

# **Accreditació de centres d'atenció hospitalaria aguda a Catalunya**

**Document d'estàndards**



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**

**Coordinació:****Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitàries**

Roser Vallès Navarro

**Subdirecció General de Serveis Sanitaris**

Josep Davins Miralles

**Coordinadora de projecte**

M. Lluïsa López Viñas

Cap del Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació

**Direcció tècnica de projecte**

Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació

Ignasi Arbusà Gusí

M. Dolores Núñez Sánchez

Montserrat Oliveras Gil

**Equip de redactors:****Servei de Qualitat Assistencial i Acreditació:**

Núria Costa Vilar

Ramon Guzmán Sebastián

Carme Tirvió Gran

Ignacio Vidal Dorissa

**També hi han intervingut**

el Comitè d'Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda, especialment Carme Galí Izard i Rosa Martínez Abella, i Daniel Mercè Daganzo del Departament de Salut.

**Agraïments**

Aquest model d'acreditació s'ha pogut realitzar gràcies a la contribució, la col·laboració i la professionalitat de les persones, institucions, entitats i grups de treball, que han intervingut en les diferents fases del projecte i, sobre tot, hi han cregut. Valorem particularment les aportacions i crítiques constructives que hem rebut, les quals han estat molt profitoses per apropar aquest model d'acreditació a la realitat del nostre entorn sanitari.

El nostre agraïment especial als directors generals d'aquest àmbit que han exercit el seu càrrec en el període en què s'han actualitzat els estàndards continguts en aquest document: David Elvira Martínez, Joaquim Esperalba Iglesias i Carles Constante Beitia.

Volem agrair el temps i la dedicació dels professionals que han format part dels grups de treball per elaborar aquest manual d'estàndards i que, aportant el seu coneixement i la seva experiència, han contribuït perquè es publicués. A tots ells, moltes gràcies.

Hortensia Aguado	Servei Català de la Salut
Victòria Amargós	Institut Guttmann
Bartomeu Ayala	Altahia
Mònica Ballester	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Fernando Barcenilla	Hospital Universitari Arnau de Vilanova
Nereida Barneda	Clínica Girona
Anna Berrueta	Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII
José Luis Campuzano	Hospital de Viladecans
Raquel Carrera	ConSORCI Hospitalari de Vic
Senta Chicote	Institut Català de la Salut
Roser Ferrer	Corporació Sanitària del Maresme i la Selva
Mónica Gallardo	Centro Médico Teknon
Albert Gallart	Capio Hospital General de Catalunya
Xavier García	Serveis de Salut Integrats Baix Empordà
Àngels García	Corporació Sanitària del Maresme i la Selva
Amparo Giménez	Hospital Universitari de Bellvitge
Priscila Giraldo	Parc de Salut MAR
Sergi Iglesia	Hospital Sant Jaume d'Olot
Carme Mompó	ConSORCI Sanitari Integral
Albert Nogué	Institut d'Assistència Sanitària
Montserrat Olona	Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII
M. Àngels Pérez	Fundació Salut Empordà
Rosa Planesas	Institut Català de la Salut
Glòria Pont	Hospital de Campdevàrol
Andreu Prat	Hospital Clínic de Barcelona
Antònia Roselló	Hospital Universitari Mútua de Terrassa
Rosa Ruiz	ConSORCI Sanitari de Terrassa
Jordi Salvador	Hospital Universitari de la Vall d'Hebron
Elena Solà	Hospital Verge de la Cinta de Tortosa
Natàlia Suelves	Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta
Glòria Torras	Institut Català de la Salut

Quant a institucions i entitats de l'àmbit de la salut, volem agrair el suport i la col·laboració del Servei Català de la Salut, l'Institut Català de la Salut, La Unió. Associació d'Entitats Sanitàries i Socials, el Consorci de Salut i Social de Catalunya i l'Associació Catalana d'Entitats de Salut. Quant a altres institucions, volem expressar l'agraïment al Departament d'Empresa i Ocupació de la Generalitat de Catalunya i a ACC1Ó, especialment a Joan Martí Estévez, gerent de

Dinamització de Clústers de Desenvolupament Empresarial, i a Glòria Prats, cap de Política Sectorial de Dinamització de Clústers.

També volem esmentar en aquests agraïments l'Entitat Nacional d'Accreditació (ENAC), d'àmbit estatal, especialment a Antonio Muñoz, President, a Beatriz Rivera, Directora general, a Ignacio Pina, Director tècnic, i a Isabel de la Villa, cap del Departament de Sanitat. Per acabar, volem agrair el suport dels professionals de l'Assessoria Jurídica, de la Unitat d'Organització i de la Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut i de la Divisió de Recursos Físics i de la Gerència d'Atenció Ciutadana del Servei Català de la Salut.

© 2013, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

**Edita:**

Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitàries.

**1a. edició:**

Barcelona, 23 d'abril de 2013

**Dipòsit legal:**

B.12458-2013

**Assessorament i correcció lingüística:**

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

**URL:**

<http://www.gencat.cat/salut>



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 3.0 de Creative Commons. Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se'n citi l'autor i no se'n faci un ús comercial.

La llicència completa es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

# Sumari

CRITERI 1. LIDERATGE.....	10
Subcriteri 1.a - Els líders desenvolupen la missió, la visió, els valors i els principis ètics i actuen com a model de referència.....	11
Agrupador conceptual: missió, visió, valors i principis ètics de l'organització – 01 .....	11
Subcriteri 1.b - Implicació personal dels líders per garantir el desenvolupament, la implantació, la millora contínua i el rendiment del sistema de gestió de l'organització. ....	13
Agrupador conceptual: model organitzatiu del lideratge - òrgans de govern – 01.....	13
Agrupador conceptual: model organitzatiu del lideratge - direcció executiva – 02.....	15
Agrupador conceptual: model organitzatiu del lideratge - línia executiva – 03.....	17
Agrupador conceptual: pla estratègic – 04.....	20
Agrupador conceptual: pla de qualitat i seguretat del pacient – 05 .....	22
Subcriteri 1.c- Els líders de les organitzacions coneixen quins són els seus grups d'interès externs i creen eines de planificació per comprendre, anticipar i donar resposta a les diferents necessitats i expectatives d'aquests grups. Elaboren iniciatives per implicar aliats (socis), clients i societat en la generació d'idees i innovació. Utilitzen la innovació per millorar la reputació i la imatge de l'organització i per atraure nous clients, socis i clients . Així mateix, els líders de les organitzacions identifiquen aliances estratègiques i operatives per a l'organització, en funció de les seves necessitats organitzatives i estratègiques, la complementarietat de les fortaleses d'ambdues parts i les seves capacitats. Alhora, asseguruen la transparència de la informació als grups d'interès clau, incloent-hi els òrgans de govern i d'acord amb les seves expectatives. ....	28
Agrupador conceptual: implicació en relació amb els clients – 01.....	28
Agrupador conceptual: implicació en relació amb els proveïdors – 02.....	30
Agrupador conceptual: implicació en relació amb la societat – 03 .....	33
Subcriteri 1.d - El líders de l'organització motiven les persones que hi treballen i els donen suport i reconeixement. ....	36
Agrupador conceptual: estil directiu – 01 .....	36
Subcriteri 1.e - Flexibilitat i gestió del canvi. Els líders reforcen una cultura d'excel·lència entre les persones de l'organització.....	39
Agrupador conceptual: gestió del canvi – 01 .....	39
CRITERI 2. ESTRATÈGIA .....	41
Subcriteri 2.a - L'estratègia es basa a comprendre les necessitats i les expectatives dels grups d'interès i de l'entorn. ....	42
Agrupador conceptual: en relació amb l'entorn – 01.....	42

Agrupador conceptual: en relació amb els grups d'interès – 02 .....	45
Agrupador conceptual: procés continu de comparació (benchmarking) – 03.....	47
Subcriteri 2.b - L'estratègia es basa a comprendre el rendiment de l'organització i les seves capacitats. ....	49
Agrupador conceptual: informació i anàlisi per a l'estratègia – 01.....	49
Subcriteri 2.c - L'estratègia i les seves polítiques de suport es desenvolupen, revisen i actualitzen.	51
Subcriteri 2.d - L'estratègia i les seves polítiques de suport es comuniquen, s'implanten i se supervisen. ....	52
Agrupador conceptual: processos clau – 01 .....	52
Agrupador conceptual: comunicació – 02 .....	54
CRITERI 3. PERSONES .....	55
Subcriteri 3.a - Planificació, gestió i millora dels recursos humans. ....	56
Agrupador conceptual: estratègia referida a les persones – 01.....	56
Agrupador conceptual: gestió de les persones – 02 .....	62
Agrupador conceptual: selecció – 03 .....	64
Subcriteri 3.b - Identificació, desenvolupament i manteniment del coneixement i la capacitat de les persones de l'organització.....	67
Agrupador conceptual: capacitats i atribucions – 01.....	67
Agrupador conceptual: pla de formació – 02.....	71
Agrupador conceptual: avaluació d'aptituds, actituds i habilitats – 03.....	75
Subcriteri 3.c - Implicació i assumpció de responsabilitats per part de les persones de l'organització.....	77
Agrupador conceptual: grups de treball – 01 .....	77
Subcriteri 3.d - Existència d'un diàleg entre les persones i l'organització. ....	80
Agrupador conceptual: programa d'acollida del personal – 01 .....	80
Agrupador conceptual: garantir la comunicació – 02 .....	82
Subcriteri 3.e - Reconeixement i atenció a les persones de l'organització.....	84
Agrupador conceptual: reconeixement de l'esforç de les persones – 01 .....	84
Agrupador conceptual: atenció a les persones – 02 .....	85
CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS.....	88
Subcriteri 4.a - Gestió de les aliances externes.....	89

Agrupador conceptual: prestadors externs de serveis assistencials – 01 .....	89
Agrupador conceptual: continuïtat entre àmbits assistencials – 02 .....	93
Agrupador conceptual: subcontractacions – 03 .....	95
Agrupador conceptual: altres proveïdors – 04 .....	98
Subcriteri 4.b - Gestió dels recursos econòmics i financers. ....	101
Agrupador conceptual: gestió de recursos econòmics i financers – 01 .....	101
Subcriteri 4.c - Gestió sostenible dels edificis, els equipaments, els materials i els recursos naturals.....	105
Agrupador conceptual: instal·lacions i manteniment de l'edifici – 01 .....	105
Agrupador conceptual: adequació de l'edifici – 02.....	107
Agrupador conceptual: accessibilitat de l'edifici i del seu entorn – 03 .....	114
Agrupador conceptual: dret a la intimitat i al confort – 04 .....	118
Agrupador conceptual: seguretat de l'edifici i del seu entorn – 05.....	123
Agrupador conceptual: gestió de residus i altres riscos – 06.....	126
Subcriteri 4.d - Gestió de la tecnologia. ....	128
Agrupador conceptual: gestió de la tecnologia assistencial – 01.....	128
Subcriteri 4.e - Gestió de la informació i del coneixement. ....	132
Agrupador conceptual: sistemes d'informació – 01 .....	132
Agrupador conceptual: gestió de la informació assistencial – 02 .....	136
Agrupador conceptual: gestió del coneixement – 03 .....	139
CRITERI 5. PROCESSOS .....	142
Subcriteri 5.a - Disseny, gestió i millora dels processos.....	144
Agrupador conceptual: disseny, planificació, gestió i millora dels processos – 01 .....	144
Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen. ....	149
Agrupador conceptual: atenció ambulatoria – 01.....	149
Agrupador conceptual: atenció urgent – 02 .....	155
Agrupador conceptual: atenció en l'hospitalització – 03 .....	161
Agrupador conceptual: atenció quirúrgica – 04.....	168
Agrupador conceptual: laboratoris – 05 .....	174
Agrupador conceptual: ús de la sang i components sanguinis – 06.....	179

Agrupador conceptual: ús del medicament – 07 .....	183
Agrupador conceptual: radiodiagnòstic, medicina nuclear i radioteràpia – 08.....	188
Agrupador conceptual: rehabilitació – 09 .....	192
Agrupador conceptual: nutrició – 10.....	194
Agrupador conceptual: arxiu i documentació clínica – 11 .....	196
Agrupador conceptual: gestió dels clients – 12.....	200
Agrupador conceptual: prevenció i control de la infecció – 13.....	203
Agrupador conceptual: investigació clínica – 14 .....	208
Agrupador conceptual: hostaleria – 15.....	210
Agrupador conceptual: magatzem – 16 .....	215
Agrupador conceptual: atenció social – 17 .....	218
Agrupador conceptual: educació del client – 18.....	220
Agrupador conceptual: ètica i drets del client – 19.....	222
Subcriteri 5.e - Relacions amb els clients. ....	227
Agrupador conceptual: atenció al client – 01 .....	227
CRITERI 6. RESULTATS EN ELS CLIENTS.....	231
Subcriteri 6.a - Mesures de percepció. ....	232
Agrupador conceptual: percepció del client – 01 .....	232
Subcriteri 6.b - Indicadors de rendiment. ....	236
Agrupador conceptual: objectivació de la satisfacció del client – 01 .....	236
CRITERI 7. RESULTATS EN LES PERSONES.....	239
Subcriteri 7.a - Percepció. ....	240
Agrupador conceptual: percepció del personal – 01 .....	240
Subcriteri 7.b - Indicadors de rendiment. ....	244
Agrupador conceptual: indicadors d'aptituds, actituds i habilitats – 01 .....	244
CRITERI 8. RESULTATS EN LA SOCIETAT .....	248
Subcriteri 8.a/b - Percepció i indicadors de rendiment.....	249
Agrupador conceptual: difusió i promoció de la salut i impacte local – 01.....	249
Agrupador conceptual: impacte ecològic – 02 .....	252



Agrupador conceptual: impacte en la societat – 03 .....	255
CRITERI 9. RESULTATS CLAU .....	257
Subcriteri 9.a - Resultats i indicadors organitzacionals clau.....	258
Agrupador conceptual: resultats i indicadors organitzacionals clau – 01 .....	258
Subcriteri 9.b - Resultats i indicadors econòmics clau.....	261
Agrupador conceptual: resultats i indicadors econòmics clau – 01 .....	261
Subcriteri 9.c - Resultats i indicadors operacionals clau.....	264
Agrupador conceptual: processos clau – 01 .....	264
Agrupador conceptual: processos de suport – 02.....	272
Glossari terminològic.....	285

## **CRITERI 1. LIDERATGE**

### **Definició**

Les organitzacions excel·lents tenen líders que donen forma al futur per fer-lo realitat, actuen com a model de referència dels seus valors i principis ètics i inspiren confiança.

Els líders són flexibles, s'impliquen personalment per assegurar que el sistema de gestió de l'organització es desenvolupi i s'hi implanti. Al mateix temps, permeten que l'organització s'anticipi i reaccioni oportunament, amb l'objectiu d'assolir l'èxit.

## **CRITERI 1. LIDERATGE**

### **Subcriteri 1.a - Els líders desenvolupen la missió, la visió, els valors i els principis ètics i actuen com a model de referència.**

#### **Agrupador conceptual: missió, visió, valors i principis ètics de l'organització – 01**

##### **Definició**

L'organització disposa, explícitament, d'una missió, la qual determina la seva raó de ser i la projecció cap al futur (visió), la determinació dels seus valors i principis ètics i de les polítiques d'actuació que s'han de seguir.

##### **Objectius**

Els líders de les organitzacions, a la pràctica, estableixen i comuniquen una orientació i direcció estratègica clares. Asseguren el futur de l'organització mitjançant la definició i la comunicació del seu objectiu fonamental que constitueix el fonament de la missió, visió, principis ètics i cultura.

Així mateix, promouen els valors de l'organització i són models de referència d'integritat, responsabilitat social i comportament ètic, internament i externament. Alhora, afavoreixen el desenvolupament de l'organització en promocionar els valors compartits, a més d'un comportament responsable i ètic dins una cultura de confiança i transparència. S'asseguren que les persones de l'organització actuïn amb integritat i segons un comportament ètic rigorós.

La missió ha d'incloure el reconeixement de què fa, per a qui ho fa i com ho fa. Ha d'estar actualitzada i ha de disposar de mecanismes reconeguts d'aprovació, projecció, comunicació i renovació.

---

#### **1a-01-E-01-E La missió està identificada explícitament i és completa i vigent.**

Tota organització ha d'identificar quina és la seva raó de ser i conèixer la seva projecció cap al futur.

La raó de ser i la visió cap al futur són conseqüència del que són els seus valors fonamentals, i el camí per aconseguir aquesta visió es realitza a través de polítiques.

Tots aquests elements constitueixen la missió de l'organització.

La missió consta d'una sèrie d'elements relacionats amb: valors, principis ètics, àmbit, clients, productes i cultura.

---

**1a-01-E-02-E La missió està aprovada per l'òrgan de màxima responsabilitat de l'organització.**

---

La missió és definida, descrita i assumida pel nivell màxim de responsabilitat de l'organització. S'entén com a nivell màxim de responsabilitat l'òrgan de govern.

---

**1a-01-D-01-Q La formulació/reformulació de la missió ha estat realitzada fomentant la col·laboració de l'organització.**

---

Per la seva rellevància, és important que la missió de l'organització es defineixi amb un alt nivell de participació.

---

**1a-01-D-02-Q La missió de l'organització es comunica i difon internament i externament.**

---

Els/les professionals que han participat en la definició de la missió són els millors agents per a la seva difusió.

---

**1a-01-D-03-E La missió és coneguda per les persones de l'organització.**

---

S'ha de disposar de canals que facilitin el coneixement de la missió a les persones de l'organització.

---

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

---

La missió no és inamovible. Mantenint la seva raó de ser, una organització pot reorientar-se en el seu àmbit, redefinir els seus valors, canviar les seves polítiques, etc.

És desitjable que la missió mantingui una estabilitat, però que es defineixi el seu període de vigència, el moment en què es revisarà i amb quin mecanisme.

## **CRITERI 1. LIDERATGE**

**Subcriteri 1.b - Implicació personal dels líders per garantir el desenvolupament, la implantació, la millora contínua i el rendiment del sistema de gestió de l'organització.**

**Agrupador conceptual: model organitzatiu del lideratge - òrgans de govern – 01**

### **Definició**

L'organització disposa d'una estructura organitzativa clara, definida, aprovada i comunicada. Les funcions i responsabilitats del màxim òrgan de govern estan descrites i assumides.

### **Objectius**

L'estructura organitzativa està adaptada a la consecució dels objectius de l'organització i és coherent amb la seva missió. Comporta l'assignació de funcions, responsabilitats i procediments d'actuació pel màxim òrgan de govern.

---

#### **1b-01-E-01-E**

**L'organització disposa d'un organigrama explícit, complet, aprovat i vigent.**

Tota organització requereix una estructura sobre la qual sostenir-se. Aquesta estructura, formada per l'entramat de càrrecs amb responsabilitat orgànica, ha d'estar clarament definida i ha de tenir fàcil accés a tots els membres de l'organització.

---

#### **1b-01-E-02-Q**

**Hi ha un procediment d'elaboració i modificació de l'organigrama.**

Aquest entramat organitzatiu ha de tenir capacitat d'adaptació a les necessitats canviants, ha de ser coherent amb la missió de l'organització i, per tant, conforme a la seva estratègia. El mecanisme de modificació ha d'estar clarament explicat.

---

#### **1b-01-E-03-E**

**Les estructures que componen l'organigrama tenen un/a responsable reconegut/uda.**

L'organigrama és una estructura de funcions desenvolupades per persones. Els càrrecs de l'organigrama han d'estar clarament definits i les persones que els ocupen han de ser clarament identificables.

---

**1b-01-E-04-E Les responsabilitats de l'òrgan de govern estan explicitades en texts legals, normes i procediments propis, i els seus membres en són informats.**

Les responsabilitats han d'estar clarament descrites i tots les persones responsables les han de conèixer.

---

**1b-01-E-05-Q Existeixen canals formals establerts d'interacció entre l'òrgan de govern i la direcció executiva.**

La interacció/comunicació entre el vèrtex estratègic de l'organització i l'òrgan de representació de la propietat ha d'estar clarament definida.

---

**1b-01-D-01-E L'organigrama vigent ha estat comunicat a l'organització.**

Totes les persones que treballen en l'organització han de poder accedir fàcilment a la informació sobre l'estructura organitzativa.

---

**1b-01-D-02-E L'organització coneix els/les seus/ves directius/directives.**

La informació relativa a qui són els/les directius/ves de l'organització ha de ser fàcilment accessible a les persones del centre.

---

**1b-01-D-03-E L'òrgan de govern aprova l'organigrama de l'organització.**

---

**1b-01-D-04-E L'òrgan de govern nomena la direcció executiva de l'organització.**

---

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

Les revisions i modificacions de l'organigrama caldrà que constin per escrit, estiguin aprovades i signades i hi consti la data de modificació.

## **CRITERI 1. LIDERATGE**

**Subcriteri 1.b - Implicació personal dels líders per garantir el desenvolupament, la implantació, la millora contínua i el rendiment del sistema de gestió de l'organització.**

### **Agrupador conceptual: model organitzatiu del lideratge - direcció executiva – 02**

#### **Definició**

L'organització disposa d'una estructura organitzativa clara, definida, aprovada i comunicada. Les funcions i responsabilitats de la direcció executiva estan descrites i assumides.

#### **Objectius**

L'estructura organitzativa està adaptada a la consecució dels objectius de l'organització i és coherent amb la seva missió. Comporta l'assignació de funcions i responsabilitats de la direcció executiva.

---

#### **1b-02-E-01-E Es descriuen les funcions, les competències i les responsabilitats de la direcció executiva.**

Tota organització requereix una estructura, formada per l'entramat de càrrecs amb responsabilitat orgànica, que ha d'estar clarament definida i ha de ser coneguda per tots els membres de l'organització. Dins d'aquesta estructura el vèrtex el constitueix la direcció executiva. Les seves funcions han d'estar clarament explicitades i han de ser conegudes per qui ocupi aquest lloc i pels seus col·laboradors.

---

#### **1b-02-E-02-E La direcció executiva es recolza en un equip de direcció compost, com a mínim, per les persones que dirigeixen les àrees principals de l'organització.**

---

#### **1b-02-E-03-Q El funcionament de l'equip de direcció s'estableix mitjançant procediments específics.**

Aquests procediments han de preveure la freqüència de reunions, la constitució de l'ordre del dia, el mecanisme de presa de decisions, l'estructura general de redacció de documents i la continuïtat en l'exercici de les funcions directives. S'hi farà constar també les absències dels membres de l'equip i s'identificarà qui assumeix les responsabilitats.

---

#### **1b-02-E-04-E Les funcions, competències i responsabilitats dels membres de la direcció executiva de l'organització estan descrites explícitament.**

---

---

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

---

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

---

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

---

L'efectivitat de l'equip de direcció s'avaluarà principalment per objectius previstos i assolits. En cas d'objectius no assolits s'hi haurà de fer constar la causa.



## **CRITERI 1. LIDERATGE**

**Subcriteri 1.b – Implicació personal dels líders per garantir el desenvolupament, la implantació, la millora contínua i el rendiment del sistema de gestió de l'organització.**

### **Agrupador conceptual: model organitzatiu del lideratge - línia executiva – 03**

#### **Definició**

L'organització disposa d'una estructura organitzativa clara, definida, aprovada i comunicada. Les funcions i responsabilitats de la línia executiva estan descrites i assumides.

#### **Objectius**

L'estructura organitzativa està adaptada a la consecució dels objectius de l'organització i és coherent amb la seva missió. Comporta l'assignació de funcions, responsabilitats i procediments d'actuació de la línia executiva. Els líders participen en la formulació dels objectius de l'organització i gestionen coherentment les seves àrees de responsabilitat.

---

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

---

---

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

---

---

**1b-03-E-03-Q Hi ha un procediment per a la selecció i el nomenament dels líders de l'organització.**

---

Quan la selecció és per normativa legal, aquesta s'assimila al procediment intern.

---

**1b-03-E-04-E Els líders de l'organització elaboren els objectius de les seves àrees de responsabilitat.**

---

Els líders elaboren els objectius tenint en compte els recursos humans, tècnics, estructurals i/o organitzatius necessaris.

---

**1b-03-E-05-E Els objectius de les àrees de responsabilitat dels líders s'estableixen d'acord amb els objectius institucionals.**

Els objectius de les diferents àrees de responsabilitat de l'organització s'estableixen mitjançant consens, que es ratifica formalment entre els representants de la direcció executiva i dels líders responsables de les unitats corresponents. En alguns casos els objectius poden ser comuns a més d'una àrea.

---

**1b-03-E-06-Q La participació transversal dels líders de l'organització està definida en estructures multidisciplinàries d'assessorament i de suport.**

L'organigrama de l'organització compta amb elements d'assessorament i de suport a la direcció. L'estructura executiva i la d'assessorament es connecten a través dels líders, que s'hi incorporen d'acord amb les seves capacitats i les seves funcions.

---

**1b-03-E-07-E Les responsabilitats dels líders inclouen la gestió del seu personal.**

La gestió del personal inclou també: planificació, tutela, formació, avaluació, reconeixement, sanció i suport per arribar a complir els objectius.

---

**1b-03-E-08-E Els líders participen en la definició de criteris per a la selecció del seu personal i en l'elecció d'aquest.**

Els criteris, inclouen els requisits concrets que formaran part de la selecció.

---

**1b-03-E-09-Q Les responsabilitats dels líders inclouen la implicació en la preparació i el seguiment del pressupost de la seva àrea o unitat funcional.**

---

**1b-03-E-10-Q Les responsabilitats dels líders inclouen la coordinació amb altres àrees de responsabilitat.**

---

**1b-03-E-11-E Els líders disposen d'objectius i pressupostos actualitzats sobre activitat, rendiment econòmic, productivitat i qualitat, en relació amb el seu àmbit de competència.**

Aquesta informació serà determinada per la pròpia organització, mitjançant consens entre la direcció executiva i els líders.

---

**1b-03-E-12-Q Hi ha criteris homogenis per a l'avaluació del rendiment productiu de l'àrea de la responsabilitat dels líders.**

---

En relació amb la gestió dels recursos aplicats, és imprescindible disposar d'un sistema que permeti l'avaluació del rendiment productiu (productivitat de persones, d'espais, d'equipaments i processos).

---

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

---

---

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

---

---

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

---

---

**1b-03-R-02-Q Els líders adopten mesures de correcció derivades de l'anàlisi de desviacions.**

---

## **CRITERI 1. LIDERATGE**

**Subcriteri 1.b - Implicació personal dels líders per garantir el desenvolupament, la implantació, la millora contínua i el rendiment del sistema de gestió de l'organització.**

### **Agrupador conceptual: pla estratègic – 04**

#### **Definició**

L'organització actua amb un pla estratègic, que és coherent amb la missió i que determina les línies d'actuació fonamentals per a l'organització; així mateix, en defineix la temporalització i la revisió.

#### **Objectius**

L'organització estableix mecanismes de planificació a curt, mitjà i llarg termini que li permeten establir les prioritats en la seva acció i identificar les amenaces i oportunitats de l'entorn i del mercat, i les pròpies característiques.

El pla ha de permetre identificar les línies estratègiques fonamentals i concretar-les en objectius operatius i plans d'acció, amb terminis i responsabilitats assignades. El pla ha de ser una eina de formulació participativa, coneguda per tot el personal de l'organització. El pla s'ha d'avaluar i revisar periòdicament, i s'ha d'adaptar a les noves realitats de l'entorn.

---

#### **1b-04-E-01-E L'organització té establert un pla estratègic actualitzat, vigent i aprovat per l'òrgan de govern.**

L'organització ha de comptar amb un mecanisme de planificació a curt i mitjà termini que li permeti establir les prioritats de la seva actuació.

El Pla estratègic s'assimila a les línies estratègiques de l'organització i cal que sigui aprovat pel màxim representant d'aquesta.

---

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

El pla estratègic ha d'identificar les característiques de l'entorn, les amenaces i les oportunitats.

---

#### **1b-04-E-03-Q El pla ha estat formulat fomentant i promovent la col·laboració de l'organització.**

Per a la màxima efectivitat del pla, aquest ha de desenvolupar-se comptant amb la col·laboració i la implicació dels líders, així com del major nombre de persones de l'organització.

---

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

El pla estratègic ha de tenir un període de vigència i els mecanismes d'avaluació per al compliment dels objectius.

---

**1b-04-E-05-E** 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.

Els plans d'acció han de comptar amb un responsable (propietari) del projecte, amb recursos humans i materials suficients per al seu compliment, i amb un cronograma.

---

**1b-04-E-06-E** El pla preveu la millora contínua entre les seves prioritats fonamentals.

---

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

---

**1b-04-D-02-Q** Els participants en la formulació del pla compten amb coneixements i habilitats per poder col·laborar en aquest objectiu.

---

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

---

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

---

**1b-04-R-01-E** 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.

---

## **CRITERI 1. LIDERATGE**

**Subcriteri 1.b - Implicació personal dels líders per garantir el desenvolupament, la implantació, la millora contínua i el rendiment del sistema de gestió de l'organització.**

### **Agrupador conceptual: pla de qualitat i seguretat del pacient – 05**

#### **Definició**

L'organització disposa d'un pla de gestió i millora de la qualitat i de la seguretat del pacient. Aquest pla impregna tota l'organització i implica des de la direcció fins al darrer nivell operatiu. Es mesura la qualitat i s'objectiva la millora obtinguda.

#### **Objectius**

El procés de millora qualitativa cap a l'excel·lència es planifica i s'executa de manera estructurada. Les accions de millora s'identifiquen i es prioritzen. L'efectivitat del pla s'avalua i es modifica en funció de la detecció de noves necessitats o oportunitats identificades. L'impuls cap a la millora contínua és una exigència ètica, individual i col·lectiva, raó per la qual es forma tot el personal per a la seva implantació. Tothom està compromès amb la qualitat i la seguretat del pacient, especialment els líders de l'organització.

---

**1b-05-E-01-E 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 procés de millora contínua cap a l'excel·lència no pot evolucionar sense planificació. El pla de qualitat i seguretat del pacient planifica l'execució del conjunt d'actuacions per a la millora qualitativa de forma estructurada i progressiva.

---

**1b-05-E-02-E El pla de qualitat i seguretat del pacient defineix els seus objectius, l'estructura organitzativa, el model metodològic en què se suporta, els procediments i els recursos assignats.**

---

**1b-05-E-03-E El pla de qualitat i seguretat del pacient s'incorpora al pla estratègic de l'organització i és coherent amb la seva missió.**

---

---

**1b-05-E-04-E L'organització defineix i identifica la línia estratègica "higiene de mans", dins del concepte de seguretat del pacient.**

---

Cal que la línia estratègica es basi en directrius que emanin d'organismes i entitats internacionalment reconeguts.

---

**1b-05-E-05-E L'organització defineix i identifica la línia estratègica "ús segur dels medicaments d'alt risc", dins del concepte de seguretat del pacient.**

---

Cal que la línia estratègica es basi en directrius que emanin d'organismes i entitats internacionalment reconeguts.

---

**1b-05-E-06-E L'organització defineix i identifica la línia estratègica "verificació de la seguretat en cirurgia", dins del concepte de seguretat del pacient.**

---

Cal que la línia estratègica es basi en directrius que emanin d'organismes i entitats internacionalment reconeguts.

---

**1b-05-E-07-E L'organització defineix i identifica la línia estratègica "identificació inequívoca de pacients", dins del concepte de seguretat del pacient.**

---

Cal que la línia estratègica es basi en directrius que emanin d'organismes i entitats internacionalment reconeguts.

---

**1b-05-E-08-E L'organització defineix i identifica la línia estratègica "prevenció de caigudes", dins del concepte de seguretat del pacient.**

---

Cal que la línia estratègica es basi en directrius que emanin d'organismes i entitats internacionalment reconeguts.

---

**1b-05-E-09-E L'organització defineix i identifica la política de comunicació, tant oral, com telefònica i informatitzada, relacionada directament amb l'assistència al malalt i d'acord amb el concepte de seguretat del pacient.**

---

Cal que la línia estratègica es basi en directrius que emanin d'organismes i entitats internacionalment reconeguts.

---

**1b-05-E-10-E 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.**

---

Una de les accions imprescindibles per al bon desenvolupament del pla de qualitat i seguretat del pacient és la implicació dels líders de l'organització.

---

**1b-05-E-11-Q El pla de qualitat i seguretat del pacient identifica oportunitats de millora i estableix la prioritització de les actuacions.**

---

---

**1b-05-E-12-E El pla de qualitat i seguretat del pacient estableix els plans d'acció a realitzar per millorar de forma concreta, temporalitzada i amb identificació de les persones responsables.**

---

---

**1b-05-E-13-Q El pla de qualitat i seguretat del pacient estableix objectivament els resultats esperats com a conseqüència de les actuacions.**

---

Només es millora el que es coneix, només es coneix el que es mesura.

---

**1b-05-E-14-E Hi ha un procediment per a la definició dels indicadors que en permet l'homogeneïtat i la comparabilitat.**

---

El procediment descriu com es construeix l'indicador que faciliti l'homogeneïtat i la comparabilitat interna i externa.

---

**1b-05-E-15-E El pla estableix els indicadors clau per monitorar-ne el seguiment.**

---

L'organització determinarà quin són els indicadors clau per dur a terme el monitoratge de les diferents àrees així com els resultats, tant clínics com de gestió de l'organització.

---

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

---

---

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

---



---

**1b-05-D-03-E L'organització desenvolupa actuacions relatives a la línia estratègica d'higiene de mans. Es registren els indicadors definits per al seu seguiment.**

---

- Abans del contacte amb el pacient.
- Abans de realitzar una tasca asèptica.
- Després del risc d'exposició a fluïds corporals.
- Després del contacte amb el pacient.
- Després del contacte amb l'entorn del pacient.

---

**1b-05-D-04-E L'organització desenvolupa actuacions relatives a l'ús segur dels medicaments d'alt risc. Es registren els indicadors definits per al seu seguiment.**

---

- Identificació, classificació i emmagatzematge de la medicació.
- Preparació de dosis per a l'administració de medicació.
- Identificació dels medicaments d'aspecte o nom semblants.
- Recomanacions específiques per evitar l'ús d'abreviatures, símbols i expressions de dosi que puguin donar lloc a confusió.
- Preparació, envasat, etiquetatge i administració de solucions concentrades d'electròlits.
- Estandardització de les dosis, de les unitats de mesura i de la terminologia emprada, per a l'ús segur de les solucions concentrades d'electròlits.

---

**1b-05-D-05-E L'organització desenvolupa actuacions relatives a la verificació del llistat de seguretat en cirurgia. Es registren els indicadors definits per al seu seguiment.**

---

- Polítiques i /o procediments homologats. S'inclouen els realitzats fora de la unitat quirúrgica.
- Marca per a la identificació del lloc quirúrgic.
- Participació del pacient en el procés de marcatge.
- Documentació i utilitat disponibles i en bon ús.
- Verificació prèvia a la intervenció, durant la intervenció i posterior a la mateixa.

---

**1b-05-D-06-E L'organització desenvolupa actuacions relatives a la identificació inequívoca de pacients. Es registren els indicadors definits per al seu seguiment.**

---

- Polítiques i / o procediments per a la correcta identificació del pacient.
- Indicadors d'identificació del pacient: nom i cognoms, data de naixement i número d'història clínica.
- Identificació activa dels pacients prèvia a l'administració de fàrmacs, de sang components sanguinis, etc.
- Identificació activa dels pacients prèvia a les extraccions de mostres per a anàlisis clíniques.
- Identificació activa del pacient abans de sotmetre's a procediments diagnòstics i de rebre tractaments.

---

**1b-05-D-07-E L'organització desenvolupa actuacions relatives a la línia estratègica de prevenció de caigudes, dins del concepte de seguretat del pacient. Es registren els indicadors definits per al seu seguiment.**

- Estructura física: terra no lliscant, disposició de baranes, timbre d'avís, especial atenció en les rampes, etc.
- Avaluació del risc de caigudes dels pacients.
- Nova avaluació en cas de motius diversos com per exemple, medicació, trasllat a una altra unitat, estada del pacient superior a 7 dies i d'altres.
- Actuacions per a la reducció del risc de caigudes en els pacients identificats.

---

**1b-05-D-08-Q L'organització desenvolupa actuacions relatives a la política de comunicació, relacionada directament amb l'assistència al malalt, tant per via oral, com per via telefònica i via informàtica. Es registren els indicadors definits per al seu seguiment.**

- Polítiques i/o procediments per a la correcta comunicació oral, telefònica i informatitzada.
- Anotació de les ordres mèdiques prescrites per via oral i dels resultats de les anàlisis transmesos per via oral i/o telefònica.
- Confirmació per part de l'emissor, de la transcripció de les ordres mèdiques i dels resultats de les anàlisis, que inclou les ordres mèdiques i els resultats de les anàlisis transmesos per via informàtica.

---

**1b-05-D-09-Q Els líders utilitzen els indicadors definits per a la fixació d'objectius i per al seu seguiment.**

L'avaluació dels resultats dels indicadors permet definir els objectius i la comparabilitat.

---

**1b-05-D-10-Q El pla de qualitat i seguretat del pacient ha estat comunicat i és conegut pel personal de l'organització i pels grups d'interès.**

---

**1b-05-R-01-E El pla de qualitat i seguretat del pacient proporciona resultats homogenis i objectius, de manera periòdica.**

---

**1b-05-R-02-E El pla de qualitat i seguretat del pacient 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.**

---

---

**1b-05-R-03-Q Les línies estratègiques en relació a la seguretat del pacient, 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.**

---

## **CRITERI 1. LIDERATGE**

**Subcriteri 1.c- Els líders de les organitzacions coneixen quins són els seus grups d'interès externs i creen eines de planificació per comprendre, anticipar i donar resposta a les diferents necessitats i expectatives d'aquests grups. Elaboren iniciatives per implicar aliats (socis), clients i societat en la generació d'idees i innovació. Utilitzen la innovació per millorar la reputació i la imatge de l'organització i per atraure nous clients, socis i clients . Així mateix, els líders de les organitzacions identifiquen aliances estratègiques i operatives per a l'organització, en funció de les seves necessitats organitzatives i estratègiques, la complementarietat de les fortaleses d'ambdues parts i les seves capacitats. Alhora, asseguren la transparència de la informació als grups d'interès clau, incloent-hi els òrgans de govern i d'acord amb les seves expectatives.**

### **Agrupador conceptual: implicació en relació amb els clients – 01**

#### **Definició**

L'organització crea iniciatives per implicar els clients en la generació d'idees, la millora contínua, la innovació i la creació de nous serveis.

#### **Objectius**

La implicació personal de l'organització s'orienta a conèixer, col·laborar, comunicar i reconèixer, per tal de satisfer, entendre i donar resposta a les necessitats i expectatives dels clients.

---

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

---

---

**1c-01-E-02-Q Les opinions dels líders i la dels grups d'interès de l'organització són escoltades a l'hora de dissenyar la política d'atenció al client.**

---

Aquesta haurà de ser aprovada per la direcció executiva.

---

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

---

---

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

---

---

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

---

---

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

---

---

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

---

---

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

---

---

**1c-01-D-04-Q** Es disposa d'informació escrita relativa a l'activitat realitzada per la unitat d'atenció al client.

---

---

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

---

L'opinió dels clients i el coneixement de les seves expectatives és una eina de millora imprescindible en les organitzacions que cerquen l'excel·lència.

---

**1c-01-R-02-E** 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.

---

## **CRITERI 1. LIDERATGE**

**Subcriteri 1.c - Els líders de les organitzacions coneixen quins són els seus grups d'interès externs i creen eines de planificació per comprendre, anticipar i donar resposta a les diferents necessitats i expectatives d'aquests grups. Elaboren iniciatives per implicar aliats (socis), clients i societat en la generació d'idees i innovació. Utilitzen la innovació per millorar la reputació i la imatge de l'organització i per atraure nous clients, socis i clients . Així mateix, els líders de les organitzacions identifiquen aliances estratègiques i operatives per a l'organització, en funció de les seves necessitats organitzatives i estratègiques, la complementarietat de les fortaleses d'ambdues parts i les seves capacitats. Alhora, asseguren la transparència de la informació als grups d'interès clau, incloent-hi els òrgans de govern i d'acord amb les seves expectatives.**

### **Agrupador conceptual: implicació en relació amb els proveïdors – 02**

#### **Definició**

L'organització crea iniciatives per implicar els proveïdors en la generació d'idees, la millora contínua, la innovació i la creació de nous serveis.

#### **Objectius**

La implicació personal de l'organització s'orienta a conèixer, col·laborar, comunicar i reconèixer, per tal de satisfer, entendre i donar resposta a les necessitats i expectatives dels proveïdors.

---

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

L'organització, a través dels seus líders, s'involucra amb els proveïdors en tasques de millora conjunta, innovació, aliances i creació de nous serveis.

L'organització no considera els proveïdors com a simples subministradors de productes amb una relació únicament comercial, sinó que s'orienta cap als objectius estratègics cercant les coincidències i coordinant-se amb ells en tasques de millora.

---

#### **1c-02-E-02-E L'organització ha dissenyat o disposa d'unes normes generals per a la selecció dels proveïdors, aprovades per la direcció executiva.**

---

#### **1c-02-E-03-Q La direcció executiva i els líders han participat activament en la definició i aplicació de les normes.**

---

---

**1c-02-E-04-E L'organització coneix i valora els sistemes de control de qualitat de què disposen els seus proveïdors.**

---

És important que l'organització conegui i valori els sistemes d'avaluació de la qualitat dels seus proveïdors externs, tant en el moment de la contractació com al llarg de la vigència del contracte. L'organització incorpora com a criteri de selecció dels seus proveïdors que aquests disposin d'un sistema de qualitat verificable.

---

**1c-02-E-05-E L'organització disposa d'algun sistema de control de qualitat sobre els seus proveïdors.**

---

L'organització defineix i aplica uns criteris per avaluar objectivament els serveis o productes i, per extensió, els proveïdors.

---

**1c-02-E-06-Q L'organització ha dissenyat una política de col·laboració amb els proveïdors que designa com a estratègics.**

---

---

**1c-02-E-07-Q Hi ha un sistema de reconeixement de la contribució dels proveïdors als resultats de l'organització.**

---

---

**1c-02-D-01-Q La direcció participa en la difusió de les normes per a la selecció dels proveïdors dintre i fora de l'organització.**

---

---

**1c-02-D-02-Q L'organització aplica unes normes generals per a la selecció dels proveïdors, aprovades per la direcció executiva.**

---

---

**1c-02-D-03-Q L'organització aplica un sistema de control de qualitat sobre els seus proveïdors.**

---

---

**1c-02-D-04-Q L'organització aplica criteris de responsabilitat social als seus proveïdors.**

---

---

**1c-02-D-05-Q** La direcció realitza accions de coordinació amb els proveïdors per elaborar nous plans i estratègies que queden reflectits documentalment i són aprovats.

---

---

**1c-02-D-06-Q** La direcció difon els resultats de la contribució dels proveïdors als resultats de l'organització.

---

---

**1c-02-R-01-Q** La direcció avalua periòdicament el grau de satisfacció de la mateixa organització i dels proveïdors en relació amb els resultats obtinguts.

---

---

**1c-02-R-02-Q** La política de relació amb els proveïdors es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma homogènia i objectiva i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.

