposa de procediments documentats per a la protecció i prevenció (tant del personal com dels clients), sobre el risc de transmissió d'infeccions i per a la comunicació d'accidents que puguin incloure la possibilitat de risc de transmissió d'infecció.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-13-E-05-E (868) - <i>L'organització disposa de sistemes per garantir l'aïllament per al tractament de clients amb malalties infectocontagioses.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
<p><b>5d-13-E-06-E (869) - <i>L'organització disposa de procediments per realitzar controls de contaminació microbiològica a les àrees d'especial rellevància.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
<p><b>5d-13-E-07-E (870) - <i>L'organització defineix els requisits particulars de cada àrea i/o servei respecte a les seves necessitats amb referència a l'esterilització de material i productes sanitaris.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
<p><b>5d-13-E-08-E (871) - <i>L'organització disposa d'un sistema prospectiu que mesuri la infecció relacionada amb l'atenció sanitària.</i></b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>



**5d-13-D-01-E (872) - L'organització aplica estratègies per reduir el risc d'infecció, tant en els clients com en el personal, involucrant a totes les àrees de l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb CIS .

**5d-13-D-04-E (875) - Hi ha un comitè multidisciplinari que coordina les activitats del control d'infeccions.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-13-D-05-E (876) - Es realitzen activitats d'informació al personal sobre la infecció relacionada amb l'assistència sanitària.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-13-D-06-E (877) - Hi ha un registre d'infeccions relacionada amb l'assistència sanitària amb referències d'incidència i prevalença, així com d'altra informació que contribueixi a la presa de decisions en els assumptes relacionats amb la prevenció i control d'infeccions.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**5d-13-D-07-E (878) - L'organització aplica els procediments i registra les incidències relacionades amb els controls de contaminació microbiològica.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-13-D-08-E (879) - L'organització defineix i identifica els processos mèdics i els procediments quirúrgics que requereixen profilaxi antibiòtica i l'aplica.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL I EM :HC 1099152 PTG HC1314031 fusió lumbar.



**5d-13-D-10-E (881) - La unitat d'esterilització aplica procediments per a la recepció i condicionament del material per esterilitzar, per a la seva realització i per controlar el producte estèril de forma prèvia a l'entrega del material.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL i CIS .

**5d-13-D-11-E (882) - La unitat d'esterilització aplica un sistema d'identificació que permet ubicar a cada moment del cicle, i fins a la seva utilització, tot el material que ha estat processat (traçabilitat).**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL i CIS .

**5d-13-D-12-E (883) - Es disposa d'un registre de no-conformitat amb el producte emès.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-13-D-13-E (884) - L'organització té previst com cal actuar en casos de: Identificació de contaminació en àrees assistencials; Impossibilitat de realitzar l'esterilització del material (proveïdor extern).**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-13-D-14-E (885) - La unitat d'esterilització aplica els procediments per a l'assessorament a les diferents àrees respecte al manteniment de les condicions d'esterilitat i efectua inspeccions periòdiques per garantir l'adequat condicionament dels materials en els llocs d'utilització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb VE .



**5d-13-D/R-15-E (886) - La unitat d'esterilització emet informes periòdics de les incidències de la seva àrea, avaluant les incidències i no conformitats, i els difon a la direcció, a la comissió d'infeccions i els diversos professionals implicats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-13-R-01-E (887) - L'organització avalua periòdicament la vigilància epidemiològica que realitza de les infeccions quirúrgiques.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-13-R-02-E (888) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

#### **14- Investigació clínica - Compliment 100.00%**

**5d-14-E-01-E (889) - L'organització disposa de procediments per normalitzar la proposta, avaluació, priorització, aprovació, desenvolupament, revisió i tancament dels estudis d'investigació. Aquests procediments són vigents i estan aprovats per la direcció executiva. Els procediments diferencien efectivament la investigació de l'assistència.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-14-E-04-E (892) - Hi ha procediments per a l'arxivament de tota la informació generada pels assaigs clínics i per a la seva conservació.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL (procediments terapèutics )



**5d-14-D-01-E (893) - Les històries clíniques de tots els clients inclosos en un estudi d'investigació clínica, registren de forma clara aquesta participació i la seva acceptació.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL i EM: HC 418366 .

**5d-14-D-02-E (894) - L'organització informa i difon la investigació realitzada.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL i VE .

**5d-14-R-01-E (895) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **15- Hostaleria - Compliment 100.00%**

**5d-15-E-01-E (896) - L'organització té una estructura física i organitzativa adequada per cobrir les necessitats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**5d-15-E-03-E (898) - Hi ha un conjunt de procediments d'hostaleria consensuats amb altres unitats funcionals implicades en els diversos processos.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-15-E-04-E (899) - Hi ha uns procediments per al control d'estocs i la seva rotació en les tres unitats funcionals (alimentació, neteja i bugaderia).**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .



<p><b>5d-15-E-05-E (900) - Les persones responsables de cada unitat funcional estan clarament identificades i un/a directiu/iva del centre és el/la responsable final.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
<p><b>5d-15-D-01-E (901) - La prestació dels serveis està prevista i organitzada per a tots els dies de l'any.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL .</p>
<p><b>5d-15-D-02-E (902) - S'apliquen els procediments actualitzats de la unitat funcional d'alimentació.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL I CIS.</p>
<p><b>5d-15-D-03-E (903) - S'apliquen els procediments actualitzats de la unitat funcional de neteja.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>5d-15-D-04-E (904) - S'apliquen els procediments actualitzats de la unitat funcional de bugaderia/llenceria.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL i CIS .</p>
<p><b>5d-15-D-05-E (905) - Es controlen els estocs i la rotació en els magatzems de les tres unitats funcionals (alimentació, neteja, bugaderia/llenceria).</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> 4</p> <p><b>Observacions:</b> Es verifica amb EL i CIS</p>





**5d-15-D-08-E (908) - L'elaboració de l'alimentació es desenvolupa en les condicions d'asèpsia, higiene i neteja necessàries.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL i CIS.

**5d-15-D-12-E (912) - Hi ha un control de qualitat de: les matèries primeres alimentàries, les etapes de l'elaboració i distribució dels aliments, de la neteja en les diverses àrees del centre, del transport i de l'eliminació del material brut.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL i CIS.

**5d-15-D-14-E (914) - Es canvia la roba periòdicament, sempre que sigui necessari i sense demora, tant per als clients com per al personal.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL i CIS.

**5d-15-D-15-E (915) - La roba, tant per als clients com per al personal, està en bones condicions i unificada.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb CIS .

**5d-15-D-16-E (916) - Es fa un control de qualitat periòdic de l'estat de la roba i dels circuits de distribució i recollida.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .

**5d-15-R-02-E (918) - L'organització avalua periòdicament l'activitat i qualitat de la unitat funcional de neteja i de bugaderia/llenceria.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es verifica amb EL .



**5d-15-R-03-E (919) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **16- Magatzem - Compliment 100.00%**

**5d-16-E-01-E (920) - L'organització disposa d'una llista de subministraments amb les seves característiques i proveïdors.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza llistat de subministrament al SAP. No treballen amb logaritme, directament compren als seus proveïdors.

**5d-16-E-04-E (923) - L'organització disposa de procediments per al control del subministrament, per documentar les no conformitats i per garantir l'emmagatzematge adequat, incloent la gestió i control de l'estoc.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Guia funcional de la gestió de compres CSAPG 2023 (v2)  
Gestió de les NO conformitats CSAPG 2023 (v2)

**5d-16-D-02-E (926) - Les comandes de subministraments es realitzen d'acord amb els requisits consensuats i aprovats pels líders.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Guia Funcional de la Gestió de compres- CSAPG 2023 (v2)

**5d-16-D-03-E (927) - Els subministraments són emmagatzemats en espais determinats, segons criteris establerts.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza insitu a l'auditoria



**5d-16-D-04-E (928) - S'apliquen els procediments per al tractament de les no-conformitats amb els subministraments.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia aplicació del procediment per a les NO conformitats amb l'Excel. No documents escrits específics per a la NO conformitat. Excel per al registre i mails per contactar amb el proveïdor.

