

ID document	PL-1-QE-GEN-025000-CA	Versió	1.0	
Tipus de document	Pla	Procés i Subprocés	Qualitat i Excel·lència	General
Àrees i àmbits d'aplicació	Qualitat TRANSVERSAL de centre; Assistencial Transversal: Totes àrees; Qualitat	Requeriment	Acreditació Catalana d'Hospitals; Joint Commission International; Responsabilitat Social i Corporativa; Agència de Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya	

## Pla de Qualitat 2026-2027

### Resum del contingut *[explicar el propòsit del document (màxim 10 línies)]*

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

**Aquest pla és, excepcionalment, bianual per alinear-se amb el Pla Estratègic de Qualitat del Departament de Salut 2024-2027 i amb el Pla Estratègic de Guttman 2025-2027.**

<b>Elabora o Revisa</b>	Mariona Secanell Espluga		
	Coautors	[Cadena de Coautors]	
<b>Aprovat per <sup>(1)</sup></b> <i>(Cap d'àrea, unitat...)</i>	Montse Caldés Santamaría		<b>Data</b> 06/03/2026
	Òrgan que revisa	 MONTSE CALDÉS Gerent	Acta
<b>Aprovat per <sup>(2)</sup></b> <i>(Comitè de direcció; gerència)</i>	Comitè de Direcció		<b>Data</b> 09/03/2026
	Òrgan que aprova		Acta
<b>Validat per <sup>(3)</sup></b> <i>(Responsable de Qualitat)</i>	[Nom Responsable de Qualitat]		<b>Data</b> [Data Validació]
<b>Vigent fins</b>	31/12/2027		

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

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

<sup>(3)</sup> Documents requerits pels diferents processos externs (JCI; ACH; CSUR RSC; AQU; ISO-EMAS;...) que es validaran per part de l'àrea de qualitat, si escau.

# Pla de Qualitat 2026-2027

## Resum de versions i modificacions

Versions		Autors	<i>Resum de les modificacions més rellevants fetes al document respecte a la versió anterior. Incloure els apartats i pàgines que han estat modificats.</i>
Nº Versió	Data Aprovació		
(V.O)	09/2014	Amargós MV; Secanell M	Document inicial.
2.0	2020	Secanell M	Canvis substancials en tot el pla degut al canvi de sistema de gestió i millora de la qualitat respecte el 2014
3.0	2022	Secanell M	Revisió i actualització en base a l'anàlisi de resultats del Pla anterior i pla estratègic 2020-2025
4.0	2026	Secanell M	Revisió i actualització en base a l'anàlisi de resultats del Pla de Qualitat anterior i alineació amb estàndards clau de la JCI, Acreditació CAHA Dept. de Salut, PEQ 2023-2027 Dept. de Salut, Estratègies de Seguretat del Pacient SNS 2025-2035 i PE Guttmann 2025-2027 (referenciats en cada cas)

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

# Índex

A.	PROPÒSIT ÀMBITS D'APLICACIÓ I DE COMUNICACIÓ DEL PLA.....	4
B.	INTRODUCCIÓ .....	4
C.	SISTEMA DE GESTIÓ I MILLORA DE LA QUALITAT (SGQ) GUTTMANN .....	6
D.	Línies estratègiques, objectius i accions .....	8
	01. Continuar aplicant el Sistema de Gestió i Millora de la Qualitat (SGQ) Guttman, per desplegar i consolidar les estratègies de millora contínua, promoure la cultura de qualitat i garantir l'excel·lència en l'assoliment d'Accreditacions, Certificacions i Requeriments (a.01; a.02.02,03,04; a.03.01,02,04; d.1-d.2) .....	9
	02. Avançar en el desenvolupament i integració d'eines en línia amb l'avenç tecnològic per agilitzar processos i garantir una atenció efectiva, segura i de valor afegit per al pacient (a.03.03; b.2.9; d.3-d.5) .....	10
	03. Implementar estratègies efectives de Gestió i Reducció del Risc per garantir una atenció alineada amb els estàndards d'organitzacions sanitàries punteres (a.03.03-04; b.3; d.4) .....	11
	04. Impulsar la Participació i l'Experiència del Pacient/Ciutadania en les estratègies de qualitat necessàries per garantir una atenció més ètica, segura i de qualitat (a.08; b.4; e.27-30; d.4) .....	13
	05. Avançar cap a una Gestió de la Documentació Formalitzada i de Qualitat, integrada en el SGQ, desplegada per processos, àgil, accessible i útil per a l'usuari (d.6) .....	14
	06. Generar i Transferir Coneixement en l'àmbit de la Qualitat i Seguretat del Pacient (a.05,06) .....	15
	07. Avaluar resultats de les estratègies tant per a propòsits interns de millora contínua i presa de decisions, com externs a l'hora d'informar a finançadors, proveïdors de serveis i entitats avaluadores. ....	16
E.	AVALUACIÓ DEL PLA.....	17
F.	ANNEXOS.....	20
	Annex 1. Mapa de processos i subprocessos .....	20
	Annex 2. La detecció i la implantació de les estratègies de millora contínua es dinamitza a través de Comitès i Grups de treball .....	21
	Annex 3. Cicle de la Millora Contínua a Guttman .....	23