---



## **CRITERI 1. LIDERATGE**

**Subcriteri 1.c - Els líders de les organitzacions coneixen quins són els seus grups d'interès externs i creen eines de planificació per comprendre, anticipar i donar resposta a les diferents necessitats i expectatives d'aquests grups. Elaboren iniciatives per implicar aliats (socis), clients i societat en la generació d'idees i innovació. Utilitzen la innovació per millorar la reputació i la imatge de l'organització i per atraure nous clients, socis i clients . Així mateix, els líders de les organitzacions identifiquen aliances estratègiques i operatives per a l'organització, en funció de les seves necessitats organitzatives i estratègiques, la complementarietat de les fortaleces d'ambdues parts i les seves capacitats. Alhora, asseguren la transparència de la informació als grups d'interès clau, incloent-hi els òrgans de govern i d'acord amb les seves expectatives.**

### **Agrupador conceptual: implicació en relació amb la societat – 03**

#### **Definició**

L'organització crea iniciatives per implicar la societat en la generació d'idees, la millora contínua, la innovació i la creació de nous serveis. L'organització utilitza la innovació per millorar-ne la imatge i el prestigi, i atraure nous clients, socis i talent.

#### **Objectius**

La implicació personal de l'organització s'orienta a participar activament en el seu entorn per tal de satisfer, entendre i donar resposta a les necessitats i expectatives de la societat que l'envolta.

---

#### **1c-03-E-01-E L'organització ha dissenyat un programa de difusió i formació per a la salut i la promoció d'hàbits saludables com a contribució a la societat, aprovat per la direcció executiva.**

L'organització s'implica amb la societat en la qual s'integra. Un dels mecanismes a través dels quals s'implica és el desenvolupament d'una sèrie d'activitats de formació per a la salut i de foment d'hàbits saludables.

Conferències en escoles, publicacions en revistes i premsa, cursos de formació per a persones alienes a l'organització. Aquestes activitats no responen a iniciatives aïllades o conjunturals, sinó que estan emmarcades en un programa estructurat, dotat de recursos i controlat des de la direcció.

---

**1c-03-E-02-E L'organització ha dissenyat una política dirigida a la millora del medi ambient, aprovada per la direcció executiva.**

---

L'organització s'implica amb la societat en la qual s'integra. Aquesta implicació s'estén també cap a la promoció de programes de millora del medi ambient (més enllà de la normativa vigent).

---

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

---

Aquesta política inclou facilitar la incorporació de personal voluntari.

---

**1c-03-E-04-Q S'ha dissenyat una política de difusió a la societat sobre temes relacionats amb el coneixement de la pròpia organització.**

---

Aquesta política es concreta en un programa específic d'actuació: jornades de portes obertes, actes públics per difondre la cultura de qualitat de l'organització, etc.

---

**1c-03-E-05-Q L'organització ha dissenyat una política de màrqueting.**

---

Aquesta política es concreta en un programa on es dóna a conèixer la seva cartera de serveis, la seva proposta de valor respecte al prestigi de marca, l'excel·lència en la producció de serveis, etc.

---

**1c-03-D-01-Q L'organització implanta els programes.**

---

Es refereix a programes de promoció de la salut i d'hàbits saludables, protecció de la salut, sostenibilitat i responsabilitat social.

---

**1c-03-D-02-Q La direcció impulsa la implantació i difusió dels programes, li dóna suport i hi participa activament.**

---

Es refereix a programes de promoció de la salut i d'hàbits saludables, protecció de la salut, sostenibilitat i responsabilitat social.

---

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

---

---

**1c-03-R-01-Q La direcció avalua periòdicament l'efectivitat dels programes.**

La política de relació amb la societat s'avalua amb la periodicitat prevista, de forma homogènia i objectiva i es modifica, si escau, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.

## **CRITERI 1. LIDERATGE**

**Subcriteri 1.d - El líders de l'organització motiven les persones que hi treballen i els donen suport i reconeixement.**

**Agrupador conceptual: estil directiu – 01**

### **Definició**

Com motiven els líders de l'organització les persones que hi treballen i els donen suport i reconeixement.

### **Objectius**

Els líders:

- es comuniquen directament amb el personal per estimular-lo i donar suport a les seves iniciatives per establir millores en tots els nivells de l'organització;
- generen una cultura emprenedora, de millora, implicació, pertinença, delegació i responsabilitat;
- fomenten una cultura que dóna suport al desenvolupament de noves idees i que impulsa la innovació i el desenvolupament de l'organització;
- vetllen per la capacitat dels seus col·laboradors en relació amb la contribució a l'èxit propi i de l'organització, dins un clima d'aliances;
- donen suport a les persones perquè facin realitat els seus plans, objectius i fites, reconeixent-los els esforços, i
- fomenten la igualtat d'oportunitats i la diversitat.

---

**1d-01-E-01-E L'organització ha dissenyat un pla de comunicació intern, aprovat per la direcció executiva.**

Canals formals de comunicació, descendents, ascendents i transversals dintre de l'organització.

---

**1d-01-E-02-Q 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.**

El pla estableix sistemes d'incorporació de l'opinió del personal sobre la direcció (reunions, entrevistes, etc.)

---

**1d-01-E-03-Q Hi ha un sistema per tal d'incentivar la participació del personal en activitats o grups de treball.**

---

Un dels mecanismes més potents d'incentivació dels treballadors és la participació en grups o activitats de millora.

Cal disposar d'un mecanisme estructurat que en permeti l'avaluació i correcció.

---

**1d-01-E-04-Q Hi ha un sistema de reconeixement per a les persones i els grups de treball que contribueixen a les millores assolides per l'organització.**

---

---

**1d-01-D-01-Q L'organització utilitza la informació aportada pels canals de comunicació establerts així com la que prové dels líders i del personal per planificar i prioritzar les àrees de millora.**

---

---

**1d-01-D-02-E La direcció participa en la implantació i difusió del pla de comunicació.**

---

---

**1d-01-D-03-Q 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.**

---

La direcció facilita els recursos necessaris als grups de treball (temps, espais físics, econòmics, formatius, etc.).

---

**1d-01-D-04-Q La direcció difon les activitats dels grups de treball i els resultats obtinguts.**

---

Els resultats dels grups de treball han de comunicar-se a l'organització i les seves propostes han d'incorporar-se per a la millora del funcionament.

---

**1d-01-D-05-Q La direcció difon el seu reconeixement a les persones i als grups de treball.**

---

---

**1d-01-R-01-E 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.**

---

---

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

---

---

**1d-01-R-03-Q La direcció avalua periòdicament l'efectivitat del sistema de reconeixement de les persones i dels grups de treball per les seves contribucions. Aquesta política es revisa i actualitza amb la periodicitat prevista, de forma objectiva, en funció de l'evolució de l'entorn, de la seva efectivitat o de noves prioritats.**

---

La direcció ha de vetllar per les diferents iniciatives dels grups i ha de tenir capacitat per modificar el seu model de reconeixement.

## **CRITERI 1. LIDERATGE**

**Subcriteri 1.e - Flexibilitat i gestió del canvi. Els líders reforcen una cultura d'excel·lència entre les persones de l'organització.**

**Agrupador conceptual: gestió del canvi – 01**

### **Definició**

Els líders vetllen perquè l'organització sigui flexible i gestionen el canvi eficaçment.

### **Objectius**

Els líders:

- comprenen els fenòmens externs i interns que impulsen el canvi de l'organització;
- demostren la seva capacitat per prendre decisions fonamentades, basant-se en la informació disponible, la pròpia experiència prèvia i l'anàlisi de l'impacte de les seves decisions;
- revisen, adapten el trajecte de l'organització quan es necessari i transmeten confiança en tot moment;
- impliquen tots els grups d'interès rellevants i s'esforcen per obtenir-ne el compromís, amb l'objectiu que contribueixin a l'èxit de l'organització i que s'introdueixin els canvis necessaris per assegurar-lo.
- Mantenen un avantatge sostingut i responen amb rapidesa i nous mètodes de treball.

---

#### **1e-01-E-01-Q L'equip directiu defineix activitats relacionades amb la gestió del canvi a l'organització.**

A partir de l'anàlisi de tendències de l'entorn i de la pròpia estructura de l'organització, aquesta actua per adaptar-se als canvis previstos.

---

#### **1e-01-D-01-Q L'organització desenvolupa activitats relacionades amb el canvi potencial de l'organització.**

El desplegament d'aquestes activitats en el centre es basa en un enfocament definit prèviament.

---

#### **1e-01-D-02-Q L'organització desenvolupa accions dirigides a minimitzar les resistències previsibles al canvi.**

---

---

**1e-01-D-03-Q L'organització implica els grups d'interès rellevants i n'obté el compromís per a la gestió del canvi.**

---

---

**1e-01-D-04-Q Els líders responen amb una adequada celeritat, introduint nous sistemes de treball.**

---

---

**1e-01-R-01-Q L'equip directiu avalua l'eficàcia de la gestió del canvi a l'organització.**

---

Les accions encaminades a gestionar el canvi en l'organització s'avaluen i es revisen com a element clau de la millora contínua i l'aprenentatge.



## **CRITERI 2. ESTRATÈGIA**

### **Definició**

Com l'organització implanta la seva missió i visió, i desenvolupa una estratègia centrada en els seus grups d'interès.

Les organitzacions elaboren i despleguen polítiques, plans, objectius i processos per fer realitat la seva estratègia.

## **CRITERI 2. ESTRATÈGIA**

**Subcriteri 2.a - L'estratègia es basa a comprendre les necessitats i les expectatives dels grups d'interès i de l'entorn.**

**Agrupador conceptual: en relació amb l'entorn – 01**

### **Definició**

L'organització coneix i reconeix el seu entorn actual, detecta les seves característiques i actua conforme a les seves necessitats i expectatives. L'organització observa el seu entorn; identifica, comprèn i avalua noves oportunitats, amenaces, tendències i avanços; i s'hi adapta i actua.

### **Objectius**

L'organització:

- ha d'estudiar les característiques demogràfiques, epidemiològiques, socioeconòmiques culturals, etc. dels seus clients i de la comunitat a la qual serveix;
- ha de conèixer les expectatives i les necessitats del seu entorn, i també les seves tendències;
- ha de poder dimensionar el seu mercat potencial i la seva projecció de futur;
- ha d'identificar les oportunitats i les amenaces que se li presenten;
- ha de conèixer les característiques de la competència i concurrència en el seu àmbit d'actuació, i
- ha de dissenyar les seves estratègies de mercat conforme a l'aprenentatge aportat per l'estudi de l'entorn i ha d'actuar d'acord amb l'estratègia.

---

**2a-01-E-01-Q 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.**

---

Per a qualsevol procés de presa de decisió és fonamental comptar amb la informació necessària, que queda recollida en el pla de gestió de la informació. Així, per definir la política i estratègia de l'organització cal que aquestes s'adeqüin a les necessitats i expectatives actuals i futures dels seus clients actuals i potencials.

S'entén com a demanda potencial aquella que és susceptible d'utilitzar l'oferta del centre i que encara no ho ha fet.

---

**2a-01-E-02-Q Hi ha un procediment que defineix la informació bàsica necessària, la seva estructura, els destinataris de la informació, l'àmbit d'anàlisi i la seva revisió, en relació amb la demanda natural.**

L'organització identifica quina és la informació útil i necessària referida a la demanda actual i potencial. Igualment s'especifica el disseny per a la recollida de dades, la metodologia, el/la responsable, qui analitza i elabora la informació, com arriba la informació a qui la necessita, el sistema d'avaluació a seguir tant en l'avaluació del sistema de recollida i elaboració com en la revisió contínua.

---

**2a-01-E-03-Q Es planifica sobre hipòtesis futures d'evolució de la demanda i modificació de l'entorn.**

És necessari saber on es troba l'organització i cap on vol anar. Per això, gràcies a l'estudi de la demanda podrà treballar amb diverses hipòtesis.

---

**2a-01-E-04-Q S'identifiquen els competidors/concurrents, les seves fortaleses i debilitats i la seva penetració en els diferents segments de mercat en què l'organització actua.**

Dintre de l'estudi de la demanda, l'organització ha d'identificar els seus competidors/concurrents i valorar els resultats econòmics, de qualitat, la seva oferta de productes/serveis, la penetració en el mercat, la segmentació dels seus clients.

---

**2a-01-E-05-E S'identifiquen dèficits d'oferta assistencial respecte a la demanda existent que puguin suposar oportunitats per a l'organització.**

S'entén per demanda no atesa, per exemple, llistes d'espera, infradotació de determinades tecnologies, etc.

---

**2a-01-E-06-Q Es dissenya l'estratègia en vista dels resultats de l'estudi de la demanda.**

---

**2a-01-E-07-Q Es detecten les expectatives tant dels clients actuals com dels potencials.**

Perquè la informació dels clients sigui completa, ha d'incloure l'anàlisi de les seves necessitats i expectatives més enllà de la seva opinió sobre els productes/serveis oferts actualment.

---

**2a-01-E-08-E L'estratègia referida a la demanda és coherent amb la missió de l'organització.**

---

La missió haurà d'especificar l'àmbit d'actuació quant a la tipologia de la seva oferta i l'àmbit territorial i demogràfic al qual es dirigeix l'esmentada oferta.

---

**2a-01-D-01-Q Es dimensiona l'estat actual de la demanda i la seva evolució.**

---

L'estudi de la demanda inclou la seva anàlisi i també de l'oferta i la freqüentació per línia de producte.

---

**2a-01-D-02-Q Es dimensiona la penetració aconseguida per l'oferta assistencial.**

---

En l'estudi de la demanda s'avalua la quota de mercat assolida pels diversos productes/serveis oferts per l'organització.

---

**2a-01-D-03-Q Es realitza una anàlisi històrica, d'acord a la informació obtinguda.**

---

Hi ha la possibilitat de comparació amb els resultats dels estudis dels anys anteriors.

---

**2a-01-D-04-Q Els líders coneixen les característiques de l'oferta i la demanda en general i els que els afecten específicament.**

---

---

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

---

---

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

---

---

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

---

---

**2a-01-R-01-Q L'anàlisi de les característiques de la oferta i la demanda es revisa periòdicament.**

---

## **CRITERI 2. ESTRATÈGIA**

**Subcriteri 2.a - L'estratègia es basa a comprendre les necessitats i les expectatives dels grups d'interès i de l'entorn.**

**Agrupador conceptual: en relació amb els grups d'interès – 02**

### **Definició**

L'organització coneix i reconeix els seus grups d'interès que l'afecten i identifica les seves expectatives respecte a l'organització, els factors clau d'èxit i el grau de resposta de l'organització.

### **Objectius**

L'organització:

- preveu en la seva estratègia com donar resposta a les necessitats i les expectatives dels seus grups d'interès;
- determina quins són els grups d'interès, les necessitats i expectatives de cada grup i els criteris i conceptes que aquests empren per avaluar-la;
- dissenya i desenvolupa estratègies de cobertura i consens de les expectatives i necessitats, i
- identifica els factors clau d'èxit de cada grup d'interès i en controla el grau de compliment.

---

**2a-02-E-01-E L'organització identifica els seus grups d'interès i n'identifica les expectatives i necessitats.**

Document escrit on queda detallada la informació necessària sobre els diversos grups d'interès, que serà diferent en funció de la relació dels grups amb l'organització. En qualsevol cas, haurà de conèixer les expectatives que aquests tenen respecte de l'activitat de l'organització.

---

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

Sigui per cobrir les expectatives o per minimitzar l'impacte de la no-cobertura d'aquestes.

---

**2a-02-E-03-Q L'organització explicita els factors clau d'èxit dels grups d'interès.**

---

---

**2a-02-D-01-Q L'organització interacciona directament amb els grups d'interès per conèixer les seves necessitats i expectatives i per ajustar-les a les possibilitats de l'organització.**

---

---

**2a-02-D-02-E L'organització actua per donar resposta a les necessitats i expectatives dels seus grups d'interès.**

---

En la mesura que aquestes expectatives siguin coherents amb la missió i l'estratègia de l'organització.

---

**2a-02-R-01-Q L'organització fa seguiment del grau de compliment dels factors clau d'èxit dels grups d'interès.**

---

---

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

---

## CRITERI 2. ESTRATÈGIA

**Subcriteri 2.a - L'estratègia es basa a comprendre les necessitats i les expectatives dels grups d'interès i de l'entorn.**

**Agrupador conceptual: procés continu de comparació (benchmarking) – 03**

### Definició

L'organització aprèn de si mateixa i dels millors.

### Objectius

- L'organització fomenta l'aprenentatge d'altres organitzacions, de com actuen, com s'organitzen, com aborden i desenvolupen els seus processos claus.
- L'aprenentatge és útil si és aplicat i avaluat per l'organització mateixa.
- L'organització col·labora amb altres organitzacions, del sector i alienes, per compartir experiències.
- L'organització compara el seu rendiment amb indicadors de referència rellevants per comprendre les seves fortaleces i punts de millora.

---

#### **2a-03-E-01-Q Hi ha un procediment per facilitar al personal l'aprenentatge d'altres organitzacions.**

L'organització disposa d'un procediment amb criteris clars i objectius per facilitar que les persones de l'organització aprenguin d'altres organitzacions, així com per facilitar que altres aprenguin de l'organització.

Es fa referència a l'aprenentatge de tipus organitzatiu, de gestió i de desenvolupament de diversos processos.

---

#### **2a-03-E-02-Q L'organització té establert el mecanisme de difusió intern de l'aprenentatge obtingut pel personal.**

---

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

Dintre del disseny del sistema d'informació, l'organització preveu la possibilitat de comparar el seus resultats amb altres organitzacions del sector o altres sectors, estàndards internacionals o altres.

---

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

---

---

**2a-03-D-02-Q L'organització facilita al seu personal l'accés a l'aprenentatge d'altres organitzacions.**

---

---

**2a-03-D-03-Q L'organització compara estructures, processos i resultats amb altres organitzacions del mateix sector o d'altres sectors.**

---

---

**2a-03-D-04-Q L'organització afavoreix que altres organitzacions aprenguin d'ella.**

---

---

**2a-03-D-05-Q L'organització respecta la propietat intel·lectual de les organitzacions de les quals adapta conceptes aplicables, obtenint la seva autorització explícita i/o mencionant la font de procedència.**

---

En tot document ha de constar el propietari o propietaris i les fonts d'informació utilitzades per a la seva creació o actualització.

---

**2a-03-D-06-Q L'organització afavoreix la difusió i comunicació interna dels aprenentatges obtinguts.**

---

---

**2a-03-R-01-Q L'organització avalua l'aplicabilitat de l'aprenentatge obtingut d'altres organitzacions.**

---



## **CRITERI 2. ESTRATÈGIA**

**Subcriteri 2.b - L'estratègia es basa a comprendre el rendiment de l'organització i les seves capacitats.**

**Agrupador conceptual: informació i anàlisi per a l'estratègia – 01**

### **Definició**

L'organització dissenya el seu sistema d'informació dirigit a la presa de decisions.

### **Objectius**

- L'organització obté informació útil per determinar els seus objectius i definir les estratègies més apropiades.
- L'obtenció de la informació es planifica segons les necessitats de l'organització i s'estructura per satisfer, esglaonadament, les necessitats dels líders.
- La informació és útil per fixar els pressuposts i els objectius, per mesurar els resultats i per detectar les desviacions.
- S'analitzen dades i informació disponibles relatives a les competències i capacitats clau.

---

**2b-01-E-01-E Hi ha un pla de gestió de la informació que inclou la informació rellevant per a cada nivell de l'organització. Alhora determina qui té accés a diversos tipus d'informació.**

---

El pla de gestió de la informació és un instrument de planificació i gestió global de l'organització en què es fa referència a la informació procedent dels diferents subsistemes amb la finalitat de facilitar-ne el maneig i utilització en el procés de la presa de decisions.

Aquesta eina facilita la informació de diverses activitats: anàlisi d'activitat, del seu cost; estudi de les càrregues de treball i productivitat per lloc, unitat, servei; estudi del cost per procés, estudi del cost de la qualitat o de la no qualitat, entre d'altres.

---

**2b-01-D-01-E La informació inclosa en el pla aporta dades sobre la producció, els recursos utilitzats, la productivitat, les capacitats i el rendiment.**

---

---

**2b-01-D-02-E La informació inclosa en el pla aporta dades sobre la qualitat amb què es presten els serveis.**

---

---

**2b-01-D-03-Q La informació inclosa en el pla aporta dades sobre les característiques del client i de l'entorn.**

---

---

**2b-01-D-04-E La informació inclosa en el pla aporta dades de caràcter econòmic.**

Aquesta informació inclourà dades sobre els ingressos econòmics i la seva procedència, els costos i la seva naturalesa i els resultats econòmics obtinguts en general per a tota l'organització, per línia de producte i per procés.

---

**2b-01-D-05-E 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.**

El quadre de comandament és el document que ofereix a les persones que dirigeixen la informació sintètica, precisa, estructurada i periòdica sobre el desenvolupament de l'organització.

---

**2b-01-D-06-E 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.**

---

---

**2b-01-D-07-Q La informació obtinguda permet la gestió clínica per processos.**

---

---

**2b-01-D-08-Q La informació permet l'anàlisi, la comparabilitat evolutiva interna i l'externa, i ambdues es realitzen.**

---

---

**2b-01-R-01-E 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.**

---

## CRITERI 2. ESTRATÈGIA

**Subcriteri 2.c - L'estratègia i les seves polítiques de suport es desenvolupen, revisen i actualitzen.**

Integra els conceptes següents:

- crear i mantenir una estratègia i polítiques de suport de manera coherent amb la seva missió, visió i valors;
- identificar i comprendre els resultats claus necessaris per assolir la missió i avaluar el progrés cap a la visió i els seus objectius estratègics;
- equilibrar les necessitats i les expectatives de tots els grups d'interès;
- equilibrar les pressions i els requisits a curt i mitjà termini;
- preparar escenaris alternatius i plans de contingència;
- gestionar riscos estratègics;
- identificar els avantatges competitius actuals i futurs;
- alinear l'estratègia de l'organització amb l'estratègia dels socis;
- reflectir els conceptes fonamentals d'excel·lència en l'estratègia i polítiques de suport;
- avaluar la importància i l'efectivitat de l'estratègia i les seves polítiques de suport;
- identificar els factors clau d'èxit;
- revisar i actualitzar l'estratègia i les seves polítiques de suport, i
- assegurar la sostenibilitat econòmica, social i ambiental.

**Nota: el subcriteri 2.c, «Desenvolupament i revisió de l'estratègia», igual que en el model del 2006, no es desenvolupa en aquest criteri, sinó que s'inclou en el desenvolupament del pla estratègic del criteri 1, «Lideratge», i en el desplegament dels subcriteris 2.a, 2.b i 2.d.**

## **CRITERI 2. ESTRATÈGIA**

**Subcriteri 2.d - L'estratègia i les seves polítiques de suport es comuniquen, s'implanten i se supervisen.**

**Agrupador conceptual: processos clau – 01**

### **Definició**

L'organització disposa d'un esquema de processos clau per portar a terme la seva estratègia.

### **Objectius**

- L'organització desplega sistemàticament la seva estratègia i les polítiques de suport.
- L'organització té uns processos clau que normalment són els que afecten més directament la satisfacció del client i els seus resultats.
- Aquests han d'estar d'acord amb la seva estratègia i s'han d'actualitzar, comunicar i avaluar periòdicament.

---

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

---

---

**2d-01-E-02-E 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.**

---

La direcció executiva i els líders aproven formalment la planificació.

---

**2d-01-E-03-Q Hi ha un sistema establert per a la prioritització dels objectius, activitats i plans de millora dels processos clau.**

---

---

**2d-01-E-04-E 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 del pacient.**

---

---

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

---

El/la responsable promourà la col·laboració d'un equip format per persones coneixedores del procés.

---

**2d-01-D-02-Q L'organització actua d'acord amb la prioritització establerta.**

---

---

**2d-01-D-03-E 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.**

---

---

**2d-01-D-04-Q Tots els objectius i activitats tenen assignats els recursos necessaris.**

---

---

**2d-01-D-05-Q El/la responsable propietari/a del procés i l'equip definirà qui ha d'implantar les millores del procés i difondrà les corresponents responsabilitats.**

---

---

**2d-01-R-01-Q El/la responsable propietari/a del procés i l'equip revisaran i avaluaran l'efectivitat de les millores, per tal d'assolir i mantenir la millora de la qualitat.**

---

---

**2d-01-R-02-E Els objectius, activitats i plans de millora dels processos clau es revisen periòdicament, d'acord amb l'estratègia de l'organització.**

---

## **CRITERI 2. ESTRATÈGIA**

**Subcriteri 2.d - L'estratègia i les seves polítiques de suport es comuniquen, s'implanten i se supervisen.**

**Agrupador conceptual: comunicació – 02**

### **Definició**

L'organització comunica la seva estratègia i les polítiques de suport a totes les persones i grups d'interès.

### **Objectius**

- L'organització disposa d'un pla de comunicació per tal d'assegurar que totes les persones que la integren estan assabentades dels objectius establerts.
- El programa es revisa, s'avalua i s'actualitza periòdicament.

---

**2d-02-E-01-E 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.**

La direcció estableix un esquema de comunicació de la seva política i estratègia per tal de fer-les arribar a totes les persones de l'organització.

---

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

---

**2d-02-R-01-Q La direcció avalua l'efectivitat del pla de comunicació, per a la difusió de les línies estratègiques i dels objectius, de forma periòdica, i es duen a terme accions de millora.**

---

## **CRITERI 3. PERSONES**

### **Definició**

L'organització valora les persones que l'integren i crea una cultura que permet assolir els objectius de manera beneficiosa per a totes les parts.

L'organització desenvolupa les capacitats de les persones, afavoreix i aprofita el coneixement i el potencial de les persones, individualment i de l'equip, i planifica aquestes activitats en suport de la seva estratègia i del funcionament eficaç dels processos.

## **CRITERI 3. PERSONES**

### **Subcriteri 3.a - Planificació, gestió i millora dels recursos humans.**

#### **Agrupador conceptual: estratègia referida a les persones – 01**

##### **Definició**

L'organització elabora la seva estratègia referida a les persones que hi treballen d'acord amb la missió i afavoreix que l'organització disposi d'un conjunt de persones capacitades, amb atribucions reconegudes, permanentment actualitzades en coneixements i habilitats, motivades i compromeses amb l'organització i els seus objectius.

##### **Objectius**

L'organització estableix i porta endavant estratègies referides a la selecció i la realització de carrera, i la formació, avaluació, determinació d'atribucions, productivitat, motivació, reconeixement i comunicació del personal que treballa a l'organització.

Les estratègies de l'organització, referides a les persones, engloben tots els col·lectius professionals que s'hi relacionen, incloent-hi els col·lectius subcontractats, en formació o d'altres.

Utilitza la informació procedent de les persones que hi treballen per millorar estratègies i plans de gestió de les persones.

---

#### **3a-01-E-01-E L'organització disposa d'un pla de recursos humans elaborat amb la participació dels líders, aprovat per la direcció executiva i vigent.**

Tenint en compte el valor fonamental dels recursos humans en l'assoliment dels objectius institucionals, cal disposar d'un pla d'actuació, en allò que afecta els recursos humans i que, coherentment amb la missió i estratègies de l'organització, sigui l'instrument de planificació, operativització i revisió de les funcions principals relacionades amb el personal.

---

#### **3a-01-E-02-Q 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.**

Per a cada estament, departament o unitat funcional i en funció de les tasques assignades i del volum d'activitat, l'organització preveu i determina la dotació de personal necessària.



---

**3a-01-E-03-E El pla de recursos humans inclou la normativa de funcionament intern del personal de l'organització.**

---

L'organització disposa d'una normativa general de funcionament per al conjunt del personal o bé per grups professionals o unitats funcionals. En allò que afecta els recursos humans, aquesta normativa estableix criteris d'organització, funcionament, normes d'identificació, accés, seguretat, uniformitat, tracte, responsabilitat, disciplina i altres.

---

**3a-01-E-04-E Hi ha una normativa específica de funcionament i de delimitació d'atribucions i responsabilitats del personal en formació.**

---

De la mateixa manera que hi ha una normativa de funcionament per al conjunt del personal, ha d'haver-hi una aplicació específica d'aquesta per als col·lectius en formació, i de forma molt especial quan aquests tenen accés als clients i persones usuàries del centre.

---

**3a-01-E-05-Q L'organització que tingui un programa de voluntariat disposarà d'una normativa específica de funcionament i de delimitació d'atribucions i responsabilitats del personal voluntari.**

---

De la mateixa manera que hi ha una normativa de funcionament per al conjunt del personal, ha d'haver-hi una aplicació específica d'aquesta per a persones voluntàries, i de forma molt especial quan aquests tenen accés als clients i persones usuàries del centre.

---

**3a-01-E-06-Q Hi ha una normativa específica de funcionament i de delimitació d'atribucions del personal subcontractat que realitza les seves activitats en el centre sanitari.**

---

De la mateixa manera que hi ha una normativa de funcionament per al conjunt del personal, ha d'haver-hi una aplicació específica d'aquesta per a personal subcontractat i d'altres vinculats directament amb l'organització, i de forma molt especial quan aquests tenen accés als clients i persones usuàries del centre.

---

**3a-01-E-07-E Hi ha una normativa específica per a la identificació obligatòria de tot el personal que treballa i col·labora en l'organització.**

---

S'entén com a personal que treballa i col·labora a l'organització: personal propi, subcontractat, en formació i persones voluntàries, entre d'altres.

---

**3a-01-E-08-Q El pla de recursos humans incorpora els procediments per a l'avaluació de necessitats de personal, sol·licitud, aprovació, selecció, certificació i incorporació de nou personal, tant estable com discontinu.**

---

---

**3a-01-E-09-Q El pla estableix garanties d'igualtat d'oportunitats per incorporar-se o promocionar-se a l'organització, d'acord amb un criteri o perfil establert.**

---

---

**3a-01-E-10-Q El pla de recursos humans incorpora els procediments per a l'avaluació periòdica del personal i la renovació contractual.**

---

---

**3a-01-E-11-E El pla de recursos humans incorpora un pla d'acollida del nou personal, sigui aquest estable o temporal.**

---

L'organització ha de disposar d'un pla d'acollida al personal de nova incorporació, tant si és personal estable o temporal, si és una segona o tercera incorporació o altres circumstàncies especials. El pla d'acollida ha d'incloure els elements fonamentals d'orientació i coneixement de l'organització que facilitin la ràpida integració del personal a la institució i a la unitat funcional a la qual s'incorpori.

---

**3a-01-E-12-E El pla de recursos humans incorpora els procediments de registre, obertura i tancament d'expedients individuals del personal, contingut, ordenació, conservació, accés i confidencialitat.**

---

El personal ha de tenir un expedient individual que registri la informació referida a la seva qualificació professional, titulació, curriculum vitae i la seva evolució posterior a la incorporació, contracte/s realitzat/s i les seves modificacions, avaluacions realitzades, expedients disciplinaris, formació rebuda, etc.

Aquest expedient afecta estrictament la relació entre la persona i l'organització i, per tant, ha de tenir un tractament reservat i amb garanties de confidencialitat. L'organització ha de disposar l'arxivament temporal o definitiu de les baixes produïdes, així com les normes d'utilització dels expedients de personal.

---

**3a-01-E-13-E El pla de recursos humans incorpora els procediments per a la informació, gestió i resolució dels expedients disciplinaris.**

---

---

**3a-01-E-14-Q 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.**

L'organització, més enllà del compliment estricte de la Llei, adopta una posició proactiva cap a la protecció i promoció de la salut del personal, en un entorn de risc potencial elevat, com són les institucions sanitàries. Actua per detectar els riscos, per adoptar mesures de prevenció d'aquests, per identificar i registrar els accidents o repercussions sanitàries de l'exercici professional i per actuar en la seva minimització.

---

**3a-01-E-15-Q Hi ha documents on consten els llocs de treball, les funcions i responsabilitats en l'àmbit de la salut laboral, que inclou persones que col·laboren a l'organització.**

L'organització és globalment responsable dels riscos de totes les persones que hi treballen. S'inclou personal de l'organització, subcontractat, persones voluntàries i altres.

---

**3a-01-E-16-Q El pla desenvolupa accions informatives i formatives sobre hàbits saludables en el treball.**

---

**3a-01-E-17-E El pla incorpora la descripció dels llocs de treball existents.**

L'organització disposa per a tots i cadascun dels llocs de treball de la seva descripció corresponent, formulada amb estructura homogènia i amb la col·laboració activa dels líders implicats.

---

**3a-01-E-18-Q Hi ha un procediment per a la descripció del lloc de treball.**

---

**3a-01-D-01-Q L'organització que tingui un programa de voluntariat haurà de disposar d'un document on s'explicitin els drets i deures del personal voluntari, així com els seus criteris d'actuació.**

---

**3a-01-D-02-E L'organització que tingui un programa de voluntariat disposarà d'un referent de coordinació d'aquest col·lectiu en el centre.**

S'entén com a referent una persona de la mateixa organització a qui es dirigiran les persones voluntàries del centre (diferent del/de la responsable de l'entitat).

---

**3a-01-D-03-Q L'organització gestiona i coordina la demanda de voluntariat.**

---

L'organització identifica, gestiona i coordina la demanda de funcions pròpies del voluntariat i procura atendre-la, a través del programa propi o per accions externes.

---

**3a-01-D-04-E L'organització disposarà d'un registre de persones voluntàries i de l'entitat de procedència.**

---

Inclourà els períodes de prestació compromesos.

---

**3a-01-D-05-Q Hi ha una àgil disponibilitat dels serveis de voluntariat al centre.**

---

S'entén per agilitat que la resposta sigui adequada a la necessitat en temps i forma.

---

**3a-01-D-06-E Els líders participen en el disseny dels llocs de treball de les àrees que els afecten.**

---

---

**3a-01-D-07-Q Els llocs de treball estan d'acord amb les funcions, requisits i competències descrites.**

---

Aquests elements han de ser coherents amb el lloc de treball descrit, en la descripció de lloc de treball (DLT) corresponent i suficientment explícits com per diferenciar clarament els llocs de treball de l'organització.

---

**3a-01-D-08-Q En la incorporació el personal rep la informació sobre el seu lloc de treball.**

---

Específicament té accés a la seva DLT.

---

**3a-01-D-09-Q Es compleix el programa d'acollida establert.**

---

---

**3a-01-R-01-E 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.**

---

---

**3a-01-R-02-Q S'avalua periòdicament el programa de voluntariat del centre.**

---

---

**3a-01-R-03-Q Els procediments i documents de funcionament i les descripcions dels llocs de treball es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

---

## **CRITERI 3. PERSONES**

### **Subcriteri 3.a - Planificació, gestió i millora dels recursos humans.**

#### **Agrupador conceptual: gestió de les persones – 02**

##### **Definició**

L'organització, en desenvolupar les seves estratègies referides al personal, estableix els mecanismes adequats per garantir el compliment de les normes de funcionament intern i dels instruments necessaris per a la gestió integral del personal.

##### **Objectius**

L'organització vetlla pel compliment efectiu de la normativa establerta pel que fa referència al personal. Al mateix temps, disposa d'instruments homogenis i sistematitzats que aporten, a la direcció i als líders, elements d'ajut per prendre decisions.

---

**3a-02-E-01-Q Hi ha un procediment per mantenir actualitzat el currículum del personal.**

---

---

**3a-02-E-02-E 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.**

---

El personal d'una organització sanitària ha de respectar el dret a la confidencialitat de les dades i de la informació clínica que fa referència als clients que atén. Aquest compromís es pot reflectir en els pactes contractuals individuals i en les normatives de funcionament internes.

---

**3a-02-E-03-E 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.**

---

Es revisarà la documentació de control de gestió del personal de l'organització en què es registra amb periodicitat mensual l'evolució de l'absentisme, discriminat per col·lectius i causes, i el percentatge de cobertura.

---

**3a-02-E-04-Q L'organització disposa de criteris i procediments específics per cobrir l'absentisme.**

---

---

**3a-02-E-05-Q L'organització disposa de sistemes d'objectivació de la cobertura de cada lloc de treball, per torn i amb identificació de qui el cobreix i de la cobertura dels llocs de treball de presència física continuada i en localització.**

L'organització ha de conèixer, en temps real, qui cobreix cadascun dels llocs de treball actius, així com qui està de guàrdia, tant en presència física o en règim de localització.

---

**3a-02-D-01-E 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.**

L'organització vetlla pel creixement del capital humà de què disposa i registra les activitats curriculars dels seus professionals des de la seva incorporació.

---

**3a-02-D-02-Q L'organització informa dels criteris d'actuació i de les dades d'absentisme als líders corresponents.**

---

**3a-02-D-03-Q L'organització actua per minimitzar l'absentisme a partir de l'anàlisi de les seves causes.**

---

**3a-02-D-04-Q L'organització actua per garantir el manteniment de les dotacions suficients establertes per a cada àrea o departament.**

L'organització ha de garantir una dotació capaç d'assumir quantitativament i qualitativament les càrregues de treball generades en cada unitat funcional, així com establir els mecanismes d'actuació quan aquest equilibri no pot ser sostingut.

---

**3a-02-D-05-Q Els líders coneixen i apliquen els criteris referits al manteniment de la capacitat productiva i saben com actuar en situacions "sota mínims" del nivell establert.**

---

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

---

## **CRITERI 3. PERSONES**

### **Subcriteri 3.a - Planificació, gestió i millora dels recursos humans.**

#### **Agrupador conceptual: selecció – 03**

##### **Definició**

L'organització té l'obligació de captar i incorporar els millors professionals als quals pugui tenir accés, sempre que la necessitat d'incorporar-los estigui plenament justificada. La definició de millor professional engloba aspectes no estrictament tecnicocientífics i curriculars, sinó que també avalua les característiques personals pel que fa a habilitats i actituds.

##### **Objectius**

L'organització detecta les seves necessitats de personal amb criteris de cobertura de les necessitats dels clients (criteris qualitatius) i de productivitat adequada (criteris quantitius).

L'organització estableix els procediments i els requisits que cal satisfer com a part del procés de selecció de nous professionals.

En els processos de selecció hi participen els líders.

---

**3a-03-E-01-E 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.**

El procediment haurà d'incloure el mecanisme de creació de noves places, de reclutament de les persones candidates, del procés de selecció i la provisió de la plaça. Ha de quedar definit en el procediment quines places aprovarà la direcció executiva. Com a mínim, aquesta aprovarà les places de cobertura de llarga durada.

---

**3a-03-E-02-E 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.**

---

**3a-03-E-03-Q El procediment preveu la participació del líders en la determinació de les necessitats de personal, en la definició del perfil desitjat, en el procés de selecció, en el procés de verificació de titulacions i referències i en el procés de presa de decisions.**

---



---

**3a-03-E-04-Q El procediment inclou la selecció per a substitucions i suplències de curta durada.**

---

L'organització disposa d'un mecanisme àgil i eficaç per a la selecció de personal amb contractes de curta durada. L'organització pot realitzar procediments avançats de selecció per disposar d'una incorporació ràpida de personal quan es presenti la necessitat o bé pot establir un procediment de selecció abreujat per a aquests casos. El criteri és simplificar el procés però no obviar-lo.

---

**3a-03-E-05-Q El procediment preveu la possibilitat de participació de la representació del grup professional de què es tracti en el procés de selecció, avaluació curricular i de capacitats i competències.**

---

L'organització obre el procés d'avaluació de noves incorporacions al criteri qualificat dels professionals de l'estament en què s'ha de produir la incorporació (junta facultativa, comissió de credencials, etc.). L'objectiu és fomentar l'autoregulació entre professionals del mateix col·lectiu. Cada organització estableix el grau de vinculació per a la presa de decisions que poden tenir aquests òrgans d'assessorament i representació tecnicocientífica.

---

**3a-03-E-06-Q El procediment especifica el procés que s'ha de seguir en el cas de la selecció de persones voluntàries i del personal en formació.**

---

El procediment de selecció ha de cobrir tot aquell personal que depengui funcionalment del centre i, per tant, ampliat a persones voluntàries i a personal en formació quan la selecció sigui possible.

---

**3a-03-D-01-Q L'organització dona resposta a les candidatures.**

---

L'organització vetlla per donar resposta a les persones candidates que no hagin estat seleccionats en les diferents fases del procés i, en el cas que així se sol·liciti, retornar la totalitat de la documentació aportada per les persones candidates.

---

**3a-03-D-02-Q Els líders participen en la determinació de les necessitats de personal, en la definició del perfil desitjat, en el procés de selecció, en el procés de verificació de titulacions i referències i en el procés de presa de decisions.**

---

---

**3a-03-D-03-E 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.**

---

---

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

---

### CRITERI 3. PERSONES

#### **Subcriteri 3.b - Identificació, desenvolupament i manteniment del coneixement i la capacitat de les persones de l'organització.**

##### **Agrupador conceptual: capacitats i atribucions – 01**

#### **Definició**

L'organització es dota i manté uns recursos humans capacitats i competents per satisfer les necessitats dels clients i usuaris. Reconeix les capacitats i les atribucions individuals i vetlla perquè les necessitats específiques dels clients i usuaris siguin ateses per les persones que estan capacitades i autoritzades per l'organització.

L'organització coneix i comprèn les habilitats i les competències que són necessàries per assolir la missió, la visió i els objectius estratègics, i s'assegura que les persones disposin de les eines, les competències i la informació necessàries per a la seva contribució.

#### **Objectius**

L'organització autoritza específicament cada professional a exercir la seva funció, únicament quan el reconeix competent i capacitat.

L'organització vetlla perquè les necessitats dels clients i usuaris siguin satisfetes per personal competent i autoritzat.

L'organització vetlla per disposar, sempre que calgui, del personal capacitat i competent per assistir els clients i usuaris.

L'organització promou la formació permanent del seu personal per mantenir i augmentar-ne la capacitat i atribucions.

---

**3b-01-E-01-E L'organització disposa d'un procediment que determina les atribucions i capacitats necessàries dels/de les professionals de l'organització que tenen funcions d'assistència o de suport a l'assistència, per satisfer les necessitats dels clients i persones usuàries.**

---

L'organització ha de disposar del personal reconegudament capacitat per realitzar l'activitat del seu lloc de treball. Per al reconeixement de capacitats, l'organització estableix un procediment d'avaluació individual en què els líders directes i la direcció atorguen autorització per a la realització de determinades funcions, ja siguin aquestes d'ordre organitzatiu (capacitat de realitzar ingressos, de sol·licitar exploracions externes, etc.) o d'ordre tècnic (realització de tècniques invasives o quirúrgiques, tècniques diagnòstiques...).

---

**3b-01-E-02-E El procediment determina qui té competències per:**

- L'autorització de les atribucions d'altres professionals.
  - L'avaluació de les atribucions d'altres professionals.
  - **Modificar, ampliar, reduir o suspendre autoritzacions d'atribucions.**
- 

---

**3b-01-E-03-Q El procediment preveu la participació activa dels líders en l'establiment de les capacitats necessàries i les atribucions per autoritzar.**

---

---

**3b-01-E-04-Q El procediment preveu la determinació de les capacitats i les atribucions del personal de l'àrea pediàtrica.**

L'organització ha de determinar les habilitats i capacitats específiques de les persones encarregades de l'atenció als clients en edat pediàtrica. D'altra banda, ha de poder garantir que les persones que realitzen aquesta assistència tenen atorgades atribucions pel que fa al cas.