**5d-16-D-05-E (929) - El flux de subministraments rebuts i lliurats respon a criteris preestablerts. Les comandes i lliuraments són registrats.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia al programa SAP les comandes, l'entrada a mercaderies i el lliurament a les unitats.

Sap, de forma automàtica, realitza les comandes al proveïdor quan es necessita material ("punto de pedido").

**5d-16-D-06-E (930) - L'organització coneix el seu estoc mitjançant sistemes de control segurs.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Registre d'estocs al SAP

**5d-16-D-07-E (931) - El magatzem està coordinat i informa permanentment l'àrea de comptabilitat/administració sobre els moviments dels subministraments: ingressos (compres), sortides (lliuraments a la unitat funcional).**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** El programa SAP està lligat amb compres, comptabilitat i magatzem. S'evidencia insitu al magatzem amb factures ja entrades.

**5d-16-R-04-E (935) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**17- Atenció social - Compliment 100.00%**



**5d-17-E-01-E (936) - L'organització disposa d'una unitat funcional d'atenció social, amb una persona responsable identificable i establint el grau de disponibilitat de la mateixa i les seves dimensions, per donar resposta als problemes socials derivats de les necessitats assistencials dels seus clients.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla Funcional de Treball social sanitari del CSAPG 2023 (v1). L'auditoria es realitza amb la responsable de la unitat.

**5d-17-E-03-E (938) - La unitat d'atenció social garanteix la confidencialitat de la informació rebuda i generada posteriorment.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Normalment informació a la HC del pacient. Si es necessita confidencialitat de la informació ho poden fer.

**5d-17-E-04-E (939) - L'organització determina els circuits entre els diversos professionals i la unitat funcional per facilitar l'accessibilitat, atenció i continuïtat del servei.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Valoració d'infermeria a l'ingrés, preguntes a la valoració de les necessitats sobre situació social.

També es pot activar demanant interconsulta o amb trucada telefònica al servei, mail o en persona.

**5d-17-D-01-E (940) - Els procediments i els circuits són difosos i coneguts pel personal.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Procediments a MINERVA. Informació servei a la intranet.

Preguntes específiques a l'ingrés del pacient.

**5d-17-D-02-E (941) - Es formalitza un registre dels casos atesos (suport paper i/o informàtic).**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencia registre



**5d-17-D-03-E (942) - L'organització facilita la continuïtat del servei i seguiment una vegada el client és donat d'alta del centre.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Procediment d'intervenció social per planificació a l'alta, en pacient amb indicadors de risc social - CSAPG 2023 (v2)

**5d-17-R-01-E (943) - S'avalua periòdicament l'activitat desenvolupada per la unitat d'atenció social.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Dades quantitatives i qualitatives. Creació de memòria anual. Periodicitat de revisió.

**5d-17-R-02-E (944) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **18- Educació del client - Compliment 100.00%**

**5d-18-E-01-E (946) - L'organització determina quins grups de clients i/o entorn relacional, processos o tècniques són tributaris de formació específica, i defineix el contingut i la forma d'impartir la formació i com s'hi accedeix.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Procediment de resposta a les Necessitats Educatives dels Pacients CSAPG 2023 (v2)

**5d-18-D-01-E (950) - L'organització registra les necessitats educatives dels clients en la història clínica.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** S'evidencien diferents registres al pla de cures en l'HC del pacient.



**5d-18-D-02-E (951) - L'organització registra la formació planificada i realitzada.**

**Avaluació externa:** 3

**Observacions:** S'evidencia a l'auditoria insitu certa educació planificada però no realitzada i sense explicar al curs clínic el perquè.

**5d-18-R-03-E (954) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord a l'establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **19- Ètica i drets del client - Compliment 100.00%**

**5d-19-E/R-01-E (955) - L'organització disposa d'un codi ètic institucional, que revisa i actualitza periòdicament, formulat participativament i aprovat pel màxim òrgan de govern, accessible als clients i és difós i conegut per tot el personal.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**5d-19-E-02-E (956) - Les polítiques establertes per l'organització garanteixen la no-discriminació dels clients per raons ètniques, culturals, de gènere, per condicions socioeconòmiques o creences.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**5d-19-E-03-E (957) - Les polítiques establertes per l'organització garanteixen el dret del client a participar en la presa de decisions, a la intimitat i la confidencialitat.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**



<p><b>5d-19-E-04-E (958) - Les polítiques establertes per l'organització emmarquen l'actuació professional en l'àmbit assistencial, amb criteris de respecte a la persona, de manera integral en les diferents condicions evolutives de la seva malaltia.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-19-E-05-E (959) - Les polítiques establertes per l'organització identifiquen l'adequació ètica de l'actuació institucional respecte a la publicitat, la comercialització, les pràctiques competitives i els procediments economicofinancers.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-19-E-06-E (960) - Les polítiques establertes per l'organització identifiquen l'adequació ètica de l'actuació institucional respecte a les relacions personals.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-19-E-07-E (961) - L'organització disposa d'un òrgan multidisciplinari que vetlla per l'observació dels compromisos ètics institucionals, per la identificació de conflictes ètics i per donar suport a la seva resolució.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-19-E-08-E (962) - Hi ha procediments per facilitar l'accés del personal i dels clients a formular consultes d'indole ètica.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-19-E-09-E (963) - Hi ha procediments que expliciten les normes de funcionament de l'òrgan multidisciplinari d'avaluació ètica.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>



**5d-19-E-10-E (964) - L'organització estableix de forma documentada les funcions i competències dels estudiants i professionals en formació durant l'activitat assistencial.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**5d-19-E-11-E (965) - L'organització disposa de procediments específics per garantir la participació en la presa de decisions que prevegin: la indicació, informació i obtenció del consentiment informat en tots els processos invasius de risc; actes anestèsics que ho requereixin; transfusions; actuació prevista en el cas de clients sense capacitat per optar o sota tutela.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**5d-19-E-12-E (966) - L'organització disposa de procediments específics per garantir la participació en la presa de decisions en les voluntats anticipades.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**5d-19-E-14-E (968) - L'organització té mecanismes per sol·licitar l'autorització als clients per la presència d'estudiants durant la seva assistència, amb especial atenció a les àrees ambulatories.**

Avaluació externa: 4

Observacions:

**5d-19-E-15-E (969) - Tots els estudiants de formació professional, grau o postgrau que fan pràctiques a l'organització compten amb un tutor clínic pertanyent a la plantilla del centre, que els supervisen i sense els que no poden accedir als pacients ni a la informació clínica.**

Avaluació externa: 4

Observacions:





<p><b>5d-19-D-02-E (971) - L'organització informa dels drets i deures dels seus clients als mateixos clients i al personal.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-19-D-03-E (972) - L'organització aplica procediments per a l'avaluació i tractament del client en fase terminal.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-19-D-04-E (973) - L'organització aplica procediments i/o criteris per a: la determinació de l'ordre de no practicar reanimació cardiorespiratòria; la determinació de la retirada de suport vital.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-19-D-05-E (974) - L'organització aplica procediments per determinar l'actuació davant de la necessitat de contenció física d'algun client.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-19-D-07-E (976) - L'organització aplica criteris per a la resolució de conflictes entre les voluntats anticipades manifestades pel client i el codi ètic o l'actuació del/la professional responsable.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>
<p><b>5d-19-D-08-E (977) - L'organització aplica criteris per determinar la capacitat dels clients per prendre lliurement decisions.</b></p> <p>Avaluació externa: 4</p> <p>Observacions:</p>