**Nota important:** aquest format porta incorporat l'índex de paginació automàtic, recordeu de actualitzar la taula quan acabeu de redactar el document.

És molt recomanable que en l'elaboració del contingut se segueixin en la mesura que sigui possible els apartats següents com a guia.

## A. PROPÒSIT ÀMBITS D'APLICACIÓ I DE COMUNICACIÓ DEL PLA

### Propòsit del Pla de qualitat:

El Pla de Qualitat Guttmann, que es desplega en programes anuals, es defineix amb la voluntat d'assolir de manera sostenible en el temps una atenció segura, amb menys errors; efectiva, basada en el coneixement científic; centrada en la persona, en base a l'experiència del pacient, a la vegada que eficient i integrada als processos de l'organització.

Les línies estratègiques del Pla de Qualitat responen als requisits de lideratge, gestió per processos, avaluació de resultats, seguretat del pacient, participació de la persona atesa i millora contínua, d'acord amb els estàndards vigents de la Joint Commission International (8a edició) i el Manual d'Acreditació Catalana d'Hospitals.

El Sistema de Gestió de la Qualitat (SGQ), es lidera des de l'Àrea de Qualitat, que depèn de la Direcció de l'organització, i integra de manera transversal la documentació, els indicadors, els comitès i els mecanismes d'avaluació. I assolirà la gestió i promoció del canvi mitjançant el treball en equip, la implicació professional, la participació del pacient, l'aprenentatge, la generació i translació de coneixement a la pràctica, l'avaluació i feedback per a la millora contínua amb l'objectiu de garantir la sostenibilitat de les bones pràctiques en el temps.

### Àmbits d'aplicació:

Aquest pla és de caràcter transversal i d'abast a tots els processos, subprocessos i corresponents grups d'interès que formen de la Política de RSC de l'organització.

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

### Comunicació/Difusió del Pla:

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

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

El pla de qualitat aprovat, queda ubicat a la web de Guttmann, a l'accés de tots els grups d'interès

## B. INTRODUCCIÓ

El terme **qualitat** s'utilitza àmpliament per diferents persones i sectors de la societat. El 1980 Donabedian fa un pas introduint el concepte de **Qualitat aplicada a l'àmbit sanitari, relacionada amb el procés de l'atenció en la seva totalitat, on l'objectiu primordial consisteix**

**en maximitzar el benestar del pacient.** Després de 40 anys, aquesta definició, ha anat adoptant nous matisos per part de l'Institut of Medicine (1990), Council of Europe (1997) i la més recent i actualment vigent la de l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2018). Aquesta última, inclou en la seva definició, quines han de ser les **dimensions clau**, subdimensions o atributs de rendiment que ha de tenir una atenció sanitària de qualitat. (1)

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

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

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

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

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

Es ben conegut que el concepte de Qualitat adquireix una especial rellevància en les organitzacions prestadores de serveis sanitaris, per les implicacions i efectes directes en la salut de les persones destinatàries de l'atenció rebuda, que pot tenir la qualitat o manca d'aquesta, especialment en la seva dimensió de seguretat(2,3). Aquestes, es defineixen i s'apliquen en base a les recomanacions i guies de pràctica de reconegut prestigi en l'àmbit de la seguretat del pacient, així com d'entitats avaluadores de serveis sanitaris(4–7).