---

**3b-01-E-05-Q El procediment preveu la determinació de les capacitats i les atribucions per satisfer les necessitats específiques dels clients subjectes a tècniques o intervencions de risc, inclosa l'anestèsia.**

L'organització ha de determinar les habilitats i capacitats específiques de les persones encarregades de l'atenció als clients subjectes a tècniques o intervencions de risc, inclosa l'anestèsia.

D'altra banda, ha de poder garantir que les persones que realitzen aquesta assistència tenen atorgades competències pel que fa al cas.

---

**3b-01-E-06-Q El procediment preveu la determinació de les capacitats i les atribucions per satisfer les necessitats específiques dels clients d'edat avançada o amb dèficits sensorials, de consciència, intel·lectuals o amb alteracions del comportament.**

L'organització ha de determinar les habilitats i capacitats específiques de les persones encarregades de l'atenció als clients d'edat avançada o amb dèficits sensorials, de consciència, intel·lectuals o amb alteracions del comportament.

D'altra banda, ha de poder garantir que les persones que realitzen aquesta assistència tenen atorgades atribucions pel que fa al cas.

---

**3b-01-E-07-Q El procediment preveu la revisió periòdica de les atribucions de cada col·lectiu professional.**

---

---

**3b-01-E-08-Q El procediment garanteix que tot el personal participa en el procés de concessió de les seves atribucions individuals, que les coneix i que en signa l'acceptació.**

---

---

**3b-01-E-09-Q El procediment preveu la revisió d'atribucions a instàncies de la persona interessada i el mecanisme de conciliació.**

---

Quan un/a professional manifesti la seva discrepància respecte a les atribucions atorgades, l'organització ha de tenir previst un mecanisme de reavaluació i conciliació.

---

**3b-01-E-10-Q El procediment especifica l'àmbit de difusió de les atribucions individuals.**

---

El coneixement de les atribucions individuals concerneix únicament la persona a qui s'atorguen, el/la seu responsable directe i en últim terme la direcció.

---

**3b-01-D-01-Q L'organització desenvolupa mecanismes de control de l'adequació entre les atribucions atorgades i les realment efectuades.**

---

L'organització ha de posar els mecanismes de control per prevenir o detectar transgressions de l'àmbit d'atribucions de competències atorgades als seus professionals, especialment per a aquelles actuacions que suposin un risc més gran per al client.

---

**3b-01-D-02-Q L'organització desenvolupa mecanismes de detecció d'oportunitats formatives a partir de l'avaluació d'atribucions individuals.**

---

L'objectiu fonamental de l'avaluació d'atribucions és detectar oportunitats de formació individual que permetin l'actualització o aprenentatge d'habilitats necessàries per satisfer les necessitats assistencials dels clients.

---

**3b-01-D-03-Q Tot el personal sanitari té assignades les seves atribucions de forma individual i les coneix.**

---

---

**3b-01-D-04-Q** Es limiten atribucions en funció de l'existència de factors de risc de contagi personal - client.

---

---

**3b-01-D-05-Q** Les capacitats necessàries formen part de la descripció de cada lloc de treball.

---

---

**3b-01-D-06-Q** Cada lloc de treball està cobert per persones amb atribucions suficients.

---

---

**3b-01-D-07-Q** El personal que disposa d'atribucions individuals, les té actualitzades i són vigents.

---

---

**3b-01-D-08-Q** L'organització detecta i actua davant de l'incompliment de les atribucions individuals atorgades i autoritzades.

---

---

**3b-01-D-09-Q** L'organització elabora el seu pla de formació incorporant-hi la informació procedent de l'avaluació de les atribucions individuals.

---

---

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

---

## **CRITERI 3. PERSONES**

**Subcriteri 3.b - Identificació, desenvolupament i manteniment del coneixement i la capacitat de les persones de l'organització.**

### **Agrupador conceptual: pla de formació – 02**

#### **Definició**

L'organització vetlla perquè el seu personal estigui actualitzat des del punt de vista dels coneixements tecnicocientífics i de les habilitats, per satisfer les necessitats dels clients i els objectius de l'organització. Per això planifica i duu a terme la formació col·lectiva i individual de les persones que integren l'organització.

Els plans de formació ajuden les persones a aconseguir les habilitats i les capacitats que l'organització necessita actualment i fa una projecció de les necessitats futures.

#### **Objectius**

L'organització:

- detecta les necessitats formatives dels col·lectius i les persones;
- planifica i gestiona la provisió de formació en funció de les necessitats detectades;
- facilita la formació obligatòria en aspectes clau;
- facilita els mitjans per formar el seu personal i els quantifica econòmicament, i
- fomenta l'eficiència de la formació adquirida.

---

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

---

---

**3b-02-E-02-Q El pla de formació incorpora els procediments per a la detecció de necessitats formatives del personal, inclosos els col·lectius subcontractats, en formació o persones voluntàries.**

---

S'entén per necessitats formatives tant les individuals com les col·lectives.

---

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

---

S'entén per necessitats formatives tant les individuals com les col·lectives.

---

**3b-02-E-04-Q El pla de formació preveu la formació de formadors entre els membres de l'organització.**

---

Per a temes considerats rellevants en el si de l'organització és important disposar d'un grup intern de formadors específics (per exemple: en metodologia de qualitat, gestió de grups i projectes, etc.) a fi de poder comptar permanentment amb elements de suport al mateix pla de formació. Aquests formadors interns poden ser factors clau d'èxit per al desenvolupament dels grups de millora contínua o altres instruments considerats per a la millora de la qualitat a l'organització.

---

**3b-02-E-05-Q L'organització disposa d'un inventari de recursos i equipaments per a la formació i un procediment explícita com fer-ne ús.**

---

---

**3b-02-E-06-E El pla de formació inclou la formació per a tot el personal sobre qualitat, millora contínua i seguretat del pacient.**

---

El centre establirà les prioritats i continguts de la formació segons les necessitats detectades a l'organització.

---

**3b-02-E-07-E 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.**

---

---

**3b-02-E-08-E El pla de formació inclou la formació per a tot el personal en prevenció i control de la infecció.**

---

El centre establirà les prioritats i continguts de la formació segons les necessitats detectades a l'organització.

---

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

---



---

**3b-02-E-10-Q L'organització estableix els criteris d'adjudicació de recursos per donar suport a la formació rebuda externament.**

---

L'organització ha de disposar de criteris explícits, difosos i coneguts de com s'estableixen les prioritats en la utilització dels recursos disponibles per a formació externa i de la forma d'accedir-hi.

---

**3b-02-E-11-Q L'organització estableix com es regula l'accés a formació externa finançada per tercers.**

---

L'organització ha de disposar d'instruments de suport i de determinació de limitacions per evitar abusos de la formació externa finançada per tercers. L'objectiu és alinear l'interès de formació institucional i l'individual de cada professional, cercant la progressió tecnicocientífica, de la qual ha de ser beneficiari el centre, el professional que rep la formació i els membres de la unitat funcional a la qual s'aportin els coneixements rebuts.

---

**3b-02-E-12-Q L'organització estableix els criteris de finançament de formació externa i les condicions de reversió a l'organització.**

---

L'organització disposa d'instruments per a la concessió de recursos per a la formació externa d'alt cost o de llarga durada. Aquest procediment ha d'establir els criteris de concessió, en quines circumstàncies es pot accedir a aquests recursos i quins són els compromisos de difusió interna dels coneixements adquirits, així com el compromís de reversió de la inversió realitzada per l'organització en cas d'abandonament de la formació per part del professional.

---

**3b-02-E-13-E El pla de formació preveu l'avaluació, per part del personal de l'organització, del grau de satisfacció sobre cada curs formatiu realitzat.**

---

Com en tot procés de millora, l'avaluació de la satisfacció del client és fonamental per obtenir una progressió efectiva. Tots els cursos impartits han de recollir l'opinió dels formats, tant en el que fa referència als continguts com a les habilitats i capacitats dels docents, dels materials aportats, així com de l'organització, dels recursos tècnics de suport i del confort.

---

**3b-02-E-14-Q El pla de formació preveu l'existència d'un programa de formació individual per a cada membre de l'organització.**

---

L'abast del pla arriba al nivell individual, detectant el compliment individual del pla de formació general obligatori i havent incorporat les necessitats formatives resultants del procés d'avaluació del rendiment i d'atorgament d'atribucions.

---

**3b-02-D-01-E L'organització designa les persones responsables de la formació del personal.**

---

---

**3b-02-D-02-E L'organització registra totes les activitats formatives impartides per la mateixa organització o adquirides externament i qui les ha rebudes.**

---

---

**3b-02-D-03-Q Les persones de l'organització tenen accés al seu programa formatiu.**

---

---

**3b-02-D-04-E Es realitzen enquestes de satisfacció als receptors de la formació.**

---

---

**3b-02-R-01-Q S'avalua l'estat d'execució i les desviacions del pla de formació periòdicament, de manera que es permeti l'acció correctora durant l'any en curs.**

---

---

**3b-02-R-02-Q S'avalua el compliment del programa formatiu individual en cada procés d'avaluació de les aptituds, actituds i habilitats.**

Durant el procés d'avaluació de les aptituds, actituds i habilitats, a més d'identificar oportunitats de formació, s'ha de revisar el compliment del pla individual de formació planificat.

---

**3b-02-R-03-E 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.**

---

---

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

---

## **CRITERI 3. PERSONES**

**Subcriteri 3.b - Identificació, desenvolupament i manteniment del coneixement i la capacitat de les persones de l'organització.**

**Agrupador conceptual: avaluació d'aptituds, actituds i habilitats – 03**

### **Definició**

L'organització avalua els seus recursos humans, de manera individualitzada, sistemàtica i periòdica.

L'avaluació s'orienta a afavorir la millora professional pel que fa a les aptituds, les actituds i les habilitats de cadascuna de les persones que formen part de l'organització.

### **Objectius**

L'avaluació permet l'expressió de les expectatives de l'organització respecte a les persones que hi treballen.

L'avaluació permet identificar les accions formatives necessàries i adaptades a les necessitats del lloc de treball que cada persona desenvolupa en l'organització.

L'avaluació permet la revisió i l'actualització dels objectius individuals i dels equips.

---

**3b-03-E-01-E 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.**

---

L'avaluació de les aptituds, actituds i habilitats és un instrument d'avaluació periòdica, realitzada pel/per la responsable directe de cada membre de l'organització. Els continguts de l'avaluació són compartits amb la persona avaluada, a qui se li demana la seva aprovació. Durant l'avaluació, es revisen els resultats dels objectius personals, se n'estableixen de nous, s'identifiquen punts de millora possibles, així com també oportunitats formatives.

---

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

---

---

**3b-03-E-03-Q Hi ha un procediment sobre el contingut específic d'avaluació, els criteris utilitzats, el procés de realització, comunicació i acceptació per part de la persona avaluada, determinació de necessitats formatives, arxivament, reserva i confidencialitat i resolució de conflictes.**

---

---

**3b-03-D-01-Q Els líders apliquen l'anàlisi de l'avaluació d'aptituds, actituds i habilitats, per formular objectius de l'àrea de la seva dependència, per detectar les necessitats de formació individuals i de conjunt.**

---

---

**3b-03-D-02-Q La persona avaluada coneix el contingut i el resultat de l'avaluació d'aptituds, actitud i habilitats i té l'opció d'acceptar-la documentalment.**

---

---

**3b-03-D-03-Q L'organització registra el compliment individual de l'avaluació amb la periodicitat prevista.**

---

---

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

---

---

**3b-03-R-02-Q Els resultats del programa d'avaluació són analitzats per la direcció i els líders per reformular les polítiques referides al personal.**

---

## **CRITERI 3. PERSONES**

### **Subcriteri 3.c - Implicació i assumpció de responsabilitats per part de les persones de l'organització.**

#### **Agrupador conceptual: grups de treball – 01**

##### **Definició**

L'organització disposa, d'acord amb la seva estratègia, d'un procediment per detectar els àmbits o activitats susceptibles de ser avaluades o pendents de millora. Per donar-hi resposta, l'estructura organitzativa de la millora és la necessària per a cada cas, adaptada a cada hospital i es creen grups de treball més o menys estables (grups de treball específics, comissions clíniques, equips de millora de la qualitat, coordinadors i responsables), amb diferents graus de responsabilitat, oberts a la participació dels professionals implicats o interessats en aquestes activitats. La participació activa dels professionals de l'organització en estructures transversals és una manera de reflectir l'alineació dels objectius d'aquests amb els de l'organització, sobretot en els àmbits especialment rellevants.

L'organització crea una cultura innovadora que possibilita la innovació alineada amb la seva estratègia i que dóna resposta als reptes.

##### **Objectius**

L'organització determina quins són els grups necessaris i la seva composició, les competències, etc., d'acord amb la normativa interna.

Tanmateix, hi ha àmbits en l'avaluació dels quals cal que les organitzacions incideixin especialment. Aquests són, com a mínim:

- terapèutica farmacològica,
- infeccions,
- transfusions,
- registres clínics i confidencialitat,
- tumors, teixits i mortalitat,
- bioètica i deontologia,
- qualitat i seguretat,
- prevenció de riscos.

El personal coneix el procediment per crear els grups, la metodologia de treball, el grau de responsabilitat que implica la seva participació i les mesures que es prenen en conseqüència dins de l'organització.

---

**3c-01-E-01-E Hi ha uns criteris explícits per a la creació dels grups de treball, d'acord amb l'estratègia de l'organització.**

---

L'organització estableix la seva estructura lateral, segons la seva missió i estratègia, condicionada per la seva pròpia dimensió i per la rellevància relativa de les funcions i temes a tractar. Per tant, el nombre, la composició, els objectius i els mecanismes de funcionament són definicions de l'estricta competència de la mateixa organització (a excepció d'aquelles comissions d'acreditació necessària per part de l'Administració pública). A més, hi ha funcions que han de ser desenvolupades en una institució sanitària, vetllant per la qualitat assistencial, la seguretat envers el pacient i l'eficiència.

---

**3c-01-E-02-Q Hi ha una guia metodològica que defineix la manera de treballar dels grups (definició d'uns objectius clars, necessitats de monitoratge, temps assignat, calendari, etc.).**

---

---

**3c-01-E-03-E Hi ha un/a responsable acceptat/ada pels líders o pel mateix grup.**

---

L'organització ha de garantir que cada grup s'estructuri sota un lideratge reconegut i acceptat pels seus components i per la direcció del centre.

---

**3c-01-E-04-Q Els líders i els components dels grups són formats per l'organització per al desenvolupament de les seves funcions dins del grup.**

---

L'organització afavoreix la formació dels membres dels grups en constitució o constituïts, especialment en el que fa referència a les metodologies de millora contínua, de gestió de reunions i grups de treball, de monitoratge de resultats, de gestió de projectes i altres.

---

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

---

---

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

---

---

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

---

---

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

---

---

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

---

---

**3c-01-D-06-E** 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.

---

Com a mínim es realitzaran ACA de les morts no esperades.

---

**3c-01-D-07-Q** Hi ha un o diversos grups de treball dedicats a la promoció d'activitats susceptibles de millores detectades per l'organització.

---

L'organització ha d'obrir canals de comunicació i de gestió de propostes de millora que sorgeixin del nucli operatiu de l'organització. Aquesta és la base de creació de grups de millora contínua.

---

**3c-01-R-01-Q** Cada grup analitza l'efectivitat de les seves actuacions i l'impacte en el seu àmbit d'actuació.

---

---

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

---

### **CRITERI 3. PERSONES**

#### **Subcriteri 3.d - Existència d'un diàleg entre les persones i l'organització.**

##### **Agrupador conceptual: programa d'acollida del personal – 01**

###### **Definició**

L'organització disposa en el seu pla de recursos humans, i d'acord amb el pla de comunicació, d'un procés específic destinat a informar i formar les persones de nova incorporació.

###### **Objectius**

L'organització disposa d'un programa d'acollida dirigit a tot el personal de nova incorporació, independentment del seu tipus de contractació.

Les persones han de rebre informació i formació sobre aspectes generals (normes generals de funcionament) i sobre aspectes organitzacionals i funcionals específics de l'àrea o lloc de treball.

El programa s'actualitza, es comunica i s'avalua periòdicament.

---

##### **3d-01-E-01-E L'organització té dissenyat un programa d'acollida general.**

El programa inclou la missió, visió, valors, organigrama, aspectes d'organització general, localització d'espais, uniformitat, identificació personal, accés a unitats d'especial interès (RH, salut laboral, atenció a l'usuari), etc. L'organització determinarà qui ha de ser tributari del programa d'acollida i el període límit de temps en què s'impartirà el programa.

---

##### **3d-01-E-02-Q Hi ha un programa d'acollida específic per al lloc de treball (normes de funcionament intern de departament o servei).**

---

##### **3d-01-D-01-Q Els líders participen activament en el disseny, la implantació i difusió del programa d'acollida específic per al lloc de treball.**

---

##### **3d-01-D-02-Q L'organització facilita el pla d'acollida general a les noves incorporacions.**

---



---

**3d-01-D-03-Q L'organització facilita el pla d'acollida específic per al lloc de treball a les noves incorporacions.**

**3d-01-R-01-E L'organització revisa i actualitza el programa d'acollida general.**

---

---

**3d-01-R-02-Q L'organització revisa i actualitza el programa d'acollida específic per al lloc de treball.**

---

## **CRITERI 3. PERSONES**

**Subcriteri 3.d - Existència d'un diàleg entre les persones i l'organització.**

**Agrupador conceptual: garantir la comunicació – 02**

### **Definició**

L'organització identifica les necessitats i expectatives de comunicació vertical (descendents i ascendents) i horitzontal i habilita els mitjans per tal de facilitar-la en el seu pla de comunicació.

### **Objectius**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia de comunicació:

- identifica i detecta les seves necessitats i expectatives de comunicació;
- facilita la circulació de la informació amb la creació de diversos canals;
- dissenya diversos procediments per compartir la informació corporativa, els coneixements i les millors pràctiques;
- avalua i actualitza periòdicament els canals i els procediments, i
- comunica una direcció i orientació estratègica clares i s'assegura que les persones entenguin la missió, la visió, els valors i l'estratègia.

---

**3d-02-E-01-E 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.**

Comunicació descendent: normatives de funcionament, convocatòries, notícies d'interès general...

Comunicació ascendent: bústies de suggeriments, programes de portes obertes, enquestes de satisfacció al personal...

Comunicació horitzontal: organitzativa, científica...

---

**3d-02-E-02-E L'organització estableix els mecanismes de gestió, seguretat i ús correcte de les noves tecnologies de comunicació.**

---

**3d-02-D-01-E 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.**

---

---

**3d-02-D-02-Q Es faciliten els recursos necessaris per a la comunicació (temps, espais físics, material, etc.).**

---

---

**3d-02-D-03-E La direcció executiva i els líders impulsen i s'impliquen en la difusió i implantació dels diversos procediments.**

---

---

**3d-02-D-04-Q L'organització estableix la metodologia i la periodicitat en què recull l'opinió del seu personal.**

---

---

**3d-02-R-01-E La direcció revisa i actualitza els diversos procediments periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

---

### **CRITERI 3. PERSONES**

#### **Subcriteri 3.e - Reconeixement i atenció a les persones de l'organització.**

##### **Agrupador conceptual: reconeixement de l'esforç de les persones – 01**

###### **Definició**

L'organització reconeix a les persones els esforços realitzats, sigui en activitats de millora o a l'hora d'assolir objectius, d'acord amb la seva política de recursos humans.

###### **Objectius**

Dins de l'estratègia de l'organització hi ha un sistema definit per donar reconeixement a les persones amb el fi de mantenir-ne el nivell de participació i d'implicació envers l'organització. El sistema s'actualitza, es comunica i s'avalua periòdicament.

---

###### **3e-01-E-01-E Hi ha uns criteris prèviament definits per tal d'atorgar, objectivament, el reconeixement a l'esforç realitzat per les persones.**

L'organització reconeix el valor afegit que les persones de l'organització li aporten. Els criteris per atorgar el reconeixement han de ser clars, com més objectius millor, accessibles a tots els col·lectius i que garanteixin la igualtat d'oportunitats.

---

###### **3e-01-D-01-E La direcció executiva dóna suport i difon els criteris.**

La direcció executiva de l'organització participa activament en el procés del sistema de reconeixement a les persones i grups de treball.

---

###### **3e-01-D-02-Q Els líders analitzen i difonen els resultats obtinguts.**

---

###### **3e-01-R-01-Q La organització revisa els resultats dels reconeixements atorgats.**

---

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

---

## **CRITERI 3. PERSONES**

### **Subcriteri 3.e - Reconeixement i atenció a les persones de l'organització.**

#### **Agrupador conceptual: atenció a les persones – 02**

##### **Definició**

L'organització disposa de criteris per sensibilitzar les persones en relació amb la defensa del medi ambient, la seguretat, la promoció i protecció de la salut i dels drets individuals de la persona, la conciliació de la vida familiar i les activitats en benefici de la societat en general. L'organització assegura i protegeix la diversitat de les persones, a més d'un entorn de treball segur i saludable.

##### **Objectius**

En l'estratègia de l'organització s'han definit criteris per garantir les millores pel que fa al medi ambient (estalvi energètic, eliminació de residus, reducció de la despesa d'aigua, paper, etc.), la seguretat laboral, la promoció i protecció de la salut i dels drets individuals de la persona.

L'organització adopta mesures per conciliar adequadament la vida personal i laboral.

Els criteris s'actualitzen, es comuniquen i s'avaluen periòdicament.

---

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

L'organització disposa d'un/s criteri/s de sensibilització per a la reducció de l'impacte ecològic negatiu, fomentant el reciclatge de productes, la utilització d'energies netes o renovables, la correcta discriminació de les deixalles, i afavorint la formació del personal en temes relacionats amb la protecció del medi ambient.

---

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

Mes enllà de la normativa vigent.

---

#### **3e-02-E-03-Q L'organització dissenya un programa per propiciar una adequada conciliació entre la vida familiar i personal dels seus professionals.**

---

---

**3e-02-E-04-E 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.**

L'organització ha de disposar d'instruments normalitzats per a la prevenció, detecció i actuació davant d'actuacions abusives, discriminatòries, vexatòries o d'altre tipus que atemptin contra la dignitat personal i professional del personal.

---

**3e-02-D-01-Q La direcció i els líders participen activament en el disseny i implantació dels criteris.**

Els criteris tenen translació pràctica en forma de programes concrets de protecció del medi ambient.

---

**3e-02-D-02-Q La direcció i els líders analitzen i difonen els resultats obtinguts.**

Pel que fa a la protecció del medi ambient.

---

**3e-02-D-03-E 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.**

Pel que fa a la promoció i protecció de la salut del personal.

---

**3e-02-D-04-Q L'organització participa activament en el disseny i aplica un programa per propiciar una adequada conciliació entre la vida familiar i personal dels seus professionals.**

---

**3e-02-D-05-Q La direcció i els líders participen activament en el disseny i implantació dels criteris i els difonen.**

Pel que fa a la protecció del personal enfront d'abusos, assetjament, etc.

---

**3e-02-R-01-Q La direcció i els líders avaluen l'efectivitat dels criteris periòdicament.**

Pel que fa a la protecció del medi ambient.

---

**3e-02-R-02-E 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.

---

**3e-02-R-03-Q L'organització avalua l'efectivitat del programa per propiciar una adequada conciliació entre la vida familiar i personal dels seus professionals.**

---

Pel que fa a la conciliació entre la vida familiar i personal.

---

**3e-02-R-04-Q La direcció i els líders avaluen l'efectivitat dels criteris periòdicament.**

---

Pel que fa a la protecció del personal enfront d'abusos, assetjament, etc.

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

### **Definició**

Les organitzacions planifiquen i gestionen les aliances externes, els proveïdors i els recursos per donar suport al desplegament i la implantació de l'estratègia general, polítiques i plans i assegurar un funcionament eficaç dels seus processos, a més de gestionar-ne correctament l'impacte social i ambiental.



## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

### **Subcriteri 4.a - Gestió de les aliances externes.**

#### **Agrupador conceptual: prestadors externs de serveis assistencials – 01**

##### **Definició**

L'organització, per garantir una provisió de serveis d'excel·lència, pot comptar amb altres prestadors externs que complementin o donin continuïtat a la seva provisió. Per això li cal determinar els graus de qualitat, seguretat i eficiència amb què vol ser servida.

##### **Objectius**

L'organització:

- determina els límits de la seva capacitat assistencial per detectar les necessitats de provisió externa;
- estableix els criteris de selecció dels millors prestadors externs, i
- interacciona activament en la millora del procés de provisió externa.

---

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

L'organització detecta i explicita les necessitats de suport assistencial extern.

---

#### **4a-01-E-02-Q L'organització disposa d'un procediment per a la selecció del millor prestador extern, comptant amb la participació dels líders.**

El procediment per a la selecció de prestador extern pot incloure: . informació referida a les capacitats i les atribucions del personal . les característiques dels edificis, les instal·lacions i els equips (antiguitat, estat de conservació, models) . capacitat de treball . logística . característiques qualitatives del servei a oferir . característiques i requisits qualitatius de l'entitat prestatària del servei (acreditacions, certificacions etc.) . temporalització de la prestació.

---

**4a-01-E-03-Q Hi ha un procediment per garantir el funcionament de cada prestador extern.**

---

El procediment que regula l'ús dels serveis externs contractats pot incloure els requisits següents:

- Mecanismes de comunicació per a l'accés
- Requisits per a la sol·licitud del servei
- Avaluació de l'adequació de la necessitat
- Programació d'activitats
- Trasllats
- Disponibilitat d'informes
- Facturació
- Quantia de la pòlissa de responsabilitat civil - Etc.

---

**4a-01-E-04-Q Les característiques qualitatives del servei a oferir inclouen l'adequació de les necessitats de proves o tractaments sol·licitats a prestadors externs.**

---

---

**4a-01-E-05-E Hi ha un procediment per a l'avaluació periòdica de cada prestador extern i per a la revisió del contracte.**

---

El procediment per a l'avaluació periòdica del prestador i la revisió del contracte hauria d'incloure detalls referits als criteris utilitzats en l'avaluació, la metodologia i el cronograma. També cal l'existència de registres i la comunicació de resultats.

---

**4a-01-E-06-Q En organitzacions sense capacitat per a la selecció de prestadors externs, hi ha un mecanisme per a la substitució del proveïdor per causes objectives.**

---

Aquests mecanismes de substitució haurien d'incloure els criteris per donar de baixa un proveïdor i d'alta el substituït, així com les revisions i el cronograma.

---

**4a-01-D-01-E S'apliquen els criteris per a la selecció del millor proveïdor.**

---

Aquest criteris poden incloure:

- Característiques i requisits quant als continguts de la prestació
- Programació
- Cobertura d'urgències
- Agilitat en la resposta
- Emissió de resultats
- Altres aspectes específics

---

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

---

---

**4a-01-D-03-Q L'organització difon internament la relació dels seus prestadors externs i el circuit operatiu per obtenir el servei.**

---

---

**4a-01-D-04-Q Els líders coneixen els requisits marcats per a cada servei i participen en l'avaluació periòdica.**

---

---

**4a-01-D-05-Q L'organització fa un control i seguiment de:**

- L'adequació de la sol·licitud respecte al servei extern prestat**
  - La prestació realitzada pel servei extern**
- 

Els criteris d'indicació i prestació de servei extern seran definits per la pròpia organització.

---

---

**4a-01-D-06-Q Es disposa d'un registre i es notifiquen les "no conformitats" i incidències del servei.**

---

---

**4a-01-D-07-Q L'organització interacciona directament amb els prestadors externs i promou projectes de millora conjunta.**

---

---

**4a-01-D-08-Q Els prestadors externs de serveis assistencials faciliten la interacció entre professionals per establir criteris comuns, facilitar informació específica, validar tècniques o promoure la millora en el servei.**

---

---

**4a-01-R-01-Q L'adequació dels prestadors externs a les necessitats de l'organització s'avalua periòdicament.**

---

---

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

---

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

### **Subcriteri 4.a - Gestió de les aliances externes.**

#### **Agrupador conceptual: continuïtat entre àmbits assistencials – 02**

##### **Definició**

L'organització estableix aliances amb els seus referents i contrareferents per assegurar la continuïtat assistencial dels seus clients.

##### **Objectius**

L'organització:

- determina el seu grau de suficiència per detectar les necessitats de provisió externa;
- identifica els seus referents i contrareferents;
- interacciona amb els seus referents i contrareferents per garantir la continuïtat assistencial dels seus clients, segons les seves necessitats;
- pacta amb els seus referents i contrareferents les condicions en què es proveeix l'assistència.

---

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

---

---

**4a-02-E-02-Q L'organització disposa de procediments de selecció i substitució dels seus referents/contrareferents.**

---

---

**4a-02-E-03-E L'organització té establerts protocols conjunts amb els seus referents/contrareferents.**

---

Els protocols haurien de contenir aspectes com: recepció, programació, citació, admissió, comunicació, informació clínica, registre, trasllat i les seves condicions, i altres protocols específics.

---

**4a-02-D-01-Q L'organització identifica les necessitats dels referents i dels contrareferents, respecte a la gestió i el maneig clínic dels clients i persones usuàries dels serveis.**

---

---

**4a-02-D-02-E** L'organització coneix qui són els seus referents/contrareferents i la forma en què aquests es relacionen amb l'organització.

---

---

**4a-02-D-03-E** L'organització facilita informació al referent i/o al contrareferent, de forma individualitzada, sistemàtica i completa sempre que presta els serveis, segons allò prescrit en els protocols establerts.

---

---

**4a-02-D-04-E** La informació clínica transmesa entre organitzacions compleix el deure de confidencialitat.

---

---

**4a-02-D-05-Q** L'organització estableix les necessitats específiques dels clients per derivar-los al referent corresponent.

---

---

**4a-02-D-06-E** L'organització actua com a referent i té criteris d'acceptació dels clients referenciats.

---

---

**4a-02-D-07-Q** L'organització registra el referent i el contrareferent de cada client assistit.

L'organització coneix la procedència i destí de cada client assistit.

---

---

**4a-02-D-08-Q** L'organització es coordina periòdicament amb els seus referents/contrareferents per promoure accions conjuntes de millora.

---

---

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

---

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

### **Subcriteri 4.a - Gestió de les aliances externes.**

#### **Agrupador conceptual: subcontractacions – 03**

##### **Definició**

L'organització pot contractar determinats serveis assistencials i de suport a entitats externes. En aquest cas, l'organització assegura el compliment de les característiques del servei contractat en termes d'eficàcia, seguretat i qualitat, i vetlla pel manteniment de la coherència amb la missió, els valors i les polítiques institucionals.

##### **Objectius**

L'organització:

- determina quines funcions, de les que li són pròpies, poden ser realitzades per altres entitats. Per a aquestes funcions, determina els continguts, els límits i les característiques quantitatives i qualitatives de la prestació del servei;
- selecciona els prestadors dels serveis subcontractats amb criteris de qualitat del servei, seguretat, eficàcia en la prestació i eficiència, a partir de la determinació de les seves necessitats;
- assumeix la responsabilitat de la prestació dels serveis subcontractats, davant dels clients;
- integra les entitats subcontractades en les funcions generals que l'afecten i les engloba i implica en el seguiment de la missió institucional i de les seves polítiques;
- implica i vincula les entitats subcontractades en el seu procés de millora contínua, i
- estableix mecanismes de revisió i control de qualitat i eficàcia de les entitats subcontractades.

---

#### **4a-03-E-01-E L'organització disposa d'un procediment per a la selecció dels serveis subcontractats amb criteris objectius d'avaluació del servei prestat.**

Els serveis subcontractats han de reunir un seguit de requisits que responguin a les estratègies de l'organització, per la qual cosa és important un procediment que especifiqui els criteris de selecció i els requisits per accedir-hi.

---

#### **4a-03-E-02-E Un procediment inclou les responsabilitats, les competències i les dependències (orgàniques i funcionals) de les entitats subcontractades, així com les seves obligacions respecte a l'organització.**

---

---

**4a-03-D-01-Q Els líders participen en la definició de les característiques del servei a prestar a partir de les necessitats detectades.**

---

---

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

---

El contracte pot incloure:

- Normativa de funcionament
- Durada
- Periodicitat per a la renovació
- Criteris de suspensió
- Possibles penalitzacions
- Condicions de rescissió, criteris de substitució de personal (en cas d'incidències etc.)

---

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

---

---

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

---

---

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

---

Aquesta avaluació pot incloure l'opinió dels líders, les persones usuàries i els clients dels serveis prestats.

---

**4a-03-D-06-Q L'organització actua davant de les no conformitats en el compliment dels objectius i dels requisits de servei establerts.**

---

---

**4a-03-D-07-Q L'organització integra les entitats subcontractades en el seu procés de millora contínua.**

---



---

**4a-03-D-08-Q L'organització participa en la selecció del personal de les entitats subcontractades.**

---

En tant que les organitzacions subcontractades desenvoluparan la seva activitat en el si de l'organització, aquesta es reserva el dret de poder participar, directament o indirectament en el procés de selecció o d'acceptació del nou personal.

---

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

---

---

**4a-03-R-02-E 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.**

---

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

### **Subcriteri 4.a - Gestió de les aliances externes.**

#### **Agrupador conceptual: altres proveïdors – 04**

##### **Definició**

L'organització, per cobrir les seves necessitats de funcionament (serveis i productes), disposa de polítiques específiques per optimitzar les relacions amb els proveïdors, cercar el compromís mutu i la coresponsabilitat en l'assoliment dels objectius institucionals. Com a proveïdors de serveis es poden incloure serveis de consultoria, auditoria, manteniment de programari, telefonia, etc.

##### **Objectius**

L'organització:

- selecciona els seus proveïdors amb criteris fonamentats i compartits entre els líders i el personal;
- interacciona amb els proveïdors per determinar com, quan i on es fan les provisions i en quina quantitat;
- afavoreix polítiques de compromís mutu amb els proveïdors principals i amb d'altres que considera convenients, i
- garanteix el subministrament dels béns i serveis necessaris per dur a terme la seva actuació i estableix mecanismes de control i d'actuació davant de contingències.

---

#### **4a-04-E-01-E L'organització disposa d'un procediment per a la selecció dels proveïdors.**

---

El procediment pot incloure:

- Criteris de selecció
- Requisits per incorporar-se a la llista
- Característiques específiques del producte
- Ritme del lliurament
- Responsabilitat de l'emmagatzematge
- Gestió de les "no-conformitats" i de les condicions financeres.

---

#### **4a-04-E-02-Q Es preveu la participació dels líders en la definició de les característiques dels productes i en l'avaluació d'alternatives.**

---

---

**4a-04-E-03-Q El procediment de selecció inclou els requisits de qualitat que ha d'acreditar el proveïdor.**

---

Aquests requisits fan referència a homologacions, certificacions i acreditacions específiques.

---

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

---

---

**4a-04-E-05-E L'organització disposa d'un sistema d'informació sobre estocs i consums que li permet la gestió de la reposició de subministraments.**

---

---

**4a-04-E-06-Q L'organització disposa de criteris explícits dels nivells òptims, d'alarma i mínims del seu estoc.**

---

---

**4a-04-E-07-E L'organització té establerts criteris d'actuació davant de situacions especials.**

---

Situacions especials referides, per exemple, a:

- Trencament d'estocs
- Exhauriment de productes essencials
- Substitució de proveïdors
- Accés a majoristes

---

**4a-04-D-01-Q L'organització interacciona periòdicament amb els seus proveïdors més importants per a la definició d'objectius conjunts.**

---

El manteniment de reunions periòdiques amb els proveïdors, així com la realització d'auditories compartides, facilita el coneixement i l'ajust dels requisits dels productes i el seu compliment.

---

**4a-04-D-02-Q L'organització difon les normatives i els criteris de funcionament als seus proveïdors en la part que els afecti.**

---

---

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

---

---

**4a-04-D-04-Q L'organització té en compte l'opinió dels líders i del personal respecte als productes utilitzats.**

---

---

**4a-04-D-05-Q L'organització promou la implicació dels proveïdors en la seva política de millora contínua.**

---

---

**4a-04-D-06-Q L'organització difon internament les normatives i els criteris d'actuació davant de situacions especials que comprometin el subministrament.**

---

---

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

---

---

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

---

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

### **Subcriteri 4.b - Gestió dels recursos econòmics i financers.**

#### **Agrupador conceptual: gestió de recursos econòmics i financers – 01**

##### **Definició**

L'organització disposa d'un sistema de gestió de recursos econòmics i financers per donar suport a l'estratègia, amb mecanismes que garanteixen l'ús eficient dels recursos.

##### **Objectius**

L'organització:

- gestiona els recursos d'un pla determinat;
- documenta les polítiques i les decisions en l'àrea econòmica i financera;
- determina les relacions entre departaments en termes de client i proveïdor;
- controla la gestió financera;
- disposa d'informació per prendre decisions econòmiques;
- avalua, selecciona i valida les inversions i desinversions en actius tangibles i intangibles, i
- s'assegura que la planificació i la gestió financeres a curt termini són adequades als objectius a llarg termini.

---

#### **4b-01-E-01-E 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.**

---

Es considera que el pressupost anual hauria d'evidenciar:

- Correlació del pressupost amb les activitats previstes
- Garantia d'accés a la informació necessària a les persones responsables d'elaborar-lo (indicadors d'activitat, tarifes, costos, etc.)
- Participació dels líders en l'elaboració del pressupost
- Disponibilitat de recursos
- Programació d'activitats de seguiment (com a mínim semestral)
- Informes de les activitats de seguiment del pressupost (com a mínim semestral)
- Registre d'aprovació del pressupost
- Aprovació per òrgans de govern

---

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

---

---

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

---

L'organització planifica les inversions tenint en compte els costos, els períodes d'amortització, la productivitat teòrica calculada de la inversió i la justificació de la necessitat de la inversió.

---

**4b-01-E-04-Q L'organització disposa d'un sistema de comptabilitat analítica, complementari al sistema de comptabilitat financera i els dos són utilitzats per a la presa de decisions econòmiques.**

---

L'organització utilitza la comptabilitat analítica com a element coadjuvant per al control de costos i el càlcul de beneficis per àrea de producció i procés, així com per proporcionar dades per a la planificació d'inversions i la determinació de preus.

---

**4b-01-E-05-Q En els casos de donacions, hi ha un procediment per garantir que els fons siguin correctament identificats i assignats.**

---

Fa referència a donacions patrimonials, aportacions sense cost de la indústria i altres grups d'interès del sector, etc.

---

**4b-01-E-06-Q Hi ha un sistema d'avaluació dels suggeriments i de detecció d'oportunitats de millora per part del personal, referit a aspectes administratius i econòmics.**

---

L'organització es nodreix dels suggeriments del personal respecte a la disminució de malbarataments, millora de l'eficiència, aprofitament de recursos, etc.

---

**4b-01-D-01-Q El pressupost el realitza la direcció amb la participació dels líders.**

---

---

**4b-01-D-02-Q Els líders participen en el seguiment dels pressupostos.**

---

---

**4b-01-D-03-Q Es documenten i justifiquen les desviacions pressupostàries dels ingressos i les despeses, en cas que es produeixin.**

---

---

**4b-01-D-04-Q El model de comptabilitat analítica es suporta en criteris clars i explícits, utilitzats per imputar els ingressos i els costos interns.**

---

---

**4b-01-D-05-E La facturació dels clients és controlada per un sistema central.**

---

---

**4b-01-D-06-Q L'organització disposa d'un procediment per al cobrament de deutes dels clients.**

---

---

**4b-01-D-07-E L'organització manté l'inventari actualitzat i aplica un programa de substitució d'actius.**

---

---

**4b-01-D-08-E L'organització disposa d'un sistema d'avaluació de la gestió econòmica.**

---

L'organització analitza les dades procedents de la comptabilitat analítica, el pla d'inversions i el seguiment dels pressupostos, així com també les accions correctives implementades.

---

**4b-01-D-09-Q Hi ha canals d'informació per tal que els serveis, les unitats o els departaments tinguin coneixement d'acords amb asseguradores i altres compradors de serveis.**

---

---

**4b-01-D-10-Q Hi ha a l'abast dels clients informació sobre tarifes, cobertures de les assegurances, pressupostos i altres aspectes econòmics que els afecten.**

---

---

**4b-01-R-01-Q L'organització avalua les recomanacions dels informes d'auditoria econòmica i de l'aplicació posterior de la millora.**

---

---

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

---

---

**4b-01-R-03-Q Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

---



## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

**Subcriteri 4.c - Gestió sostenible dels edificis, els equipaments, els materials i els recursos naturals.**

**Agrupador conceptual: instal·lacions i manteniment de l'edifici – 01**

### **Definició**

L'organització s'adapta, des del punt de vista de l'edifici (incloent-hi l'obra civil i les instal·lacions), a les seves necessitats (assistencials, tecnològiques, de seguretat, etc.). Així mateix, té el compromís de garantir-ne el funcionament a ple rendiment i amb seguretat.

### **Objectius**

L'organització:

- conserva l'edifici segons els paràmetres de disseny durant la seva vida útil;
- identifica les necessitats de manteniment, reposició i adequació de l'edifici;
- identifica les necessitats de reformar, ampliar o crear nous espais;
- s'adapta a les noves necessitats de l'edifici, per donar suport a la millora;
- prioritza els canvis i les inversions, segons les modificacions de la legislació, les necessitats i els recursos econòmics;
- n'optimitza l'ús, i
- mesura i gestiona l'impacte en la comunitat i el medi ambient.

---

**4c-01-E-01-E L'organització disposa d'un pla de manteniment de l'edifici (exterior i interior) que està dotat pressupostàriament.**

---

---

**4c-01-E-02-Q Per realitzar el pla de manteniment de l'edifici es valoren els suggeriments i les reclamacions, tant dels clients com del personal.**

---

---

**4c-01-E-03-E Hi ha una o diverses persones responsables del manteniment de l'edifici designats per la direcció executiva.**

---

---

**4c-01-E-04-E Hi ha plànols d'instal·lacions actualitzats i detallats, que són accessibles per a les persones que es determini.**

---

---

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

---

---

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

---

L'organització ha de garantir la continuïtat del servei, especialment durant la nit i en dies festius.

---

**4c-01-D-03-E** 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).

---

---

**4c-01-R-01-E** L'organització avalua el grau de compliment del pla de manteniment, periòdicament.

---

---

**4c-01-R-02-E** El pla de manteniment 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.

---

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

**Subcriteri 4.c - Gestió sostenible dels edificis, els equipaments, els materials i els recursos naturals.**

**Agrupador conceptual: adequació de l'edifici – 02**

### **Definició**

L'organització adequa les seves infraestructures per garantir-ne el funcionament a ple rendiment i amb eficiència energètica.

### **Objectius:**

L'organització:

- adapta les seves infraestructures, d'obra i instal·lacions, per donar suport a les noves necessitats funcionals;
- adequa l'edifici i les seves instal·lacions per a un consum energètic racional;
- adequa la xarxa informàtica i el maquinari segons les seves necessitats presents i futures, i
- prioritza l'adaptació als canvis segons les seves necessitats i els recursos econòmics.