**5d-19-R-01-E (978) - L'organització avalua el compliment del consentiment informat, amb la periodicitat establerta.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**5d-19-R-05-E (982) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

## **Subcriteri 5e - Compliment 86.67%**

### **01- Atenció al client - Compliment 100.00%**

**5e-01-E-01-E (983) - L'organització disposa d'una unitat funcional amb una persona responsable identificada i disposa de mecanismes per donar atenció personalitzada i permanent al client en la seva relació amb el centre.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Direcció Àrea d'Atenció a la Ciutadania, Àmbit Social, Comunicació i RSC  
Mercè Font  
Pla funcional de la UAC-CSAPG 2023

**5e-01-E-02-E (984) - L'organització disposa de procediments per a la realització d'enquestes de satisfacció i/o instruments alternatius de recollida i valoració de l'opinió del client, i per a la gestió de reclamacions i suggeriments.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Enquestes de satisfacció: El qüestionari s'envia per SMS als 3-6 dies de l'atenció, les respostes i el seu anàlisi de resultats es bolquen online en la plataforma. <https://reports.ratenow.es/cat>,  
Procediment d'atenció i gestió de les Reclamacions, Suggeriments i Agraïments  
CSAPG 2023 (v7)



**5e-01-E-03-E (985) - L'organització disposa de sistemes per informar el client de la possibilitat d'accedir a la unitat funcional.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Senyalització, visualització a la web, el propi personal qui informa o correu, mail o escrit. Papers a tots els serveis.

**5e-01-D-02-E (989) - L'organització realitza enquestes de satisfacció actives i/o instruments alternatius de recollida i valoració de l'opinió del client al llarg de l'any i en les àrees assistencials clau.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** SMS als 4-5 dies del contacte amb l'hospital. Es visualitza: Experiència del pacient al CSAPG 2022

Anàlisi de les enquestes de satisfacció setembre 2021 – abril 2022

Fins ara enquestes amb RATENOW i des de fa poc treballen amb OPINA'T.

**5e-01-D-05-E (992) - La direcció i els líders assumeixen la responsabilitat de resposta a les reclamacions del seu àmbit de competència.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** La direcció hi participa quan reclamacions assistencials de tracte. Missatge al cap de servei i direcció al cap de servei. Assistencials contesta el responsable.

Suggeriments o temes generals contesta la UAC.

**5e-01-D-08-E (995) - L'organització processa periòdicament la informació obtinguda a través d'enquestes i/o instruments alternatius de recollida i valoració de l'opinió del client, reclamacions, suggeriments i altres iniciatives, per detectar oportunitats de millora i implantar les mesures correctores de forma prioritzada.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** INFORME UAC - tancament any 2022. Queixes i reclamacions. Anàlisi global a on s'evidencia l'anàlisi i accions de millora plantejades.



**5e-01-D-10-E (997) - L'organització registra la totalitat de les reclamacions i els suggeriments rebuts, les respostes donades, el temps de demora en l'emissió de resposta, el seguiment i les gestions fetes, l'àrea afectada i el/la responsable de donar resposta.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Es visualitza Programa registre de reclamacions amb tota l'informació que requereix l'estàndard.

Quadre de comandament al Minerva documents per seguiment.

**5e-01-R-01-E (998) - L'organització avalua periòdicament les mesures correctives o de millora implantades.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Mensualment reunions al comitè de temes de tracte. Comitès de direcció mensual per revisió al Hoshin Kanri. Memòries anual amb plantejament de millores.

**5e-01-R-02-E (999) - La direcció revisa periòdicament la informació, agregada i ordenada, procedent dels instruments de captació de l'opinió dels clients.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Reunions mensuals amb la direcció. Informes anuals.

Resultats enquestes de satisfacció usuaris consorci sanitari Alt Penedès- Garraf

**5e-01-R-03-E (1000) - L'organització avalua periòdicament els temps de resposta de les reclamacions rebudes.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Informació trimestral. Es visualitza al Minerva l'anàlisi de temps de resposta

**5e-01-R-04-E (1001) - Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:**

**02- Humanització de l'assistència - Compliment 50.00%**



**5e-02-E-01-E (1002) - L'organització disposa d'una política d'humanització de l'assistència, on s'estableixin els principals valors i objectius que l'organització decideixi adoptar en relació amb la humanització de l'assistència.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Pla d'humanització de l'assistència al CSAPG 2023 (V1).

**5e-02-E-02-E (1003) - L'organització disposa d'un plan de millora de la humanització de l'assistència liderat per una comissió o grup de treball que coordini els diferents projectes i iniciatives relacionades.**

**Avaluació externa:** 2

**Observacions:** La comissió per a la humanització de l'assistència es crearà a l'abril del 2024.

Puntuo amb un dos perquè com diu el manual de l'avaluador en aquest cas l'hospital compleix amb alguns dels aspectes o característiques requerides més rellevants de l'estàndard i no compleix d'altres

**5e-02-E-03-E (1004) - L'organització estableix, dins dels plans de formació del centre, accions formatives específiques sobre humanització de l'assistència per tal de desplegar la cultura d'humanització entre els professionals.**

**Avaluació externa:** 2

**Observacions:** No formacions específiques sobre humanització de l'assistència.

Desenvolupant alguns projectes como la HUCI, o jornades com ajudar a viure el final de la vida...

Puntuo amb un dos perquè com diu el manual de l'avaluador en aquest cas l'hospital compleix amb alguns dels aspectes o característiques requerides més rellevants de l'estàndard i no compleix d'altres.



**5e-02-E-04-E (1005) - L'organització disposa d'un procediment específic on s'estableixi com s'han d'identificar i comunicar els professionals amb els pacients.**

**Avaluació externa:** 4

**Observacions:** Protocol d'acollida a l'àrea d'aguts- Àmbit Garraf 2023 (v1).

Procediment del confort- CSAPG 2023 (v2)

Circuit d'informació i comunicació amb familiars de pacients ingressats (urgències i plantes) 2023 (v2)



## Resultats en els clients

Compliment **100.00%**

**19** Assolits / **0** No assolits / **0** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subcriteri 6a.	12	12	100.00%
Subcriteri 6b.	7	7	100.00%

### Valoració qualitativa

#### **Subcriteri 6a** - Compliment **100.00%**

##### **01- Percepció del client** - Compliment **100.00%**

6a-01-01-01-E (1010) - *Es mesura la percepció del client sobre la informació rebuda dels serveis oferts per l'organització.*

#### **Avaluació externa:**

**Rellevància:** 1

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius:** 1

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures:** 1

**Nota final:** 1

**Observacions:** 2021, 22 i 23. Objectiu 70%



**6a-01-01-02-E (1011) - Es mesura la percepció del client respecte al grau d'accessibilitat als serveis.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** Anys 2021-22-23. Objectiu 70%. Objectius no assolits. Es revisa insitu amb els líders i cap de qualitat.

**6a-01-01-04-E (1013) - Es mesura la percepció del client respecte al temps de resposta per rebre les diverses prestacions.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** Anys 2021, 22 i 23 Objectiu 70%. Objectius no assolits. Es revisa amb els líders i cap de qualitat.