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

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

- Posar al client, la seva *percepció i experiència* de l'atenció rebuda (qualitat percebuda) com a eix central de la gestió organitzativa;
- Fer de la qualitat un objectiu transversal i *gestionat per processos*;
- Desenvolupar i posar en marxa *estratègies que s'integrin en el sistema*, contribuint a agilitzar i automatitzar processos;
- Garantir la *qualitat de la informació* de les mesures l' anàlisi i feedback de resultats.



*Figura 1. Principis Bàsics de la Qualitat Total a Guttman*

- *Implicar a tots els professionals en la qualitat de l'atenció, fomentant el treball en Equip i la formació amb la última evidència científica, generant i transferint coneixement a l'organització, transcendent les prioritats individuals.*
- *Implementar i Consolidar un sistema millora contínua de la Qualitat en les seves dimensions clau i subdimensions(1).*

## C. SISTEMA DE GESTIÓ I MILLORA DE LA QUALITAT (SGQ) GUTTMANN

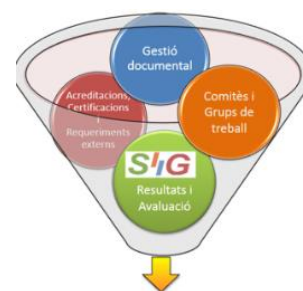
Existeixen varietat de models conceptuals i estratègies que han de permetre la gestió del canvi a les organitzacions sanitàries i orientar les seves actuacions per garantir la satisfacció de les necessitats, i expectatives de les persones a les que destinen els seus serveis. (1,10,11). Generalment, aquests aborden aspectes concrets de la qualitat, com son els sistemes d'avaluació de la qualitat(12); sistemes de millora contínua de la qualitat(13–15) ; parteixen dels *principis bàsics* de la qualitat total i en l'àmbit sanitari adopten les dimensions que inclou la definició de qualitat de la OMS 2018(1) i per tant, prioritzen que l'atenció proporcionada sigui Efectiva, Segura i Centrada en la Persona, a la vegada que Eficient i Integrada.

Guttmann, en el disseny del seu Sistema de Gestió i Millora de la Qualitat (SGQ) ha adoptat aquelles metodologies i estratègies de qualitat que han demostrat ser més efectives a la pràctica i alhora que disposin també dels elements necessaris, que permetin, donar resposta tant a nivell intern, com d'agents externs (entitats finançadores i avaluadores de serveis) d'una manera integrada i sostenible en el temps.

Per assolir-ho, és necessari i fonamental que el SGQ pivoti sobre **4 àmbits clau**<sup>1</sup>(Figura 2), utilitzant aquests com a base estructural per integrar i transversalitzar el desplegament del Model de Processos de l'Accreditació dels centres de l'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya del Departament de Salut(4) i de l'acreditació Joint Commission International (JCI).

Aquests son:

- a) La Integració, Gestió i Transversalització de la documentació formalitzada de l'organització [Gestor Documental Processos - Coneixement - Tots els documents](#)
- b) L'organització, gestió centralitzada, seguiment i dinamització de la millora continua mitjançant comitès i grups de treball , a través de l'eina **TEAMS**.
- c) La integració de l'avaluació, monitorització i feedback de resultats dels indicadors de qualitat i *quadres de comandament* en el Sistema Integrat d'Informació per a la Gestió (SIIG)(16) <https://siig.guttmann.com/>
- d) La Integració i Coordinació de les acreditacions, certificacions i requeriments externs en els 3 punts anteriors (a, b i c)