---

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

Fa referència als subministraments elèctrics, d'aigua etc., i també a les necessitats d'equipament i xarxa informàtica.

---

**4c-02-E-02-Q L'organització preveu la possibilitat de creixement de l'edifici i les instal·lacions per causa de les necessitats canviants i de la implantació de noves tecnologies.**

---

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

Aquest pla pot estar integrat dins del pla de manteniment de l'edifici.

---

**4c-02-D-01-Q L'estructura i la disposició dels espais destinats a l'ingrés del client són adequades a les necessitats assistencials, faciliten la feina dels professionals implicats i permeten l'ús racional dels recursos humans:**

**- Unitats d'hospitalització**

Per exemple, s'avaluarà com a millora:

- La flexibilitat per adaptar-se a canvis d'agrupació en l'organització interna.
- La ubicació centralitzada del control, que facilita la racionalització de recorreguts del personal d'infermeria i la visualització directa de l'accés a la unitat i de les portes de les habitacions.
- Espais amb aire condicionat que, com a mínim, té aportació d'aire primari i filtració de qualitat EU7-EU9.

---

**4c-02-D-02-Q L'estructura i la disposició dels espais destinats a l'ingrés del client són adequades a les necessitats assistencials, faciliten la feina dels professionals implicats i permeten l'ús racional dels recursos humans:**

**-UCI**

Per exemple, s'avaluarà com a millora:

- Polivalència de tots els espais assistencials (box)
- Box al voltant dels espais de suport directe, en disposició única i centralitzada.
- El box ha de facilitar la utilització d'equipament d'alt nivell tecnològic.
- La filtració de l'aire condicionat es fa amb tres filtres (EU4-EU9-H13) i es disposa de boxes en sobrepressió o en depressió, segons les necessitats.

---

**4c-02-D-03-Q L'estructura i la disposició dels espais destinats a l'atenció urgent del client són adequades a les necessitats assistencials, faciliten la feina dels professionals implicats i permeten l'ús racional dels recursos humans:**

**-Urgències**

Per exemple, s'avaluarà com a millora:

- Accés diferenciat per a clients ambulatoris i per als qui hi accedeixen amb transport sanitari.
- Polivalència i flexibilitat d'ús de tots els boxes amb què compta.
- Box al voltant dels espais de suport directe, en disposició única i centralitzada.
- Connexió d'aquesta àrea amb la unitat funcional de gestió de clients, a través de l'espai de circulació de públic.
- Tots els espais disposen d'aire condicionat que, com a mínim, té aportació d'aire primari i filtració de qualitat EU7-EU9.

---

**4c-02-D-04-Q L'estructura i la disposició dels espais destinats a l'atenció ambulatoria del client són adequades a les necessitats assistencials, faciliten la feina dels professionals implicats i permeten l'ús racional dels recursos humans:**

- **Consulta externa**
- **Gabinets d'exploració**
- **Hospitals de dia.**

---

Per exemple, s'avaluarà com a millora:

- La diferenciació de circulacions de les consultes externes i dels gabinets d'exploració, una de pública que nodreixi les sales d'espera i una de restringida que alimenti els espais de suport i les consultes.
- La flexibilitat d'usos i la polivalència de totes les consultes i els gabinets d'exploració.
- Les consultes amb àmbit diferenciat per a la consulta i per a l'exploració.
- En l'hospital de dia, la flexibilitat d'usos i la polivalència de tots els boxs, que estaran disposats al voltant dels espais de suport directe, en disposició única i centralitzada.
- Tots els espais disposen d'aire condicionat que, com a mínim, té aportació d'aire primari i filtració de qualitat EU7-EU9.

---

**4c-02-D-05-Q L'estructura i la disposició dels espais destinats a l'atenció quirúrgica del client són adequades a les necessitats assistencials, faciliten la feina dels professionals implicats i permeten l'ús racional dels recursos humans:**

- **Bloc quirúrgic**
- **Cirurgia ambulatoria.**

---

Per exemple, s'avaluarà com a millora:

- La configuració en un únic bloc centralitzat i aïllat de les circulacions generals.
- La diferenciació de circuits per a client/personal/material.
- L'accés progressiu, de les zones menys netes a les més netes.
- L'estructura del bloc d'acord amb la diferenciació de zones: zona neta, zona restringida, zona bruta interna i zona externa.
- La polivalència de tots els quiròfans.
- Les dimensions aproximades de les sales de 36 m<sup>2</sup>.
- L'existència d'un espai diferenciat per a la realització d'estudis anatomopatològics preoperatoris.
- En el bloc quirúrgic i en les àrees de cirurgia major ambulatoria l'aire condicionat disposa, com a mínim, de filtració amb tres filtres de qualitat EU4-EU9-H13, i els espais nets estan en sobrepressió respecte als bruts.
- La connexió de la unitat de cirurgia sense ingrés amb els quiròfans és immediata.
- La sala d'adaptació al medi disposa de control d'infermeria vinculat als espais de suport directe corresponents.
- En la unitat de cirurgia sense ingrés es disposa d'aire condicionat que, com a mínim, té aportació d'aire primari i filtració de qualitat EU5-EU9 pels quiròfans de cirurgia menor i de EU4-EU9-H13 pels quiròfans de cirurgia major.

---

**4c-02-D-06-Q L'estructura i la disposició dels espais destinats a parts són adequades a les necessitats assistencials, faciliten la feina dels professionals implicats i permeten l'ús racional dels recursos humans:**

**- Bloc obstètric**

Per exemple, s'avaluarà com a millora la connexió fàcil i ràpida amb l'àrea quirúrgica.

- Tots els espais disposen d'aire condicionat, que, com a mínim, té aportació d'aire primari i filtració de qualitat EU7-EU9.

- En els espais quirúrgics d'aquest bloc, la filtració disposa de tres filtres de qualitats (EU4-EU9-H13), i els locals nets estan en sobrepressió respecte als bruts.

---

**4c-02-D-07-Q L'estructura i la disposició dels espais destinats als serveis centrals de diagnòstic i els serveis centrals terapèutics són adequades a les necessitats assistencials, faciliten la feina dels professionals implicats i permeten l'ús racional dels recursos humans:**

**- Diagnòstic per la imatge**

**- Rehabilitació**

**- Hemodiàlisi**

**- Laboratori/Banc de sang**

**- Anatomia patològica**

**- Mortuori**

**- Farmàcia**

**- Esterilització**

Per exemple, s'avaluarà com a millora:

- La correcta definició d'aquestes àrees que permeti facilitar el suport necessari al personal.

- La flexibilitat als espais per poder adaptar-se als criteris de funcionament que es puguin anar implantant a l'organització.

- La diferenciació d'accessos (client intern o ambulatori i personal).

- Tots els espais disposen d'aire condicionat que, com a mínim, té aportació d'aire primari i filtració de qualitat EU7-EU9. En esterilització i espais de circuits nets, la filtració disposa de tres filtres de qualitats (EU4-EU9-H13), i els locals nets estan en sobrepressió respecte als bruts.

---

**4c-02-D-08-Q L'estructura i la disposició dels espais destinats a les àrees administratives de suport són adequades a les necessitats assistencials, faciliten la feina dels professionals implicats i permeten l'ús racional dels recursos humans:**

- Arxiu i documentació clínica
- Gestió del client
- Atenció al client
- Àrea polivalent per al personal (inclou persones voluntàres i associacions de clients)
- Gerència
- Administració
- Unitats administratives dels serveis clínics
- Informàtica
- Docència
- Biblioteca
- Sala de pregària multiconfessional.

---

Per exemple, s'avaluarà com a millora que tots els espais disposin d'aire condicionat que, com a mínim, tingui aportació d'aire primari i filtració de qualitat EU7-EU9.

---

**4c-02-D-09-Q L'estructura i la disposició dels espais destinats a les àrees de personal són adequades a les necessitats assistencials, faciliten la feina dels professionals implicats i permeten l'ús racional dels recursos humans:**

- Menjador de personal
- Espais sindicals
- Riscos laborals
- Vestidors de personal
- Habitacions de metges de guàrdia.

---

Per exemple, s'avaluarà com a millora:

- La correcta definició d'aquestes àrees que permeti facilitar el suport necessari al personal.
- La flexibilitat als espais per poder adaptar-se als criteris de funcionament que es puguin anar implantant a l'organització.
- L'accés restringit als vestidors per al personal.
- Tots els espais disposen d'aire condicionat que, com a mínim, té aportació d'aire primari i filtració de qualitat EU7-EU9.

---

**4c-02-D-10-Q L'estructura i la disposició dels espais destinats als serveis generals són adequades a les necessitats assistencials, faciliten la feina dels professionals implicats i permeten l'ús racional dels recursos humans:**

- Cuina
- Neteja
- Bugaderia/Llenceria
- Manteniment
- Magatzems
- Seguretat
- Locals de residus.

---

Per exemple, s'avaluarà com a millora:

- La definició correcta d'aquestes àrees que permeti facilitar a les persones usuàries serveis d'alta qualitat en alimentació, neteja, llenceria i subministraments.
- La bona comunicació de l'àrea d'emmagatzematge de residus amb el moll de descàrrega.
- Tots els espais disposen d'aire condicionat que, com a mínim, té aportació d'aire primari i filtració de qualitat EU7-EU9.

---

**4c-02-D-11-Q L'estructuració de l'edifici prioritza les relacions d'adjacència, proximitat o bona comunicació entre les àrees o els serveis.**

---

Vinculació de:

- Urgències amb diagnòstic per la imatge, bloc quirúrgic i UCI.
- Consulta externa amb gabinets d'exploració i diagnòstic per la imatge.
- Hospital de dia amb gabinets d'exploració i consulta externa.
- Blocs quirúrgic i obstètric amb esterilització.
- Àrea d'extraccions del laboratori amb àrea ambulatoria.

Bona comunicació entre:

- Unitats d'hospitalització i serveis centrals de l'hospital.
- Consulta externa i arxiu d'històries clíniques.
- Laboratori i àrea d'hospitalització, urgències, blocs quirúrgic i obstètric, i hospital de dia
- Farmàcia i tots els serveis de l'hospital.
- Cuina i unitats d'hospitalització.

---

**4c-02-D-12-Q L'edifici compta amb materials d'acabat resistents a l'ús, fàcilment substituïbles i de fàcil manteniment.**

---

Per exemple:

En les parets, materials de revestiment sense juntures, vinílics o materials estratificats o laminats d'alta resistència.

En els terres, paviments de terratzo o materials petris, etc.



---

**4c-02-D-13-Q L'organització disposa i aplica sistemes d'avaluació i auditoria de gestió mediambiental, control d'emissions i eficiència energètica de l'edifici i de les instal·lacions i control d'emissions.**

---

---

**4c-02-D-14-Q L'organització prioritza la introducció de tecnologies i equips avançats amb millors rendiments energètics que permetin reduir sensiblement els consums específics.**

---

---

**4c-02-D-15-Q L'organització adequa les instal·lacions a les necessitats energètiques reals.**

---

Fa referència a l'ajustament del consum lumínic en àrees de poc trànsit, a l'adaptació del equips de calefacció i aire condicionat segons les necessitats, etc.

---

---

**4c-02-R-01-Q L'organització avalua les millores realitzades en l'edifici i en les instal·lacions.**

---

---

**4c-02-R-02-Q L'organització avalua periòdicament les mesures aplicades per a la reducció de consum energètic.**

---

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

**Subcriteri 4.c - Gestió sostenible dels edificis, els equipaments, els materials i els recursos naturals.**

**Agrupador conceptual: accessibilitat de l'edifici i del seu entorn – 03**

### **Definició**

L'organització facilita l'accessibilitat al conjunt dels seus recursos, informa de com fer-ho i s'organitza per satisfer les necessitats dels clients.

### **Objectius**

L'organització garanteix l'accessibilitat dels clients i els usuaris als seus recursos, els dona informació, els orienta, facilita les circulacions i adequa els recursos a les necessitats específiques dels diferents tipus.

---

**4c-03-E-01-E Es disposa d'un pla de senyalització general al centre que permet accedir a les diferents àrees.**

---

---

**4c-03-E-02-E El pla de senyalització inclou la identificació de les àrees de circulació públiques i restringides.**

---

---

**4c-03-E-03-E 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.**

---

---

**4c-03-E-04-Q L'organització té en compte la diversitat lingüística en la relació amb els clients.**

---

Facilita la informació en diversos idiomes, facilita intèrprets, etc., i disposa de contestadors automàtics amb opcions d'ús en diferents llengües.

---

**4c-03-E-05-Q L'organització disposa de normes de funcionament pel que fa als visitadors mèdics i als representants de productes i equips.**

---

---

**4c-03-D-01-Q L'organització disposa d'un ordenament previst del trànsit exterior, amb àrees de pàrquing per al públic general i per al personal, per a taxis, per a ambulàncies, amb àrees de parada limitada, amb àrees restringides a la descàrrega de materials i equipaments, etc.**

---

---

**4c-03-D-02-Q El pàrquing està dimensionat amb capacitat per donar servei al flux previst de visitants i personal.**

---

---

**4c-03-D-03-Q La infraestructura compta amb l'ordenació diferenciada d'accessos: àrea pública i àrea restringida.**

---

---

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

---

Es fa referència a mitjans de suport a persones cegues i sordes.

---

**4c-03-D-05-Q L'edifici compta amb una estructura ordenada de les vies de circulació, que diferencia les circulacions d'ús públic (per a client ambulatori i acompanyant) i les d'ús restringit (clients ingressats i personal).**

---

- Diferenciació de les circulacions d'ús públic (per a clients ambulatoris i acompanyants) i les circulacions d'ús restringit (clients ingressats i personal)
- Encreuaments de les diferents circulacions.
- Ortogonalitat i dimensionament regular dels passadissos (lliure accés i gir dels llits).

---

**4c-03-D-06-Q L'edifici compta amb nuclis de comunicació vertical especialitzats segons l'usuari/a o la funció.**

---

- Diferenciació de nuclis de comunicació vertical per al públic, per a clients enllitats, per a material brut i per a material net.
- Dimensions de les cabines.

---

**4c-03-D-07-Q L'accés al centre es troba convenientment senyalitzat a les vies que permeten arribar al centre.**

---

---

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

---

---

**4c-03-D-09-Q** 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.

---

---

**4c-03-D-10-Q** L'organització actua per impedir l'accés de visites a l'habitació dels clients que no ho desitgin i així ho manifestin.

---

---

**4c-03-D-11-E** Es senyalitza convenientment l'ús de telefonia mòbil en el centre.

---

---

**4c-03-D-12-Q** L'organització facilita l'accés a la comunicació telefònica tant en les àrees assistencials com a les no assistencials.

---

---

**4c-03-D-13-E** L'organització té establerts mecanismes de control d'accés a àrees específiques que determini.

Fa referència a: vestidors per al personal en general, vestidors per al personal de quiròfans i control de circulacions restringides d'UCI, d'àrees d'aïllament i altres que es designin, etc.

---

**4c-03-D-14-E** L'organització disposa d'atenció telefònica al client per a informació, citació i programació d'activitats assistencials i altres usos.

---

---

**4c-03-D-15-Q** L'organització disposa d'un nombre suficient de línies telefòniques per a la seva dimensió i previsió d'ús.

---

---

**4c-03-D-16-Q L'organització disposa de megafonia i té establertes les condicions d'ús.**

---

---

**4c-03-D-17-E L'organització disposa de sistemes de comunicació interna i personal per a situacions d'urgència o de necessitat de localització.**

---

---

**4c-03-D-18-E L'organització disposa de mecanismes de localització interna dels membres del personal.**

---

---

**4c-03-R-01-E 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.**

---

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

**Subcriteri 4.c - Gestió sostenible dels edificis, els equipaments, els materials i els recursos naturals.**

**Agrupador conceptual: dret a la intimitat i al confort – 04**

### **Definició**

L'organització té en compte els aspectes que fan referència a la intimitat i al confort del client i del personal.

### **Objectius**

L'organització:

- vetlla pel dret a la intimitat i la dignitat dels clients i del personal;
- té en compte les necessitats particulars dels clients i del seu entorn en moments difícils (dolor, comunicació de malalties terminals, etc.), i
- genera un ambient d'assistència, cura i recuperació de la salut amb les màximes condicions de qualitat i confort.

---

**4c-04-E-01-E La infraestructura permet que l'estada del client es desenvolupi en un entorn físic relaxant i confortable per tal d'afavorir-ne la recuperació.**

---

Comporta:

- Edifici: il·luminació, ventilació, privacitat visual i acústica respecte a l'exterior i entre locals, separació entre llits a les habitacions, colors de les parets, cortines (en cas que n'hi hagi), climatització, telefonia, fil musical.
- Equipament: llits còmodes i articulats, cadires còmodes, taules, armaris per guardar-hi roba i altres objectes personals.
- Altres prestacions: possibilitat de passar-hi la nit, restauració, etc.

---

**4c-04-E-02-E L'organització estableix criteris per a la utilització de les habitacions individuals.**

---

---

**4c-04-D-01-Q L'estructura de l'edifici afavoreix l'aprofitament màxim de les condicions naturals d'il·luminació i ventilació.**

---

---

**4c-04-D-02-Q** L'organització disposa d'una distribució d'espais que permet als clients accedir fàcilment al lavabo i al telèfon en totes les àrees.

---

---

**4c-04-D-03-E** Hi ha àrees en tots els serveis, on els clients i els seus familiars poden esperar per ser atesos.

---

---

**4c-04-D-04-E** Les sales d'espera estan proveïdes de seients adequats i en quantitat suficient.

---

---

**4c-04-D-05-E** Hi ha zones on el client pot canviar-se, tenir privacitat per desvestir-se i deixar els seus objectes personals en un lloc segur.

---

---

**4c-04-D-06-E** L'organització disposa d'àrees per a la recuperació dels clients que ho requereixin en els serveis ambulatoris.

Això fa referència a aquells serveis ambulatoris que suposin la pràctica d'alguna tècnica invasiva amb sedació o generadora d'estrès.

---

**4c-04-D-07-E** L'organització aplica els criteris establerts en relació a la utilització de les habitacions individuals.

---

---

**4c-04-D-08-E** Els clients són proveïts de roba per a l'examen en les situacions que ho requereixin.

---

---

**4c-04-D-09-E** Les habitacions compten amb instal·lacions sanitàries adaptades i accessibles des de l'habitació que permeten la neteja personal amb privacitat i comoditat.

---

---

**4c-04-D-10-E** L'organització disposa d'instal·lacions/equipaments i aplica criteris per tal de mantenir la privacitat i la dignitat dels clients enllitats.

---

---

**4c-04-D-11-E** Hi ha un espai tancat fàcilment accessible per guardar els objectes personals i la roba dels clients.

---

---

**4c-04-D-12-Q** Les habitacions disposen de nivells d'il·luminació ajustables i els llits i els llocs de tractament disposen de llum individual de capçalera.

---

---

**4c-04-D-13-Q** L'ambientació de les habitacions és adequada a l'ús.

---

---

**4c-04-D-14-Q** En totes les habitacions dels clients, el mobiliari i altres estris estan en bones condicions.

---

---

**4c-04-D-15-Q** Hi ha àrees per al dol dels familiars i altres acompanyants.

---

---

**4c-04-D-16-E** Hi ha sales que permeten fer-hi reunions per a consultes i consells, en condicions de privacitat i confidencialitat.

---

---

**4c-04-D-17-Q** L'organització facilita que un acompanyant pugui passar la nit en l'habitació del client en condicions de confort i habitabilitat.

---

---

**4c-04-D-18-Q** L'organització disposa de sales per a clients, amb accés a telèfon i mitjans d'entreteniment.

---



---

**4c-04-D-19-E** 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.

---

---

**4c-04-D-20-Q** Hi ha una àrea comunitària (o diverses) dedicada a la reflexió, a la meditació i a les pràctiques religioses.

---

---

**4c-04-D-21-E** Els infants són assistits en un entorn separat de les persones adultes i adaptat a les seves característiques especials.

---

---

**4c-04-D-22-Q** En les àrees ambulatories, l'organització disposa d'espais per canviar els bolquers als nadons i alletar-los, amb les instal·lacions sanitàries corresponents.

---

---

**4c-04-D-23-E** En les àrees assistencials, l'organització disposa de zones destinades al descans del personal.

---

---

**4c-04-D-24-Q** La zona de cafeteria per al personal disposa de mitjans per oferir els seus serveis les 24 hores del dia.

---

---

**4c-04-D-25-Q** En els serveis assistencials, l'organització disposa, per a la seva gestió, d'espais de reunió i administratius diferenciats dels destinats als clients.

---

---

**4c-04-D-26-Q** Hi ha taulers d'anuncis ben situats i actualitzats.

---

---

**4c-04-R-01-Q L'organització disposa de mecanismes d'avaluació de la satisfacció del client i del personal, referida a l'adequació d'espais no assistencials.**

---

---

**4c-04-R-02-Q L'organització avalua l'adequació dels espais no assistencials en funció de les necessitats detectades.**

---

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

**Subcriteri 4.c - Gestió sostenible dels edificis, els equipaments, els materials i els recursos naturals.**

**Agrupador conceptual: seguretat de l'edifici i del seu entorn – 05**

### **Definició**

L'organització garanteix la seguretat dels clients i dels seus béns, en el recinte del centre.

### **Objectius**

L'organització:

- garanteix la seguretat física dels clients, els acompanyants i els seus béns, mentre siguin en el recinte del centre, i
- preveu la resposta que cal donar en cas d'emergències internes i externes, i de catàstrofes.

---

**4c-05-E-01-E** 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.

---

---

**4c-05-E-02-E** L'organització elabora un pla per actuar enfront de possibles emergències de tot tipus, internes, externes i catàstrofes.

---

---

**4c-05-E-03-E** El pla d'emergències preveu l'accés a equips de comunicacions, centres d'atenció alternatius, fonts alternatives de subministraments mèdics i altres materials.

---

---

**4c-05-D-01-E** 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.

---

---

**4c-05-D-02-E 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.**

---

Per exemple:

- Il·luminació de l'edifici i de l'entorn.
- Instal·lació de seguretat (càmeres exteriors, etc.).
- Personal de seguretat.

---

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

---

---

**4c-05-D-04-Q Els dispositius de seguretat per a clients i persones usuàries estan instal·lats en tota l'estructura de l'edifici i en el mobiliari.**

---

---

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

---

Amb relació a:

- Impossibilitat d'obertura de finestres.
  - Absència de mitjans que puguin provocar asfíxia o estrangulament.
  - Inexistència de vidres. -
- Coberteria de plàstic.

---

**4c-05-D-06-E Hi ha dispositius de seguretat específics per a les àrees d'atenció a infants.**

---

Com a exemple:

- Bressols antiestrangulament
- Connectors elèctrics convenientment protegits.

---

**4c-05-D-07-E Hi ha mesures aplicades per evitar la confusió i afavorir la custòdia dels nadons.**

---

---

**4c-05-D-08-E** Hi ha mesures de protecció contra la precipitació interior o exterior de persones.

---

---

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

---

---

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

---

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

**Subcriteri 4.c - Gestió sostenible dels edificis, els equipaments, els materials i els recursos naturals.**

**Agrupador conceptual: gestió de residus i altres riscos – 06**

### **Definició**

L'organització, en el seu àmbit de competència, garanteix la gestió dels residus en les etapes de manipulació, classificació, emmagatzematge i tractament, i també col·labora en la prevenció d'altres riscos ambientals que puguin impactar negativament en la comunitat.

### **Objectius**

L'organització:

- d'acord amb la seva estratègia de medi ambient, té en compte l'emissió i l'eliminació de sòlids, gasos i fluids;
- protegeix els clients i el personal de possibles contaminacions;
- gestiona de manera segura el trasllat intern de residus des del lloc on es generen fins a l'emmagatzematge adequat, i
- té capacitat per respondre a possibles accidents que afectin el centre i el medi ambient.

---

**4c-06-E-01-E L'organització disposa de procediments per a la gestió de residus i altres elements potencialment perillosos.**

---

---

**4c-06-E-02-E L'organització disposa de procediments per als circuits interns dels residus.**

---

---

**4c-06-E-03-E L'organització disposa de procediments per a la manipulació segura de material infecciosos, químic, tòxic i radioactiu.**

---

---

**4c-06-E-04-Q L'organització disposa de procediments per a la separació i classificació de tot tipus de residus.**

---

---

**4c-06-D-01-Q L'organització disposa d'iniciatives per facilitar el reciclatge, la reutilització i la valorització de tot tipus de residus.**

---

---

**4c-06-D-02-Q L'organització fa el control periòdic dels efluent (biològics, químics, radioactius), dintre del seu àmbit d'actuació.**

---

---

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

Residus classificats per tipologia (tòxics, inflamables, etc.) i per fase (recollida, classificació, contenidors, emmagatzematge temporal, emmagatzematge, recollida pel gestor de residus).

---

**4c-06-D-04-Q L'organització aplica criteris de reducció en la generació de residus.**

---

---

**4c-06-D-05-Q Hi ha un sistema que permet fer un seguiment de l'eficiència dels processos de manipulació, classificació, trasllat i evacuació de residus.**

---

---

**4c-06-D-06-Q L'organització respon a accidents relacionats amb la gestió de tot tipus de residus d'acord amb uns procediments.**

---

---

**4c-06-R-01-Q L'organització avalua el compliment, per part del personal, dels procediments de la gestió de tot tipus de residus.**

---

---

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

---

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

### **Subcriteri 4.d - Gestió de la tecnologia.**

#### **Agrupador conceptual: gestió de la tecnologia assistencial – 01**

##### **Definició**

Els recursos tècnics de suport al diagnòstic i al tractament, de què disposa l'organització, han de ser efectius, correctament utilitzats, operatius per a l'ús i segurs, tant per als clients com per als manipuladors.

##### **Objectius**

L'organització:

- vetlla per estar tecnològicament actualitzada;
- innova tecnològicament en funció de les seves necessitats i possibilitats;
- coneix i valora la tecnologia de què disposa i la que utilitza, tant si és pròpia com en cessió o en demostració;
- identifica i avalua les tecnologies alternatives i emergents;
- vetlla per l'ús correcte de la tecnologia de què disposa i per la reposició adequada;
- garanteix que l'equipament tecnològic utilitzat sigui eficaç i segur, i
- garanteix que les persones que manipulen l'equipament tecnològic estiguin capacitades per fer-ho.

---

**4d-01-E-01-Q L'organització disposa de sistemes per a la detecció, l'avaluació de la utilitat, el rendiment i la rendibilitat de les noves tecnologies emergents.**

---

---

**4d-01-E-02-Q En l'avaluació de les noves tecnologies hi participen els líders.**

---

---

**4d-01-E-03-Q L'organització disposa d'un pla d'inversions en tecnologia, fonamentat en les necessitats detectades pels líders i aprovat per la direcció executiva. Aquest pla és vigent.**

---



---

**4d-01-E-04-E** 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.

---

---

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

---

---

**4d-01-E-06-E** 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.

---

---

**4d-01-E-07-E** L'organització conserva i arxiva 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.

---

---

**4d-01-E-08-E** 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.

---

---

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

---

---

**4d-01-E-10-Q** Les persones responsables del manteniment de les tecnologies assistencials controlen i supervisen les actuacions de tècnics externs al servei de manteniment i les registren adequadament.

---

---

**4d-01-E-11-E** 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.

---

---

**4d-01-E-12-Q** 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.

---

---

**4d-01-E-13-E** L'organització té detectats els aparells que requereixen calibratge periòdic i en programa l'execució.

---

---

**4d-01-E-14-E** L'organització té detectats els aparells que requereixen control continu de l'estat de funcionament.

---

---

**4d-01-D-01-Q** L'organització gestiona la seva cartera tecnològica, incloent l'ús òptim de la tecnologia existent i la substitució de l'obsoleta.

---

---

**4d-01-D-02-Q** El pla de manteniment preventiu i normatiu es desenvolupa segons allò previst.

---

---

**4d-01-D-03-E** 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.

---

---

**4d-01-D-04-E 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.**

---

---

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

---

---

**4d-01-D-06-Q Les incidències de risc en la utilització de l'equipament són detectades i comunicades a la direcció i al comitè de salut laboral, de forma individual i immediata.**

---

---

**4d-01-R-01-Q 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.**

---

---

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

---

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

### **Subcriteri 4.e - Gestió de la informació i del coneixement.**

#### **Agrupador conceptual: sistemes d'informació – 01**

##### **Definició**

L'organització disposa, d'acord amb la seva estratègia, d'uns mecanismes per garantir la recollida, estructuració i gestió correctes de la informació clínica.

##### **Objectius**

L'organització:

- detecta i planifica les necessitats d'informació pròpies i alienes;
- dissenya i implanta el sistema més adequat, d'acord amb l'estratègia;
- garanteix l'accessibilitat, la distribució i la seguretat de la informació;
- hi destina els recursos necessaris;
- implementa i manté els aplicatius i programaris, i
- actualitza i adapta les seves aplicacions segons els canvis de l'entorn.

---

#### **4e-01-E-01-E L'organització té un pla per atendre les necessitats d'informació pròpies i alienes.**

El pla haurà de gestionar la informació tendint a satisfer les necessitats d'informació pròpies (assistencial i de suport) i externes (proveïdors, clients, altres entitats i persones voluntàries). Aquest pla ha de tenir en compte almenys els aspectes següents:

- Identificació de necessitats d'informació a cobrir (internes i externes).
- Recursos necessaris (estructurals, tecnològics, humans).
- Sistemes d'accés i disponibilitat de la informació.
- Suport de la informació processada a l'atenció del client, a la gestió de l'organització i a la gestió de la qualitat.

---

#### **4e-01-E-02-E El pla s'ajusta a les dimensions de l'organització, al personal, a la cartera de serveis i a la complexitat dels serveis oferts.**

El pla ha de comptar amb mecanismes de gestió específics:

- Gestió economicofinancera
- Gestió de clients
- Gestió del personal - Gestió de la producció etc.

---

**4e-01-E-03-E 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.**

---

---

**4e-01-E-04-Q L'organització disposa de les aplicacions i programaris adequats d'acord amb el pla de gestió de la informació.**

---

---

**4e-01-E-05-Q Hi ha un procediment per verificar i validar les dades introduïdes en els sistemes d'informació.**

---

---

**4e-01-E-06-Q La gestió de la informació és integrada entorn del client.**

---

---

**4e-01-E-07-E Hi ha un/a responsable dels sistemes d'informació.**

---

---

**4e-01-D-01-Q L'organització actualitza i adapta les aplicacions i programaris en funció dels canvis del seu entorn, dels avenços tecnològics i de les necessitats dels seus clients.**

---

---

**4e-01-D-02-Q L'organització implanta el pla per atendre les necessitats d'informació, aportant els recursos necessaris.**

---

---

**4e-01-D-03-Q L'organització verifica i valida les dades introduïdes en els sistemes d'informació.**

---

---

**4e-01-D-04-E** Hi ha un sistema de seguretat i confidencialitat conegut per tota l'organització.

---

---

**4e-01-D-05-E** El personal té accés al nivell d'informació que requereix per a les seves necessitats i responsabilitats de treball..

---

S'apliquen mecanismes que regulen l'accés a la informació determinant el perfil de les persones usuàries d'informació, conforme a les necessitats i responsabilitats de treball i altres necessitats definides.

---

**4e-01-D-06-Q** Les necessitats de dades i d'informació de les persones de l'organització són ateses en el moment oportú, en el format que compleix les expectatives de l'usuari/a i amb la freqüència assignada.

---

---

**4e-01-D-07-Q** Les necessitats de dades i d'informació de les persones i entitats alienes a l'organització són ateses en el moment oportú, en el format que respon a la sol·licitud de l'usuari/a i amb la freqüència establerta.

---

Per exemple:

-EESRI

-INE

-CMBD

-Facturació, etc.

---

**4e-01-D-08-E** L'organització determina la informació que ha d'estar disponible permanentment i actualitzada.

---

---

**4e-01-D-09-Q** La gestió de la informació facilita la possibilitat de combinar la informació de diverses fonts per elaborar informes que donen suport a la presa de decisions dels líders.

---

---

**4e-01-D-10-Q** L'organització dissenya, actualitza i gestiona registres clínics específics (mortalitat, neoplàsies, infeccions, etc.).

---

---

**4e-01-D-11-Q El procés d'anàlisi de les dades inclou comparacions internes, amb altres organitzacions, amb estàndards científics i amb bones pràctiques.**

---

---

**4e-01-R-01-Q L'organització avalua periòdicament l'accessibilitat i disponibilitat de la informació.**

---

Els mecanismes per a l'accés a la informació són avaluats periòdicament tenint en compte la distribució i el grau de seguretat i confidencialitat.

---

**4e-01-R-02-Q L'organització avalua periòdicament el sistema de distribució de la informació.**

---

---

**4e-01-R-03-Q S'avaluen periòdicament els mecanismes de seguretat i confidencialitat utilitzats per l'organització.**

---

---

**4e-01-R-04-E 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.**

---

---

**4e-01-R-05-Q L'organització avalua periòdicament la utilitat i utilització de la informació generada.**

---

L'organització revisa periòdicament l'efectivitat i l'eficiència de la informació amb la qual es gestiona. La informació ha de ser útil per a qui la necessita i eficient per a qui la genera.

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

### **Subcriteri 4.e - Gestió de la informació i del coneixement.**

#### **Agrupador conceptual: gestió de la informació assistencial – 02**

##### **Definició**

L'organització disposa, d'acord amb l'estratègia, de mecanismes per garantir la recollida, l'estructuració i la gestió correctes de la informació generada en el procés assistencial, mitjançant la història clínica.

##### **Objectius**

L'organització:

- detecta i planifica les necessitats d'informació pròpies i alienes;
- dissenya i normalitza els documents assistencials;
- manté i gestiona els documents assistencials;
- manté i gestiona les bases de dades amb informació assistencial;
- garanteix l'accessibilitat, la distribució i la seguretat de la informació;
- hi destina els recursos necessaris, i
- avalua la qualitat de les dades i dels documents.

---

**4e-02-E-01-E 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.**

---

---

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

---



---

**4e-02-E-03-E Hi ha un mecanisme de control de qualitat de la història clínica (suport paper o informàtic), suficient per detectar desviacions objectives.**

---

Els mecanismes de control de qualitat d'històries clíniques (i altres documents assistencials) inclouen criteris d'avaluació i cronograma de revisions. Aquest sistema avaluatiu pot incloure:

- Dades d'identificació del client.
- Dades del procés assistencial.
- Formalització del consentiment informat.
- Qualitat de la terminologia sanitària.
- Comparació amb els resultats anteriors.
- Participació dels líders.
- Definició de mesures que tendeixin a la millora.

---

**4e-02-D-01-E Els controls de qualitat de la història clínica es realitzen amb una periodicitat predeterminada.**

---

---

**4e-02-D-02-Q Es comparen els resultats amb altres avaluacions internes, amb altres organitzacions, amb estàndards científics i amb bones pràctiques.**

---

Les comparacions que es realitzen són les següents:

- Amb un mateix al llarg del temps, mensualment o anualment.
- Amb organitzacions similars, a través de bases de dades de referència.
- Amb estàndards establerts per organismes d'acreditació i organitzacions professionals, o per legislació.
- Amb pràctiques desitjables, a través de bibliografies o guies de pràctica clínica.

---

**4e-02-D-03-E L'organització avalua els resultats i pren les mesures adequades per tal d'afavorir la millora de la qualitat de la història clínica.**

---

---

**4e-02-D-04-Q Els líders donen suport als resultats obtinguts i els difonen.**

---

---

**4e-02-D-05-E L'organització avalua la formalització i la qualitat de la història clínica en els ítems que corresponen a:**

- 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.
-

---

**4e-02-D-06-Q S'avalua la qualitat de la terminologia sanitària i els acrònims.**

---

---

**4e-02-R-01-Q Els líders revisen periòdicament l'efectivitat de les mesures de millora.**

---

---

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

---

## **CRITERI 4. ALIANCES I RECURSOS**

### **Subcriteri 4.e - Gestió de la informació i del coneixement.**

#### **Agrupador conceptual: gestió del coneixement – 03**

##### **Definició**

L'organització disposa d'un procés per gestionar el coneixement, un dels actius intangibles més importants generats pel seu personal, ja que un dels beneficis que aporta és la capacitat d'innovació.

##### **Objectius**

Les organitzacions sanitàries cobreixen la demanda del mercat amb serveis i productes basats en el coneixement.

L'organització fomenta l'enriquiment de les persones.

L'organització ha de garantir noves formes de comunicació, col·laboració, coordinació, compartició i utilització del coneixement de què disposa.

Per gestionar el coneixement, l'organització:

- detecta el coneixement de què disposa;
- valora les persones que tenen un coneixement específic;
- reverteix aquests coneixements perquè s'utilitzin eficientment, i
- en fomenta el desenvolupament.

---

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

El pla de gestió del coneixement s'inclina a afavorir el desenvolupament del coneixement col·lectiu intraorganitzacional.

Aquest pla hauria d'incloure almenys els aspectes següents:

- Identificació de necessitats i oportunitats
- Sistemes de comunicació interna adequats
- Avaluació de resultats.

---

#### **4e-03-E-02-Q L'organització té un procediment per avaluar les necessitats d'intercanvi de coneixements amb altres organitzacions, socis, proveïdors, etc., per tal d'aprofitar les sinergies creades.**

---

---

**4e-03-E-03-Q** Hi ha un pressupost assignat i aprovat per al desenvolupament del pla.

---

---

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

---

---

**4e-03-D-01-Q** L'organització aplica el pla i hi destina els recursos necessaris (tecnològics, materials, humans, de temps).

---

A tall d'exemple, es poden mencionar com a recursos:

- Temps per a l'elaboració de la informació
- Utilització de bases de dades pròpies i externes
- Intranet, correu electrònic, etc.
- Revista interna, butlletins interns, carpetes en punts concrets.

---

**4e-03-D-02-Q** L'organització cerca i facilita les fonts adequades i actualitzades (bibliografies científiques, resultats d'investigació pròpia i externa, protocols d'agències que es basen en l'evidència, etc.).

---

---

**4e-03-D-03-Q** L'organització estableix i gestiona xarxes per identificar oportunitats d'innovació que poden sorgir dintre i fora de l'organització.

---

Fa referència a Internet, xarxes socials, blocs, fòrums etc.

---

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

---

---

**4e-03-D-05-Q El/la responsable i els líders animen les persones que tenen coneixements específics, els donen suport i els faciliten els mitjans (protocols, guies, etc.).**

---

L'evidència del desenvolupament del coneixement col·lectiu es manifesta, entre d'altres, mitjançant:

- La producció i actualització de protocols, guies clíniques i altres documents que regulen el funcionament de l'organització.
- Els informes dels resultats de les investigacions, i les experiències professionals específiques publicades o donades a conèixer a l'organització.

---

**4e-03-D-06-Q El/la responsable i els col·laboradors del pla organitzen la informació i en faciliten la utilització i distribució a l'organització.**

---

---

**4e-03-D-07-Q Es facilita la creació d'àrees de debat, aportacions, suggeriments, etc., per tal de fomentar la participació d'altres professionals i alimentar el coneixement col·lectiu de l'organització.**

---

---

**4e-03-R-01-Q L'organització avalua i revisa periòdicament el grau de participació dels diversos professionals en el pla.**

---

---

**4e-03-R-02-E 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.**

---

## CRITERI 5. PROCESSOS

El criteri 5, «Processos», desenvolupa el que constitueix la veritable raó de ser de l'organització. En l'àmbit sanitari, la producció de serveis assistencials (servucció) als seus clients. Per tant, durant aquesta fase l'organització aplica la seva estructura, lideratge, cultura i recursos (humans, físics i tecnològics), els condicionants i característiques dels quals han estat revistats i avaluats en els quatre criteris anteriors (factors facilitadors), per proveir els seus clients d'una assistència sanitària qualitativament satisfactòria des del punt de vista tecnicocientífic i organitzatiu, i adequada a les seves necessitats.

Els subcriteris 5.b i 5.c del model europeu EFQM, versió 2010, no es despleguen en aquest document, ja que es considera que els continguts estan inclosos en el desenvolupament d'altres subcriteris. A diferència del model d'acreditació del 2006, s'ha respectat l'ordre que consta en el model EFQM, versió 2010. Per tant, la producció, la distribució i la gestió dels productes i serveis (abans 5.b), passa a ser ara el subcriteri 5.d, i l'atenció al client, que era el 5.c, passa a ser el 5.e.

Per proveir els serveis sanitaris que li són demandats, l'organització s'estructura en processos, els quals s'activen amb el reconeixement de l'existència d'un determinat problema de salut, per a la resolució del qual l'organització es considera competent i capaç.

En el present document, orientat bàsicament als àmbits d'actuació propis dels hospitals d'aguts, s'identifiquen i proposen, com a eix d'estructuració dels agrupadors conceptuals, els diferents processos en els quals es duu a terme l'activitat hospitalària.

Processos de suport assistencials:

- laboratoris,
- ús de la sang i components sanguinis,
- ús del medicament,
- radiodiagnòstic, medicina nuclear i radioteràpia,
- rehabilitació,
- nutrició,
- arxiu i documentació clínica,
- gestió dels clients,
- control i prevenció de la infecció i
- investigació clínica.

Processos de suport no assistencials:

- cuina,
- bugaderia,
- neteja,

- magatzem,
- administració i
- sistemes d'informació.

Processos de suport al client:

- treball social,
- educació del client i de l'entorn,
- ètica i drets del client i
- atenció al client.

Les organitzacions excel·lents dissenyen, gestionen i milloren els seus processos, productes i serveis per generar cada vegada un valor millor per als seus clients i altres grups d'interès.

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

### **Subcriteri 5.a - Disseny, gestió i millora dels processos.**

#### **Agrupador conceptual: disseny, planificació, gestió i millora dels processos – 01**

##### **Definició**

L'organització, havent definit els seus processos estratègics, clau i de suport, disposa de mecanismes per planificar, dissenyar i gestionar els seus processos de manera coherent amb la missió, la política i l'estratègia fixades, i estableix els mecanismes d'avaluació i millora contínua.

##### **Objectius**

L'organització:

- planifica, dissenya, gestiona i avalua sistemàticament els seus processos;
- determina les interconnexions necessàries entre els processos perquè funcionin com un sistema, i
- introdueix les millores necessàries per satisfer les necessitats del client i altres grups d'interès.

---

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

---

---

#### **5a-01-E-02-E Els líders participen en la planificació, disseny i gestió dels processos identificats.**

---

L'organització ha de disposar de mecanismes per a la planificació, disseny i gestió dels seus processos. Aquests mecanismes han de promoure els nivells màxims de participació.

---

#### **5a-01-E-03-Q 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.
- 

---

#### **5a-01-E-04-Q La planificació dels processos inclou les previsions de verificació, validació i revisió d'aquests.**

---



---

**5a-01-E-05-E L'organització disposa d'un manual de procediments.**

---

El manual de procediments és el document o conjunt de documents que, de forma ordenada, consistent i homogènia, agrupa la descripció i desplegament dels processos i procediments amb els quals l'organització es regeix.