**6a-01-01-05-E (1014) - Es mesura la percepció del client respecte a la continuïtat assistencial dels serveis rebuts.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Anys 2021-22 i 23. Objectiu 70%





**6a-01-01-06-E (1015) - Es mesura el grau de confiança percebuda pel client sobre els serveis rebuts.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**6a-01-01-09-E (1018) - Es mesura el grau de conformitat del client i del seu entorn relacional amb el tracte rebut del personal en general i del relacionat directament amb el seu procés assistencial.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**6a-01-01-11-E (1020) - Es mesura la percepció del client respecte a la disponibilitat d'informació suficient per a la presa de decisions respecte a la seva malaltia i al tractament.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**6a-01-01-12-E (1021) - Es mesura la percepció del client respecte al manteniment de la seva privacitat i dignitat personal en tot moment.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**6a-01-01-13-E (1022) - Es mesura la percepció del client en relació amb el confort (per exemple, algun aspecte sobre neteja, temperatura, il·luminació, etc.).**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**6a-01-01-15-E (1024) - Es mesura la percepció del client en relació amb la qualitat dels menjars (presentació, temperatura, oportunitat, quantitat).**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** Objectiu del 70% no assolit. Es revisa amb els líders i cap de qualitat.



**6a-01-01-16-E (1025) - *Es mesura el grau de fidelització dels clients.***

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**6a-01-01-18-E (1027) - *Es mesura la percepció global del client respecte al servei rebut.***

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**Subcriteri 6b - Compliment 100.00%**

**01- Objectivació de la satisfacció del client - Compliment 100.00%**



**6b-01-01-01-E (1028) - Es mesura el nombre de reclamacions orals i escrites.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** No cal l'avaluació del rendiment

**6b-01-01-02-E (1029) - Es mesura el nombre de suggeriments.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** No cal l'avaluació del rendiment

**6b-01-01-03-E (1030) - Es mesura el nombre de agraïments.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** No cal l'avaluació del rendiment



**6b-01-01-04-E (1031) - Es mesuren els temps de resposta davant reclamacions.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** Anys 2019, 20 i 21. No objectiu definit. Tendència positiva. Es revisa amb els líders i cap de qualitat.

**6b-01-02-01-E (1032) - Es quantifiquen i qualifiquen les llistes d'espera per accedir als serveis.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0.67**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 2

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.92**

**Observacions:** Objectiu del 85%. Per a neoplàsies del 100%. Dos anys assolits. Tendència positiva. Resultats presentats a l'auditoria insitu.

**6b-01-02-03-E (1034) - Es quantifiquen i qualifiquen els temps d'espera per ser atès.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Objectiu <15' >60%



**6b-01-03-03-E (1038) - Es quantifiquen i qualifiquen les altes voluntàries.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** No cal l'avaluació del rendiment



## Resultats en les persones

Compliment **38.10%**

**8** Assolits / **13** No assolits / **0** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subcriteri 7a.	9	0	0.00%
Subcriteri 7b.	12	8	66.67%

### Valoració qualitativa

#### **Subcriteri 7a** - Compliment **0.00%**

##### **01- Percepció del personal** - Compliment **0.00%**

*7a-01-01-01-E (1040) - Es mesura el grau de coneixement, d'acceptació i d'adhesió a la missió de l'organització*

#### **Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 2

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:** Aquest resultat del criteri 7a es valoren insitu a l'auditoria i es consensua amb els líders de RRHH i cap de qualitat la manca de mesures aquestes anys per no fer-ho. Aporten mesures de 2010-14 i 22.



**7a-01-01-02-E (1041) - Es mesura el grau de sentiment de pertinença a l'organització.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 2

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:** No tenen registrades les tres mesures.

**7a-01-01-04-E (1043) - Es mesura el grau de coneixement, acceptació i participació en el pla de qualitat i seguretat del pacient.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** No objectiu definit i tendència negativa

**7a-01-01-11-E (1050) - Es mesura el grau de cobertura de les expectatives del personal respecte a les oportunitats formatives.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 2

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:** Aquest resultat del criteri 7a es valoren insitu a l'auditoria i es consensua amb els líders de RRHH i cap de qualitat la manca de mesures aquestes anys per no fer-ho. Aporten mesures de 2010-14 i 22.





**7a-01-01-12-E (1051) - Es mesura el grau de motivació percebut pel personal.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 2

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:** Aquest resultat del criteri 7a es valoren insitu a l'auditoria i es consensua amb els líders de RRHH i cap de qualitat la manca de mesures aquestes anys per no fer-ho. Aporten mesures de 2010-14 i 22.

**7a-01-01-13-E (1052) - Es mesura la percepció de participació en l'assoliment dels objectius institucionals i de la unitat funcional a la qual es pertany.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 2

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:** Dos mesures

**7a-01-01-14-E (1053) - Es mesura la percepció del grau de reconeixement de l'organització en relació amb el treball del personal.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 2

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:** Aquest resultat del criteri 7a es valoren insitu a l'auditoria i es consensua amb els líders de RRHH i cap de qualitat la manca de mesures aquestes anys per no fer-ho. Aporten mesures de 2010-14 i 22.



**7a-01-01-18-E (1057) - Es mesura la percepció del personal respecte a la capacitat de lideratge dels líders directes.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 2

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:** Dos mesures

**7a-01-01-22-E (1061) - Es mesura la percepció del personal respecte a la seguretat en el lloc de treball.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 2

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:** Dos mesures

**Subcriteri 7b - Compliment 66.67%**

01- Indicadors d'aptituds, actituds i habilitats - Compliment **66.67%**



**7b-01-01-01-E (1063) - Es calculen els recursos humans necessaris i es mesuren els existents.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** No cal l'avaluació del rendiment

**7b-01-01-02-E (1064) - Es mesura l'absentisme, per causes, i s'identifica el percentatge de cobertura.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 0

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:** No cal l'avaluació del rendiment, però no s'identifica el grau de cobertura.

**7b-01-04-01-E (1076) - Es mesura el grau de compliment de la formació anual en salut laboral.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit. Tendència positiva.



**7b-01-04-02-E (1077) - Es mesura el grau de compliment de la formació anual en qualitat, seguretat dels pacients i millora contínua.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** S'evidencia amb el document aportat per qualitat insitu a l'auditoria. Tres mesures 2021: 384h. 2022: 584h 2023: 2200h.  
No objectiu definit.

**7b-01-04-03-E (1078) - Es mesura el grau de compliment de la formació anual en prevenció i actuació davant d'una emergència.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** 2021:1086h, 2022: 978 i 2023: 2276h. No objectiu definit. Documentació aportada a l'auditoria insitu per qualitat.

**7b-01-04-04-E (1079) - Es mesura el nombre de simulacres davant de potencials emergències.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit



**7b-01-04-05-E (1080) - Es mesura el grau de compliment de la formació anual en prevenció i control de la infecció.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** 2021: 389h 2022:175 2023:150. No objectiu definit i tendència negativa. Resultats presentats a l'auditoria insitu.

**7b-01-04-06-E (1081) - Es mesura el grau de compliment de la formació anual en reanimació cardiopulmonar.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit.

**7b-01-04-07-E (1082) - Es mesura el compliment del pla de formació.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** No objectiu definit. Tendència negativa.



**7b-01-04-08-E (1083) - Es mesuren les hores de formació impartides dins de l'organització, així com les hores de formació rebudes pel personal de l'organització.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** Anys 2021, 2022 i 2023. No objectiu definit i tendència negativa.

**7b-01-05-01-E (1084) - Es mesuren els incidents i les denúncies contra la dignitat personal, l'abús de poder, l'assetjament, les agressions i altres problemàtiques.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Presenten mesures a 0, excepte 2023, amb 1 notificació al Garraf i 6 al Penedès.

No cal l'avaluació del rendiment.

**7b-01-05-02-E (1085) - Es mesura la conflictivitat laboral.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Presenten valors de conflictivitat laboral 0.

No cal l'avaluació del rendiment.