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

## Resum del Model Guttman

**Visió:** Assolir la Millor Experiència del Pacient.

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

**Facilitadors:** Lideratge, Formació i Implicació de professionals, Apoderament de Pacients i Recursos.

**Abast:** Transversal a tota l'organització.



Figura 3. Resum del Model de Gestió de la Qualitat

<p><b>Enfocament: Model o Sistema</b></p>	<p><b>1. Sistema de Gestió de la Qualitat (SGQ):</b> Està basat en el Model d'Accreditació dels centres de l'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya, que segueix la filosofia del model de la Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat (EFQM) i desplega el seu <a href="https://rsc.guttman.com/sistema-de-gestio-de-la-qualitat/">mapa de processos</a></p> <p>Aquest Pivota sobre 4 àmbits clau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestió documental, de la informació, de comitès i grups de millora i Integració d'acreditacions, certificacions i requeriments externs</li> </ul> <p><b>2. Sistema de Millora Contínua de la Qualitat:</b> Utilitza el Cicle de la Millora (Plan-Do-Study-Assess) com a Mètode per dirigir i millorar la qualitat.</p>												
<p><b>Desplegament: Estratègies de Millora de la Qualitat</b></p>	<p><b>3. Detecció, Priorització de les millores</b> basada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Requeriments d'organitzacions sanitàries, entitats avaluadores i guies de pràctica</li> <li>- Deteccions i Continuitat de l'avaluació o memòries de programes de qualitat anteriors</li> <li>- Matriu d'anàlisi del risc per a la priorització d'accions</li> </ul> <p>Cercant sempre la Transversalització, Sostenibilitat i Integració d'accions i la canalització de les millores a través de <b>comitès, grups de millora i "referents clau"</b></p> <table border="1" data-bbox="544 1451 1513 1592"> <thead> <tr> <th colspan="3">4. 1 Dimensions Clau</th> <th colspan="3">4.2 Subdimensions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seguretat</td> <td>Atenció Centrada en la Persona</td> <td>Efectivitat</td> <td>Eficiència</td> <td>Oportunitat</td> <td>Integració</td> </tr> </tbody> </table>	4. 1 Dimensions Clau			4.2 Subdimensions			Seguretat	Atenció Centrada en la Persona	Efectivitat	Eficiència	Oportunitat	Integració
4. 1 Dimensions Clau			4.2 Subdimensions										
Seguretat	Atenció Centrada en la Persona	Efectivitat	Eficiència	Oportunitat	Integració								
<p><b>Resultats: Avaluació de la Qualitat</b></p>	<p><b>5. Sistema d'Avaluació i Feedback de Resultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Automatització sempre que sigui possible</li> <li>- Qualitat de la Informació</li> <li>- Desenvolupament i consolidació d'eines d'avaluació per: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observació Directa</li> <li>- Revisió de casos</li> <li>- Percepció i Experiència del Pacient</li> <li>- Tipus d'indicadors: d'estructura, procés i resultat</li> <li>- Indicadors Quadres de Comanament Interns i Informes a tercers (finançadors)</li> </ul> </li> <li>- Classificació i integració per processos, acreditacions, dimensions Aprenentatge i Millora en base a resultats, traçabilitat, rigor en la definició i obtenció de resultats.</li> </ul> <p><a href="http://annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&amp;i=8420">http://annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&amp;i=8420</a></p> 												

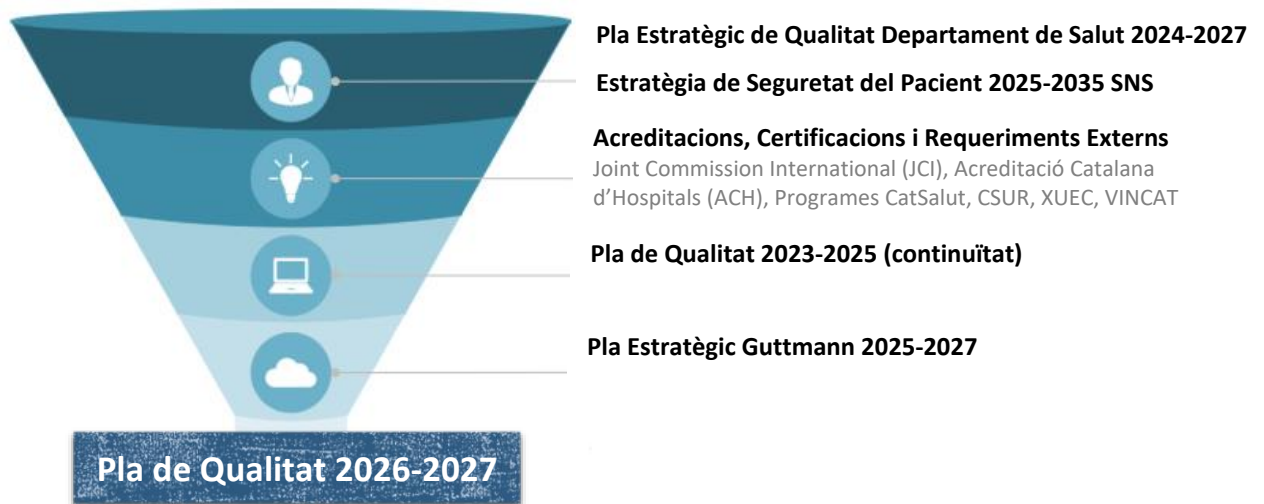
## D. LÍNIES ESTRATÈGIQUES, OBJECTIUS I ACCIONS