---

**5a-01-E-06-E Els processos disposen d'objectius i aquests són coherents amb la missió i estratègies de l'organització.**

---

---

**5a-01-E-07-E Els processos es planifiquen i dissenyen tenint en compte els coneixements i els recursos disponibles (edifici, instal·lacions, equipaments, econòmics, financers i altres).**

---

---

**5a-01-E-08-E Els líders determinen els criteris i indicadors per avaluar els seus processos i permetre la comparabilitat de resultats.**

---

Els elements de mesura haurien de permetre la comparabilitat:

- A través del temps dins de la mateixa organització.
- Amb els processos vigents en altres organitzacions similars (si hi ha possibilitat d'accés).
- Amb estàndards reconeguts i/o pràctiques desitjables documentades en bibliografia reconeguda.
- Amb el Pla de salut, plans directores, guies i protocols que estableixi el Departament de Salut.

---

**5a-01-D-01-Q El personal participa activament en la planificació, execució i avaluació dels processos.**

---

---

**5a-01-D-02-E El disseny dels processos és complet.**

---

S'entén per disseny complet el que reuneix, per exemple, els requisits següents:

1. Finalitat (objectius)
2. Data
3. Persona responsable (propietari/ària)
4. Seqüència d'activitats ordenades segons les àrees responsables
5. Indicadors de compliment referits al producte i al client/receptor
6. Recursos necessaris
7. Mecanismes d'avaluació
8. Assoliment
9. Cronograma de revisions
10. Documentació i registres si ho requereix
11. Determinació de les relacions amb altres processos
12. Referències a les fonts d'informació actualitzades.

---

**5a-01-D-03-E El disseny dels processos utilitza informació contrastada d'acord amb la seva naturalesa.**

---

Per exemple: evidència científica, comparativa en relació amb les millors pràctiques, normativa relacionada, bibliografia científica, etc.

---

**5a-01-D-04-Q En el disseny dels processos es troben definits els requisits del producte i/o servei referits a aspectes funcionals, d'execució, legals/reglamentaris aplicables, ètics i altres específics, així com els criteris d'acceptació del producte i/o servei.**

---

---

**5a-01-D-05-E Hi ha coordinació i integració de processos dins de cada departament o servei o unitat funcional i entre ells mateixos.**

---

Les unitats funcionals poden actuar desenvolupant diversos processos en paral·lel. Aquests haurien de poder coordinar-se i integrar-se en el quefer de la unitat funcional.

---

**5a-01-D-06-E L'organització garanteix que tot el personal té accessibilitat i coneixement de tots els procediments que a la seva funció li corresponen.**

---

---

**5a-01-D-07-Q Els líders estableixen les prioritats d'avaluació i defineixen els paràmetres a avaluar de forma consistent i comparable.**

---

Cada element de mesura anirà definit per característiques concretes com poden ser:

- finalitat de la mesura
- procés a mesurar
- mètode per realitzar la mesura - tipus i manera de recollida de dades - freqüència de mesura - valors límit i altres...

---

**5a-01-D-08-Q L'organització utilitza tècniques i eines de suport estadístic per a l'anàlisi de dades de les avaluacions, per interpretar les variacions i detectar zones de millora.**

---

---

**5a-01-D-09-E L'organització planifica i implanta les accions de millora contínua dels processos.**

---

---

**5a-01-D-10-E 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.**

---

Aquests processos seran determinats per l'organització.

---

**5a-01-D-11-Q 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.
- 

---

**5a-01-D-12-Q L'organització:**

- Implanta i documenta les accions necessàries per prevenir les no-conformitats.
- 

---

**5a-01-R-01-Q L'organització avalua les característiques de la qualitat final del producte i/o servei.**

---

Per a cada procés.

---

**5a-01-R-02-Q L'organització revisa i actualitza periòdicament els procediments del manual, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

---

---

**5a-01-R-03-Q L'organització avalua els resultats de les accions preventives preses.**

---

---

**5a-01-R-04-Q L'organització avalua els resultats de les accions correctives implementades.**

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

### **Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

#### **Agrupador conceptual: atenció ambulatoria – 01**

##### **Definició**

L'organització proveeix d'assistència sanitària els seus clients en règim ambulatori, amb qualitat i coordinació entre els diferents prestadors de serveis, siguin aquests interns (de la mateixa organització) o externs (en relació amb altres organitzacions).

S'entén com a prestació de serveis en règim ambulatori la que es realitza sense necessitat de mantenir el client ingressat i, per tant, sense pernoctar al centre sanitari. Aquests serveis també es coneixen com a serveis de provisió previsible o programable.

Bàsicament, aquesta prestació correspon a les consultes externes, l'hospitalització de dia i els gabinets d'exploració.

No s'hi inclouen, perquè estan dins d'altres agrupadors conceptuals:

- la cirurgia ambulatoria (tractada en «Atenció quirúrgica»),
- l'intervencionisme mínimament invasiu (tractat en «Atenció quirúrgica»),
- l'atenció urgent i
- els serveis o unitats de suport a l'assistència com, per exemple, el radiodiagnòstic o els laboratoris (tractats específicament com a processos de suport a l'assistència).

##### **Objectius**

L'organització:

- facilita l'accés als seus serveis ambulatoris amb diligència i equitat;
- afavoreix la participació del client en l'elecció del recurs assistencial;
- coordina els seus recursos per proveir d'un servei integrat;
- cerca l'adequació en l'ús dels seus serveis i de l'eficiència en la seva provisió;
- garanteix la continuïtat assistencial entre els diferents àmbits assistencials de la mateixa organització, i
- garanteix la continuïtat assistencial i es coordina eficientment amb altres dispositius assistencials externs, siguin aquells per als quals actua com a referent (receptor) o per als quals actua com a referidor (emissor).

---

#### **5d-01-E-01-E L'organització identifica i dona a conèixer als clients:**

**- La cartera de serveis ambulatoris**

**- Els/les professionals que realitzen activitats en règim ambulatori.**

---

---

**5d-01-E-02-Q L'organització disposa d'un procediment per incorporar o suprimir unitats de la seva cartera de serveis.**

---

---

**5d-01-E-03-E 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.**

---

---

**5d-01-E-04-E 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.**

---

Aquest procediment preveu la possibilitat de citació telefònica, per Internet, citació gestionada des de diferents punts de l'organització i citació gestionada des dels referidors.

---

**5d-01-E-05-E El procediment inclou la possibilitat de programar multicites.**

---

Capacitat per citar el mateix client en serveis o unitats diferents per a un mateix dia, amb l'objectiu d'incrementar la resolució i eficàcia de cada visita.

---

**5d-01-E-06-Q El procediment inclou la possibilitat d'elecció de professional per part del client.**

---

---

**5d-01-E-07-Q El procediment estableix els criteris de prioritat a l'accés als serveis ambulatoris, de forma explícita i comunicada als clients. Els criteris no discriminen en funció de raons de cobertura econòmica.**

---

---

**5d-01-E-08-Q El procediment estableix els límits màxims de demora entre la sol·licitud i la data de realització de l'activitat programada i com s'ha d'actuar davant de demores superiors a l'establerta com a màxima.**

---

---

**5d-01-E-09-E El procediment estableix com actuar davant d'una sol·licitud urgent d'assistència.**

---

---

**5d-01-E-10-E** El procediment estableix com gestionar la llista d'espera, així com els seus límits de tolerància.

---

---

**5d-01-E-11-E** 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).

---

Siguin de la pròpia organització o d'altres organitzacions.

---

**5d-01-E-12-Q** Un procediment estableix els límits de tolerància a l'extraprogramació de visites. Aquests criteris són pactats amb els líders.

---

Un determinat percentatge de visites no acudeixen, mentre que altres necessiten programació en un determinat moment clínic. L'organització estableix criteris per garantir l'eficiència i productivitat, sense afectar sensiblement altres clients programats.

---

**5d-01-E-13-Q** Un procediment estableix el circuit d'accés (amb diferenciació de circuits per a clients externs i per a clients ingressats, tant en el que es refereix a l'accés com a l'espera), identificació, recepció, informació, facturació, cobrament i nova citació o noves citacions dels clients.

---

En especial pel que fa referència a clients programats per a exploracions complementàries.

---

**5d-01-E-14-E** Un procediment preveu la continuïtat assistencial entre l'atenció ambulatoria, l'atenció urgent i l'atenció en hospitalització.

---

---

**5d-01-E-15-Q** 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.

---

---

**5d-01-D-01-Q** El client té opció d'escollir el o la professional que l'ha d'assistir.

---

---

**5d-01-D-02-Q** L'organització adapta l'oferta a la demanda real.

---

---

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

---

Ofereix assistència ambulatoria també a les tardes, especialment en especialitats pediàtriques.

---

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

---

---

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

---

---

**5d-01-D-06-Q En cas de substitució del/la professional responsable, el client és informat amb anterioritat a la visita.**

---

---

**5d-01-D-07-E El client és informat i consultat de forma entenedora i completa del pla assistencial proposat pel professional/equip responsable.**

---

---

**5d-01-D-08-E 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.**

---

En especial pel que fa referència a tractaments farmacològics previs.

---

**5d-01-D-09-E 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.**

---

L'organització té previstos els recursos necessaris per facilitar la informació escrita sol·licitada i estableix els terminis en què aquesta ha de ser lliurada.

---

**5d-01-D-10-Q 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.**

---



---

**5d-01-D-11-Q** El professional/equip responsable pot realitzar a demanda del client un informe al tancament dels processos ambulatoris, conservat a la història clínica i que es lliura al client i al facultatiu derivador.

---

---

**5d-01-D-12-E** L'organització registra l'activitat assistencial ambulatoria amb criteris homogenis i comparables.

---

---

**5d-01-D-13-Q** L'organització disposa d'un sistema de classificació i avaluació de la tipologia de l'activitat realitzada de forma ambulatoria.

---

Fa referència a sistemes d'agrupació, classificació i codificació dels actes assistencials realitzats en règim ambulatori.

---

---

**5d-01-D-14-Q** L'organització aplica un sistema objectiu per avaluar la qualitat de l'àrea assistencial ambulatoria.

---

---

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

---

---

**5d-01-R-02-Q** L'organització revisa l'eficiència i productivitat dels serveis ambulatoris prestats.

---

---

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

---

---

**5d-01-R-04-Q** L'organització revisa periòdicament els temps d'espera dels clients abans de ser atesos.

---

---

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

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: atenció urgent – 02**

### **Definició**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, disposa d'un procés per donar atenció urgent als clients, ja siguin ingressats o d'altres procedències.

### **Objectius**

L'organització garanteix:

- el seu funcionament 24 hores al dia i tots els dies de l'any,
- la classificació dels clients i la prioritització de la seva assistència,
- que no interfereixi amb l'activitat no urgent,
- la disponibilitat permanent de proves radiològiques i analítiques,
- la disponibilitat de tractament quirúrgic urgent,
- la disponibilitat d'atenció especialitzada (dintre o fora del centre),
- la disponibilitat de trasllat (a altres centres o al domicili),
- la comunicació interna i externa al servei,
- la informació en temps i forma oportunes.

---

**5d-02-E-01-E 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.**

---

---

**5d-02-E-02-Q L'organització estableix uns criteris per a la designació del/de la responsable de l'atenció urgent.**

---

---

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

---

---

**5d-02-E-04-Q L'organització disposa d'un procediment per incorporar o suprimir serveis de la seva cartera de serveis.**

---

---

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

---

---

**5d-02-E-06-E Hi ha un procediment per comunicar i informar les autoritats i serveis públics competents en cada cas.**

---

Telèfons, documentació medicolegal:

- Policia
- Bombers
- Jutjats (inclòs forense).

---

**5d-02-E-07-Q 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.**

---

---

**5d-02-E-08-E L'organització estableix uns criteris i forma el personal sanitari competent per identificar els clients amb necessitats immediates i en prioritza el tractament.**

---

---

**5d-02-E-09-Q Hi ha un procediment que facilita una correcta interrelació amb altres àrees del centre i de l'exterior.**

---

---

**5d-02-E-10-E 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

---

**5d-02-E-11-E Hi ha uns criteris establerts documentats per garantir la continuïtat assistencial fins a l'acceptació explícita per part del centre receptor.**

---

---

**5d-02-E-12-E** Hi ha un procediment per a la identificació dels clients que acudeixen a l'àrea d'urgències sense possibilitat d'identificar-se.

---

---

**5d-02-D-01-Q** Es facilita un inici àgil del procés administratiu de registre.

---

---

**5d-02-D-02-E** L'organització té un registre de l'activitat realitzada a urgències.

---

Nom i cognoms

Edat i sexe

CIP

Data i hora d'entrada i sortida

Procedència del client

Destinació del client

Identificació del personal mèdic i d'infermeria

Diagnòstic o motiu de la consulta

Tractament

Altres.

---

**5d-02-D-03-E** Es garanteix el control d'ubicació i seguiment del procés del client durant la seva estada en el servei d'urgències.

---

Inclou les àrees d'observació i altres àrees creades per facilitar la resposta a la demanda del centre.

---

**5d-02-D-04-E** Els criteris de valoració o classificació dels clients són coneguts per tot el personal implicat.

---

---

**5d-02-D-05-E** Hi ha una primera valoració del client per tal de prioritzar la seva assistència i dirigir-lo a l'àrea concreta.

---

---

**5d-02-D-06-Q** S'assigna personal mèdic i d'infermeria que tuteli el procés durant la seva estada en el servei i el client el coneix.

---

---

**5d-02-D-07-E Es garanteix la utilització immediata: radiologia, laboratori, ús de sang i ús de medicaments.**

---

---

**5d-02-D-08-E Es facilita la possibilitat de rebre atenció especialitzada amb mitjans propis o aliens.**

---

---

**5d-02-D-09-E Durant el procés assistencial urgent es genera la documentació clínica corresponent i aquesta queda arxivada.**

---

---

**5d-02-D-10-E Es facilita l'accés a la història clínica en el cas que tingui visites anteriors al centre.**

---

---

**5d-02-D-11-E S'aplica un protocol de tractament immediat de les emergències cardiorespiratòries.**

---

Fa referència a l'existència de protocols i procediments específics i a equipaments adequats (carro d'aturada cardíaca, monitors, desfibril·lador, etc.)

---

---

**5d-02-D-12-E Es lliura la informació assistencial en els trasllats interns o externs.**

---

---

**5d-02-D-13-E Es lliura un informe d'alta.**

---

El contingut de l'informe:

- Nom i cognoms
- Edat i sexe
- Hora d'entrada i sortida
- Anamnesi
- Exploració física i complementària
- Diagnòstic
- Tractament
- Derivació
- Noms del personal mèdic i d'infermeria
- Número de col·legiat i signatura.

---

**5d-02-D-14-E S'intercanvia la informació entre el personal, durant els canvis de torn i els trasllats.**

---

---

**5d-02-D-15-E Hi ha una coordinació documentada amb altres centres.**

---

---

**5d-02-D-16-E S'aplica un sistema objectiu per avaluar l'activitat de l'àrea d'urgències i de la seva tipologia.**

---

---

**5d-02-D-17-Q L'organització aplica un sistema objectiu per avaluar la qualitat de l'àrea assistencial d'urgències.**

---

Possibles paràmetres que es poden avaluar són els següents:

- Temps d'espera en la visita
- Temps d'espera per a resultat de proves complementàries
- Temps d'espera per a l'ingrés
- Temps d'espera per donar informació
- Tracte rebut
- Informes d'alta
- Retorn a urgències abans de 24 h

---

**5d-02-R-01-E L'organització avalua periòdicament la situació de les demores d'atenció urgent i actua per corregir-les.**

---

---

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

---

---

**5d-02-R-03-E L'organització avalua periòdicament l'activitat realitzada a l'àrea d'urgències.**

---



## CRITERI 5. PROCESSOS

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: atenció en l'hospitalització – 03**

### Definició

L'organització disposa d'un procés d'atenció per al client hospitalitzat que respon a les estratègies establertes.

S'entén com a hospitalització el servei que es presta al client quan està internat en un hospital o centre sanitari. També inclou la unitat de cures intensives i altres hospitalitzacions especials.

### Objectius

L'organització garanteix:

- la possibilitat d'ingressar durant les 24 hores del dia i tots els dies de l'any,
- l'assistència durant l'ingrés amb procediments d'eficiència provada, i
- la continuïtat del servei ofert, mitjançant la connexió amb el servei o destí corresponent, una vegada s'ha produït l'alta.

---

**5d-03-E-01-E 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.**

---

---

**5d-03-E-02-E L'organització disposa de procediments per a l'acollida del client a la unitat d'hospitalització.**

---

El procediment inclou un registre (full d'ingrés) que hauria de comptar, almenys, amb les dades següents:

- Motiu d'ingrés (codi)
- Àrea de referència
- Nom del metge/essa que el deriva
- Identificació del sector i número de llit.
- Confirmació d'altres dades que ja hi eren en la història clínica (domicili, telèfons: propi i de familiars de contacte, assegurança sanitària, etc.)
- Nom del/de la metge/essa responsable del cas
- Avaluació de risc potencial, que inclou una avaluació física i nutricional, psicològica, social i econòmica, risc de patir úlceres per pressió, risc de caigudes, al·lèrgies medicamentoses, alimentàries, de contacte i d'altres, hipersensibilitat a drogues i sospita de maltractament.

---

**5d-03-E-03-E L'organització estableix els procediments necessaris per al maneig dels clients d'especial protecció.**

---

Clients immobilitzats, clients psiquiàtrics, infants, dones embarassades, gent gran, persones amb discapacitat, clients tributaris de cures pal·liatives, clients aïllats i clients sota vigilància policial.

---

**5d-03-E-04-E En els casos que els clients ingressen derivats d'altres serveis, es requereix l'acompanyament de la informació assistencial completa.**

---

---

**5d-03-E-05-E Hi ha procediments que determinen l'avaluació i el tractament del dolor.**

---

---

**5d-03-E-06-E Hi ha procediments que determinen l'avaluació i l'atenció especial en els casos de cures pal·liatives.**

---

---

**5d-03-E-07-E Hi ha procediments per propiciar la donació d'òrgans.**

---

---

**5d-03-E-08-Q L'organització disposa de procediments per garantir la connexió amb les unitats a les quals es derivarà el client després de l'alta.**

---

---

**5d-03-E-09-E Els clients són informats, prèviament a l'ingrés, sobre les normes internes de l'hospital/centre.**

---

Per exemple:

- Orientació espacial (mapa de localització)
- Normes generals (règim de visites, consentiment informat, disposicions sobre la protecció en la participació de treballs d'investigació, etc.)
- Accés a l'enquesta de satisfacció
- Existència d'un llibre de reclamacions, la manera d'accedir-hi i com formalitzar-ho
- Aspectes econòmics de la prestació per la qual s'internalitza: cobertura, aspectes que ha d'abonar, etc.

---

**5d-03-D-01-Q S'apliquen els procediments per a l'acollida del client en el moment de la seva incorporació a les sales d'hospitalització.**

---

---

**5d-03-D-02-E Les necessitats assistencials del client són determinades en l'avaluació inicial i es documenten en la història clínica.**

---

---

**5d-03-D-03-Q Tot client que ingressa a la unitat d'hospitalització és rebut per personal d'infermeria.**

---

---

**5d-03-D-04-E 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).**

---

La història clínica d'ingrés ha de contenir, almenys:

- Motiu de consulta
- Antecedents, medicació prèvia, estudis complementaris anteriors (Rx, laboratori)
- Examen físic
- Diagnòstic presumptiu
- Sol·licitud d'estudis complementaris (Rx, laboratori, etc.)
- Consultes amb altres professionals
- Pla terapèutic inicial

---

**5d-03-D-05-E 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.**

---

---

**5d-03-D-06-E 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.**

---

---

**5d-03-D-07-E 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.**

---

---

**5d-03-D-08-E 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.**

---

---

**5d-03-D-09-E Les actuacions que es realitzen al client són registrades en la història clínica.**

---

---

**5d-03-D-10-Q L'organització garanteix la coordinació dels diferents procediments realitzats al client.**

---

---

**5d-03-D-11-E L'organització utilitza mecanismes de control efectius per impedir els errors en l'administració de les prestacions.**

---

---

**5d-03-D-12-Q L'organització aplica procediments per garantir les interconsultes entre els diferents professionals especialistes o altres en temps establerts com a acceptables segons els requeriments.**

---

---

**5d-03-D-13-Q L'organització aplica procediments per reavaluar l'evolució dels clients i disposar d'alternatives diagnòstiques i terapèutiques.**

---

---

**5d-03-D-14-Q L'organització aplica procediments escrits per a l'assistència i tractament dels infants.**

---

---

**5d-03-D-15-Q L'organització aplica procediments escrits per a l'assistència i tractament de les dones embarassades i de les interrupcions legals de l'embaràs.**

---

---

**5d-03-D-16-Q L'organització aplica procediments escrits per a l'assistència i tractament de la gent gran.**

---

---

**5d-03-D-17-Q L'organització aplica procediments escrits per a l'assistència i tractament de les persones amb discapacitat.**

---

---

**5d-03-D-18-E L'organització aplica procediments escrits per a l'assistència i tractament dels clients tributaris de cures paliatives, diferenciant persones adultes i infants.**

---

---

**5d-03-D-19-E L'organització aplica procediments escrits per al maneig dels clients immobilitzats.**

---

---

**5d-03-D-20-E L'organització aplica procediments escrits per al maneig dels clients aïllats.**

---

---

**5d-03-D-21-E L'organització aplica procediments escrits per al maneig dels clients psiquiàtrics.**

---

---

**5d-03-D-22-E L'organització aplica procediments escrits per al maneig dels clients sota vigilància policial.**

---

---

**5d-03-D-23-E** L'organització aplica procediments per garantir que la informació flueixi adequadament entre el personal responsable de l'atenció del client.

---

---

**5d-03-D-24-E** L'organització aplica procediments per garantir la continuïtat de l'assistència del client quan és donat d'alta.

---

---

**5d-03-D-25-E** El client és informat sobre els passos que ha de seguir quan és donat d'alta i es registren.

---

---

**5d-03-D-26-E** L'organització disposa i aplica procediments per actuar en casos d'èxits.

---

---

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

---

---

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

---

---

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

---

---

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

---

---

**5d-03-R-03-Q Hi ha un sistema per avaluar la implantació de les correccions que sorgeixen de les revisions.**

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: atenció quirúrgica – 04**

### **Definició**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, garanteix la realització dels procediments terapèutics i diagnòstics de caràcter quirúrgic als seus clients.

Aquest agrupador inclou la cirurgia sense ingrés i l'atenció obstètrica.

### **Objectius**

L'organització garanteix:

- el funcionament de les sales d'operacions les 24 hores del dia (equipament i personal disponible per dotar la sala d'operacions i la sala de reanimació),
- la disponibilitat dels serveis de suport necessaris per garantir una activitat quirúrgica de qualitat,
- el seguiment de l'evolució postquirúrgica del client,
- la comunicació interna i externa a l'àrea quirúrgica, i
- la informació en temps i forma oportunes.

---

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

---

---

**5d-04-E-02-E 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.**

---

L'organització afavoreix el desplegament d'un programa de cirurgia sense ingrés com a oferta electiva per a determinat tipus de processos. Aquest fet implica la normalització dels criteris d'inclusió i exclusió, la protocol·lització del procés d'admissió, de control i monitoratge, de seguiment immediat i posterior, de comunicació client/hospital, de resolució de contingències, etc.



---

**5d-04-E-03-E L'organització té definida la descripció dels circuits de circulació dins de l'àrea quirúrgica.**

---

Circuit del client: ambulatori, hospitalitzat, urgent, de part.

Circuit del personal: assistencial, administratiu, manteniment i neteja.

Circuits del material net i brut.

Circuit d'acompanyants.

---

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

---

---

**5d-04-E-05-E Hi ha un procediment que garanteix la preparació del client adequada abans de desplaçar-se al bloc quirúrgic.**

---

---

**5d-04-E-06-E Hi ha un procediment per garantir l'estudi preoperatori del client.**

---

---

**5d-04-E-07-E Hi ha un procediment per coordinar la programació quirúrgica programada i urgent.**

---

---

**5d-04-E-08-E Hi ha un procediment que determina qui té accés a l'àrea quirúrgica i en quines condicions.**

---

Es disposa de mecanismes per regular l'accés a l'àrea quirúrgica a persones alienes a l'organització (pares, parella, metges aliens a l'organització o altres).

---

**5d-04-E-09-Q Hi ha un procediment que facilita la comunicació entre el client i/o la seva família o entorn i els/les professionals.**

---

L'organització disposa de mecanismes de comunicació amb el client que tenen en compte aspectes de:

- Informació sobre la malaltia i alteracions diagnòstiques i terapèutiques.
- Contenció afectiva.

---

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

---

---

**5d-04-D-02-E L'organització garanteix la incorporació a una llista d'espera quirúrgica única i centralitzada.**

---

---

**5d-04-D-03-E L'organització garanteix una gestió objectiva de la llista d'espera.**

---

---

**5d-04-D-04-E Hi ha una programació o agenda quirúrgica periòdica, consensuada i coneguda per tots els implicats.**

---

---

**5d-04-D-05-E 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.**

---

---

**5d-04-D-06-E Hi ha un registre de quiròfan.**

---

El registre ha de disposar de les dades següents:

- |   |   |
|---|---|
| - Nom i cognoms del client                              | - identificació del quiròfan            |
| - número d'història clínica                             | - diagnòstic                            |
| - edat  | - tipus d'intervenció                   |
| - sexe  | - tipus d'anestèsia                     |
| - nom del/de la cirurgià/ana                            | - hora d'entrada i sortida del quiròfan |
| - nom de l'ajudant                                      | - hora d'inici, i fi de la intervenció  |
| - nom de l'/la infermer/a                               | - pròtesi implantada                    |
| - nom de l'auxiliar de quiròfan                         | - transfusió de sang                    |
| - nom de l'instrumentista                               | - peces enviades a anatomia patològica  |
| - nom de l'anestesista                                  | - registre de material estèril          |
| - nom de la persona que realitza la neteja del quiròfan |   |

---

**5d-04-D-07-E S'utilitzen les circulacions establertes per l'organització corresponents a l'àrea quirúrgica.**

---

---

**5d-04-D-08-Q L'àrea quirúrgica té accés a l'àrea d'esterilització per tal de facilitar la circulació del material i del personal.**

---

---

**5d-04-D-09-Q Hi ha comunicació i accés pròxim a la zona de reanimació/recuperació i la unitat de cures intensives.**

---

---

**5d-04-D-10-E Hi ha una ràpida disponibilitat dels serveis:**

- Ús de sang
  - Anatomia patològica
  - Diagnòstic per imatges
  - Ingrés, si és necessari.
- 

---

**5d-04-D-11-E L'àrea quirúrgica disposa d'un/s sistema/es d'esterilització ràpida.**

---

---

**5d-04-D-12-Q El client coneix els/les professionals responsables del procés quirúrgic i anestèsic.**

Es considera que el client coneix les persones responsables de la intervenció (cirurgià, anestesista) amb la suficient antelació.

---

**5d-04-D-13-E Hi ha dintre dels quiròfans unes condicions d'asèpsia controlades.**

D'acord amb l'evidència científica i les recomanacions dels organismes nacionals i internacionals competents.

---

**5d-04-D-14-Q Hi ha un mecanisme i una persona responsable del control dels estocs dels magatzems de l'àrea quirúrgica.**

---

---

**5d-04-D-15-Q L'atenció quirúrgica en les seves diferents fases pre, per i postquirúrgica es planifica, fent-ne partícip el client, amb seguiment dels procediments establerts per a cada procés quirúrgic. Tot això està documentat en la història clínica.**

El procés quirúrgic en la seva totalitat s'estableix en forma multidisciplinària amb la participació del/de la cirurgià/ana, anestesista, infermers/eres i qualsevol altre personal que correspongui i es planifica amb la participació del pacient.

---

**5d-04-D-16-E L'organització aplica un sistema de verificació del procés quirúrgic, amb la participació de l'equip responsable.**

La llista de verificació quirúrgica inclou ítems corresponents a abans de la inducció, abans de la incisió, abans de la sortida del quiròfan i de la recuperació postanestèsica.

---

**5d-04-D-17-Q Es garanteix el trasllat amb les condicions i informació adequada segons les necessitats.**

Es refereix a les condicions i criteris utilitzats per a l'autorització del trasllat cap a l'àrea quirúrgica i cap al destí després de la intervenció.

---

**5d-04-D-18-E El client i el seu entorn són informats de les actuacions practicades i la possible evolució.**

---

**5d-04-D-19-E En el cas de la cirurgia ambulatoria, hi ha un seguiment documentat després de l'alta.**

Per a aquelles intervencions que determini l'organització.

---

**5d-04-D-20-Q L'organització aplica un sistema objectiu per avaluar la qualitat de l'àrea assistencial quirúrgica.**

---

---

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

---

- Registres d'anul·lacions, detallant-ne motius i responsables
- Rendiment de quiròfans.
- Retard a l'inici de la primera intervenció
- Consums
- Estocs emmagatzemats

---

**5d-04-R-02-E L'organització avalua l'activitat realitzada a l'àrea quirúrgica.**

---

---

**5d-04-R-03-E L'organització avalua periòdicament la situació de les demores en la programació i actua per corregir-les.**

---

---

**5d-04-R-04-E L'organització avalua periòdicament la situació de les llistes d'espera en la programació i actua per corregir-les.**

---

---

**5d-04-R-05-E Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: laboratoris – 05**

### **Definició**

L'organització compta, com a instrument de suport al diagnòstic, amb els serveis de laboratori adequats i disponibles per atendre les necessitats dels seus clients.

Aquest ítem inclou els laboratoris d'anàlisis clíniques en els seus diferents desenvolupaments i els laboratoris d'anatomia patològica.

### **Objectius**

L'organització:

- adequa els seus laboratoris amb procediments que li atorguen eficàcia i eficiència;
- innova permanentment la seva tecnologia i capacitats del personal com a resposta a la seva política de millora contínua;
- garanteix l'accessibilitat a les prestacions de laboratori prèviament establertes i la continuïtat per a les tècniques que no es realitzin en la mateixa institució;
- garanteix la fiabilitat dels resultats obtinguts per mitjà de sistemes de garantia de qualitat d'objectius;
- crea espais d'integració clínica per optimitzar l'aprofitament de les potencialitats dels serveis;
- garanteix la disponibilitat dels seus resultats en els llocs i temps adequats, i
- compleix les normes de seguretat i reglamentacions vigents.

---

**5d-05-E-01-E L'organització disposa d'una eina eficient per al diagnòstic mitjançant laboratoris adequadament equipats i amb personal competent.**

S'identifiquen les unitats existents, l'equipament i el personal. Es comprova la cartera de serveis.

---

**5d-05-E-02-E L'organització garanteix 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.**

---

---

**5d-05-E-03-E** 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.

---

---

**5d-05-E-04-E** 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.

---

---

**5d-05-E-05-E** La unitat funcional té un pla de qualitat específic que és revisat i actualitzat i que inclou estructura, organització funcional i seguretat.

---

---

**5d-05-E-06-Q** L'organització disposa de procediments consensuats entre els líders per a la realització de perfils analítics corresponents a determinades patologies.

---

---

**5d-05-E-07-Q** L'organització estableix criteris per a la realització d'estudis necroscòpics i facilita que es puguin realitzar.

---

---

**5d-05-E-08-E** L'organització estableix els criteris per a la realització dels estudis anatomopatològics de peces quirúrgiques.

---

---

**5d-05-E-09-E** Disposa de procediments per a la provisió, emmagatzematge i utilització de subministraments específics de l'activitat.

---

Material fungible sanitari, reactius, etc.

---

---

**5d-05-D-01-E** 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.

---

---

**5d-05-D-02-Q La unitat funcional aplica procediments específics per a cadascuna de les tècniques que realitza. Aquests són actualitzats amb la periodicitat prevista, o abans si els avenços científics/tecnològics així ho demanen.**

Cada tècnica ha de disposar d'un procediment normalitzat de treball o una instrucció tècnica que detalli com es prepara, realitza, controla, comprova i valida el seu procés d'execució.

---

**5d-05-D-03-Q La unitat funcional consensua amb els líders l'adequació de la indicació de l'estudi sol·licitat.**

---

**5d-05-D-04-Q La unitat funcional facilita al facultatiu prescriptor i als clients, de manera entenedora, les indicacions prèvies a la realització dels estudis diagnòstics.**

---

**5d-05-D-05-E Les mostres van acompanyades de la petició degudament formalitzada.**

En suport paper i/o electrònic.

---

**5d-05-D-06-E 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.**

---

**5d-05-D-07-E El laboratori manté registres de totes les mostres recepcionades, processades i de les que han estat derivades a altres laboratoris.**

---

**5d-05-D-08-E El laboratori aplica procediments per a l'emmagatzematge i conservació de mostres que requereixen estudis diferits en el temps o com a resguard legal.**

---



---

**5d-05-D-09-E Els resultats dels estudis són informats, segons procediments documentats i utilitzen nomenclatura d'ús corrent. Això inclou la validació pel/per la professional corresponent.**

---

---

**5d-05-D-10-Q La unitat funcional aplica procediments perquè els informes de les activitats realitzades es trobin disponibles en el temps i lloc que siguin determinats consensuadament.**

---

---

**5d-05-D-11-E La unitat manté registres de tots els estudis realitzats, cosa que permet l'anàlisi per unitat prescriptora, entitat nosològica o altres.**

---

---

**5d-05-D-12-E 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).**

---

---

**5d-05-D-13-Q La unitat realitza activitats d'integració clínica amb l'objectiu d'optimitzar la prestació.**

---

Per exemple:

- Sessió clínica
- Sessions de correlació clinicoanalítica
- Treballs científics conjunts

---

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

---

---

**5d-05-R-02-Q La unitat funcional revisa l'eficiència i productivitat de les prestacions realitzades.**

---

---

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

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: ús de la sang i components sanguinis – 06**

### **Definició**

L'organització disposa, d'acord amb la seva estratègia, de mecanismes per garantir que l'ús de la sang i components sanguinis compleixi els requisits d'accessibilitat, seguretat i eficiència.

### **Objectius**

L'organització:

- disposa de mecanismes per garantir la disponibilitat de sang i components sanguinis per al tractament dels clients;
- garanteix que els productes administrats compleixin les mesures de seguretat de les normes legals vigents, i
- crea espais d'integració amb altres especialitats, orientats al desenvolupament i optimització de les seves capacitats per al tractament amb sang i components sanguinis.

---

**5d-06-E-01-E 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.**

---

---

**5d-06-E-02-E L'organització disposa de procediments per a la sol·licitud i obtenció de sang i components sanguinis al servei de transfusió corresponent.**

---

---

**5d-06-E-03-E La unitat funcional disposa de procediments normalitzats per garantir l'administració correcta i segura dels components sanguinis.**

---

Cal que aquests procediments estiguin a l'abast de les unitats que els requereixin: unitat d'hospitalització, unitat quirúrgica, etc.

---

**5d-06-E-04-E 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.**

---

---

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

---

---

**5d-06-D-02-E 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.**

---

---

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

---

Les guies d'indicació de la transfusió dels components sanguinis i/o protocols consensuats es trobaran en les unitats de l'organització des d'on se sol·licitin.

---

**5d-06-D-04-Q La unitat funcional promou l'ús racional dels components sanguinis incloent-hi mesures d'estalvi de la transfusió.**

---

Els protocols d'estalvi o guies d'estalvi cal que estiguin a l'abast dels metges prescriptors. Es duran a terme sessions de promoció d'ús racional o d'altres accions, que caldrà registrar.

---

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

---

Las proves de compatibilitat dels receptors amb anticossos irregulars positius sempre inclouen una prova creuada entre el plasma del receptor i els hematies a transfondre.

---

**5d-06-D-06-E 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.**

---

---

**5d-06-D-07-E** 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.

Es consideren reaccions immediates les que es manifesten dins de les 24h de l'administració de la unitat transfusional.

---

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

El personal que administra els components sanguinis rep la formació necessària abans de realitzar aquesta funció. Cal verificar les accions formatives que els qualifica per aquesta funció, tant en el personal de nova incorporació com en l'avesat.

---

**5d-06-D-09-E** 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).

S'inclouen: petició, expedició, distribució, recepció, conservació, administració, postransfusió etc.

---

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

---

**5d-06-D-11-E** 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.

---

**5d-06-D-12-Q** La unitat funcional realitza i/o participa en activitats d'integració clínica, amb l'objectiu d'optimitzar la prestació del servei.

Per exemple, comitè de transfusió.

---

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

---

---

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

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: ús del medicament – 07**

### **Definició**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, vetlla per donar un ús eficaç, eficient i segur als medicaments que prescriu, prepara, dispensa i administra.

### **Objectius**

L'organització:

- estableix la seva política d'ús de fàrmacs, afavorint-ne l'homogeneïtat d'ús entre els professionals prescriptors i garantint-ne la utilitat terapèutica i la seguretat envers els clients;
- controla el procés de compra, emmagatzematge, conservació, custòdia, prescripció, preparació, dispensació i administració dels productes farmacèutics;
- promou la detecció i informació dels errors en qualsevol de les fases;
- promou la detecció d'efectes adversos i interaccions medicamentàries;
- promou la formació permanent i la consulta entre professionals, pel que fa referència a l'ús de fàrmacs, i
- promou la informació i l'educació de clients i familiars, pel que fa referència a l'ús de fàrmacs.

---

**5d-07-E-01-E 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.**

---

---

**5d-07-E-02-E 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.**
-

---

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

---

---

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

---

---

**5d-07-E-05-E 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 (psicòtrots, neurolèptics, estupefaents i radiofàrmacs).**

---

---

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

---

---

**5d-07-E-07-E 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.**

---

---

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

---

---

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

---



---

**5d-07-E-10-Q** 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.

---

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

---

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

---

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

L'organització ha d'establir els criteris i normes de funcionament que, garantint la seguretat per al client, s'adapti a la realitat organitzativa dels centres sanitaris. Per tant, podrà determinar i establir el procediment per a quins fàrmacs, amb quines condicions i amb quines garanties es pot acceptar una prescripció verbal.

---

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

---

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

---

**5d-07-D-01-E** El personal sanitari té accés fàcil a la guia farmacoterapèutica del centre.

---

---

**5d-07-D-02-E** El personal sanitari és informat i format en la correcta prescripció i administració de fàrmacs i en la detecció d'errors i esdeveniments adversos.

---

---

**5d-07-D-03-E** 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.

---

---

**5d-07-D-04-Q** La unitat funcional responsable de farmàcia i el grup multidisciplinari corresponent avaluen l'adequació de l'ús dels medicaments en l'organització i informen dels resultats obtinguts a qui l'organització decideixi.

---

---

**5d-07-D-05-Q** La unitat funcional responsable de farmàcia dóna suport tècnic i científic als professionals que ho requereixen.

---

---

**5d-07-D-06-E** Els clients reben la informació adequada i comprensible de la medicació i de la seva utilització abans de l'alta.

---

---

**5d-07-D-07-Q** La unitat funcional responsable de farmàcia avalua els consums de fàrmacs de les diferents unitats funcionals en correlació amb la patologia atesa i el volum d'activitat.

---

Es refereix a consum de fàrmacs i cost associat per estada, per ingrés, per urgència, per DRG, per servei assistencial.

---

---

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

---

---

**5d-07-R-02-Q 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.**

---

---

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

---

---

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

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: radiodiagnòstic, medicina nuclear i radioteràpia – 08**

### **Definició**

L'organització compta amb els serveis de radiodiagnòstic, medicina nuclear i radioteràpia, adequats i disponibles, per atendre les necessitats dels clients.

Aquest ítem inclou els serveis de diagnòstic i terapèutica amb radiacions ionitzants, radiologia, ultrasò i isòtops.

### **Objectius**

L'organització:

- adequa els seus serveis de diagnòstic per la imatge, i de diagnòstic i tractament amb isòtops, amb tecnologia i procediments que li atorguin seguretat, eficàcia i eficiència;
- innova la tecnologia i la capacitat del personal, en resposta a la seva política de millora contínua;
- garanteix l'accessibilitat a les prestacions de diagnòstic radiològic, ecografia i medicina nuclear, prèviament establertes;
- garanteix l'accessibilitat als tractaments que fan servir mètodes de radiologia intervencionista, medicina nuclear i radioteràpia, prèviament establerts;
- crea espais d'integració clínica per optimitzar l'aprofitament de les potencialitats dels serveis;
- garanteix la disponibilitat dels seus productes en el lloc i el moment adequats, i
- garanteix la seguretat dels clients, usuaris, personal i de la comunitat amb procediments controlats.

---

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

---

---

**5d-08-E-02-E 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.**

---

---

**5d-08-E-03-E** 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.

---

---

**5d-08-E-04-Q** El procediment estableix els criteris de prioritat en l'accés als serveis ambulatoris, de forma explícita i comunicada als clients.

---

---

**5d-08-E-05-Q** Les unitats funcionals disposen de procediments per a la provisió, emmagatzematge i utilització de subministraments específics de l'activitat.

---

---

**5d-08-E-06-Q** Les unitats funcionals tenen un pla de qualitat específic que inclou l'estructura, l'organització funcional i la seguretat.

---

Inclou tots aquells aspectes per sobre de la norma legal en vigor.

---

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

---

---

**5d-08-D-02-E** 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.

---

---

**5d-08-D-03-E** Les unitats funcionals apliquen procediments per a la identificació del client en els estudis realitzats.

---

---

**5d-08-D-04-E** Les unitats funcionals apliquen procediments per al registre adequat dels tractaments realitzats.

---

---

**5d-08-D-05-E** Les unitats funcionals apliquen procediments específics per a les tècniques i tractaments que realitzen, que són actualitzats amb una periodicitat prevista o abans si els avenços científics i tecnològics ho demanen.

---

---

**5d-08-D-06-Q** Les unitats funcionals apliquen procediments perquè els informes que realitzen estiguin disponibles en el temps i als llocs que s'hagin determinat de comú acord.

---

---

**5d-08-D-07-E** Les unitats funcionals mantenen registres dels lliuraments dels resultats dels estudis (client, història clínica, derivats a un servei assistencial, etc.).

---

---

**5d-08-D-08-Q** Les unitats funcionals es coordinen amb altres unitats amb l'objectiu d'optimitzar la prestació del servei.

---

---

**5d-08-D-09-Q** Les unitats funcionals apliquen criteris consensuats amb els líders per adequar la indicació de l'estudi i els tractaments sol·licitats.

---

---

**5d-08-D-10-Q** Les unitats funcionals disposen d'un sistema per guardar les imatges i altres tipus de documents que considerin necessari, amb independència dels lliurats oportunament.

---

---

**5d-08-R-01-Q** En les avaluacions periòdiques realitzades s'avaluen i es prioritzen les accions de millora.

---

---

**5d-08-R-02-Q** Les unitats funcionals revisen l'eficiència de les prestacions realitzades.

---

---

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

---

## CRITERI 5. PROCESSOS

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: rehabilitació – 09**

### **Definició**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, facilita el procés rehabilitador de les funcions fonamentals dels seus clients, en procurar la recuperació funcional òptima i la seva reintegració social.

### **Objectius**

L'organització:

- estableix la seva oferta rehabilitadora a partir de la detecció de les necessitats dels seus clients;
- facilita l'accés a recursos rehabilitadors de continuïtat propers al domicili dels clients;
- afavoreix la relació multidisciplinària per dissenyar els programes de rehabilitació, i
- avalua l'efectivitat dels programes de rehabilitació.