## Resultats en la societat

Compliment **88.89%**

**16** Assolits / **2** No assolits / **0** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subriteri 8a/b.	18	16	88.89%

### Valoració qualitativa

#### **Subcriteri 8a/b** - Compliment **88.89%**

##### **01- Difusió i promoció de la salut i impacte local** - Compliment **85.71%**

8a/b-01-01-01-E (1086) - *Es mesura la participació de l'organització en actes públics, col·laboracions amb associacions, administració pública, escoles, centres socials i altres.*

#### **Avaluació externa:**

**Rellevància:** 1

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius:** 0.67

Nombre d'anys amb objectius assolits: 2

**Tendència de les mesures:** 1

**Nota final:** 0.92

**Observacions:** Objectiu de 24. Dos anys objectiu assolit.





**8a/b-01-02-02-E (1088) - Es mesuren les visites al lloc web de l'organització.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Objectiu de 3500 visites.

**8a/b-01-03-01-E (1090) - Es mesuren les contractacions de persones residents en la localitat o en un lloc pròxim.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** No cal l'avaluació del rendiment

**8a/b-01-03-02-E (1091) - Es mesura la contractació de persones que formen part dels col·lectius desfavorits.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** No cal l'avaluació del rendiment



**8a/b-01-04-02-E (1095) - Es mesura el nombre de persones que realitzen tasques de voluntariat en l'organització.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** No cal l'avaluació del rendiment.  
2021 sense voluntaris.

**8a/b-01-05-01-E (1096) - Es mesuren el nombre d'hores de formació a persones externes a l'organització.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 0

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:** No es mesura

**8a/b-01-05-03-E (1098) - Es mesura el nombre d'alumnes en pràctiques a l'organització, per hores i per col·lectius.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** No cal l'avaluació del rendiment



**02- Impacte ecològic - Compliment 100.00%**

**8a/b-02-01-01-E (1100) - Es mesura el nombre de reclamacions rebudes, multes o avisos relacionats amb la contaminació.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**8a/b-02-01-04-E (1103) - Es mesura el percentatge de tot tipus de residus valoritzats.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**8a/b-02-01-07-E (1106) - Es mesura el consum d'electricitat en relació amb l'activitat global.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**8a/b-02-01-08-E (1107) - Es mesura el consum de combustible en relació amb l'activitat global.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**8a/b-02-01-09-E (1108) - Es mesura el consum d'aigua en relació amb l'activitat global.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**03- Impacte en la societat - Compliment 83.33%**



**8a/b-03-01-01-E (1113) - Es mesura el nombre de premis / reconeixements d'entitats socials i d'entitats científiques a l'organització i / o persones.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Els resultats en la societat es revisen amb la cap de qualitat insitu a l'auditoria.

**8a/b-03-02-02-E (1116) - Es mesura el nombre de publicacions en revistes especialitzades internacionals i nacionals.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit

**8a/b-03-02-03-E (1117) - Es mesura el nombre de ponències en congressos i altres esdeveniments internacionals i nacionals.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit



**8a/b-03-02-04-E (1118) - Es mesura el nombre de comunicacions acceptades en congressos i altres esdeveniments internacionals i nacionals.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit

**8a/b-03-02-05-E (1119) - Es mesura el nombre de pòsters acceptats en congressos i altres esdeveniments internacionals i nacionals.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit

**8a/b-03-02-06-E (1120) - Es mesura la mitjana del factor d'impacte de les publicacions científiques i altres sistemes de mesura.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 3

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** No objectiu definit i tendència negativa



## Resultats clau

Compliment **80.30%**

**106** Assolits / **26** No assolits / **0** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subcriteri 9a.	7	5	71.43%
Subcriteri 9b.	5	5	100.00%
Subcriteri 9c.	95	79	83.16%
Subcriteri 9d.	25	17	68.00%

### Valoració qualitativa

#### **Subcriteri 9a** - Compliment **71.43%**

##### **01- Resultats i indicadors organitzacionals clau** - Compliment **71.43%**

9a-01-01-01-E (1121) - *Es mesura el grau de compliment dels objectius fixats.*

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** Tots el resultats del pla de qualitat es revisen amb la cap de qualitat, Rosa Simón.

Objectiu del 90%. No assolit. Tendència positiva.



**9a-01-02-01-E (1122) - Es mesura el nombre d'objectius de qualitat aconseguits sobre el total previst.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0.75**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.69**

**Observacions:** Mesures 2018: 90.55% (percentatge aportat a l'auditoria insitu) 2019: 91,13% 2021: 63% i 2022: 75%  
Objectiu del 70%. Tres anys assolits. Tendència negativa.

**9a-01-02-04-E (1125) - Es mesura el grau d'actualització dels protocols i altres documents estandarditzats existents a l'organització.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Obj 80%





**9a-01-04-01-E (1127) - Es mesura el grau de compliment dels criteris establerts per als prestadors externs de serveis assistencials.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** S'evidencia amb les actes i convenis: Sant Boi per a la hernia complexa. Hi ha evidència de UDIAT i CETIR. Acta d'accessibilitat LEQ 2021 21/06/2023 especifica com a centre receptor, Sagrat cor i Fundació finestres.

**9a-01-04-02-E (1128) - Es mesura el nombre de "no-conformitats" o incidències del servei prestat respecte al total d'activitat derivada.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 0

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:**

**9a-01-05-02-E (1130) - Es mesura el nombre de "no-conformitats" o incidències del servei subcontractat prestat respecte al total d'activitat realitzada.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**9a-01-06-02-E (1132)** - Es mesura el nombre de "no-conformitats" del producte/servei prestat respecte al total.

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**Subcriteri 9b** - Compliment **100.00%**

**01- Resultats i indicadors econòmics clau** - Compliment **100.00%**

**9b-01-01-01-E (1133)** - *Es mesura la correlació entre la comptabilitat i el pressupost.*

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Els tres hospitals estan centralitzats



**9b-01-01-03-E (1135) - Es mesura l'evolució dels costos.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9b-01-01-04-E (1136) - Es mesura la facturació i la seva evolució.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9b-01-01-05-E (1137) - Es mesura el flux de caixa (cash flow).**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**9b-01-01-09-E (1141) - Es mesura la inversió realitzada, per concepte, i la seva evolució.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**Subcriteri 9c - Compliment 83.16%**

**01- Processos clau - Compliment 82.05%**

**9c-01-01-01-E (1143) - Es mesura l'activitat ambulatòria.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**9c-01-02-01-E (1146) - Es mesura l'activitat de l'àrea d'urgències.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-01-02-02-E (1147) - Es mesura la pressió d'urgències.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-01-02-03-E (1148) - Es mesuren els clients que retornen a urgències abans de les 72 hores de l'alta des de l'àrea.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** Tendència negativa



**9c-01-02-05-E (1150) - Es mesura el temps d'espera per ser visitat a l'àrea d'urgències.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0.75**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.69**

**Observacions:** Tendència negativa consensuat amb la líder

**9c-01-02-07-E (1152) - Es mesura el nombre de clients que marxen abans de ser atesos.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** No objectius complerts i tendència negativa

**9c-01-02-08-E (1153) - Es mesura la mortalitat a l'àrea d'urgències i els motius.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**9c-01-02-09-E (1154) - Es mesura el nombre d'esdeveniments adversos a l'àrea d'urgències i els motius.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectius complerts.