### D.1. Marc de definició i alineació estratègica

Les línies estratègiques, objectius i accions del Pla de Qualitat 2026–2027 Guttman es defineixen a partir d'un procés d'anàlisi i prioritització alineat amb:

- El Pla Estratègic de Qualitat del Departament de Salut 2024–2027 <sup>(a)</sup>
- L'Estratègia de Seguretat del Pacient del Sistema Nacional de Salut 2025–2035 <sup>(b)</sup>
- El Manual d'Accreditació Catalana d'Hospitals d'Atenció Especialitzada Aguda <sup>(c1)</sup>
- El Manual de la Joint Commission International (JCI) (8ª edició) <sup>(c2)</sup>
- Altres acreditacions, certificacions, programes i requeriments externs <sup>(c3)</sup>
- El Pla de Qualitat 2023–2025 <sup>(d)</sup> (continuïtat d'estratègies clau)
- El Pla Estratègic de Guttman 2025–2027 <sup>(e)</sup>

Aquest alineament garanteix la coherència del Pla tant amb les estratègies institucionals com amb els estàndards nacionals i internacionals de qualitat i seguretat del pacient.



Línia Estratègica de Qualitat Guttman (LQ)	Objectius	Accions
LQ1. Sistema de Gestió i Millora de la Qualitat (SGQ)	5	22
LQ2. Integració d'eines tecnològiques per millorar processos	2	7
LQ3. Gestió de seguretat i reducció del risc	3	42
LQ4. Participació i experiència del pacient	4	13
LQ5. Gestió Documental i Qualitat de la Informació clínica	3	10
LQ6. Formació, Docència i Recerca	2	10
LQ7. Resultats per a l' Avaluació i Millora	3	11

El Pla de Qualitat 2026-2027 s'articula en **7** Línies Estratègiques alineades amb el Pla Estratègic de Qualitat del Departament de Salut, l'Estratègia de Seguretat del Pacient del SNS i els estàndards d'acreditació ACH i JCI, que es despleguen mitjançant **22** objectius, **115** accions

La implantació de la qualitat és una decisió estratègica de l'organització que ha de permetre la millora contínua i adaptar-se als canvis que afronta el sistema sanitari català.

**01.** Continuar aplicant el Sistema de Gestió i Millora de la Qualitat (SGQ) Guttman, per desplegar i consolidar les estratègies de millora contínua, promoure la cultura de qualitat i garantir l'excel·lència en l'assoliment d'Acreditacions, Certificacions i Requeriments <sup>(a.01; a.02.02,03,04; a.03.01,02,04; d.1-d.2)</sup>

**01. Impulsar a través d'aquest Pla de Qualitat l'execució de les Estratègies de Qualitat i les Polítiques de Salut aplicables a Guttman procedents de:**

01. Pla Estratègic de Qualitat del Departament de Salut 2023-2027 <sup>(a)</sup>
02. Estratègia de Seguretat del Sistema Nacional de Salut (SNS) 2025-2035 <sup>(b)</sup>
03. Manual de l'Acreditació Catalana d'Atenció Hospitalària (5ªedició) <sup>(c1)</sup>
04. Manual de la Joint Commission International (JCI) (8ªedició) <sup>(c2)</sup>
05. Programes, CatSalut i Contractes programa per resultats (CPR) del Servei Català de la Salut (CatSalut) <sup>(a.01.02.02)</sup>
06. Centros Servicios i Unidades de Referencia en Lesión Medular Compleja (CSUR) i altres requeriments (VINCAT, UEC, UNICAS...) <sup>(c3)</sup>
07. Eines de Gestió de Proveïdors de Serveis Assistencials i No Assistencials <sup>(a.01.02.03; c3)</sup>
08. Objectius rellevants de qualitat en la direcció per objectius (DPO) de les disciplines professionals implicades en aquests <sup>(c3)</sup>
09. Pla Estratègic Guttman 2025-2027 <sup>(e.29; e.30)</sup>