---

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

Els recursos poden ser específics en el cas de disposar d'una unitat funcional de rehabilitació o poden desenvolupar-se com a programes assistencials, sense vincular-se directament a una unitat funcional.

En el cas que no es disposi d'una unitat funcional específica de rehabilitació, l'organització té establerts

acords o referències amb recursos externs, qualitativament competents, on poder derivar els clients que ho requereixin, que estiguin com més pròxims millor al domicili del client.

---

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

---

#### **5d-09-E-03-Q Els programes de rehabilitació són dissenyats en coordinació amb les especialitats que pertoquin.**

En l'elaboració dels programes de rehabilitació participen diversos especialistes, per exemple: metges neuròlegs, cardiòlegs...



---

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

Ha de tenir un/a facultatiu/iva rehabilitador/a en la direcció tècnica de la unitat, encara que la responsabilitat de gestió pot recaure en un altre tipus de professional.

---

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

El pla terapèutic inclou la definició explícita dels objectius terapèutics i avalua els progressos aconseguits.

---

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

---

**5d-09-D-03-E 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.

---

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

---

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

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: nutrició – 10**

### **Definició**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, vetlla perquè l'estat nutricional dels seus clients sigui l'adequat i els aporta una alimentació equilibrada i adaptada a les seves necessitats i condicions.

### **Objectius**

L'organització garanteix:

- la identificació de les necessitats nutricionals de cada client i la detecció de les condicions que puguin comportar-los risc de desnutrició;
- la nutrició adequada dels seus clients, segons el seu estat previ, l'evolució de la malaltia, les necessitats energètiques i les indicacions mèdiques;
- la planificació, la facilitació i el control d'una teràpia nutricional quan sigui necessari, i
- l'educació i la facilitació d'informació sobre hàbits alimentaris saludables als clients, els familiars i la comunitat.

---

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

---

---

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

---

---

**5d-10-E-03-Q Hi ha un procediment per considerar la possibilitat que la família o l'entorn del client li facilitin alguns aliments.**

---

---

**5d-10-E-04-E Hi ha una persona responsable de la unitat de dietètica amb formació específica.**

---

---

**5d-10-D-01-Q L'organització garanteix la coordinació entre els diversos professionals implicats, així com amb el client i el seu entorn.**

---

---

**5d-10-D-02-Q Consta en la història clínica l'avaluació inicial, la planificació, l'administració, el seguiment i la resposta.**

---

---

**5d-10-D-03-E Hi ha un seguiment en el cas de risc de desnutrició i/o teràpia nutricional.**

---

---

**5d-10-D-04-E 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.**

---

A títol d'exemple: Bàsica normal, líquida normal i hiposòdica, per sonda normal i hiposòdica, per a patologia digestiva normal i hiposòdica, per a diabètics normal i hiposòdica, hipoproteica normal i hiposòdica, hipocalòrica normal i hiposòdica. Variació de consistència. Dieta infantil i lactants s/p.

---

**5d-10-D-05-E L'elaboració de les dietes, inclosa la nutrició enteral, es desenvolupa en les condicions d'asèpsia, higiene i neteja necessàries.**

---

---

**5d-10-R-01-Q Periòdicament s'avalua la resposta a les teràpies nutricionals.**

---

---

**5d-10-R-02-Q Periòdicament s'avalua el grau de satisfacció de les persones usuàries de la unitat.**

---

S'entén per persones usuàries tant els professionals prescriptors com els clients.

---

**5d-10-R-03-E Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: arxiu i documentació clínica – 11**

### **Definició**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, disposa d'una unitat funcional destinada a:

- gestionar la documentació clínica: magatzem, custòdia, conservació, préstec i distribució de la història clínica en suport paper. En cas que es disposi d'història clínica electrònica, cal també que la unitat intervingui activament en el disseny, la implantació, el control i l'avaluació d'aquesta;
- gestionar la informació assistencial i codificació de les dades clíniques: codificació, explotació, creació d'indicadors, etc. que facilitin l'ús de la informació des de la vessant científica i des de la vessant de la gestió.

### **Objectius**

L'organització garanteix:

- la gestió de la història clínica única, integrada i acumulativa,
- la gestió de l'arxiu d'històries clíniques (custòdia, conservació i disponibilitat de la història clínica),
- controls de qualitat periòdics (duplicats, errors de transcripció, etc.),
- la seguretat de l'accés,
- l'extracció de la informació rellevant dels processos atesos i la seva codificació, i
- la difusió de la informació clínica a demanda dels diversos perfils d'usuaris (administració, gestors, professionals assistencials i d'altres).

---

**5d-11-E-01-E Hi ha procediments que garanteixen:**

- **La guarda i custòdia de la documentació generada durant el procés assistencial**
- **La seguretat específica de l'arxiu.**

Tant en suport paper i/o informàtic

---

**5d-11-E-02-E Hi ha mesures de protecció i custòdia de la documentació clínica en el desenvolupament de la seva gestió.**

Tant en suport paper i/o informàtic

---

**5d-11-E-03-E Hi ha un reglament d'ús de la documentació, ja sigui aquesta en suport paper i/o informàtic, consensuat i aprovat per la direcció.**

---

El reglament d'ús inclou:

- Instruccions per a l'elaboració i utilització de la història (catàleg de documents clínics).
- Numeració d'històries clíniques (criteris)
- Especificació sobre l'estructura i continguts dels diferents documents
- Responsabilitats dels diferents professionals (elaboració i utilització)
- Signatura dels professionals
- Modificacions controlades, tant en suport paper com informàtic
- Circuits del document
- Funcions de les comissions o grups de treball
- Criteris d'avaluació de la documentació i periodicitat
- Criteris i procediments per incorporar o donar de baixa un document
- Manual de procediments de l'àrea d'arxius.

---

**5d-11-E-04-E L'organització té definit un procediment per a la sol·licitud externa de la informació clínica, aprovat per la direcció executiva.**

---

L'organització garanteix que la informació que s'entrega es fa amb garanties de preservació de l'interès del client. Alhora s'assegura la traçabilitat de la informació lliurada.

---

**5d-11-D-01-E Hi ha un arxiu centralitzat.**

---

Hi ha un arxiu funcionalment centralitzat, encara que físicament pugui estar descentralitzat (en diferents espais).

---

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

---

El registre pot incloure:

- Nom i cognoms del client
- Número d'història
- Data de sortida
- Destinació (unitat o persona)
- Motiu
- Temps previst d'utilització
- Data d'entrada

---

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

---

Que en el cas de la informatització de la HC permet conciliar la HC en paper i la HC electrònica.

---

**5d-11-D-04-E Hi ha uniformitat en el disseny i manteniment actualitzat de la carpeta o sobre de la història clínica.**

---

Tant en suport paper i/o informàtic

---

**5d-11-D-05-Q Hi ha un control de qualitat de l'activitat de la unitat funcional d'arxiu, que es realitza amb una periodicitat predeterminada.**

---

---

**5d-11-D-06-Q Hi ha un seguiment i localització de la documentació clínica en préstec.**

---

---

**5d-11-D-07-E Hi ha un fàcil accés i disponibilitat de la documentació localitzada a l'arxiu passiu.**

---

---

**5d-11-D-08-E Es realitza i valida la codificació de les dades clíniques generades en el procés assistencial.**

---

---

**5d-11-D-09-E 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.**

---

---

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

---

Per exemple:

- Auditories internes i/o externes
- Participació en reunions internes i externes de codificació
- Episodis no codificats
- Episodis codificats
- Nombre de procediments i diagnòstic
- Errors de codificació, transcripció, indexació diagnòstica principal

---

**5d-11-R-01-Q La unitat funcional d'arxiu i documentació clínica avalua i revisa periòdicament el grau de satisfacció de les persones usuàries.**

---

---

**5d-11-R-02-Q L'organització avalua periòdicament l'efectivitat de l'activitat de la unitat funcional d'arxiu i documentació clínica.**

---

---

**5d-11-R-03-Q L'organització avalua periòdicament la qualitat de l'activitat de la unitat funcional d'arxiu i documentació clínica.**

---

---

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

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: gestió dels clients – 12**

### **Definició**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, disposa d'una unitat funcional dedicada a integrar els contactes i els moviments assistencials de tots els clients. Coordina i facilita la feina assistencial de les diverses àrees, unitats funcionals i professionals.

### **Objectius**

L'organització garanteix:

- la citació i la programació dels clients en les diverses àrees del centre,
- la coordinació de les diferents activitats entre tots els serveis i nivells assistencials,
- la programació i la prioritització adequades de l'assistència amb criteris objectius,
- la disposició d'una cartera de serveis o productes del centre, i
- el coneixement de la demanda existent i de l'activitat realitzada.

---

**5d-12-E-01-E 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.**

---

---

**5d-12-E-02-Q L'organització té definits uns criteris, prèviament consensuats pels líders, per a l'agrupació funcional dels clients.**

---

Cada organització té capacitat per agrupar els pacients segons els seus criteris. Per exemple: mèdics, quirúrgics, crònics, aguts, persones adultes, pediàtrics, infecciosos, psiquiàtrics etc.

---

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

---



---

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

---

Continguts mínims:

- Identificador o número d'història
- Nom i cognoms
- Sexe
- Data de naixement
- Número d'identificació personal (DNI o passaport i CIP)
- Adreça
- Telèfon
- Entitat asseguradora i número d'afiliació.

---

**5d-12-D-02-E 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).**

---

---

**5d-12-D-03-E La unitat funcional dóna suport a la gestió de la demanda i a la gestió de l'episodi.**

---

S'entén per donar suport a la gestió de l'episodi la gestió de proves en altres centres, gestió del transport sanitari, etc.

---

**5d-12-D-04-E 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.**

---

---

**5d-12-D-05-E 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.**

---

---

**5d-12-D-06-Q S'apliquen criteris d'ubicació dels clients fora de les unitats d'hospitalització de referència.**

---

---

**5d-12-D-07-E** Es registren els episodis i contactes assistencials: d'hospitalització, urgències, activitat quirúrgica, activitat ambulatoria.

---

---

**5d-12-D-08-E** La unitat funcional gestiona la llista d'espera quirúrgica: registre centralitzat, seguiment dels clients, programació, elaboració d'informes de la demanda existent.

---

---

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

---

---

**5d-12-D-10-Q** El personal de la unitat funcional informa, acull i acompanya el client fins a la unitat corresponent.

---

---

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

---

---

**5d-12-R-02-Q** L'organització avalua periòdicament l'eficàcia de l'activitat realitzada.

---

---

**5d-12-R-03-Q** L'organització avalua periòdicament la qualitat de l'activitat realitzada.

---

---

**5d-12-R-04-E** Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: prevenció i control de la infecció – 13**

### **Definició**

L'organització disposa, d'acord amb la seva estratègia, de mecanismes per garantir que el conjunt d'activitats destinades a la prevenció i el control d'infeccions es presenti coordinat, actualitzat i accessible a totes les àrees.

### **Objectius**

L'organització:

- identifica les àrees i les situacions més susceptibles de transmetre infeccions;
- disposa d'informació interna suficient per prendre decisions relacionades amb la prevenció i el control d'infeccions nosocomials;
- assegura un tractament interdisciplinari de totes les qüestions que fan referència a la prevenció i el control d'infeccions;
- vetlla per la seguretat dels clients i el personal, referent a la transmissió de malalties contagioses, i
- disposa mesures perquè el personal estigui adequadament capacitat i la seva activitat professional es dugui a terme amb aptitud vers la prevenció de risc en la transmissió de malalties contagioses.

---

**5d-13-E-01-E L'organització disposa de procediments per assegurar la identificació, avaluació i millora de la infecció nosocomial.**

---

---

**5d-13-E-02-E 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.**

---

---

**5d-13-E-03-E L'organització disposa de procediments per actuar en casos de possibles epidèmies internes i externes.**

---

---

**5d-13-E-04-E L'organització disposa de procediments documentats per a la protecció i prevenció del personal 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.**

---

---

**5d-13-E-05-E L'organització disposa de procediments documentats per a la protecció i prevenció 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.**

---

---

**5d-13-E-06-E L'organització disposa de sistemes per garantir l'aïllament per al tractament de clients amb malalties infectocontagioses.**

---

---

**5d-13-E-07-E L'organització disposa de procediments per realitzar controls de contaminació microbiològica a les àrees d'especial rellevància.**

---

Les àrees de major risc són definides per la mateixa organització.

---

**5d-13-E-08-E 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.**

---

---

**5d-13-D-01-E L'organització aplica estratègies per reduir el risc d'infecció, tant en els clients com en el personal.**

---

---

**5d-13-D-02-Q L'organització implanta un sistema de supervisió interna dels processos involucrats en el control d'infeccions.**

---

L'organització desenvolupa mecanismes estructurats, de seguiment continu i/o periòdic que garanteixi la supervisió permanent dels processos de prevenció, detecció de riscos, detecció d'infeccions i d'actuació efectiva i eficient.

---

**5d-13-D-03-Q L'organització s'ocupa de mantenir els recursos necessaris per al compliment correcte dels procediments de prevenció i control d'infeccions.**

---

---

**5d-13-D-04-E El procés de control d'infeccions involucra totes les àrees de l'organització.**

---

---

**5d-13-D-05-E Hi ha un comitè multidisciplinari que coordina les activitats del control d'infeccions.**

Inclou, com a exemple, metges especialistes en: patologia infecciosa, microbiologia, epidemiologia, personal de farmàcia, d'infermeria, de gestió i esterilització.

---

**5d-13-D-06-E Es realitzen activitats d'informació al personal sobre la infecció nosocomial relacionades amb la prevenció i el control.**

---

---

**5d-13-D-07-E Hi ha un registre d'infeccions nosocomials 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.**

---

---

**5d-13-D-08-E L'organització aplica els procediments i registra les incidències relacionades amb els controls de contaminació microbiològica.**

---

---

**5d-13-D-09-E L'organització defineix i identifica els processos mèdics i els procediments quirúrgics que requereixen profilaxi antibiòtica i l'aplica.**

---

---

**5d-13-D-10-Q Es fa un seguiment documentat dels clients quirúrgics durant l'estada hospitalària i després de l'alta per avaluar la incidència d'infecció.**

Es considera criteri d'alta el període que s'estén fins a 30 dies posteriors al dia de l'acte quirúrgic.

---

**5d-13-D-11-E** La unitat d'esterilització aplica procediments per a la recepció i condicionament del material per esterilitzar, i la seva realització.

---

---

**5d-13-D-12-E** La unitat d'esterilització aplica controls programats sobre el producte estèril de forma prèvia al lliurament del material.

---

---

**5d-13-D-13-E** 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).

---

---

**5d-13-D-14-E** Es disposa d'un registre de no-conformitat amb el producte emès.

---

---

**5d-13-D-15-Q** 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).

---

---

**5d-13-D-16-Q** 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.

---

---

**5d-13-D-17-E** La unitat d'esterilització emet informes periòdics de les incidències de la seva àrea i els difon a la direcció, a la comissió d'infeccions i als diversos professionals implicats.

---

---

**5d-13-R-01-Q La unitat d'esterilització avalua periòdicament les incidències i no-conformitats de la seva àrea de responsabilitat.**

---

---

**5d-13-R-02-E L'organització avalua periòdicament la vigilància epidemiològica que realitza de les infeccions quirúrgiques.**

---

---

**5d-13-R-03-E Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

---

En relació amb la prevenció, protecció i control de la infecció i esterilització.

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: investigació clínica – 14**

### **Definició**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, facilita l'avenç científic en afavorir la investigació, alhora que en garanteix l'adequació ètica i la seguretat envers els clients implicats.

### **Objectius**

L'organització:

- promou la investigació, en facilitar recursos, impulsar els intercanvis professionals i donar-hi suport metodològic i documental;
- identifica les línies prioritàries d'investigació;
- delimita els recursos destinats a l'assistència i els diferencia dels propis de la investigació, i
- garanteix el respecte dels drets dels clients que participen en les investigacions.

---

**5d-14-E-01-E L'organització disposa de procediments per normalitzar la proposta, avaluació, priorització, aprovació, desplegament, revisió i tancament dels estudis d'investigació. Aquests procediments són vigents i estan aprovats per la direcció executiva.**

---

---

**5d-14-E-02-E L'organització disposa de procediments específics per diferenciar efectivament la investigació de l'assistència.**

---

---

**5d-14-E-03-Q L'organització disposa de procediments específics per a la gestió econòmica dels estudis d'investigació.**

---

---

**5d-14-E-04-Q L'organització disposa d'uns criteris escrits per valorar i avaluar l'impacte i el cost-benefici de la seva activitat de recerca.**

---

La investigació ha de poder donar resultats tangibles per a la mateixa organització.



---

**5d-14-E-05-E** Hi ha procediments per a l'arxivament de tota la informació generada pels assaigs clínics i per a la seva conservació.

---

---

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

---

Es valorà l'acceptació mitjançant la signatura del consentiment informat per part del client i de l'investigador.

---

**5d-14-D-02-Q** L'organització informa i difon la investigació realitzada.

---

---

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

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: hostaleria – 15**

### **Definició**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, disposa d'unitats funcionals destinades a garantir un conjunt de prestacions, com ara alimentació, neteja, bugaderia o llenceria, que donen suport a les activitats assistencials i afavoreixen una atenció de qualitat als seus clients.

Aquest agrupador d'hostaleria engloba les unitats funcionals de cuina, neteja i bugaderia o llenceria.

### **Objectius**

L'organització garanteix:

- l'estructura organitzativa hostalera adequada a les seves dimensions i recursos,
- la disponibilitat dels serveis d'hostaleria les 24 hores del dia, si és necessari,
- la nutrició adequada dels seus clients,
- l'existència de normes de bon funcionament i qualitat, les quals es revisen periòdicament, i
- el control de qualitat dels serveis, siguin propis o aliens.

---

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

Els productes/serveis d'hostaleria s'ajusten a les dimensions (nombre de llits, personal, cartera de serveis (pediatria, lactants...) i a la complexitat de l'atenció que ofereix (tipus de dietes, diferents consistències...).

---

#### **5d-15-E-02-Q L'organització defineix uns objectius per a les unitats funcionals.**

---

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

---

Alimentació: Cuina

- Dietètica
- Unitats mèdiques i quirúrgiques
- Responsables d'àrea d'hospitalització.

Neteja: Unitat de neteja

- Comitè de malalties infeccioses
- Responsable d'àrea quirúrgica
- Prevenció de riscos.

Bugaderia / Llenceria

- Responsable d'àrea d'hospitalització i àrea quirúrgica.

---

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

---

Amb referència a:

- Criteris de conservació i control de caducitats dels productes alimentaris
- Control d'estocs de material de neteja
- Criteris per a la determinació de la dotació òptima i mínima de la llenceria "circulant" o en estoc.

---

**5d-15-E-05-E Les persones responsables de cada unitat funcional estan clarament identificades i un/a directiu/iva del centre és el/la responsable final.**

---

---

**5d-15-D-01-E La prestació dels serveis està prevista i organitzada per a tots els dies de l'any.**

---

L'organització preveu la cobertura del servei en condicions normals i d'excepcionalitat (nits, festius, emergències...).

---

**5d-15-D-02-E S'apliquen els procediments actualitzats de la unitat funcional d'alimentació.**

---

Recepció d'aliments, emmagatzematge, rotació d'estocs, preparació i manipulació, cocció, emplatat i distribució.

---

**5d-15-D-03-E S'apliquen els procediments actualitzats de la unitat funcional de neteja.**

Neteja en general, neteja de zones crítiques o específiques, mesures preventives, reciclatge de residus (paper, aliments i d'altres), eliminació i transport de material brut contaminat.

---

**5d-15-D-04-E S'apliquen els procediments actualitzats de la unitat funcional de bugaderia/llenceria.**

Tractament, emmagatzematge, identificació, manipulació i empaquetament de la roba bruta i transport de la roba neta i bruta.

---

**5d-15-D-05-Q Es controlen els estocs i la rotació en els magatzems de les tres unitats funcionals.**

---

**5d-15-D-06-Q Hi ha unes dietes correctes, equilibrades, variades, apetitoses, ben condimentades; per cobrir les diverses tipologies de clients.**

S'inclou la cafeteria i/o restaurant públic i de personal.

---

**5d-15-D-07-Q Hi ha un formulari per sol·licitar menús distribuït per totes les àrees d'hospitalització i altres àrees.**

---

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

---

**5d-15-D-09-Q L'elaboració del menú té en compte l'equilibri nutricional i l'adaptació al pressupost, i els plats tenen bona presentació i acceptació per part dels clients.**

---

**5d-15-D-10-Q L'organització facilita la possibilitat dels menús optatius adequats a l'estat del client.**

---

---

**5d-15-D-11-Q L'organització facilita l'adequació dels horaris del menjar al client.**

L'organització facilita dietes o complements nutritius en condicions excepcionals (esmorzar després d'estar en dejú per alguna exploració...).

---

**5d-15-D-12-E Hi ha un control de qualitat de les primeres matèries alimentàries.**

---

**5d-15-D-13-E Hi ha un control de qualitat de les diverses etapes de l'elaboració i distribució dels aliments.**

---

**5d-15-D-14-E Hi ha un control de qualitat:**

- De la neteja en les diverses àrees del centre
- Del transport i eliminació del material brut.

---

**5d-15-D-15-Q L'organització facilita un servei de neteja que s'adapta als horaris del client.**

Hi ha mecanismes per a les necessitats puntuals de neteja a l'entorn del client. Els horaris de neteja habitual s'estableixen de forma coherent amb la programació de visites, descans dels clients, etc.

---

**5d-15-D-16-E Es canvia la roba periòdicament, sempre que sigui necessari i sense demora, tant per als clients com per al personal.**

Control d'estocs dels magatzems de les plantes, quiròfans, etc.

Periodicitat i circuits de distribució i reposició de la roba.

---

**5d-15-D-17-E La roba, tant per als clients com per al personal, està en bones condicions i unificada.**

---

**5d-15-D-18-E Es fa un control de qualitat periòdic de l'estat de la roba i dels circuits de distribució i recollida.**

---

---

**5d-15-R-01-Q Es fa una avaluació periòdica de l'activitat i qualitat de la unitat funcional d'alimentació i es prenen les mesures de millora oportunes.**

---

---

**5d-15-R-02-Q L'organització avalua periòdicament l'activitat i qualitat de la unitat funcional de neteja.**

---

---

**5d-15-R-03-Q L'organització avalua periòdicament l'activitat i qualitat de la unitat funcional de bugaderia/llenceria.**

---

---

**5d-15-R-04-E Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: magatzem – 16**

### **Definició**

L'organització ha de garantir el subministrament de productes i materials necessaris per complir amb els nivells i la qualitat que determinen la seva estratègia.

### **Objectius**

L'organització:

- realitza les sol·licituds de compra de subministraments;
- verifica que els subministraments comprats compleixin les característiques dels productes sol·licitats;
- gestiona eficientment l'estoc de productes emmagatzemats;
- adequa els espais d'emmagatzematge de subministraments d'acord amb els requeriments establerts;
- gestiona l'ús d'espais per a l'emmagatzematge, tenint en compte les particularitats de cada producte, i
- garanteix la provisió a les unitats funcionals d'acord amb els fluxos determinats prèviament.

---

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

---

---

**5d-16-E-02-Q L'organització disposa de criteris per incloure o excloure subministraments consensuats amb els líders.**

---

Especialment pel que fa a productes sanitaris d'aplicació en el pacient.

---

**5d-16-E-03-Q L'organització disposa de procediments per realitzar les comandes de subministraments als proveïdors.**

---

Amb referència a la determinació de quan s'ha de produir la comanda (estat dels estocs) i procediment de sol·licitud.

---

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

---

Respon als requisits de sol·licitud (quantitat i qualitat), adequació a les normes.

Condicions d'embalatge adequades.

Condicions especials mantingudes.

---

**5d-16-E-05-E L'organització disposa de procediments per a la gestió i control de l'estoc.**

---

Taules de consum d'articles.

Determinació de límits d'existències màximes i mínimes, detallades per producte.

Determinació de l'estoc mínim de seguretat.

---

**5d-16-E-06-Q L'organització disposa de procediments per al lliurament de subministraments a les unitats funcionals.**

---

---

**5d-16-D-01-Q El magatzem rep tots els materials fungibles i no fungibles que ingressen a l'organització. En casos especials, que han d'estar especificats per un protocol, pot no emmagatzemar-los.**

---

Exemples de casos exempts: aliments, materials de laboratori o radiologia, farmàcia, sang.

---

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

---

---

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

---

Amb referència a:

- Condicions de temperatura, humitat, etc.
- Àrees de material eixut i àrees de material humit
- Àrees de material estèril

Etc.

---

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

---



---

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

---

---

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

---

Inventari continu.

---

**5d-16-D-07-E 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).
- 

---

**5d-16-R-01-Q S'avalua el grau de satisfacció de les unitats funcionals respecte a les activitats del magatzem.**

---

---

**5d-16-R-02-Q L'organització avalua periòdicament el grau de compliment dels criteris i procediments del magatzem.**

---

---

**5d-16-R-03-Q El magatzem avalua periòdicament l'eficàcia dels processos de recepció i lliurament de subministraments.**

---

---

**5d-16-R-04-E Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: atenció social – 17**

### **Definició**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, facilita la detecció, l'avaluació i el tractament dels problemes socials derivats de la malaltia dels seus clients.

### **Objectius**

L'organització:

- identifica els clients amb dificultats socials que necessiten el suport d'un professional;
- garanteix l'accessibilitat, l'atenció i la continuïtat en el servei;
- garanteix la confidencialitat, i
- hi destina els recursos necessaris.

---

**5d-17-E-01-E L'organització disposa d'una unitat funcional d'atenció social, amb una persona responsable identificable, per donar resposta als problemes socials derivats de les necessitats assistencials dels seus clients.**

---

---

**5d-17-E-02-E L'organització determina el grau de disponibilitat i les dimensions de la unitat funcional.**

---

Amb referència a:

- Dimensions i ubicació del centre
- Tipologia dels clients
- Atenció sanitària que es presta
- Altres

---

**5d-17-E-03-Q L'organització disposa de procediments per assegurar la detecció, identificació, avaluació i millora dels problemes socials derivats de les necessitats assistencials dels seus clients.**

---

---

**5d-17-E-04-E La unitat d'atenció social garanteix la confidencialitat de la informació rebuda i generada posteriorment.**

---

---

**5d-17-E-05-E L'organització determina els circuits entre els diversos professionals i la unitat funcional per facilitar l'accessibilitat, atenció i continuïtat del servei.**

---

Amb referència a:

- Com s'activa la intervenció de la unitat
- Si existeixen mecanismes automàtics d'activació a partir de l'avaluació inicial d'infermeria.

---

**5d-17-D-01-E Els procediments i els circuits són difosos i coneguts pel personal.**

---

---

**5d-17-D-02-E Es formalitza un registre dels casos atesos (suport paper i/o informàtic).**

---

Amb les dades de filiació, problemàtica detectada, dates d'actuació, solució, derivació, etc.

---

**5d-17-D-03-E L'organització facilita la continuïtat del servei i seguiment una vegada el client és donat d'alta del centre.**

---

---

**5d-17-R-01-Q S'avalua periòdicament l'activitat desenvolupada per la unitat d'atenció social.**

---

---

**5d-17-R-02-E Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

---

---

**5d-17-R-03-Q S'avalua el grau de satisfacció de les persones usuàries (personal sanitari) respecte a l'activitat desenvolupada per la unitat.**

---

A través d'enquestes de satisfacció (o instruments alternatius) a professionals.

## CRITERI 5. PROCESSOS

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: educació del client – 18**

### Definició

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, promou l'educació sanitària als clients i familiars, segons les seves necessitats. Aquesta s'enfoca des del punt de vista preventiu, en hàbits saludables, i des del punt de vista de la seva participació en l'ús i l'administració correctes de les prescripcions i consells facilitats pel personal sanitari.

### Objectius

L'organització:

- promou la formació dels clients i del seu entorn relacional pel que fa referència al foment d'hàbits saludables i a la prevenció de malalties, i també al coneixement de la seva malaltia i com han d'assumir la seva participació en el procés assistencial;
- determina per a quins grups de malalties és necessària l'educació dels clients i del seu entorn relacional;
- dissenya el procés educatiu per a cada circumstància i prepara la documentació de suport a la qual té accés el client;
- facilita canals de comunicació al client i entorn relacional per aclarir o complementar la formació impartida;
- promou l'educació sanitària de la comunitat a la qual serveix, i
- revisa l'efectivitat de les accions formatives empreses.

---

**5d-18-E-01-E 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.**

Identificació dels processos per als quals es determina la necessitat de formació.

---

**5d-18-E-02-Q El disseny i els continguts de l'educació a impartir són realitzats amb la participació directa dels líders i del personal implicat.**

---

**5d-18-E-03-Q L'organització disposa d'instruments per identificar específicament els clients tributaris de formació.**

En l'avaluació inicial de les necessitats, en els àmbits assistencials corresponents.

---

**5d-18-E-04-Q L'organització disposa de recursos educatius adequats a la funció prevista i a les diferents capacitats de comprensió, així com mecanismes de suport per donar resposta a dubtes i sol·licituds d'aclariments que puguin sorgir al llarg del procés.**

L'educació ha d'impartir-se amb mitjans i llenguatge comprensibles i tenint en compte possibles dèficits sensorials o diferències idiomàtiques.

---

**5d-18-D-01-E L'organització registra les necessitats educatives dels clients en la història clínica.**

---

**5d-18-D-02-Q L'organització registra la formació planificada i realitzada.**

---

**5d-18-R-01-Q L'organització avalua periòdicament el compliment del procés formatiu planificat i l'efectivitat de l'educació impartida.**

---

**5d-18-R-02-Q Els continguts de la formació es revisen periòdicament.**

---

**5d-18-R-03-E Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord a l'establert a l'organització.**

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

**Subcriteri 5.d - Els productes i serveis es produeixen, distribueixen i gestionen.**

**Agrupador conceptual: ètica i drets del client – 19**

### **Definició**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, vetlla pel respecte als drets dels seus clients i té en compte les diferències culturals, filosòfiques i confessionals i actua amb criteris institucionals ètics. Alhora, comunica i promou l'ús eficient dels serveis als clients i professionals.

### **Objectius**

L'organització:

- disposa d'un codi d'ètica institucional que guia l'actuació col·lectiva i individual del seu personal;
- respecta els drets dels clients i fa que els coneguin;
- estableix els mecanismes de discussió interna i d'establiment de criteris d'actuació ètica, als quals poden accedir el personal i els clients;
- promou el principi ètic d'autonomia, amb la participació del client i el seu entorn relacional en la presa de decisions relatives a la seva assistència;
- elabora línies d'actuació en relació amb les situacions èticament conflictives i hi estableix els mecanismes de conciliació, i
- informa els clients i els professionals sobre l'ús responsable dels serveis.

---

**5d-19-E-01-E L'organització disposa d'un codi ètic institucional, formulat participativament i aprovat pel màxim òrgan de govern.**

---

---

**5d-19-E-02-E El codi ètic és accessible als clients i difós i conegut per tot el personal.**

---

---

**5d-19-E-03-E Les polítiques establertes per l'organització garanteixen la no-discriminació dels clients per raons ètniques, culturals, de gènere, per condicions socioeconòmiques o creences.**

---

Conceptes inclosos en el codi ètic.

---

**5d-19-E-04-E Les polítiques establertes per l'organització garanteixen el dret del client a participar en la presa de decisions, a la intimitat i la confidencialitat.**

---

Conceptes inclosos en el codi ètic.

---

**5d-19-E-05-E 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.**

---

Conceptes inclosos en el codi ètic.

---

**5d-19-E-06-E 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.**

---

Conceptes inclosos en el codi ètic.

---

**5d-19-E-07-E Les polítiques establertes per l'organització identifiquen l'adequació ètica de l'actuació institucional respecte a les relacions personals.**

---

Conceptes inclosos en el codi ètic.

---

**5d-19-E-08-Q 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.**

---

Exemple: comitè d'ètica assistencial.

---

**5d-19-E-09-E Hi ha procediments per facilitar l'accés del personal i dels clients a formular consultes d'índole ètica.**

---

---

**5d-19-E-10-Q Hi ha procediments que expliciten les normes de funcionament de l'òrgan multidisciplinari d'avaluació ètica.**

---

Amb referència a:

- Disponibilitat (consulta urgent)
- Composició del grup (col·laboradors externs inclosos)
- Freqüència de reunió
- Sistemàtica de presentació de casos
- Sistemàtica de discussió i resolució
- Temps i format de resposta
- Difusió i confidencialitat

---

**5d-19-E-11-E Un procediment estableix les funcions i competències dels estudiants i professionals en formació durant l'activitat assistencial. Se sol·licita l'acceptació del client.**

---

---

**5d-19-E-12-E 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
  - L'actuació prevista en el cas de clients sense capacitat per optar o sota tutela.
- 

---

**5d-19-E-13-E L'organització disposa de procediments específics per garantir la participació en la presa de decisions en les voluntats anticipades.**

---

---

**5d-19-E-14-Q L'organització té definits els conceptes i canals que farà servir per informar clients i personal intern sobre l'ús responsable i eficient de les seves instal·lacions i serveis.**

---

---

**5d-19-D-01-Q L'organització aplica els conceptes i canals definits per difondre l'ús responsable dels serveis.**

---

---

**5d-19-D-02-E L'organització informa dels drets i deures dels seus clients als mateixos clients i al personal.**

---

---

**5d-19-D-03-E L'organització aplica procediments per a l'avaluació i tractament del client en fase terminal.**

---



---

**5d-19-D-04-E 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.
- 

---

**5d-19-D-05-E L'organització aplica procediments per determinar l'actuació davant de la necessitat de contenció física d'algun client.**

Amb referència a:

- Criteris de contenció
  - Procediment d'autorització i consentiment familiar
  - Exhauriment d'altres alternatives possibles
  - Seguiment de la situació de contenció
  - Reavaluació periòdica
  - Avaluació de l'aplicació del procediment
  - Demandes i necessitats del client
- 

---

**5d-19-D-06-Q L'organització aplica criteris per a la determinació de la prioritat d'accés a recursos limitats.**

Amb referència a "l'últim llit a UCI", programes de trasplantament o altres (grau d'accessibilitat als serveis).

---

---

**5d-19-D-07-E 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.**

---

---

**5d-19-D-08-E L'organització aplica criteris per determinar la capacitat dels clients per prendre lliurement decisions.**

En especial en els trastorns de consciència i conducta, i de l'adolescència.

---

---

**5d-19-R-01-E L'organització avalua el compliment del consentiment informat, amb la periodicitat establerta.**

---

---

**5d-19-R-02-Q L'organització avalua el grau d'observació de les voluntats anticipades, amb la periodicitat establerta.**

---

---

**5d-19-R-03-Q L'organització avalua el grau de coneixement pels clients i pel personal dels drets i deures dels primers, així com el seu compliment.**

---

---

**5d-19-R-04-Q L'organització avalua periòdicament les qüestions ètiques plantejades en l'òrgan consultor i els resultats de la resolució de conflictes.**

---

---

**5d-19-R-05-E L'organització revisa i actualitza periòdicament el seu codi ètic institucional.**

---

---

**5d-19-R-06-E Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.**

---

## **CRITERI 5. PROCESSOS**

### **Subcriteri 5.e - Relacions amb els clients.**

#### **Agrupador conceptual: atenció al client – 01**

##### **Definició**

L'organització, d'acord amb la seva estratègia, disposa d'instruments i recursos per fer participar els clients en la millora del servei, detectar-ne les expectatives, recollir-ne les opinions, reclamacions i suggeriments i promoure l'actuació derivada de la detecció d'oportunitats de millora que reverteixi en una satisfacció més gran dels clients.

##### **Objectiu**

L'organització:

- facilita, en posició d'escolta activa, la possibilitat que el client manifesti voluntàriament i lliurement la seva opinió sobre l'organització i el funcionament del centre.
- impulsa els instruments necessaris per detectar les expectatives dels clients i identificar i recollir-ne les opinions;
- adopta una actitud proactiva en la relació amb els seus clients, en cercar i identificar les oportunitats de millora i impulsar-ne la implantació;
- garanteix la resposta àgil, competent i adequada, davant dels requeriments realitzats pels clients respecte al funcionament i l'organització del centre, i
- assessora els clients sobre l'ús responsable dels productes i serveis.

---

**5e-01-E-01-E 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.**

---

---

**5e-01-E-02-E 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.**

---

Amb referència a:

- Criteris per a la realització d'enquestes
- Selecció aleatòria de clients, de diferents àmbits
- Mecanisme d'obtenció de respostes (telèfon, carta, a l'alta...)
- Volum mínim d'enquestes i criteris de significació estadística a obtenir
- Criteris de derivació de les reclamacions
- Determinació de les responsabilitats de resposta
- Períodes màxims de resposta
- Criteris de tractament de la informació, distribució de resultats.

---

**5e-01-E-03-E L'organització disposa de sistemes per informar el client de la possibilitat d'accedir a la unitat funcional.**

---

---

**5e-01-E-04-Q L'organització disposa de qüestionaris validats per a la realització d'enquestes de satisfacció que permetin la discriminació per àrees assistencials i unitats funcionals de suport.**

---

---

**5e-01-D-01-Q L'organització aplica enquestes de satisfacció específiques i/o instruments alternatius de recollida i valoració de l'opinió del client en àrees assistencials i unitats funcionals de suport.**

---

Com a instrument per a la detecció de problemes concrets, d'avaluació d'una nova oferta o d'un canvi organitzatiu o per les especials característiques d'un determinat servei per al qual els qüestionaris convencionals són insuficients.

---

**5e-01-D-02-Q 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.**

---

Les enquestes actives són aquelles en què és l'organització qui cerca la resposta dels seus clients de forma activa.

---

**5e-01-D-03-Q L'organització lliura els qüestionaris de satisfacció perquè siguin contestats a iniciativa del client (enquesta passiva).**

---

S'entén com a enquesta passiva aquella que és contestada per iniciativa del mateix client, a qui se li facilita el qüestionari passivament.

---

**5e-01-D-04-Q L'organització tracta diferenciadament la informació aportada per les enquestes de satisfacció actives i passives.**

---

---

**5e-01-D-05-E La direcció i els líders assumeixen la responsabilitat de resposta a les reclamacions del seu àmbit de competència.**

---

---

**5e-01-D-06-Q Els agraïments i felicitacions són tractats específicament: es comuniquen als professionals implicats, als líders corresponents i es respon al client.**

---

---

**5e-01-D-07-Q L'organització facilita sistemes participatius d'obtenció d'informació de l'opinió dels agents socials.**

---

Grups focals de representants comunitaris o altres.

---

**5e-01-D-08-Q 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.**

---

---

**5e-01-D-09-Q L'organització difon els resultats de les enquestes d'opinió internament i externament.**

---

Es verifica el procés de distribució dels resultats de les enquestes de satisfacció dels clients. S'identifica a qui s'informa i amb quina periodicitat.

---

**5e-01-D-10-E** 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.

---

---

**5e-01-R-01-E** L'organització avalua periòdicament les mesures correctives o de millora implantades.

---

---

**5e-01-R-02-Q** La direcció revisa periòdicament la informació, agregada i ordenada, procedent dels instruments de captació de l'opinió dels clients.

---

---

**5e-01-R-03-E** L'organització avalua periòdicament els temps de resposta de les reclamacions rebudes.

---

---

**5e-01-R-04-E** Els procediments es revisen i actualitzen periòdicament d'acord amb el que estigui establert a l'organització.

---

## **CRITERI 6. RESULTATS EN ELS CLIENTS**

### **Definició**

Les organitzacions excel·lents produeixen un conjunt d'indicadors de rendiment i resultats finals basats en les necessitats i les expectatives dels seus clients, per determinar l'èxit del desplegament de la seva estratègia i polítiques de suport.

## **Subcriteri 6.a - Mesures de percepció.**

### **Agrupador conceptual: percepció del client – 01**

#### **Definició**

És la percepció que el client té de l'organització respecte a la qualitat dels productes i els serveis rebuts, en funció dels seus judicis de valor i en relació amb les seves expectatives.

Els indicadors es poden obtenir per mitjà d'enquestes, grups focals i d'altres que es puguin realitzar amb els clients de l'organització. En el cas de les enquestes, per comprendre el grau de significació i representativitat dels resultats, s'ha d'explicitar la metodologia utilitzada.

Aquests instruments tenen en compte, a més a més, aspectes sobre la detecció d'oportunitats de millora.

#### **Objectius**

L'organització:

- avalua la percepció dels clients respecte a l'organització, pel que fa a la imatge general, la qualitat dels productes i serveis i la fidelitat;
- utilitza diferents mètodes per mesurar la satisfacció, i
- determina les àrees que ha d'investigar amb l'objectiu de destacar els aspectes més significatius per als seus clients.

Per a una anàlisi detallada, els resultats obtinguts es poden discriminar per:

- unitat funcional,
- àrea assistencial i
- pràctica o tècnica.

Com a mínim, l'organització ha de mesurar l'opinió del client en dos dels processos clau: atenció ambulatoria, atenció urgent, hospitalització i atenció quirúrgica.

---

**6a-01-01-01-E Es mesura la percepció del client sobre la informació rebuda dels serveis oferts per l'organització.**

---

---

**6a-01-01-02-E Es mesura la percepció del client respecte al grau d'accessibilitat als serveis.**

---

L'accessibilitat fa referència a la possibilitat que un individu o grup pugui accedir a les prestacions del sistema sanitari.



---

**6a-01-01-03-E Es mesura la percepció del client respecte a qualsevol discriminació en el moment de ser atès.**

---

Quan s'avalua la percepció respecte a discriminació, han de tenir-se en compte les diferents variables: sexe, raça, religió i qualsevol altre aspecte que impedeixi satisfer el principi d'equitat.

---

**6a-01-01-04-Q Es mesura la percepció del client sobre l'eficàcia dels sistemes de senyalització dintre de l'organització.**

---

---

**6a-01-01-05-E Es mesura la percepció del client respecte al temps de resposta per rebre les diverses prestacions.**

---

Es valora la percepció del client respecte al temps transcorregut entre l'aparició de la necessitat d'atenció i el moment de rebre-la.

---

**6a-01-01-06-E Es mesura la percepció del client respecte a la continuïtat assistencial dels serveis rebuts.**

---

Es valora la percepció del client respecte a la continuïtat assistencial, l'adequada coordinació en els serveis rebuts i en els casos de derivació a altres serveis/institucions.

---

**6a-01-01-07-E Es mesura el grau de confiança percebuda pel client sobre els serveis rebuts.**

---

---

**6a-01-01-08-Q Es mesura el grau de seguretat que percep el client sobre el sistema i els serveis.**

---

Es tindran en compte les aportacions del client respecte a les mesures de seguretat instituïdes en l'organització, per exemple: baranes en les escales, controls per evitar robatoris, equips d'energia elèctrica supletòria, sistemes d'evacuació i control d'incendis, control d'infeccions, sistemes d'identificació de clients, sistemes per evitar errors en l'administració de les pràctiques, etc.

---

**6a-01-01-09-Q Es mesura la percepció del client respecte a la capacitat de l'organització per ajustar-se de forma eficaç a les seves demandes racionals.**

---

Es tindran en compte les possibilitats d'atendre condicions particulars de demanda i necessitat de clients (horaris, temps d'espera, professionals que hi intervenen, lloc d'atenció, etc., amb causa justificada). Es mesurarà la percepció del client respecte a la resposta obtinguda.