**9c-01-03-01-E (1155) - Es mesura el nombre d'altres.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-01-03-02 E (1156) - Es mesura el nombre d'estades.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**9c-01-03-03 E (1157) - Es mesura l'estada mitjana.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-01-03-05-E (1159) - Es mesura el nombre de trasllats interns.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-01-03-06-E (1160) - Es mesura el nombre de trasllats externs.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**





**9c-01-03-07-E (1161) - Es mesura l'índex d'ocupació.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-01-03-08-E (1162) - Es mesura el nombre de reingressos.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-01-03-11-E (1165) - Es mesura el grau de compliment del protocol de contenció existent a l'organització.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**9c-01-03-12-E (1166) - Es mesuren les complicacions procedimentals (endoscòpies, biòpsies, puncions, etc.) realitzades durant l'hospitalització i relacionades amb el total.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-01-03-13-E (1167) - Es mesuren els esdeveniments adversos dels clients a l'àrea d'hospitalització i els motius.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-01-03-14-E (1168) - Es mesura la mortalitat.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**9c-01-03-15-E (1169) - Es mesuren les morts no esperades.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 0

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:**

**9c-01-03-16-E (1170) - Es mesuren el nombre d'anàlisis causa-arrel (ACA) realitzades de les morts no esperades.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 0

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:**

**9c-01-03-17-E (1171) - Es mesuren els clients atesos segons els protocols o altres documents estandarditzats d'actes clínics, en funció de la prioritització establerta per cada organització.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 0

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:**



**9c-01-04-01-E (1172) - Es mesura l'activitat a l'àrea quirúrgica.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-01-04-02-E (1173) - Es mesura l'activitat a l'àrea obstètrica.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Font de dades QC assistencial CSG

**9c-01-04-03-E (1174) - Es mesura els temps d'ocupació dels quiròfans.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0.75**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.94**

**Observacions:** Es verifica amb EL Font de dades QC assistencial CSG.



**9c-01-04-04-E (1175) - Es mesuren les intervencions anul·lades i el motiu.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Es verifica amb EL Font de dades QC assistencial CSG.

**9c-01-04-05-E (1176) - Es mesura l'estada mitjana preoperatòria.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** Es verifica amb EL Font de dades QC assistencial CSG.

**9c-01-04-06-E (1177) - Es mesura el percentatge de clients que arriben a l'àrea d'atenció quirúrgica amb la preparació i documentació correctes sobre el total dels clients programats atesos.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Es verifica amb EL Font de dades QC Margalló.



**9c-01-04-07-E (1178) - Es mesura el percentatge de clients amb profilaxi antibiòtica segons el protocol, sobre el total de clients tributaris.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Es verifica amb EL Font de dades QC assistencial CSG.

**9c-01-04-08-E (1179) - Es mesuren les complicacions anestèsiques durant l'atenció a l'àrea quirúrgica.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** Es verifica amb EL Font de dades QC assistencial CSG.

**9c-01-04-09-E (1180) - Es mesuren les complicacions quirúrgiques durant l'atenció a l'àrea quirúrgica.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** Es verifica amb EL Font de dades QC assistencial CSG.



**9c-01-04-10-E (1181) - Es mesuren les complicacions obstètriques durant l'atenció a l'àrea quirúrgica.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0.75**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.69**

**Observacions:** Es verifica amb EL Font de dades QC assistencial CSG.

**9c-01-04-11-E (1182) - Es mesura la mortalitat intraoperatòria.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Es verifica amb EL Font de dades QC assistencial CSG.

**9c-01-04-12-E (1183) - Es mesuren les complicacions postanestèsiques.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0.75**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.94**

**Observacions:**



**9c-01-04-13-E (1184) - Es mesuren les complicacions postquirúrgiques.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-01-04-14-E (1185) - Es mesuren les complicacions obstètriques.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-01-04-15-E (1186) - Es mesura l'índex de substitució de la cirurgia d'ingrés hospitalària per l'ambulatoria en determinats processos.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**





**9c-01-04-16-E (1187) - Es mesuren les reintervencions.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:**

**9c-01-04-17-E (1188) - Es mesuren els clients atesos segons els protocols i el grau de compliment.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 0

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:**

## **02- Processos de suport - Compliment 83.93%**

**9c-02-01-01-E (1189) - Es mesuren les determinacions realitzades en les diferents àrees.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**9c-02-01-03-E (1191) - Es mesuren les incidències i es discriminen per motius.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 0

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:**

**9c-02-01-04-E (1192) - Es mesura el nombre total de biòpsies realitzades.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-01-05-E (1193) - Es mesura el nombre de citologies realitzades.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**9c-02-01-06-E (1194) - Es mesura el nombre de biòpsies preoperatòries.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-01-10-E (1198) - Es mesura el temps de demora en el lliurament dels resultats.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-02-01-E (1199) - Es mesura el nombre d'unitats transfoses per a cada tipus de component sanguini.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**9c-02-02-02-E (1200) - Es mesuren les unitats transfusionals rebutjades/descartades i els motius.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-02-03-E (1201) - Es mesura l'índex d'utilització de la sang per a patologies o procediments determinats.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-02-04-E (1202) - Es mesura la demanda adequada de sang en reserva per a cirurgia electiva.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 0

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:**



**9c-02-02-05-E (1203) - Es mesuren les reaccions transfusionals.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** Tendència negativa

**9c-02-02-06-E (1204) - Es mesuren els errors comesos pel servei de transfusió. S'inclouen els lliuraments erronis de components sanguinis i s'apliquen les mesures correctores corresponents.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-02-07-E (1205) - Es mesuren els errors d'administració de components sanguinis a la capçalera del llit del pacient.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**9c-02-02-09-E (1207) - *Es mesuren les incidències i els motius.***

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** Tendència negativa

**9c-02-03-01-E (1208) - *Es mesura el consum de medicaments.***

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-03-04-E (1211) - *Es mesuren les taxes d'errors en la prescripció dels medicaments.***

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:**



**9c-02-03-05-E (1212) - Es mesuren les taxes d'errors en la dispensació dels medicaments.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-03-06-E (1213) - Es mesuren les taxes d'errors d'administració dels medicaments.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:**

**9c-02-03-07-E (1214) - Es mesuren les reaccions adverses, les toxicitats, les interaccions i les incompatibilitats detectades durant l'atenció al client.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:**



**9c-02-03-08-E (1215) - Es mesuren les incidències en la custòdia dels medicaments considerats de risc.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-03-09-E (1216) - Es mesura el nombre de caducitats dels medicaments registrats en els estocs.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-03-10-E (1217) - Es mesuren els medicaments utilitzats no inclosos en la guia farmacoterapèutica.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**





**9c-02-03-11-E (1218) - Es mesuren les incidències registrades en les revisions en els carros d'aturada cardíaca.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-04-01-E-RAX (1220) - Es mesura l'activitat realitzada.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** No cal l'avaluació del rendiment

**9c-02-04-02-E-RAX (1221) - Es mesura el nombre d'exploracions duplicades.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit



**9c-02-04-06-E-RAX (1225) - Es mesuren les incidències i els motius.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** No objectiu definit. Tendència negativa.

**9c-02-04-07-E-RAX (1226) - Es mesuren les complicacions i els motius.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** No objectiu definit i tendència negativa.

**9c-02-04-10-E-RAX (1229) - Es mesura la demora en el lliurament dels informes.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 0

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:** No es mesura



<p><b>9c-02-04-11-E-RAX (1230) - Es mesura el percentatge d'estudis radiològics no informats.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b></p> <p><b>Rellevància: 1</b> Nombre d'anys mesurats: 4</p> <p><b>Objectius: 0</b> Nombre d'anys amb objectius assolits: 0</p> <p><b>Tendència de les mesures: 1</b></p> <p><b>Nota final: 0.75</b></p> <p><b>Observacions:</b> No objectiu definit.</p>
<p><b>9c-02-04-01-E-MNU (1231) - Es mesura l'activitat realitzada.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> No aplica</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>9c-02-04-05-E-MNU (1235) - Es mesuren les incidències i els motius.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> No aplica</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>9c-02-04-06-E-MNU (1236) - Es mesuren les complicacions i els motius.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> No aplica</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>9c-02-04-08-E-MNU (1238) - Es mesura la demora en el lliurament dels informes.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> No aplica</p> <p><b>Observacions:</b></p>
<p><b>9c-02-04-01-E-RAD (1239) - Es mesura l'activitat realitzada.</b></p> <p><b>Avaluació externa:</b> No aplica</p> <p><b>Observacions:</b></p>



9c-02-04-05-E-RAD (1243) - *Es mesuren les incidències i els motius.*

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

9c-02-04-06-E-RAD (1244) - *Es mesuren les complicacions i els motius.*

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

9c-02-04-08-E-RAD (1246) - *Es mesura la demora en el lliurament dels informes.*

Avaluació externa: **No aplica**

Observacions:

9c-02-05-01-E (1247) - *Es mesura el nombre de clients atesos.*

Avaluació externa:

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

Observacions: No cal l'avaluació del rendiment.