---

**6a-01-01-10-E 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.**

---

---

**6a-01-01-11-Q Es mesura la percepció del client respecte al manteniment de la confidencialitat de les seves dades.**

---

---

**6a-01-01-12-E 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.**

---

Bàsicament, la informació respon:

- Als seus drets
- A la seva malaltia
- A les opcions diagnòstiques i/o terapèutiques proposades
- A les condicions administratives i econòmiques

---

**6a-01-01-13-E Es mesura la percepció del client respecte al manteniment de la seva privacitat i dignitat personal en tot moment.**

---

---

**6a-01-01-14-E Es mesura la percepció del client en relació amb el confort, la neteja, la temperatura i la il·luminació.**

---

Inclou la comoditat de la sala d'espera, la comoditat en el cas d'haver estat en una habitació i el confort quant a la neteja.

---

**6a-01-01-15-Q Es mesura la percepció del client respecte a la llenceria/bugaderia (característiques generals i estat de conservació).**

---

---

**6a-01-01-16-E Es mesura la percepció del client en relació amb la qualitat dels menjars (presentació, temperatura, oportunitat, quantitat).**

---

---

**6a-01-01-17-E Es mesura el grau de fidelització dels clients.**

---

La fidelitat dels clients pot fer-se evident mitjançant la investigació, entre d'altres, dels aspectes següents:

- Voluntat de tornar al mateix servei en altres oportunitats
- Voluntat d'anar a altres serveis dins l'organització
- Voluntat de recomanar l'organització

---

**6a-01-01-18-E Es mesura la percepció del client respecte a la possibilitat d'expressar i manifestar els seus drets i les seves voluntats.**

---

Es refereix a:

- Coneixement de l'existència del llibre de reclamacions i suggeriments, i mecanisme per accedir-hi
- Coneixement de la possibilitat d'expressió de voluntats anticipades
- Coneixement de la possibilitat de participació en activitats de promoció de la salut

---

**6a-01-01-19-Q Es mesura la percepció del client respecte al compliment, per part de l'organització, dels seus drets i voluntats.**

---

Es refereix a:

- Atenció de reclamacions i suggeriments, i la seva comunicació
- Atenció de les voluntats anticipades
- Coneixement de la carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària

---

**6a-01-01-20-E Es mesura la percepció global del client respecte al servei rebut.**

---

## **CRITERI 6. RESULTATS EN ELS CLIENTS**

### **Subcriteri 6.b - Indicadors de rendiment.**

#### **Agrupador conceptual: objectivació de la satisfacció del client – 01**

##### **Definició**

Són les mesures relacionades amb el client que l'organització aplica internament i que estan orientades a avaluar, entendre, preveure i millorar-ne la satisfacció.

##### **Objectius**

L'organització:

- gestiona les reclamacions, els suggeriments i els agraïments expressats pels clients;
- mesura la seva capacitat per satisfer els clients, pel que fa a l'accessibilitat als serveis;
- mesura la fidelitat dels seus clients i valora l'impacte en els resultats de l'organització, i
- mesura les seves accions respecte al compliment dels drets del client.

#### **Gestió de reclamacions, suggeriments i agraïments**

##### **6b-01-01-01-E Es mesura el nombre de reclamacions orals i escrites, suggeriments i agraïments.**

Es refereix a:

- Nombre, relacionat amb el temps i la quantitat de clients que ha rebut el servei
- Discriminació i anàlisi de causes
- Identificació d'oportunitats de millora.

##### **6b-01-01-02-E Es mesuren els temps de resposta davant reclamacions, suggeriments i agraïments.**

#### **Accessibilitat**

##### **6b-01-02-01-E Es quantifiquen i qualifiquen les llistes d'espera per accedir als serveis.**

Es refereix a:

- Nombre de clients discriminats per serveis i per pràctiques
- Temps transcorregut en el procés de llista d'espera

Se sol·licitarà informació de les activitats quirúrgiques i exploratòries.

---

**6b-01-02-02-QEs quantifiquen i qualifiquen les demores per accedir als serveis.**

---

Es refereix a:

- Temps de demora
- Discriminació per servei i pràctica
- Diferenciació entre primera cita o cita successiva (temps mínim per programar una cita assistencial)

---

**6b-01-02-03-E Es quantifiquen i qualifiquen els temps d'espera per ser atès.**

---

Les dades poden ser discriminades per:

- Servei
- Pràctica
- Professional responsable que hi intervé

---

**6b-01-02-04-QEs quantifiquen i qualifiquen les cancel·lacions de cites o inassistències (consultes externes, cirurgies, etc.) i se n'analitzen les causes.**

---

Les dades poden ser discriminades per:

- Servei
- Pràctica
- Professional responsable que hi intervé

---

**Fidelitat**

---

---

**6b-01-03-01-QEs mesura el nombre de clients nous i els mecanismes que van orientar la seva elecció.**

---

Es refereix a la mesura dels motius que van orientar els nous clients a elegir l'organització:

- Derivació directa
- Proximitat del domicili
- Recomanacions d'altres clients
- Coneixement a través de fullet, publicitat de televisió i ràdio, etc.
- Altres

---

**6b-01-03-02-QEs mesuren els canvis que realitzen els clients, durant l'atenció, per voluntat pròpia i dins de la mateixa especialitat.**

---

Es refereix a la sol·licitud de canvi de professional responsable, discriminat per:

- Servei
- Pràctica
- Professional responsable que hi intervé
- Motiu

---

**6b-01-03-03-E Es quantifiquen i qualifiquen les altes voluntàries.**

---

**Drets del client**

---

**6b-01-04-01-QEs quantifiquen els clients beneficiats amb les activitats de formació/educació específica.**

---

Es refereix al nombre de clients que van completar els plans formatius en relació amb el nombre dels que els van iniciar (discriminat per servei i patologia abordada).

## **CRITERI 7. RESULTATS EN LES PERSONES**

### **Definició**

L'organització disposa d'un conjunt d'indicadors de rendiment i resultats finals per determinar l'èxit del desplegament de l'estratègia i polítiques de suport relacionades amb les persones.

L'organització estableix els objectius clars i entén els factors clau que impulsen els resultats i l'impacte que aquests tenen sobre altres indicadors.

## **Subcriteri 7.a - Percepció.**

### **Agrupador conceptual: percepció del personal – 01**

#### **Definició**

L'organització mesura la percepció que en tenen les persones que hi treballen, quant a la cobertura de les seves expectatives, el grau de motivació i el grau de satisfacció generat. L'organització ha de determinar el millor mètode per captar aquestes opinions, i també el context, l'oportunitat i la freqüència amb què s'obtenen.

#### **Objectius**

Cal mesurar la percepció que tenen les persones de l'organització a la qual pertanyen, quant a motivació, sentiment de pertinença, satisfacció, cobertura d'expectatives i clima laboral.

Els estàndards següents estan dissenyats per obtenir-los amb enquestes, grups focals i d'altres, els quals s'han de realitzar entre el personal de l'organització.

En el cas de les enquestes, per comprendre el grau de significació i representativitat dels resultats s'ha d'explicitar el mètode emprat.

---

**7a-01-01-01-E Es mesura el grau de coneixement de la missió de l'organització.**

---

---

**7a-01-01-02-Q Es mesura el grau d'acceptació i adhesió a la missió de l'organització.**

---

---

**7a-01-01-03-Q Es mesura el grau de sentiment de pertinença a l'organització.**

---

---

**7a-01-01-04-Q Es mesura el grau de coneixement, acceptació i participació en el pla estratègic.**

---

---

**7a-01-01-05-E Es mesura el grau de coneixement, acceptació i participació en el pla de qualitat i seguretat del pacient.**

---



---

**7a-01-01-06-Q** Es mesura el grau de cobertura de les expectatives del personal respecte al seu lloc de treball.

---

---

**7a-01-01-07-Q** Es mesura el grau de cobertura de les expectatives del personal respecte a les relacions amb l'organització.

---

---

**7a-01-01-08-Q** Es mesura el grau de cobertura de les expectatives del personal respecte a l'organització del treball en general.

---

---

**7a-01-01-09-Q** Es mesura el grau de cobertura de les expectatives econòmiques del personal.

---

Es contextualitzaran les expectatives en un entorn de situació del mercat laboral i professional pròxim.

---

---

**7a-01-01-10-Q** Es mesura el grau de cobertura de les expectatives del personal respecte a les relacions interpersonals i interprofessionals.

---

---

**7a-01-01-11-Q** Es mesura el grau de cobertura de les expectatives del personal respecte a les oportunitats de promoció professional.

---

---

**7a-01-01-12-Q** Es mesura el grau de cobertura de les expectatives del personal respecte a les oportunitats formatives.

---

---

**7a-01-01-13-Q** Es mesura el grau de motivació percebut pel personal.

---

---

**7a-01-01-14-Q** Es mesura la percepció de participació en l'assoliment dels objectius institucionals i de la unitat funcional a la qual es pertany.

---

---

**7a-01-01-15-Q** Es mesura la percepció del grau de reconeixement de l'organització en relació amb el treball del personal.

---

---

**7a-01-01-16-Q** Es mesura la percepció del grau de reconeixement de l'esforç que els líders directes fan respecte a les persones que en depenen.

---

---

**7a-01-01-17-Q** Es mesura la percepció del personal respecte a la capacitat de lideratge de la direcció.

---

---

**7a-01-01-18-Q** Es mesura la percepció del personal respecte a la capacitat de motivació dels líders.

---

---

**7a-01-01-19-Q** Es mesura la percepció del personal respecte a la capacitat de lideratge dels líders directes.

---

---

**7a-01-01-20-Q** Es mesura la percepció del personal respecte a l'ambient de treball.

Amb referència a les seves condicions estructurals, de seguretat, confort, etc.

---

**7a-01-01-21-Q** Es mesura la percepció del personal respecte a la càrrega de treball.

---

---

**7a-01-01-22-Q** Es mesura la percepció del personal respecte a la qualitat del servei prestat.

---

---

**7a-01-01-23-E** Es mesura la percepció del personal respecte a la seguretat en el lloc de treball.

---

---

**7a-01-01-24-Q** Es mesura la percepció del personal respecte a la seguretat i la protecció personal davant agressions físiques, assetjament i altres situacions de risc.

---

## **CRITERI 7. RESULTATS EN LES PERSONES**

### **Subcriteri 7.b - Indicadors de rendiment.**

#### **Agrupador conceptual: indicadors d'aptituds, actituds i habilitats – 01**

##### **Definició**

L'organització mesura de manera objectiva el desenvolupament i l'eficàcia de les seves funcions envers el personal que en forma part.

##### **Objectius**

Cal mesurar objectivament la millora, l'assoliment d'objectius i el compliment de les funcions de l'organització, amb relació a les persones, en els àmbits següents:

- productivitat,
- gestió de personal,
- avaluació d'aptituds, actituds i habilitats,
- atribucions,
- formació i
- conflictivitat laboral.

#### **Gestió de personal**

---

**7b-01-01-01-E Es calculen els recursos humans necessaris i es mesuren els existents.**

---

---

**7b-01-01-02-E Es mesura l'absentisme, per causes, i s'identifica el percentatge de cobertura.**

---

Per col·lectius i àrees funcionals.

---

**7b-01-01-03-Q Es mesura la productivitat del personal.**

---

Per col·lectius i àrees funcionals, per unitats homogènies de treball (visites per persona, altes per persona, estades per persona, intervencions quirúrgiques per persona, UME per persona, etc.).

---

**7b-01-01-04-QEs mesura el grau de compliment del pla d'acollida per a les noves incorporacions.**

Per col·lectius i àrees funcionals. S'ha de diferenciar el pla d'acollida general i l'específic del lloc de treball.

---

**7b-01-01-05-QEs mesura la formalització dels expedients de personal segons els procediments.**

Per col·lectius.

---

**7b-01-01-06-QEs mesura la correlació entre lloc de treball i definició del lloc.**

Tots els llocs de treball han de correlacionar-se amb una descripció de lloc específica.

---

**Avaluació d'aptituds, actituds i habilitats**

---

**7b-01-02-01-QEs mesura la relació entre persones amb avaluació d'aptituds, actituds i habilitats vigents i persones totals tributàries de ser avaluades.**

---

**7b-01-02-02-QEs mesura l'avaluació d'aptituds, actituds i habilitats.**

Per col·lectius i àrees funcionals.

---

**7b-01-02-03-QEs mesura l'adaptació de condicions del lloc de treball establert en el mapa de riscos laborals.**

Persones amb condicions adaptades sobre persones totals.

---

**7b-01-02-04-QEs mesuren les situacions de cobertura insuficient de la plantilla mínima establerta i les seves causes.**

Per àrees funcionals.

---

**Avaluació de les atribucions**

---

**7b-01-03-01-QEs mesura el desajust entre atribucions i lloc de treball.**

S'identifiquen les vegades que, per causes determinades, s'assigna una funció a qui no té les atribucions adequades (substitucions, etc.).

---

**7b-01-03-02-Q Es mesuren els incompliments d'atribucions.**

---

S'identifiquen específicament les transgressions del marc competencial individual, concretament en els processos de més risc.

---

**7b-01-03-03-Q Es mesura la vigència de les atribucions atorgades.**

---

Nombre de persones amb competències vigents sobre el total de persones amb atribucions atorgades. Per col·lectius i àrees funcionals.

---

**Formació**

---

---

**7b-01-04-01-E Es mesura el grau de compliment de la formació anual en salut laboral.**

---

Per col·lectius i àrees funcionals.

---

**7b-01-04-02-E Es mesura el grau de compliment de la formació anual en qualitat, seguretat del pacient i millora contínua.**

---

Per col·lectius i àrees funcionals.

---

**7b-01-04-03-E Es mesura el grau de compliment de la formació anual en prevenció i actuació davant d'una emergència.**

---

Per col·lectius i àrees funcionals.

---

**7b-01-04-04-Q Es mesura el nombre de simulacres davant de potencials emergències.**

---

---

**7b-01-04-05-E Es mesura el grau de compliment de la formació anual en prevenció i control de la infecció.**

---

Per col·lectius i àrees funcionals.

---

**7b-01-04-06-E Es mesura el grau de compliment de la formació anual en reanimació cardiopulmonar.**

---

Per col·lectius i àrees funcionals.

---

**7b-01-04-07-E Es mesura el compliment del pla de formació.**

---

Per col·lectius i àrees funcionals.

---

**7b-01-04-08-Q Es mesuren les hores de formació impartides dins de l'organització, així com les hores de formació rebudes pel personal de l'organització.**

---

Per col·lectius i àrees funcionals.

---

**Drets del personal**

---

---

**7b-01-05-01-E Es mesuren els incidents i les denúncies contra la dignitat personal, l'abús de poder, l'assetjament, les agressions i altres problemàtiques.**

---

Es registren com a "esdeveniment sentinella".

---

**7b-01-05-02-E Es mesura la conflictivitat laboral.**

---

En termes de denúncies a Magistratura del Treball, a Inspecció de Treball, nombre de persones afectades, nombre de jornades perdudes a causa de vagues, etc.

## **CRITERI 8. RESULTATS EN LA SOCIETAT**

### **Definició**

Les organitzacions excel·lents produeixen i acorden un conjunt d'indicadors de rendiment i resultats finals, basats en les necessitats i les expectatives dels grups d'interès externs rellevants, per determinar l'èxit del desplegament de la seva estratègia social i ambiental i les seves polítiques de suport.



## **CRITERI 8. RESULTATS EN LA SOCIETAT**

### **Subcriteri 8.a/b - Percepció i indicadors de rendiment.**

#### **Agrupador conceptual: difusió i promoció de la salut i impacte local – 01**

##### **Definició**

L'organització mesura la percepció que té la societat de la seva actuació com a agent comunitari destacat.

##### **Objectiu**

L'organització ha de tenir cura de:

- la difusió de la informació rellevant per a la comunitat,
- la cobertura en mitjans de comunicació generals,
- la incidència en l'economia local i nacional,
- la relació amb les autoritats rellevants,
- el comportament ètic,
- la implicació en l'educació i la formació en temes relacionats amb la prevenció de riscos per a la salut i accidents, la seguretat, la contaminació i d'altres.
- el suport a l'esport, l'oci i la cultura, i
- la facilitació del treball voluntari i sense ànim de lucre.

#### **Grau de difusió i coneixement de l'organització que té la societat**

**8a/b-01-01-01-Q Es mesura la participació de l'organització en actes públics, col·laboracions amb associacions, administració pública, escoles, centres socials i altres.**

- Nombre de conferències a escoles, centres socials, etc.
- Nombre de participacions en actes públics
- Nombre de jornades de portes obertes
- Participació en associacions, ajuntaments administració pública

#### **Cobertura en mitjans de comunicació general**

**8a/b-01-02-01-Q Es mesuren les aparicions per activitats rellevants en premsa escrita, ràdio, televisió i altres mitjans, tant estatals com locals.**

---

**8a/b-01-02-02-E Es mesuren les visites al lloc web de l'organització.**

---

---

**8a/b-01-02-03-Q Es mesura la presència en els cercadors generals i científics.**

---

### **Incidència en l'economia local i estatal**

---

**8a/b-01-03-01-E Es mesuren les contractacions de persones residents en la localitat o en un lloc pròxim.**

---

Percentatge de persones contractades residents en la localitat o en un lloc pròxim sobre el total del personal.

---

**8a/b-01-03-02-E Es mesura la contractació de persones que formen part dels col·lectius desfavorits.**

---

S'inclou en aquest col·lectiu les persones contractades:

- Més grans de 45 anys
- Discapacitades
- Immigrades
- Altres col·lectius desfavorits.

---

**8a/b-01-03-03-Q Es mesura la inversió en investigació.**

---

---

**8a/b-01-03-04-Q Es mesuren els projectes en col·laboració amb la universitat o altres entitats.**

---

## Activitats de caràcter humanitari de l'organització

### **8a/b-01-04-01-Q Es mesura el suport a organitzacions humanitàries.**

- Es mesura el percentatge de persones que col·laboren amb associacions de caràcter humanitari i activitats de cooperació sobre el total del personal i discriminat per tipus d'activitat desenvolupada.
- Es mesuren les organitzacions humanitàries a les quals donen suport (econòmic, professional, logístic, etc.)
- Es mesura la quantitat econòmica en donatius per part de l'organització a associacions humanitàries, de caràcter benèfic, social, etc.

### **8a/b-01-04-02-E Es mesura el nombre de persones que realitzen tasques de voluntariat en l'organització.**

Nombre de persones implicades en el programa i la seva dedicació en jornades completes, agrupades per activitat desenvolupada.

## Implicació en l'educació i la formació

### **8a/b-01-05-01-E Es mesuren el nombre d'hores de formació a persones externes a l'organització.**

Nombre de cursos realitzats anualment a persones externes. S'inclou, entre d'altres, la formació al col·lectiu de persones voluntàries.

### **8a/b-01-05-02-Q Es segmenten els cursos i hores de formació per temàtica i públic diana al qual van adreçats.**

Mesures anuals.

### **8a/b-01-05-03-E Es mesura el nombre d'alumnes en pràctiques a l'organització, per hores i per col·lectius.**

Nombre d'alumnes en pràctiques per any. S'inclouen com a col·lectius externs a l'organització els alumnes de formació professional, pregrau, rotatori i alumnes de màsters.

## Suport a l'esport, oci i cultura per part de l'organització

### **8a/b-01-06-01-Q Es mesuren el nombre d'activitats esportives, lúdiques i culturals patrocinades per l'organització.**

Mesures anuals.

## **CRITERI 8. RESULTATS EN LA SOCIETAT**

**Subcriteri 8.a/b: - Percepció i indicadors de rendiment.**

**Agrupador conceptual: impacte ecològic – 02**

### **Definició**

L'organització mesura la percepció que la societat de la seva actuació com un membre sensibilitzat i col·laborador en la millora del medi ambient. A més, l'organització realitza mesures pròpies per millorar la seva actuació en aquest àmbit.

### **Objectius**

- L'organització promou la millora del medi ambient i implanta mesures per disminuir: l'impacte ambiental, els residus i embalatges, la contaminació, les emissions de tòxics i les aigües residuals.
- A més, l'organització fomenta l'ús segur i eficient dels subministraments (gas, aigua i electricitat) i dels materials nous o reciclats.

## **Impacte ambiental de l'organització**

---

**8a/b-02-01-01-E Es mesura el nombre de reclamacions rebudes, multes o avisos relacionats amb la contaminació.**

---

Discriminats per motiu.

---

**8a/b-02-01-02-Q Es mesura el nombre de certificats mediambientals i d'altres referents de sostenibilitat.**

---

Inclou les certificacions i avaluacions externes:

- EMAS
- ISO 14001 Global reporting initiative (GRI)
- SA 8000
- ISO 26000
- Agenda 21 i altres recomanacions de la Cimera de la Terra i altres referents de sostenibilitat.

---

**8a/b-02-01-03-Q Es mesura la inversió realitzada en equipaments i tecnologia més neta.**

---

Inclou els equips de menor consum energètic i equips d'energia més neta.

---

**8a/b-02-01-04-Q Es mesura el percentatge de tot tipus de residus valoritzats.**

Es mesura el percentatge de residus discriminats per tipologia sobre el total de residus generats.

---

**8a/b-02-01-05-Q Es mesura el percentatge de tot tipus de residus minimitzats.**

Residus minimitzats; disminució de la producció de residus amb destinació a l'abocador. Percentatge de residus minimitzats discriminats per tipologia sobre el total de residus generats.

---

**8a/b-02-01-06-Q Es mesura la despesa realitzada per al manteniment i la inversió en millores en la façana i entorn de l'edifici.**

---

**8a/b-02-01-07-E Es mesura el consum d'electricitat en relació amb l'activitat global.**

---

**8a/b-02-01-08-E Es mesura el consum de combustible en relació amb l'activitat global.**

---

**8a/b-02-01-09-E Es mesura el consum d'aigua en relació amb l'activitat global.**

---

**8a/b-02-01-10-Q Es mesura la inversió realitzada per a la disminució de les emissions atmosfèriques en relació amb l'activitat global.**

La inversió tant pot ser per augmentar la depuració de l'aire com per augmentar els controls externs.

---

**8a/b-02-01-11-Q Es mesura la inversió realitzada en la depuració de les aigües residuals per reduir les concentracions dels paràmetres per sota dels límits d'abocament legalment establerts.**

---

---

**8a/b-02-01-12-Q Es mesura el percentatge d'energia generada per sistemes alternatius.**

---

En aquest estàndard queda inclosa l'energia cogenerada.

---

**8a/b-02-01-13-Q Es mesura el nombre de campanyes d'estalvi de recursos naturals i altres relacionades amb la millora del medi ambient realitzades per l'organització.**

---

## **CRITERI 8. RESULTATS EN LA SOCIETAT**

**Subcriteri 8.a/b: - Percepció i indicadors de rendiment.**

**Agrupador conceptual: impacte en la societat – 03**

### **Definició**

L'organització mesura la percepció que té la societat de la seva actuació quant als reconeixements i premis atorgats per entitats socials i especialitzades. A més, l'organització realitza mesures pròpies per fomentar el desenvolupament i millorar el seu rendiment en aquest àmbit.

Aquestes percepcions de la societat han de deixar clar què opina de l'eficàcia del desplegament i l'execució de l'estratègia social i ambiental, les seves polítiques de suport i els seus processos.

Igualment, l'organització mesura la seva actuació envers la societat en general.

### **Objectius**

L'organització mesura:

- els reconeixements i premis atorgats per persones, entitats socials i científiques,
- la cobertura en mitjans de comunicació especialitzats i
- l'activitat científica realitzada.

## **Reconeixement social**

---

**8a/b-03-01-01-E Es mesura el nombre de premis/reconeixements d'entitats socials a l'organització i/o persones.**

---

S'inclouen les persones externes a l'organització, com és el cas del personal voluntari.

---

**8a/b-03-01-02-Q Es mesura el nombre de reconeixements dels clients i proveïdors en mitjans de comunicació.**

---

## **Impacte en la comunitat científica**

---

**8a/b-03-02-01-E Es mesura el nombre de premis/reconeixements d'entitats científiques a l'organització i/o persones.**

---

S'inclouen les persones externes a l'organització, com és el cas del personal voluntari.

---

**8a/b-03-02-02-Q** Es mesura el nombre de publicacions en revistes o premsa (no especialitzada) nacional i/o local.

---

---

**8a/b-03-02-03-E** Es mesura el nombre de publicacions en revistes especialitzades internacionals i nacionals.

---

Es mesuren les publicacions, tant en format paper com informàtic.

---

**8a/b-03-02-04-E** Es mesura el nombre de ponències en congressos i altres esdeveniments internacionals i nacionals.

---

---

**8a/b-03-02-05-E** Es mesura el nombre de comunicacions acceptades en congressos i altres esdeveniments internacionals i nacionals.

---

---

**8a/b-03-02-06-E** Es mesura el nombre de pòsters acceptats en congressos i altres esdeveniments internacionals i nacionals.

---

---

**8a/b-03-02-07-E** Es mesura la mitjana del factor d'impacte de les publicacions científiques i altres sistemes de mesura.

---



## **CRITERI 9. RESULTATS CLAU**

### **Definició**

Les organitzacions excel·lents produeixen i acorden un conjunt de resultats clau, econòmico-financers i no econòmics, basats en les necessitats i les expectatives dels grups d'interès clau amb la finalitat de determinar l'èxit del desenvolupament de la seva estratègia.

Aquests estàndards recullen quins objectius està assolint l'organització amb relació al rendiment planificat.

## **CRITERI 9. RESULTATS CLAU**

### **Subcriteri 9.a - Resultats i indicadors organitzacionals clau.**

#### **Agrupador conceptual: resultats i indicadors organitzacionals clau – 01**

##### **Definició**

L'organització mesura i controla els seus resultats en l'àmbit de l'estructura organitzativa i en les funcions i els processos estratègics.

##### **Objectius**

L'organització mesura aspectes fonamentals de la seva actuació conjunta en relació amb:

- el pla estratègic,
- el pla de qualitat i seguretat del pacient,
- les polítiques i estratègies de mercat,
- els prestadors externs de serveis assistencials i
- les subcontractacions i altres proveïdors.

#### **Pla estratègic**

---

##### **9a-01-01-01-E Es mesura el grau de compliment dels objectius fixats.**

Per àrea de responsabilitat.

#### **Pla de qualitat i seguretat del pacient**

---

##### **9a-01-02-01-E Es mesura el nombre d'objectius de qualitat aconseguits sobre el total previst.**

Aquest estàndard mesura el compliment quantitatiu dels objectius de qualitat. Aquests poden estar recollits en el pla de qualitat i seguretat del pacient o bé incardinats en altres documents, com ara el pla estratègic o el pla de gestió de l'organització.

---

##### **9a-01-02-02-Q Es mesura el percentatge d'indicadors de qualitat actius sobre el total previst.**

Aquest estàndard mesura els indicadors que han estat posats en marxa sobre el total.

---

##### **9a-01-02-03-Q Es mesura el percentatge d'indicadors de qualitat que detecten millora sobre el total d'avaluats.**

---

---

**9a-01-02-04-E Es mesura el grau d'actualització dels protocols i altres documents estandarditzats existents a l'organització.**

---

S'inclouen els protocols clínics, procediments organitzatius, instruccions tècniques i altres documents normatius que l'organització reconegui i registri.

---

**Polítiques i estratègies en relació al mercat**

---

---

**9a-01-03-01-Q Es mesura la quota de mercat assolida.**

---

Determinada per entitat pagadora i per línia productiva (consultes, hospitalització, urgències, etc.).

---

**Prestadors externs de serveis sanitaris**

---

---

**9a-01-04-01-E Es mesura el grau de compliment dels criteris establerts per als prestadors externs de serveis assistencials.**

---

En termes de:

- Qualitat de servei
- Agilitat en la programació i execució
- Demora en el lliurament de resultats o en la realització de l'assistència
- Interacció amb els/les professionals

Per a aquelles línies de producte o servei que la mateixa organització determini.

---

**9a-01-04-02-E Es mesura el nombre de “no-conformitats” del servei prestat respecte al total d'activitat derivada.**

---

Per a aquelles línies de producte o servei que la mateixa organització determini.

---

**Subcontractacions**

---

---

**9a-01-05-01-Q Es mesura el grau de compliment dels criteris establerts per als serveis subcontractats.**

---

En termes de:

- Qualitat de servei
- Agilitat en la programació i execució
- Demora en el lliurament de resultats o en la realització de l'assistència
- Interacció amb els/les professionals

Per a aquelles línies de producte o servei que la mateixa organització determini.

---

**9a-01-05-02-E Es mesura el nombre de “no-conformitats” del servei subcontractat prestat respecte al total d’activitat realitzada.**

---

Per a aquelles línies de producte o servei que la mateixa organització determini.

**Altres proveïdors**

---

**9a-01-06-01-Q Es mesura el grau de compliment dels criteris establerts per als proveïdors.**

---

En termes de:

- Adaptació als requisits de producte
- Qualitat de servei
- Agilitat en la comanda
- Agilitat en el lliurament de productes o en la realització del servei

Per a aquelles línies de producte o servei que la mateixa organització determini.

---

**9a-01-06-02-E Es mesura el nombre de “no-conformitats” del producte/servei prestat respecte al total.**

---

Per a aquelles línies de producte o servei que la mateixa organització determini.

## **CRITERI 9. RESULTATS CLAU**

### **Subcriteri 9.b - Resultats i indicadors econòmics clau.**

#### **Agrupador conceptual: resultats i indicadors econòmics clau – 01**

##### **Definició**

L'organització mesura els seus resultats econòmics, garanteix la sostenibilitat de l'activitat i cerca la màxima eficiència.

##### **Objectius**

Avaluar les magnituds econòmiques de l'activitat de l'organització, des d'una perspectiva global i des de la seva concreció en línies productives.

---

#### **9b-01-01-01-E Es mesura la correlació entre la comptabilitat i el pressupost.**

- Mensual
- Acumulada
- TAM (taxa anual mitjana)
- Per naturalesa o per capítol pressupostari
- Variacions interanuals

---

#### **9b-01-01-02-Q Es mesura el pes proporcional de les diferents partides sobre el cost total.**

- Mensual
- Acumulada
- TAM (taxa anual mitjana)
- Per naturalesa o per capítol pressupostari
- Variacions interanuals

---

#### **9b-01-01-03-E Es mesura l'evolució dels costos.**

- Mensual
- Acumulada
- TAM (taxa anual mitjana)
- Per naturalesa o per capítol pressupostari
- Variacions interanuals

---

#### **9b-01-01-04-E Es mesura la facturació i la seva evolució.**

Per entitat pagadora.

---

**9b-01-01-05-E Es mesura el flux de caixa (cash flow).**

---

- Benefici abans d'impostos – amortitzacions
- Mensual
- Acumulada
- TAM (taxa anual mitjana)
- Variacions interanuals

---

**9b-01-01-06-QEs mesura la facturació per unitat de producció.**

---

- Mensual
- Acumulada
- TAM (taxa anual mitjana)
- Variacions interanuals
- Unitat de producció: UME, UPA, etc.

---

**9b-01-01-07-QEs mesura la facturació generada per cada àrea assistencial o de gestió.**

---

Diferenciada per:

- ingressos per alta
- ingressos per estada
- ingressos per urgència
- ingressos per visita
- ingressos per procés.

Discriminada per:

- entitat pagadora.

---

**9b-01-01-08-QEs mesuren els costos, discriminats per naturalesa, generats per cada àrea assistencial o de gestió i per unitat de producció.**

---

- Costos per alta
- Costos per estada
- Costos per urgència
- Costos per visita
- Costos per procés
- Costos per unitat de producció

---

**9b-01-01-09-E Es mesura la inversió realitzada, per concepte, i la seva evolució.**

---

Diferenciada per:

- Inversió en tecnologia sanitària
- En equipaments
- En estructura i remodelació
- En la planta tècnica
- En mobiliari, en informàtica, etc.
- Altres

---

**9b-01-01-10-QEs mesura la inversió realitzada en reposició d'equipaments tecnològics sanitaris.**

---

## **CRITERI 9. RESULTATS CLAU**

### **Subcriteri 9.c - Resultats i indicadors operacionals clau.**

#### **Agrupador conceptual: processos clau – 01**

##### **Definició**

L'organització mesura els resultats assolits, basats en la seva estratègia, en els àmbits en què es desenvolupen els processos clau.

##### **Objectius**

Es mesura el grau d'assoliment dels objectius marcats en els processos clau com:

- l'atenció ambulatoria,
- l'atenció urgent,
- l'atenció en l'hospitalització i
- l'atenció quirúrgica.

#### **Atenció ambulatoria**

##### **9c-01-01-01-E Es mesura l'activitat ambulatoria.**

La mesura de l'activitat ha de ser prou expressiva com per permetre'n la gestió efectiva i eficient. S'ha de discriminar per consultes externes, hospital de dia i gabinets d'exploracions. Per exemple:

- Nombre de primeres consultes més consultes successives / nombre de dies hàbils del període
- Índex de consultes successives / primeres consultes

Discriminat per serveis, cures d'infermeria...

- Nombre d'exploracions realitzades, discriminat per especialitats
- Nombre d'activitats realitzades en l'hospital de dia, per especialitats.

##### **9c-01-01-02-Q Es mesura el rendiment de les instal·lacions d'atenció ambulatoria.**

##### **9c-01-01-03-Q Es mesura l'activitat realitzada no programada.**



---

**9c-01-02-01-E Es mesura l'activitat de l'àrea d'urgències.**

Aquesta mesura ha de permetre el coneixement de l'activitat de l'àrea, dels seus fluxos horaris, diaris, setmanals, etc. Podrà discriminar-se per especialitat.

---

**9c-01-02-02-E Es mesura la pressió d'urgències.**

- Nombre d'ingressos hospitalaris procedents d'urgències.
- Percentatge d'urgències que ingressen sobre el total d'urgències.

---

**9c-01-02-03-Q Es mesuren les urgències internes.**

Discriminades per:

- Unitats
- Serveis
- Patologies

---

**9c-01-02-04-E Es mesuren els clients que retornen a urgències abans de les 72 hores de l'alta des de l'àrea.**

Ajustats per:

- Patologies
- Tècniques realitzades
- Àrees i/o unitats/serveis

---

**9c-01-02-05-E Es mesuren els trasllats que es realitzen a altres centres.**

Taxa de trasllats a altres hospitals i motiu.

---

**9c-01-02-06-Q Es mesura el destí o derivació dels clients atesos a l'àrea d'urgències.**

---

**9c-01-02-07-E Es mesura el temps d'espera per ser visitat a l'àrea d'urgències.**

Diferenciats per:

- Pacients visitats
- Proves complementàries
- Percentatge de clients que esperen més d'una hora per ser visitats

---

**9c-01-02-08-Q Es mesura el temps d'espera per ser ingressat a l'àrea d'hospitalització des d'urgències.**

---

Temps d'espera per ser ingressat.

Percentatge de clients que estan més de 24 hores a urgències abans de ser ingressats.

---

**9c-01-02-09-E Es mesura el nombre de clients que marxen abans de ser atesos.**

---

És una mesura indirecta del grau d'acceptació del servei.

---

**9c-01-02-10-E Es mesura la mortalitat a l'àrea d'urgències i els motius.**

---

---

**9c-01-02-11-E Es mesura el nombre d'esdeveniments adversos a l'àrea d'urgències i els motius.**

---

Per exemple: caigudes des de la llitera, cadira, errors d'identificació, errors de medicació, etc.

---

**Atenció a l'hospitalització**

---

---

**9c-01-03-01-Q Es mesuren els clients atesos segons els protocols i el grau de compliment.**

---

L'organització determina quins processos clínics s'avaluaran. Es revisa el nivell d'aplicació dels protocols, discriminats per patologies.

Clients atesos segons el protocol / total de clients atesos.

---

**9c-01-03-02-E Es mesura el nombre d'altres, estades i l'estada mitjana.**

---

Diferenciats per:

- Unitat
- Servei
- Diagnòstic

---

**9c-01-03-03-Q Es mesura l'adequació dels ingressos i les estades.**

---

Ingressos i estades innecessàries, dies d'estada addicionals en relació als previstos.

---

**9c-01-03-04-E Es mesura el nombre de trasllats interns i externs.**

---

- Unitat
- Servei
- Diagnòstic

---

**9c-01-03-05-E Es mesura l'índex d'ocupació.**

---

- Percentatge de llits ocupats / llits disponibles
- Desglossats pels diversos serveis o unitats
- Nombre d'estades en un període / nombre de llits disponibles per nombre de dies del període i per 100.

---

**9c-01-03-06-E Es mesura el nombre de reingressos.**

---

Nou ingrés abans dels 30 dies de l'alta pel mateix procés.

Inclou els reingressos per a reintervenció o per altres complicacions. Desglossat per cirurgia ambulatòria, programada i urgent.

---

**9c-01-03-07-Q Es mesura el grau de compliment del pla d'acollida del client amb relació al total d'ingressos.**

---

- Unitat
- Servei

---

**9c-01-03-08-Q Es mesura el compliment de l'avaluació del risc potencial del client a l'ingrés.**

---

- Fisiconutricional
- Social
- Econòmic
- Al·lèrgia als fàrmacs
- Sospita de maltractament
- Altres

---

**9c-01-03-09-Q Es mesura la demora en l'atenció urgent del client hospitalitzat.**

---

---

**9c-01-03-10-E Es mesura el grau de compliment del protocol de contenció existent a l'organització.**

---

Detallant dies immobilitzats / dies d'estada.

---

**9c-01-03-11-E Es mesura l'aparició d'úlceres per pressió d'origen nosocomial relacionades amb l'enllitament dels clients.**

---

Client amb úlcera / nombre de dies enllitat.

Diferenciats per:

- Unitat funcional d'ingrés
- Patologia prèvia: diabetis, obesitat, malnutrició, etc.

---

**9c-01-03-12-Q Es mesuren les complicacions procedimentals (endoscòpies, biòpsies, puncions, etc.) realitzades durant l'hospitalització i relacionades amb el total.**

---

---

**9c-01-03-13-E Es mesuren els esdeveniments adversos dels clients a l'àrea d'hospitalització i els motius.**

---

Per exemple: errors en la identificació dels clients, caigudes del llit, cadira de rodes, llitera, escales, bany, etc.

Relacionats per unitats, serveis i patologies.

Relacionats per dies d'enllitament.

---

**9c-01-03-14-E Es mesura la mortalitat.**

---

Per:

- Unitats
- Patologia
- Edat
- Sexe
- Tractament realitzat
- Altres

---

**9c-01-03-15-Q Es mesuren les morts no esperades.**

---

Per:

- Unitats
- Patologia
- Edat
- Sexe
- Tractament realitzat

---

**9c-01-03-16-Q Es mesuren el nombre d'anàlisis causa-arrel (ACA) realitzades de les morts no esperades.**

---

---

**9c-01-03-17-E Es mesuren els clients atesos segons els protocols o altres documents estandarditzats d'actes clínics.**

---

Es dona rellevància al pla d'alta, per als clients que se'n disposi, etc. L'organització determina quins processos clínics s'avaluaran. Es revisa el nivell d'aplicació dels protocols, discriminats per patologies.

Clients atesos segons el protocol / total de clients atesos. Es mesura el grau de compliment dels protocols.

---

### **Atenció quirúrgica**

---

**9c-01-04-01-E Es mesura l'activitat a l'àrea quirúrgica/obstètrica.**

---

Les mesures han de ser prou expressives per a una correcta gestió de l'efectivitat, eficiència i qualitat de l'àrea. Per exemple:

- Nombre d'intervencions programades
- Nombre d'intervencions urgents
- Nombre d'intervencions ambulatòries
- Nombre de parts (cesàries / parts vaginals eutòcics / parts vaginals instrumentals)
- Nombre d'anestèsies generals (programades, ambulatòries, urgents)
- Nombre d'anestèsies locals (programades, ambulatòries, urgents)

---

**9c-01-04-02-E Es mesura els temps d'ocupació dels quiròfans.**

---

Entès com el rendiment dels quiròfans.

- Per serveis
- Per quiròfans

---

**9c-01-04-03-E Es mesuren les intervencions anul·lades i el motiu.**

---

---

**9c-01-04-04-E Es mesura l'estada mitjana preoperatòria.**

---

- Programats
- Urgents

---

**9c-01-04-05-E 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.**

---

Entenem per preparació i documentació correcta:

- Preparació preoperatoria necessària, segons protocols i ordres mèdiques
- Història clínica ben documentada (proves complementàries incloses)
- Consentiment informat signat pel client i el metge o metgessa responsable
- Preoperatori supervisat i signat per l'anestèsista

---

**9c-01-04-06-E Es mesura el percentatge de clients amb profilaxi antibiòtica segons el protocol, sobre el total de clients tributaris.**

---

---

**9c-01-04-07-E Es mesuren les complicacions anestèsiques i quirúrgiques/obstètriques durant l'atenció a l'àrea quirúrgica.**

---

Desglossat per cirurgia ambulatoria, programada i urgent.

Per servei i intervenció. Per tipus d'anestèsia

---

**9c-01-04-08-E Es mesura la mortalitat intraoperatoria.**

---

Per servei i intervenció.

---

**9c-01-04-09-E Es mesuren les complicacions postanestèsiques, postquirúrgiques/obstètriques.**

---

Immediates (fora de l'àrea quirúrgica) i mediates (30 dies).

Inclou complicacions infeccioses, infecció de localització quirúrgica en cirurgia neta.

Desglossades per serveis i intervencions. Per tipus d'anestèsia.

Complicacions postpart.

Reingrés abans de 15 dies després del part.

Clients amb complicacions hemorràgiques.

Mortalitat durant les primeres 24 hores, mortalitat materna.

---

**9c-01-04-10-E Es mesura l'índex de substitució de la cirurgia d'ingrés hospitalària per l'ambulatoria en determinats processos.**

---

L'organització ha de determinar per a quins processos quirúrgics.

---

**9c-01-04-11-E Es mesuren les reintervencions.**

---

Nova intervenció abans de les 48 hores i abans de l'alta, no programada.

---

**9c-01-04-12-Q Es mesuren els clients atesos segons els protocols i el grau de compliment.**

---

L'organització determina quins processos clínics s'avaluaran. Es revisa el nivell d'aplicació dels protocols, discriminats per patologies.

Clients atesos segons el protocol / total de clients atesos.

## **CRITERI 9. RESULTATS CLAU**

### **Subcriteri 9.c - Resultats i indicadors operacionals clau.**

#### **Agrupador conceptual: processos de suport – 02**

##### **Definició**

L'organització mesura els resultats assolits, basats en la seva estratègia, en els àmbits en què es desenvolupen els processos de suport.

##### **Objectius**

Es mesura el grau d'assoliment dels objectius marcats en els processos de suport com:

- laboratori,
- ús de sang i components sanguinis,
- ús del medicament,
- radiodiagnòstic, medicina nuclear i radioteràpia,
- rehabilitació,
- nutrició,
- arxiu i documentació clínica, gestió dels clients i sistemes d'informació, prevenció i control de la infecció,
- hostaleria,
- magatzem,
- treball social,
- manteniment i adequació de l'edifici i
- gestió de residus.