9c-02-06-01-E (1250) - *Es mesura el nombre de dietes dispensades, per tipus.*

Avaluació externa:

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

Observacions:



**9c-02-06-03-E (1252) - Es mesura el nombre de dietes enterals i parenterals dispensades.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-06-04-E (1253) - Es mesuren les incidències i els motius.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** No objectius i tendència negativa

**9c-02-07-01-E (1254) - Es mesura el grau de disponibilitat de la història clínica en l'àrea d'atenció hospitalària, ambulatoria i d'urgències.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** HC informatitzada 100%



**9c-02-07-02-E (1255) - Es mesuren les històries en préstec.**

**Avaluació externa:** No aplica

**Observacions:** No surten de l'arxiu

**9c-02-07-03-E (1256) - Es mesura el nombre d'històries clíniques duplicades detectades.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** No objectiu definit. Tendència negativa. Es consensua amb els líders insitu

**9c-02-07-04-E (1257) - Es mesura el nombre d'històries detectades com a perdudes.**

**Avaluació externa:** No aplica

**Observacions:** No surten de l'arxiu

**9c-02-07-05-E (1258) - Es mesura el nombre d'històries clíniques avaluades.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit



**9c-02-07-06-E (1259) - Es mesura el percentatge de formalització de les dades d'identificació del client.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions: 100%**

**9c-02-07-07-E (1260) - Es mesura el percentatge de formalització de les dades d'identificació del procés assistencial.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions: No objectiu definit, alt rendiment sostingut**

**9c-02-07-08-E (1261) - Es mesura el percentatge de formalització de les dades generals durant el procés assistencial.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions: No objectiu definit. Tendència positiva.**



**9c-02-07-09-E (1262) - Es mesura el percentatge de formalització del consentiment informat.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit

**9c-02-07-10-E (1263) - Es mesura el percentatge de formalització de les dades generals per a l'activitat quirúrgica.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit i alt rendiment sostingut.

**9c-02-07-11-E (1264) - Es mesura el percentatge de formalització d'altres dades.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** No objectiu definit i tendència negativa. Cada vegada més. Es valora insitu les altes voluntàries a hospitalització.





**9c-02-07-12-E (1265) - Es mesuren altres controls que es realitzen sobre la documentació assistencial.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit

**9c-02-07-13-E (1266) - Es mesura la qualitat del CMBD per part de l'organització.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit

**9c-02-07-15-E (1268) - Es mesura la qualitat en els registres específics de l'organització.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** 100%



**9c-02-07-16-E (1269) - Es mesura la qualitat del fitxer índex.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** 100% fitxes administratives

**9c-02-08-01-E (1272) - Es mesuren les incidències registrades i els motius.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-08-02-E (1273) - Es mesura el nombre de no-conformitats en el material estèril lliurat per la unitat funcional.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 0**

Nombre d'anys mesurats: 0

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0**

**Observacions:**



**9c-02-09-02-E (1275) - Es mesuren les incidències i els motius.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:**

**9c-02-10-01-E (1276) - Es mesura el trencament d'estocs.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:** No objectiu definit. Es consensua insitu a l'auditoria. Igual als tres centres.

**9c-02-11-01-E (1278) - Es mesura el nombre de casos atesos.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Es verifica amb EL .



**9c-02-12-01-E (1281) - Es mesura el grau de compliment del pla de manteniment preventiu.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Es verifica amb EL. Font de dades registre del responsable de manteniment.

**9c-02-12-02-E (1282) - Es mesuren les sol·licituds de manteniment correctiu.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-12-03-E (1283) - Es mesura l'eficàcia del servei de manteniment.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**



**9c-02-13-01-E (1284) - Es mesura el nombre de quilos de residus classificats relacionats amb l'activitat.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9c-02-13-02-E (1285) - Es mesura el nombre d'incidències detectades durant els processos de gestió de tot tipus de residus.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**Subcriteri 9d - Compliment 68.00%**

**01- Seguretat del pacient - Compliment 68.00%**



**9d-01-01-01-E (1288) - Es mesura la valoració del risc de lesions per pressió.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Alt rendiment sostingut

**9d-01-01-02-E (1289) - Es mesura les lesions per pressió relacionades amb l'atenció sanitària segons el grau.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:**

**9d-01-01-03-E (1290) - Es mesura les caigudes en pacients hospitalitzats.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0.5**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 2

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.63**

**Observacions:**



**9d-01-01-04-E (1291) - Es mesura les caigudes amb lesió en pacients hospitalitzats.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0.5**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 2

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.63**

**Observacions:**

**9d-01-01-05-E (1292) - Es mesura el grau d'implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:**

**9d-01-01-06-E (1293) - Es mesura l'avaluació de l'aplicació de tots els ítems que inclou la llista de verificació de seguretat quirúrgica.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:**



**9d-01-01-07-E (1294) - Es mesura la transfusió errònia per identificació inadequada del pacient.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9d-01-01-08-E (1295) - Es mesura els professionals que han realitzat formació sobre higiene de les mans.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** No objectiu definit i tendència negativa

**9d-01-01-09-E (1296) - Es mesura els professionals que han realitzat activitats formatives sobre els cinc moments en higiene de les mans (utilització de l'eina de l'OMS).**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** No objectiu definit i tendència negativa





**9d-01-01-10-E (1297) - Es mesura els llits amb preparats de base alcohòlica al punt d'atenció.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions: 100%**

**9d-01-01-11-E (1298) - Es mesura el consum de preparats de base alcohòlica per a la higiene de les mans.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:**

**9d-01-01-12-E (1299) - Es mesura, mitjançant observació, el compliment dels cinc moments en higiene de les mans (almenys dels moments 1 i 2) segons els criteris de l'OMS.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions: Objectiu >60 assolit. Tendència negativa.**



**9d-01-01-13-E (1300) - Es mesura, mitjançant observació, el compliment en higiene de les mans amb un preparat de base alcohòlica.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:**

**9d-01-01-14-E (1301) - Es mesura pneumònia associada a ventilació mecànica a les UCI.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0.75**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.69**

**Observacions:**

**9d-01-01-15-E (1302) - Es mesura el grau d'implantació d'un protocol per a la conciliació de la medicació a l'alta dels pacients.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:** Llindar: 100. No objectius assolits i tendència negativa



**9d-01-01-16-E (1303) - Es mesura el grau de cobertura de la identificació inequívoca dels pacients.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:**

**9d-01-01-17-E (1304) - Es mesura el grau d'acompliment de la identificació activa dels pacients en situacions de risc.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 0**

**Nota final: 0.5**

**Observacions:**

**9d-01-01-18-E (1305) - Es mesuren les queixes i reclamacions sobre aspectes de seguretat dels pacients.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions: No objectiu definit**



**9d-01-01-19-E (1306) - Es mesuren les sessions formatives per a pacients i familiars en seguretat dels pacients.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0.5**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 2

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.88**

**Observacions:**

**9d-01-01-20-E (1307) - Es mesuren les incidents/esdeveniments adversos notificats.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** No cal l'avaluació del rendiment

**9d-01-01-21-E (1308) - Es mesuren les esdeveniments adversos de risc extrem notificats que generen un pla de millora.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 1**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 4

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 1**

**Observacions:** Mesura del 2018 aportada a l'auditoria insitu. 2018:100%  
No cal l'avaluació del rendiment.



**9d-01-01-22-E (1309) - Es mesura la taxa de rebuig d'imatges o de repetició d'imatges.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0.5**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 2

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.88**

**Observacions:** Convencional entre el 6 i el 10. Dos anys objectius assolits.

**9d-01-01-23-E (1310) - Es mesura la justificació adequada de les següents proves radiològiques ionitzants: radiologia amb contrast, TC i PET/TC en adults.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0.75**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.94**

**Observacions:**

**9d-01-01-24-E (1311) - Es mesura la justificació adequada de les següents proves radiològiques ionitzants: radiologia amb contrast, TC i PET/TC en infants.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0.75**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 3

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.94**

**Observacions:**



**9d-01-01-25-E (1312) - Es mesura el compliment dels consentiments informats en procediments intervencionistes amb risc radiològic elevat.**

**Avaluació externa:**

**Rellevància: 1**

Nombre d'anys mesurats: 4

**Objectius: 0**

Nombre d'anys amb objectius assolits: 0

**Tendència de les mesures: 1**

**Nota final: 0.75**

**Observacions:**



## ESTÀNDARDS NO ESSENCIALS

### RESULTATS GLOBAIS DE L'AVALUACIÓ

#### Valoració quantitativa

<b>Criteri</b>	<b>Estàndards</b>	<b>Estàndards assolits</b>	<b>Percentatge</b>
Criteri 1. Lideratge	0	0	0.00%
Criteri 2. Estratègia	0	0	0.00%
Criteri 3. Persones	0	0	0.00%
Criteri 4. Aliances i recursos	0	0	0.00%
Criteri 5. Processos, productes i serveis	0	0	0.00%
Criteri 6. Resultats en els clients	0	0	0.00%
Criteri 7. Resultats en les persones	0	0	0.00%
Criteri 8. Resultats en la societat	0	0	0.00%
Criteri 9. Resultats clau	0	0	0.00%
<b>TOTAL AVALUACIÓ</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</b>

#### Valoració global

El vostre Centre d'Atenció Hospitalària aguda ha obtingut una valoració global de l'auditoria del 0.00% global d'estàndards assolits.

Els criteris a destacar serien el 1-Lideratge (0.00%), el 2-Estratègia (0.00%) i el 3-Persones (0.00%).

On s'han trobat més estàndards a millorar ha estat en els criteris 7-Resultats en les persones (0.00%), el 8-Resultats en la societat (0.00%) i el 9-Resultats clau (0.00%).

#### Conclusions finals

Una vegada finalitzada la fase d'avaluació podem declarar que el procés d'avaluació s'ha desenvolupat satisfactòriament, però hem de deixar constància que ni la Gerència, ni la Direcció Executiva, excepte la Direcció de Qualitat i Organització, Rosa Simón, van participar en l'avaluació dels criteris 1 i 2 del model (criteris de Lideratge i d'Estratègia de



l'organització). Considerem que aquests criteris han de ser defensats per tots els membres de la citada Direcció.

A banda de això i dels resultats obtinguts amb la metodologia del model volem destacar el següent:

#### PUNTS FORTS

1. Treball conjunt entre els centres corporatius per aconseguir una cultura conjunta, cerca de principis comuns, i sentiment de pertinença dels professionals després de la fusió. La fusió dels tres centres, creiem, ha potenciat la efectivitat de la zona.
2. Han aprofitat la sinergia de cada centre i la unitat dels tres ha fet que hi hagin pocs desplaçaments a altres centres fora de la Comarca.
3. El personal està content i agraït de la fusió. Es nota treball en equip. Transversalitat pràcticament consolidada.
4. Ben definida la política i estratègia de l'organització, adequada a les necessitats i expectatives actuals i futures dels seus clients actuals i potencials.
5. Model de gestió operacional d'objectius i resultats descentralitzat als comandaments del diferents serveis amb el Mètode HOSHIN KANRI.  
Els líders tenen accés continu a la informació necessària per gestionar els seus processos.
6. Revisió i actualització dels procediments de l'organització amb periodicitat biennal.
7. Bons resultats en les mesures dels indicadors de seguretat de pacients. Senyala el camí en la millora continua.
8. La comunicació a l'organització és activa i dinàmica.
9. Treballen 100% amb història clínica electrònica amb usuaris ben definits, codificats i protegits.
10. Bloc quirúrgic: programació continuada d'un quiròfan diari.

#### PUNTS FEBLES

1. Poca implicació de la direcció d'infermeria a l'acreditació del criteri 5d d'hospitalització.
2. Tot i que hi ha sistemàtica de revisió dels resultats, els objectius no estan clarament identificats en tots els processos.
3. A RRHH necessiten donar un pas més per valorar l'efectivitat de tota la activitat que fan de promoció de la salut i hàbits saludables i conèixer la percepció del personal de forma més sistemàtica.
4. A l'àrea quirúrgica, si bé hi ha espais per a l'estucatge de medicaments i equips biomèdics, l'estucatge fungible queda a la vista al llarg del passadís tècnic net.

#### MILLORES EN CURS

1. L'organització està treballant en la implantació definitiva de l'aplicació MIRA que permetrà una millor gestió de tots els processos i beneficiarà en l'atenció al pacient.
2. En breu es crearà la Comissió per a la humanització de l'assistència que treballarà per crear més cultura i més formació entre els professionals en aquest àmbit.







## Lideratge

Compliment **0.00%**

**0** Assolits / **0** No assolits / **37** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subcriteri 1a.	0	0	0.00%
Subcriteri 1b.	0	0	0.00%
Subcriteri 1c.	0	0	0.00%
Subcriteri 1d.	0	0	0.00%
Subcriteri 1e.	0	0	0.00%



## Estratègia

Compliment **0.00%**

**0** Assolits / **0** No assolits / **25** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subriteri 2a.	0	0	0.00%
Subriteri 2b.	0	0	0.00%
Subriteri 2d.	0	0	0.00%



## Persones

Compliment **0.00%**

**0** Assolits / **0** No assolits / **73** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subriteri 3a.	0	0	0.00%
Subriteri 3b.	0	0	0.00%
Subriteri 3c.	0	0	0.00%
Subriteri 3d.	0	0	0.00%
Subriteri 3e.	0	0	0.00%



## Aliances i recursos

Compliment **0.00%**

**0** Assolits / **0** No assolits / **114** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subriteri 4a.	0	0	0.00%
Subriteri 4b.	0	0	0.00%
Subriteri 4c.	0	0	0.00%
Subriteri 4d.	0	0	0.00%
Subriteri 4e.	0	0	0.00%



## Processos, productes i serveis

Compliment **0.00%**

**0** Assolits / **0** No assolits / **128** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subriteri 5a.	0	0	0.00%
Subriteri 5d.	0	0	0.00%
Subriteri 5e.	0	0	0.00%



## Resultats en els clients

Compliment **0.00%**

**0** Assolits / **0** No assolits / **11** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subriteri 6a.	0	0	0.00%
Subriteri 6b.	0	0	0.00%



## Resultats en les persones

Compliment **0.00%**

**0** Assolits / **0** No assolits / **25** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subriteri 7a.	0	0	0.00%
Subriteri 7b.	0	0	0.00%





## Resultats en la societat

Compliment **0.00%**

**0** Assolits / **0** No assolits / **17** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subriteri 8a/b.	0	0	0.00%



## Resultats clau

Compliment **0.00%**

**0** Assolits / **0** No assolits / **50** No informats

### Valoració quantitativa

Subcriteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Subcriteri 9a.	0	0	0.00%
Subcriteri 9b.	0	0	0.00%
Subcriteri 9c.	0	0	0.00%