## **Laboratoris**

### **9c-02-01-01-E Es mesuren les determinacions realitzades en les diferents àrees.**

– Hospitalització

– Urgències

– Ambulatòria

Diferenciades per:

- Programades
- Urgents
- Orientació diagnòstica
- Tipus de tècnica



---

**9c-02-01-02-Q Es mesura el nombre de determinacions per client i/o procés.**

---

Diferenciades per:

- Unitat
- Servei
- Orientació diagnòstica

---

**9c-02-01-03-E Es mesuren les incidències i es discriminen per motius.**

---

Per exemple:

- Repeticions d'extracció
- Defectes de procediment que generen repetició de proves
- Nombre de clients als quals no es realitza la prova per preparació inadequada
- Informes perduts
- Incompliment o retard per aturades dels equips

---

**9c-02-01-04-E Es mesura el nombre total de biòpsies realitzades.**

---

Diferenciades per:

- Unitat
- Servei
- Diagnòstic

---

**9c-02-01-05-E Es mesura el nombre de citologies realitzades.**

---

Diferenciades per:

- Unitat
- Servei
- Diagnòstic

---

**9c-02-01-06-E Es mesura el nombre de biòpsies preoperatòries.**

---

Relacionat amb el total d'intervencions que l'organització determini.

---

**9c-02-01-07-Q Es mesura el percentatge de biòpsies sobre el total d'intervencions tributàries.**

---

Relacionat amb el total d'intervencions que l'organització determini.

---

**9c-02-01-08-Q** Es mesura la taxa de correlació entre diagnòstic clínic i diagnòstic patològic.

---

Per:

- Servei
- Procedència

---

**9c-02-01-09-Q** Es mesura el percentatge de necròpsies realitzades relacionades amb el total d'èxits del centre.

---

---

**9c-02-01-10-E** Es mesura el temps de demora en el lliurament dels resultats.

---

Biòpsies, citologies i necròpsies.

### **Ús de la sang i components sanguinis**

---

**9c-02-02-01-E** Es mesura el nombre d'unitats transfoses per a cada tipus de component sanguini.

---

---

**9c-02-02-02-Q** Es mesura el percentatge d'unitats d'autotransfusió transfoses en relació amb el total d'autotransfusions.

---

---

**9c-02-02-03-E** Es mesuren les unitats transfusionals rebutjades/descartades i els motius.

---

Inclou les caducitats.

---

**9c-02-02-04-Q** Es mesura l'índex d'utilització de la sang per a patologies o procediments determinats.

---

---

**9c-02-02-05-E Es mesura la demanda adequada de sang en reserva per a cirurgia electiva.**

---

Avaluació de la demanda en els serveis: urologia, COT, cirurgia general, ginecologia i obstetrícia, cirurgia vascular, otorinolaringologia i altres.

---

---

**9c-02-02-06-E Es mesuren les reaccions transfusionals.**

---

---

**9c-02-02-07-E Es mesuren els errors comesos pel servei de transfusió. S'inclouen els lliuraments erronis de components sanguinis i s'apliquen les mesures correctores corresponents.**

---

---

**9c-02-02-08-E Es mesuren els errors d'administració de components sanguinis a la capçalera del llit del pacient.**

---

---

**9c-02-02-09-Q Es mesura el grau de formalització adequat de les peticions de sang i components sanguinis.**

---

---

**9c-02-02-10-E Es mesuren les incidències i els motius.**

---

Per exemple:

- Manca de dipòsits
- Demora en el lliurament de la comanda
- Incidències amb el proveïdor extern
- Transmissió de malalties contagioses

---

**Ús del medicament**

---

---

**9c-02-03-01-E Es mesura el consum de medicaments.**

---

Diferenciats per:

- Unitat, servei i diagnòstic
- Farmacioles, dispensació ambulatoria
- Tipus de fàrmac

---

**9c-02-03-02-Q Es mesura el nombre de preparacions de medicaments que es realitzen a la mateixa organització.**

---

Per exemple:

Alimentació parenteral, citostàtics i altres.

---

**9c-02-03-03-Q Es mesura el percentatge d'unidosis sobre el total de medicaments dispensats.**

---

---

**9c-02-03-04-Q Es mesuren les taxes d'errors en la prescripció dels medicaments.**

---

Es valoren per unitats, serveis i diagnòstics.

---

**9c-02-03-05-E Es mesuren les taxes d'errors en la dispensació dels medicaments.**

---

Es valoren per unitats, serveis i diagnòstics.

---

**9c-02-03-06-E Es mesuren les taxes d'errors d'administració dels medicaments.**

---

Es valoren per unitats, serveis i diagnòstics.

---

**9c-02-03-07-E Es mesuren les reaccions adverses, les toxicitats, les interaccions i les incompatibilitats detectades durant l'atenció al client.**

---

Relació amb les notificacions a l'administració.

Discriminat per causes.

---

**9c-02-03-08-E Es mesuren les incidències en la custòdia dels medicaments considerats de risc.**

---

- Estupefaents
- Neurolèptics
- Psicòtrops

---

**9c-02-03-09-E Es mesura el nombre de caducitats dels medicaments registrats en els estocs.**

---

- Per unitats
- Per serveis

---

**9c-02-03-10-E Es mesuren els medicaments utilitzats no inclosos en la guia farmacoterapèutica.**

---

- Unitat
- Grups farmacològics

---

**9c-02-03-11-E Es mesuren les incidències registrades en les revisions en els carros d'aturada cardíaca.**

---

Per exemple:

- Caducitats
- Manca de productes

---

**9c-02-03-12-Q Es mesura el nombre de consultes tecnicofarmacèutiques realitzades.**

---

### **Radiodiagnòstic, medicina nuclear i radioteràpia**

---

**9c-02-04-01-E Es mesura l'activitat realitzada.**

---

Nombre d'estudis diagnòstics realitzats en un interval (àrees, serveis, etc.) en els dos àmbits.

Nombre d'estudis per client hospitalitzat.

Nombre d'estudis per client atès a consulta externa.

Nombre d'estudis per client atès a urgències.

Nombre d'estudis per intervenció quirúrgica (preoperatori).

Nombre de procediments terapèutics en els tres àmbits.

---

**9c-02-04-02-Q Es mesura el nombre d'exploracions duplicades.**

---

Es fa referència a l'evitació d'exploracions inadequades.

---

**9c-02-04-03-Q Es mesura el rendiment de les màquines.**

---

---

**9c-02-04-04-Q Es mesuren els recursos consumits per exploració i/o tractament.**

---

Discriminat pels diagnòstics i els recursos que l'organització determini.

---

**9c-02-04-05-Q Es mesuren les hores d'aturada de les màquines per al manteniment correctiu i preventiu.**

---

En els tres àmbits: radiodiagnòstic, radioteràpia i medicina nuclear.

---

**9c-02-04-06-E Es mesuren les incidències i els motius.**

---

Per exemple:

- Preparació inadequada dels clients
- Errors en la programació
- Errors en el lliurament dels informes
- Repeticions d'estudis

---

**9c-02-04-07-E Es mesuren les complicacions i els motius.**

---

Complicacions de caràcter clínic i en referència als tres àmbits, amb relació als totals i discriminat pels motius.

---

**9c-02-04-08-Q Es mesura la correlació clínica – radiològica dels estudis realitzats.**

---

---

**9c-02-04-09-Q Es mesuren els clients atesos segons protocols o altres documents estandarditzats d'actes clínics i el grau de compliment.**

---

L'organització determina quins processos clínics s'avaluaran. Es revisa el nivell d'aplicació dels protocols, discriminats per patologies.

Clients atesos segons el protocol / total de clients atesos.

---

**9c-02-04-10-E Es mesura la demora en el lliurament dels informes.**

---

Per àrees i tipus d'activitat.

---

**9c-02-04-11-E Es mesura el percentatge d'estudis radiològics no informats.**

---

En relació amb les patologies que la organització determini.

---

**Rehabilitació**

---

---

**9c-02-05-01-E Es mesura el nombre de clients atesos.**

---

Primeres exploracions i exploracions successives.

Desglossat per àrees, serveis i patologies.

---

**9c-02-05-02-Q Es mesura la mitjana de sessions per client atès.**

---

Desglossat per àrees, serveis i patologies.

---

**9c-02-05-03-Q Es mesura el grau de compliment dels plans de rehabilitació segons els objectius marcats.**

Percentatge de compliment dels plans de tractament (hospitalitzats i ambulatoris).

---

**Nutrició**

---

**9c-02-06-01-E Es mesura el nombre de dietes dispensades, per tipus.**

Cal que les dietes estiguin actualitzades i adaptades a cultures i creences.

---

**9c-02-06-02-Q Es mesura el nombre d'interconsultes realitzades en els clients en règim d'hospitalització.**

---

**9c-02-06-03-E Es mesura el nombre de dietes enterals i parenterals dispensades.**

Desglossat per unitats, serveis i patologies.

---

**9c-02-06-04-E Es mesuren les incidències i els motius.**

Per exemple: inadequació entre les necessitats del client i tipus de dieta dispensada, dieta dispensada en pacient ja donat d'alta, etc.

---

**Arxiu, documentació, gestió dels clients i sistemes d'informació**

---

**9c-02-07-01-E Es mesura el grau de disponibilitat de la història clínica en l'àrea d'atenció hospitalària, ambulatoria i d'urgències.**

Fa referència a la història clínica en suport paper i electrònic.

---

**9c-02-07-02-E Es mesuren les històries en préstec.**

- Índex d'històries en préstec reclamable.
- Proporció d'errors de localització de HC en préstec. Aplicable a la HC en suport paper.

---

**9c-02-07-03-E Es mesura el nombre d'històries clíniques duplicades detectades.**

Fa referència a la història clínica en suport paper i electrònic.

---

**9c-02-07-04-E Es mesura el nombre d'històries detectades com a perdudes.**

Fa referència a la història clínica en suport paper i electrònic.

---

**9c-02-07-05-E Es mesura el nombre d'històries clíniques avaluades.**

---

---

**9c-02-07-06-E Es mesura el percentatge de formalització de les dades d'identificació del client.**

---

Número d'identificació de la història; nom i cognoms del client; data de naixement; sexe; nom, adreça i telèfon de la persona que cal avisar en cas necessari i codi d'identificació personal (CIP).

---

**9c-02-07-07-E Es mesura el percentatge de formalització de les dades d'identificació del procés assistencial.**

---

Residència habitual (adreça, telèfon); data d'assistència i/o ingrés, i motiu (en cas d'assistència a urgència: hora); unitat/servei, habitació, llit on es troba ingressat el client; facultatiu responsable del client; procedència del client (domicili, metge o metgessa de capçalera, hospital, etc.); via d'ingrés (urgència, programat).

---

**9c-02-07-08-E Es mesura el percentatge de formalització de les dades generals durant el procés assistencial.**

---

Antecedents familiars i personals; antecedents al·lèrgics i/o reaccions adverses; malaltia actual; exploració física; resultats de les tècniques i exploracions complementàries; orientació diagnòstica; curs clínic, observacions i prescripcions mèdiques; full d'infermeria: planificació de cures, control de paràmetres, observacions, administració de teràpies; full d'acolliment i valoració d'infermeria; informe d'alta.

---

**9c-02-07-09-E Es mesura el percentatge de formalització del consentiment informat.**

---

Es refereix a la formalització del consentiment informat en les prestacions següents:

- Ús de sang i derivats
- Intervencions quirúrgiques
- Exploracions amb risc potencial
- Tractament amb risc potencial
- Investigació clínica

---

**9c-02-07-10-E Es mesura el percentatge de formalització de les dades generals per a l'activitat quirúrgica.**

---

Examen preoperatori, full d'anestèsia, full d'intervenció.



---

**9c-02-07-11-E Es mesura el percentatge de formalització d'altres dades.**

---

L'organització ha de determinar aquelles altres dades a què es refereix l'estàndard. Per exemple: transfusions prèvies, full d'autorització de trasplantament d'òrgans, full d'autorització de necròpsia i/o informe del resultat; informes mèdics tramesos a l'autoritat judicial; document d'alta voluntària i informe social, i altres.

---

**9c-02-07-12-E Es mesuren altres controls que es realitzen sobre la documentació assistencial.**

---

Per exemple: formalització i qualitat de la documentació clínica que es lliura al pacient, informe d'alta etc.

---

**9c-02-07-13-Q Es mesura la qualitat del CMBD per part de l'organització.**

---

Per exemple:

- Errors d'indexació
- Error d'elecció del diagnòstic principal
- Errors de codificació
- Errors de mecanització
- Sistema d'agrupació dels clients: GRDS...470, 477, 468...
- Altres: nombre de morts CMBD = nombre de morts en l'estadística hospitalària

---

**9c-02-07-14-Q Es mesura la demora en el lliurament del CMBD i d'altres a les entitats sol·licitants.**

---

---

**9c-02-07-15-E Es mesura la qualitat en els registres específics de l'organització.**

---

Per exemple:

- Registre de l'activitat de quiròfan
- Registre de mortalitat
- Registre de tumors
- Registre d'infeccions
- Altres

---

**9c-02-07-16-E Es mesura la qualitat del fitxer índex.**

---

---

**9c-02-07-17-Q Es mesura l'assignació dels llits fora d'ubicació (ectòpics).**

---

---

**9c-02-07-18-Q Es mesura el percentatge de clients donats de baixa per depuració administrativa de les llistes espera.**

---

- Llista d'espera quirúrgica
- Llista d'espera de cirurgia ambulatoria
- Llista d'espera per radiologia intervencionista
- Llista espera d'exploracions (TAC, ressonància, etc.)
- Altres

---

**Prevençió i control de la infecció**

---

---

**9c-02-08-01-E Es mesura la incidència i prevalença de la infecció nosocomial en relació amb l'activitat.**

---

L'organització estableix en quins processos determina la incidència o la prevalença de la infecció nosocomial.

---

**9c-02-08-02-E Es mesuren les incidències registrades i els motius.**

---

Per exemple:

- Accidents d'autoinoculació
- Percentatge de positius en els controls de rutina ambientals
- Percentatge de positius en els controls de rutina instrumentals

---

**9c-02-08-03-E Es mesura el nombre de no-conformitats en el material estèril lliurat per la unitat funcional.**

---

---

**Hosteleria**

---

---

**9c-02-09-01-Q Es mesura la taxa de renovació de la roba.**

---

Percentatge de roba nova adquirida sobre el total.

---

**9c-02-09-02-E Es mesuren les incidències i els motius.**

---

- Bugaderia
- Cuina
- Neteja

## Magatzem

### 9c-02-10-01-E Es mesura el trencament d'estocs.

### 9c-02-10-02-Q Es mesura la gestió eficaç de l'estoc.

Evolució de l'estoc màxim.

No conformitats registrades en altres serveis per lliurament de productes inadequats.

Pèrdues per caducitats i/o deterioraments.

## Atenció social

### 9c-02-11-01-E Es mesura el nombre de casos atesos.

- Per servei o unitat
- Per diagnòstic

### 9c-02-11-02-Q Es mesura el percentatge de casos atesos sobre el total de casos tributaris (escala de risc).

### 9c-02-11-03-Q Es mesura el nombre de casos derivats segons el recurs utilitzat.

## Manteniment i adequació de l'edifici

### 9c-02-12-01-Q Es mesura el grau de compliment del pla de manteniment preventiu.

### 9c-02-12-02-E Es mesuren les sol·licituds de manteniment correctiu.

Per:

- Àrees sol·licitants
- Tipus: edifici, equip, instal·lacions
- Tipus d'avaría
- Grau d'urgència
- Responsable del servei

---

**9c-02-12-03-Q Es mesura l'eficàcia del servei de manteniment.**

---

Per:

- Temps mitjà de resposta
- Nombre de reiteracions
- Hores de manteniment preventiu
- Hores de manteniment correctiu

---

**Gestió de residus**

---

---

**9c-02-13-01-Q Es mesura el nombre de quilos de residus classificats relacionats amb l'activitat.**

---

---

**9c-02-13-02-E Es mesura el nombre d'incidències detectades durant els processos de gestió de tot tipus de residus.**

---

- Residus contaminats en lloc inadequat
- Demora en la recollida
- Accidents durant la manipulació
- Manca de material de protecció per al personal
- Alteracions en els contenidors

---

**9c-02-14-01-Q Es mesura el nombre de casos amb procés educatiu realitzat.**

---

Per tipus de programa formatiu.

---

**9c-02-14-02-Q Es mesura el percentatge de pacients amb formació rebuda sobre els tributaris.**

---

Per tipus de programa formatiu.

## **Glossari terminològic**

Ajudes a la interpretació terminològica utilitzada en el document d'estàndards d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya. Període 2013-2016.

### **Accessibilitat**

Atribut dels sistemes sanitaris que fa referència a la possibilitat que tenen els ciutadans de rebre els serveis que els ofereix un sistema, en funció de la seva condició o estat de salut, en el moment i el lloc en què els necessitin, en quantitat suficient i a un cost raonable. Mesura el grau en què un sistema sanitari permet l'accés per gaudir de prestacions a un individu o grup. És una condició vinculada a la igualtat de distribució de serveis sanitaris.

### **Acreditació**

L'acreditació d'una institució sanitària és el procés pel qual un centre sanitari s'incorpora a una verificació externa, que avaluarà el grau en què aquest centre assoleix un conjunt d'estàndards prèviament establerts. L'avaluació del centre sanitari es fa per part d'un òrgan "acreditador", que emetrà el corresponent dictamen en forma de certificat.

### **Aliats (partners)**

Són persones o grups amb els quals l'organització té establert algun tipus d'aliança; proveïdors, altres institucions, etc.

### **Anàlisi de causa arrel (ACA)**

Procés sistemàtic d'identificació dels factors causals o bàsics que van contribuir a l'aparició d'esdeveniments adversos o incidents. Les variacions en l'acompliment poden produir (i ho fan amb freqüència) resultats adversos inexplicats o indesitjats, incloent el risc d'un esdeveniment sentinella. L'anàlisi s'utilitza per fer una avaluació exhaustiva i centrada en el sistema d'incidents crítics o esdeveniments sentinella. Inclou la identificació de les causes i els factors que contribueixen al sistema, la determinació d'estratègies de reducció de riscos, i el desenvolupament d'un pla d'actuació i d'estratègies de mesura per avaluar l'eficàcia del pla esmentat.

### **Anàlisi modal de fallades i efectes (AMFE)**

Mètode d'avaluació proactiu i prospectiu per identificar i prevenir problemes en els processos o productes abans que es produeixin. Analitza de forma estructurada i sistemàtica els possibles modes de fallada d'un nou producte o procediment i identifica les conseqüències sobre el sistema i els riscos associats, a fi de detectar els problemes que cal millorar per assegurar-ne la fiabilitat i seguretat, abans que es produeixin. Proporciona no només una mirada sobre els problemes que poden ocórrer, sinó com serien de seriosos els efectes que es produirien en el cas que s'esdevinguessin

### **Assistència sanitària de cobertura pública**

Prestació d'assistència sanitària facilitada pel Servei Català de la Salut als seus assegurats, a través dels contractes subscrits amb entitats proveïdores de naturalesa jurídica diversa.

Catalunya disposa d'una xarxa assistencial, desplegada en el territori, formada per diferents tipologies de centres, que presten els seus serveis assistencials per donar resposta a les necessitats de salut dels ciutadans. Aquests centres sanitaris, mitjançant la gestió dels seus recursos, fonamentalment els professionals i la tecnologia, responen a la compra de serveis amb la provisió d'assistència i prestacions sanitàries

### **Atribucions**

Característica d'una persona, ja sigui innata (habilitat i qualitat) o adquirida (coneixement i experiència), que està relacionada amb una actuació d'èxit en un lloc de treball. Fet d'atribuir o adjudicar un fet o una qualitat a una persona.

### **Avaluació del rendiment (appraisal performance)**

Procediment mitjançant el qual els líders avaluen les persones que en depenen directament. Habitualment es du a terme amb una periodicitat anual i es realitza a través d'una entrevista personalitzada, estructurada segons un guió específic d'avaluació i que incorpora els conceptes i criteris pels quals la persona serà avaluada.

És una oportunitat de manifestar i modular les expectatives que l'organització té respecte de les persones que hi treballen i, alhora, de revisar objectius de desenvolupament professional a nivell individual, proposar i pactar accions de millora i establir objectius específics de formació.

Com a criteri, l'avaluació del rendiment inclou aspectes relacionats amb els coneixements, amb les habilitats i amb les actituds.

L'avaluació del rendiment, efectuada pel líder, és coneguda per la persona avaluada, que pot acceptar-la o manifestar el seu desacord, argumentant-ho.

### **Calibratge**

Procediment de comparació entre el que indica un instrument i el que hauria d'indicar, d'acord amb un patró de referència de valor conegut. El calibratge ha d'efectuar-se de manera periòdica. Els intervals s'han de definir d'acord amb el client, usuari i en funció de la freqüència i tipus d'utilització de l'aparell.

### **Capacitat**

Conjunt de recursos i actituds que té un individu per poder desenvolupar una tasca determinada; funció o càrrec.

**Cartera de serveis**

Conjunt de tècniques, aplicació de tecnologia o de procediments, és a dir, cadascun dels mètodes, activitats i recursos, basats en el coneixement i experimentació científica, mitjançant els quals es fan efectives les prestacions sanitàries.

Conjunt de serveis i activitats que s'ofereixen en un centre o una organització sanitària.

En la normativa relacionada amb el Sistema Nacional de Salut s'empra el terme cartera de serveis com el conjunt de tècniques, tecnologies o procediments, pels quals s'entén cadascun dels mètodes, activitats i recursos basats en el coneixement i experimentació científica, per mitjà de les quals es fan efectives les prestacions sanitàries. S'articula, segons el Reial Decret Llei 16/2012, entorn les modalitats següents: la cartera comú bàsica de serveis assistencials, la cartera comú suplementària, la cartera comú de serveis accessoris i la cartera de serveis complementaris de les comunitats autònomes. Aquest concepte equival al Catàleg de serveis de cobertura pública, definit a Catalunya com el conjunt de les prestacions a les que té dret la població assegurada del CatSalut, independentment de l'organització i lloc on es fa efectiva.

**Certificat d'acreditació**

Document que emet l'òrgan acreditador, on es plasma el resultat del procés d'acreditació.

**Client extern**

Ciudadans receptors o beneficiaris de l'activitat o dels serveis dels centres sanitaris.

**Client intern**

Persona/es que formen part d'una organització desenvolupant-hi la seva activitat o col·laborant en la realització de les tasques pròpies de l'esmentada organització. Els clients interns són receptors i usuaris de les accions que l'organització presta, amb l'objectiu d'incrementar el valor inherent al capital humà disponible. En terminologia de gestió de processos, el client intern és la persona d'una organització que rep el resultat d'un procés anterior, realitzat en la mateixa organització. Tots els membres d'una organització són clients interns de l'etapa o procés anterior i proveïdors interns de l'etapa o procés següent.

**Codi ètic**

Declaració dels compromisos, valors i principis que regeixen una organització en relació a les seves activitats i a les seves relacions amb els clients, interns i externs, mercat, proveïdors i entorn.

**Comissions**

Grup interdisciplinari que facilita la participació i interrelació del personal. La denominació, les competències, la composició i el procediment de presa de decisions de cadascuna d'aquestes està fixada per la normativa interna de cada organització.

**Continuïtat assistencial**

Coordinació de l'assistència al pacient al llarg del temps i entre diferents professionals, serveis, centres sanitaris i nivells de l'assistència.

**Competència**

Capacitat o aptitud d'un professional per realitzar un treball o desenvolupar una funció en una organització.

**Comptabilitat analítica**

Conjunt ordenat dels registres econòmics d'una organització que té per objecte la captació, la mesura, la valoració i el control de la circulació interna dels valors de l'empresa amb l'objectiu de subministrar informació per a la presa de decisions.

**Comptabilitat financera**

Conjunt ordenat dels registres econòmics d'una organització que pretén donar una visió global de la seva activitat a través del seu compte d'exploració, i del seu estat patrimonial a través del balanç de situació.

**Concurrents**

Entitats que ofereixen similars productes o serveis en un determinat àmbit, tant en un marc sense competència, com amb competència regulada.

**Contrareferent**

Aplicat a l'entorn sanitari, s'entén com a contrareferent d'una organització aquell/s dispositiu/s assistencial/s del/s qual/s es rep un determinat flux de clients.

**Demanda**

Necessitats assistencials de les persones en forma d'ús o sol·licitud d'ús dels serveis assistencials.

**Demora**

Diferència entre el dia de la indicació i el dia de la realització de l'atenció, com per exemple, primeres visites de consulta externa, exploracions, intervenció quirúrgica.

**Direcció executiva**

Vèrtex estratègic de l'organització. Assimilable a Direcció general, gerència.

**Disponibilitat**

Mesura del tipus, del volum i de la localització de l'oferta de recursos sanitaris, respecte a les demandes o necessitats d'un individu o un grup.



### **Eficiència energètica**

Optimització del consum d'energia primària amb l'objectiu d'augmentar el rendiment dels seus processos de transformació, així com de l'aprofitament òptim dels serrells d'energia o matèries primeres, no transformades (perdues), donant-los una utilitat paral·lela a la principal.

S'obté, generalment, mitjançant un conjunt de tècniques que s'apliquen per millorar el rendiment d'una instal·lació industrial.

Els sistemes denominats eficients des del punt de vista energètic són cada vegada més necessaris, tant per competitivitat econòmica, ja que suposen un aprofitament més gran dels recursos, com per respecte al medi ambient. L'objectiu és produir més amb la menor afectació possible del medi ambient mitjançant, per exemple, una disminució de les emissions contaminants.

No s'ha de confondre l'eficiència energètica amb les energies renovables.

### **Energia co-generada**

Energia elèctrica generada amb alta eficiència, gràcies a l'aprofitament del calor que genera.

### **Enquesta**

Procediment per obtenir informació objectiva, mitjançant preguntes dirigides a una mostra d'individus representativa de la població.

### **Enquesta activa/passiva**

S'entén com a enquesta activa aquella en què l'organització és qui cerca la resposta dels seus clients de forma activa. S'entén com a enquesta passiva aquella que és contestada per iniciativa del mateix client, a qui se li facilita el qüestionari passivament.

### **Entitat avaluadora de centres sanitaris**

Establiment tècnic especialitzat subjecte a autorització per part del Departament de Salut, que exerceix funcions de verificació dels criteris tècnics que són d'aplicació en els centres sanitaris per obtenir l'acreditació. Són entitats externes sense vinculació amb les organitzacions en procés d'acreditació, que auditen la qualitat dels centres sanitaris, d'acord amb els estàndards d'acreditació vigents en cada moment. Les entitats avaluadores no poden ser al mateix temps assessores de l'esquema d'acreditació.

### **Entitats assessores**

Entitats o persones jurídiques externes a les organitzacions avaluades en procés d'acreditació, que poden donar suport tècnic als centres que s'acrediten. Aquestes entitats no poden ser al mateix temps entitats avaluadores del model d'acreditació.

### **Equip de direcció**

Estructura col·legiada integrada per membres directius de l'organització.

### **Efecte/esdeveniment advers (EA)**

Fet perjudicial per a la salut del pacient causat com a conseqüència del tractament o per una complicació mèdica i no per la malaltia de fons i que dona lloc a una hospitalització prolongada, a una discapacitat en el moment de l'alta mèdica o ambdues coses. Segons l'"Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización", (ENEAS), és aquell accident o incident recollit en la història clínica del pacient que li ha causat o ha pogut causar un dany, lligat sobretot a les condicions de l'assistència.

L'OMS, en el "Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente", es refereix a "incident amb danys" (esdeveniment advers) com un incident que causa dany al pacient.

### **Estructura organitzativa**

Arquitectura organitzativa formada per càrrecs amb responsabilitat orgànica reconeguda dins de l'organització.

### **Factors clau d'èxit**

Són aquells que donen satisfacció i cobreixen les expectatives principals dels grups d'interès de l'organització. Per exemple, per a un proveïdor, el termini de pagament; per al comprador de serveis, l'eficiència i la satisfacció del client etc.

### **Factor d'impacte**

És el valor assignat anualment a les revistes on s'han publicat els articles originals. Aquest índex reflecteix el nombre de vegades que una revista determinada és citada en la bibliografia d'altres articles publicats en un conjunt de revistes biomèdiques, dividit pel nombre d'articles originals totals publicats en la revista citada, en els dos darrers anys.

### **Fitxer índex de clients**

Registre de tots els pacients atesos amb capacitat de recerca múltiple, tant en l'àrea d'hospitalització, com en consulta externa i en la unitat d'urgències.

### **Fons de maniobra**

Diferència entre l'actiu circulant i el passiu circulant.

### **Flux de caixa (cash-flow)**

Concepte comptable que defineix la diferència entre els ingressos i les despeses que existeixen en una determinada entitat i per a un període concret. S'interpreta com el benefici obtingut abans d'impostos i sense la comptabilització de les amortitzacions.

### **Gestió del coneixement**

Acció de detecció, captura, desenvolupament, ordenació i difusió de l'actiu intangible que suposa el conjunt dels coneixements, experiències i habilitats de totes les persones que formen l'organització.

### **Grups d'interès (stakeholders)**

Són aquelles organitzacions, entitats, associacions, empreses o agrupacions d'individus amb interessos respecte a l'organització. Poden ser l'Administració (en tots els seus nivells), els proveïdors, els compradors de serveis, el personal voluntari, les entitats financeres, les associacions de veïns, de clients o de consumidors, les entitats docents, els sindicats, etc. Tots els grups d'interès tenen dipositades unes determinades expectatives respecte a l'organització, de la qual esperen uns determinats comportaments. No totes les expectatives podran ser satisfetes per l'organització, però sí que és necessari que aquesta les conegui, interactuï amb els representants dels grups d'interès i defineixi el grau de cobertura de les necessitats i expectatives de cadascun d'ells.

Malgrat que el personal de l'organització també és un clàssic grup d'interès, el fet que aquest sigui tractat més extensament en l'apartat corresponent al Criteri 3, l'exclou d'aquesta accepció terminològica.

### **Grups Focals**

Tècnica qualitativa d'investigació que permet la detecció de problemes i situacions millorables. S'utilitza per a l'avaluació de la qualitat percebuda o dels serveis per part del usuari. S'estructura en forma de grup de persones usuàries del servei sanitari a avaluar, amb un mínim de 4 participants i un màxim de 10. El grup és dirigit per un moderador, que segueix un guió d'aspectes a avaluar, prèviament establerts.

### **Instrucció Tècnica**

Document que recull la seqüència d'operacions, requisits i activitats realitzades en l'àmbit concret de determinats llocs de treball.

### **Líders**

Directius o comandaments intermedis.

### **Llista d'espera**

Nombre de clients pendents de rebre l'atenció sanitària i temps per fer-se efectiva la programació, tant quirúrgica com d'exploracions.

### **Línia executiva**

Estructura organitzativa composta pels comandaments intermedis de l'organització.

### **Manual de procediments**

Conjunt d'instruccions estructurades i ordenades que contenen els procediments i on s'hi inclouen també les instruccions i normes corresponents a la formulació, l'elaboració, la identificació, la conservació, l'accés, la revisió i la reavaluació periòdica d'aquests procediments.

**Mercat natural**

Clients reals més els potencials.

**Missió**

La missió d'una organització, genèricament entesa, és el reconeixement explícit de la seva raó de ser amb identificació del/s producte/s o servei/s que fa, del mercat al qual els dirigeix i de com els produeix o serveix. Inclou el reconeixement dels valors essencials que guien la seva actuació com a elements fonamentals de la seva pròpia "personalitat" com a organització i que la diferencien de les altres amb què puguin coincidir en productes o serveis i mercats. Alhora, determina les polítiques bàsiques a seguir respecte als principals grups d'interès (clients externs, clients interns, entitats pagadores, proveïdors, comunitat, Administració, etc.).

La missió s'explicita i es difon en el si de l'organització, cercant l'adhesió dels qui hi treballen i dels qui s'hi relacionen, i compromet els responsables a actuar coherentment amb els seus continguts.

La missió no és immutable i per tant requereix la revisió periòdica i l'adaptació.

La missió és part fonamental en la formulació del Pla estratègic d'una organització.

**No conformitats**

Incompliment d'un requisit.

**Òrgan de govern**

Concepte que, expressat de forma singularitzada (l'òrgan de govern d'una organització), s'assimila a la representació autoritzada de la propietat del centre sanitari.

**Organització**

Estructura social que està formada per els recursos humans, els materials i els tècnics, que formem un sistema de relacions d'interacció, per produir bens i/o serveis.

Concepte que, entès de forma singular (l'organització), és assimilable al conjunt del centre sanitari objecte d'avaluació.

**Persones**

Són tots els qui tenen adquirit algun compromís amb l'organització.

### **Pla estratègic**

Instrument de planificació i gestió global de l'organització, a curt, mitjà i llarg termini, que li permet establir les prioritats en la seva acció. El Pla estratègic incorpora la definició de la missió, la visió, els valors i les polítiques de l'organització, la determinació dels objectius estratègics a assolir, les estratègies que els desenvolupen i els objectius tàctics, operatius i els plans d'acció que permeten dur-lo a terme. Per això, identifica les oportunitats i les amenaces del seu entorn i del mercat, així com les fortaleeses i les debilitats de la mateixa organització.

El Pla determina terminis d'execució i responsables, i se sustenta en l'assignació dels recursos necessaris per a la consecució dels objectius fixats.

El Pla estratègic ha de ser un instrument d'evolució contínua en què periòdicament es revisa la seva efectivitat i es prioritzen noves línies d'acció que el retroalimenten.

Els continguts essencials del Pla estratègic han de ser coneguts i reconeguts per la mateixa organització, la qual identifica les seves actuacions específiques com a elements coadjuvants del Pla, reforçant l'adhesió dels professionals que la componen.

### **Pla de qualitat**

Instrument de planificació i gestió global de l'organització pel que fa a la qualitat i a l'impuls de millora contínua cap a l'excel·lència. El Pla de qualitat, com un dels elements "naturalment" constituents del Pla estratègic de l'organització, prioritza i fixa els objectius de qualitat a assolir, els programes i els plans d'acció que els han de fer possibles, l'estructura que dóna suport a l'organització per dur-los a terme, els terminis i els responsables de l'execució.

El Pla de qualitat és, així mateix, un procés continu de revisió, renovació i retroalimentació permanent.

### **Prestador extern**

Proveïdor de serveis sanitaris que no forma part de la cartera de serveis de l'organització i que la seva activitat no depèn d'un únic referent. També inclou les característiques de mantenir autonomia, tant de gestió, com de facturació, respecte dels seus clients i és independent orgànicament i funcionalment d'altres institucions.

Exemple; laboratori d'anàlisis que presta serveis a un o diversos hospitals, a d'altres tipus de centres sanitaris, a professionals independents etc.

### **Procediment**

Manera específica de realitzar una activitat o un procés.

### **Procés**

És tota seqüència d'activitats associades que afegeixen un valor a un producte, per a un client concret.

### **Processos clau**

Activitats que tenen una prioritat dintre de l'estratègia de l'organització. Generalment són els que, en un moment donat, tenen un impacte més gran sobre la satisfacció dels clients i els resultats de l'organització. En general, la responsabilitat de la seva gestió recau directament sobre els líders.

### **Procés continu de comparació (benchmarking)**

Procés continu de comparació de productes, serveis i pràctiques de l'organització al llarg del temps amb si mateixa (benchmarking intern) o amb organitzacions del sector o d'altres sectors (benchmarking extern). Implica la recerca de les millors pràctiques, tant internes com externes.

### **Processos de suport**

Són aquells processos que donen suport als processos de generació i distribució de serveis i productes que constitueixen l'activitat de l'organització.

Són tots aquells processos facilitadors dels processos clau, proporcionen productes i serveis sense els quals un procés clau no podria operar, o seria deficient. La seva aportació a la creació de valor als clients és indirecta, però la seva importància en el compliment i assoliment dels objectius de l'organització és similar a la que tenen els processos clau.

### **Protocol**

Conjunt d'usos i normes consensuats, expressats de forma ordenada i escrita, referits a l'activitat del personal assistencial, basats en l'evidència científica.

### **Quadre de comandament**

Document estructurat i d'edició periòdica que incorpora les dades de producció, productivitat, econòmiques, de qualitat i d'altres que l'organització o una determinada unitat funcional consideren bàsiques per a la gestió i el control.

### **Quota de mercat**

Fracció o percentatge del total del mercat disponible o del segment de mercat que cobreix una determinada organització.

### **Reclamació**

Expressió de l'opinió del ciutadà en relació amb un acte o procés assistencial, com a conseqüència de l'atenció sanitària rebuda en un centre, servei o establiment sanitari, que no l'ha satisfet i de la qual el ciutadà n'espera una actuació. nou 2013

### **Anàlisi de reclamacions i suggeriments**

Avaluació sistemàtica de les reclamacions i dels suggeriments sobre les disfuncions del servei rebut, que permet, d'acord amb la informació obtinguda, promoure la introducció de millores per tal d'incrementar la qualitat del servei.

### **Referent**

Aplicat a l'entorn sanitari, s'entén com a referent d'una organització aquell dispositiu assistencial al qual la primera deriva la demanda que no pot atendre. L'organització actua en aquest cas com a referidora.

### **Residus**

Substància o objecte del qual el generador o posseïdor s'ha després o té la intenció o obligació de desprendre-se'n. En el cas dels centres sanitaris, independentment dels estrictament sanitaris, també s'han de tenir en compte:

- Olis: industrials i de cuina
- Animals morts d'experimentació
- Draps, paper i cartró
- Vidres
- Piles
- Matalassos, instrumental, aparells, mobiliari, etc.
- Productes químics de laboratori i altres (ex. mercuri dels termòmetres)
- Plaques de radiologia.

### **Residus minimitzats**

Residus generats que, mitjançant un conjunt d'operacions aplicats en origen han estat reduïts a la mínima quantitat possible i/o perillositat, al mateix temps que reciclats.

### **Residus valoritzats**

Residus dels quals s'han aprofitat els recursos que hi contenen, mitjançant procediments que no posin en perill la salut humana alhora que sense utilitzar mètodes que puguin causar perjudicis al medi ambient.

### **Seguretat dels pacients**

Segons l'OMS, la seguretat dels pacients és la reducció del risc de dany innecessari associat a l'atenció sanitària fins a un mínim acceptable. Fa referència a les nocions col·lectives dels coneixements del moment, als recursos disponibles i al context en què es prestava l'atenció, ponderats davant del risc de no dispensar el tractament o de dispensar-ne un altre.

Procés en què una organització proporciona atencions que es manifesten per l'absència o la reducció de la incidència de lesions accidentals atribuïbles als processos d'atenció sanitària.

Garantir la seguretat dels pacients implica l'establiment de sistemes operatius i processos que minimitzin la probabilitat d'errors i maximitzin la probabilitat d'interceptar-los.

### **Sistema de gestió**

Conjunt de l'estructura, l'organització, les responsabilitats i els processos que estableixen i els recursos que s'empren per portar a terme la gestió de l'organització.

**Sistema d'informació**

És un sistema format per persones, dades, activitats, i en conclusió, el conjunt de recursos que processen la informació d'una organització.

**Servei subcontractat**

Servei que forma part de la cartera de serveis del centre que el té contractat i depèn majoritàriament o significativa d'un únic referent.

L'organització que el contracta forma part de manera activa amb els processos de gestió, com per exemple, organització, gestió, reglaments interns de funcionament, facturació de clients, etc.

**Suggeriment**

Proposta o opinió que pot oferir qualsevol ciutadà per tal de millorar els aspectes tant estructurals, com de funcionament en relació als serveis rebuts.

**Taxa mitjana anual**

Comptabilització de períodes anuals del mes en curs més l'acumulat dels onze mesos anteriors. Permet la comparació entre períodes anuals complets i evita l'efecte de la temporalització.

**Tecnologia assistencial**

Equipaments relacionats directament o indirectament amb l'atenció al client. Per tant, en resten exclosos les instal·lacions o els equipament fixos, com per exemple, calderes, aire condicionat, ascensor, etc.

**Temps d'espera per ser atès**

Diferència entre l'hora de programació i l'hora en ser atès. Aquesta definició s'aplica en el cas de la consulta externa, ja que la visita és programada.

**Traçabilitat**

Conjunt de procediments preestablerts que permeten conèixer la trajectòria d'un producte des de la seva incorporació a l'organització fins al seu últim destí.

La traçabilitat es basa en el registre dels indicis que deixa un producte mentre transita per la cadena abans d'arribar al consumidor final. L'objectiu de la traçabilitat és reconstruir la història i recorregut de cada producte, identificant l'origen dels seus components, les característiques dels processos aplicats i la distribució i localització final del producte.

**Unitat funcional**

Recursos o factors productius organitzats, dedicats a l'obtenció de productes o resultats concrets, que actuen d'una manera harmònica i que estan sota control d'un centre de decisió únic.



### **Validació**

Comprovació del grau en què un instrument de mesura aconsegueix el propòsit per al que es va dissenyar, mesura el que pretén mesurar o serveix per a la finalitat per la qual ha estat construït. Associada a l'assistència sanitària és la comprovació d'un conjunt de dades per determinar si el seu valor es troba dins d'un límits de fiabilitat.

### **Valoració de residus**

Conjunt d'operacions amb l'objectiu que un residu torni a ser utilitzat parcialment o totalment. Comprèn bàsicament el seu reciclatge o reutilització.

### **Valors**

Els valors d'una organització són els principis filosòfics que marquen una determinada forma d'actuar i que la diferencien de les altres, formen la cultura de l'organització. Totes les organitzacions en tenen, ni que sigui implícitament. Pel fet de formar part de la missió s'entén que són reconeguts i explicitats i, en comunicar-los, comprometen a actuar en un determinat sentit i a fer-ho amb coherència i consistència.

### **Verificació**

Confirmació mitjançant aportació d'evidència objectiva que s'ha complert amb els requisits i normes específiques previstes.

### **Verificació versus calibratge**

Alguns instruments, aparells o equips clínics han de ser sotmesos a un calibratge periòdic (anual, biennal, o altra periodicitat), mitjançant un instrument, aparell o equipament que es denomina "patró", amb l'objectiu de determinar la seva exactitud. Alhora, i també de forma periòdica, l'aparell és revisat per tal de comprovar i assegurar-ne la seva operativitat i el seu funcionament adequats (verificació) en relació al rang, unitats establertes, peces en posició correcta, col·limadors, sondes, etc.

Aquests instruments, aparells i/ o equipaments estan sotmesos a un calibratge periòdic (amb un càlcul d'incertesa i correcció) i a una verificació, que assegura el seu funcionament òptim amb els paràmetres especificats.

### **Visió**

Component matisat de la missió, en què s'expressa allò que es vol arribar a ser. És a dir, és una projecció de la missió cap al futur.

### **Voluntats anticipades**

Instruccions expressades lliurement per una persona major d'edat i amb capacitat plena dels seus atributs mentals, que han de tenir-se en compte, quan per circumstàncies específiques no pugués expressar-les personalment. Ha de tenir-se en compte que el concepte de voluntat anticipada no pot incorporar previsions contràries a l'ordre jurídic i la bona pràctica clínica.