**02. Garantir una gestió eficaç i sostenible dels recursos a l'hora d'executar les estratègies de qualitat i seguretat del pacient.**

01. Identificar les eines necessàries segons els recursos disponibles per desenvolupar efectivament estratègies de millora contínua <sup>(a.01.04.01)</sup>
02. Analitzar l'impacte a l'hora de prioritzar la posada en marxa d'aquelles estratègies qualitat i seguretat dels pacients identificades <sup>(c2.QPS)</sup>
03. Prioritzar aquelles estratègies i bones pràctiques recomanades i avalades per organismes avaluadors internacionals i nacionals de prestigi en atenció sanitària o requeriments legals <sup>(a; b; c1; c2; c3)</sup>
04. Designar "referents clau" implicats en la definició, posada en funcinament, avaluació, dinamització i consolidació de les estratègies de la millora dels diferents processos <sup>(d)</sup>

**03. Promoure el lideratge dels professionals per assolir amb èxit els estàndards de les acreditacions i requeriments rellevants per a l'organització**

01. Fomentar la pràctica de preparació i l'autoavaluació continuada per part dels responsables de procés per posar en marxa accions amb temps i forma <sup>(d)</sup>
02. Avaluar periòdicament resultats per detectar i dirigir accions en aquells estàndards que no es compleixen / compleixen parcialment (d)
03. Integrar en el Sistema de Gestió i Millora de la Qualitat aquelles acreditacions i certificacions que encara no ho estan, com la fabricació de producte sanitaris o la ISO 13485, i mantenir la resta que si ho estan (d)

**04. Fer seguiment dels nous canvis legislatius per promoure la qualitat i seguretat dels pacients en el sistema de salut de Catalunya (a.01.03)**

01. Aplicar el nou decret d'acreditació de centres i serveis sanitaris únic a Catalunya quan s'hagi publicat <sup>(a.01.03.01)</sup>
02. Estar amatents dels nous canvis normatius que es vagin publicant per millorar la qualitat i seguretat del pacient tant a nivell del Sistema de Salut de Catalunya com del Ministeri de Sanitat d'Espanya (a.01.03.03-04)

**05. Participar en iniciatives i estratègies relacionades amb la qualitat rellevants a nivell nacional com internacional (a.02.04.01-04; a.03.01.01;a.03.02.01; a.03.02.13)**

01. Disseny, implantació, avaluació de Plans Estratègics de Qualitat
02. Disseny, implantació, avaluació/auditoria de Models d'Acreditació d'hospitals
03. Participació en Comissions i Grups de Treball Multicèntrics i col·laboratius
04. Participació en Projectes de recerca en qualitat i seguretat del pacient

**02. Avançar en el desenvolupament i integració d'eines en línia amb l'avenç tecnològic per agilitzar processos i garantir una atenció efectiva, segura i de valor afegit per al pacient <sup>(a.03.03; b.2.9; d.3-d.5)</sup>**

**01. Proporcionar suport metodològic en pràctiques "de valor" que contribueixin a reduir la variabilitat clínica i augmentar l'efectivitat, basades amb les últimes recomanacions i evidència. Pel que fa a:**

01. Implantar progressivament eines de verificació proactiva PROSP a diferents processos de l'organització tant assistencials com no assistencials <sup>(a.03.03.02; c1.9c-02-03-08/11-E)</sup>
02. Impulsar l'ús de noves eines per avaluar periòdicament les qualificacions, competències, rols i privilegis de les noves incorporacions adaptades a cada perfil <sup>(c2. SQE)</sup>

03. Desplegar projectes per millorar la qualitat de la informació escrita proporcionada al pacient en el consentiment informat, garantint-ne un contingut complet, actualitzat i d'acord amb els requeriments legals (a.08.03.05; c1.9d-01-01-25-E)
04. Prioritzar la millora dels següents processos clau que han sorgit com a oportunitats de millora d'acreditacions i resultats d'anàlisi de la gestió del risc per reduir-lo.
- Us del medicament (c3;d)
  - Anàlisi transversal de processos en pacients amb risc de fuga/suïcidi (c2)
  - Les parts del procés quirúrgic afectades per l'incident de seguretat (d. SNISP1667)
- 02. Participar en la detecció, anàlisi i definició de requeriments i evolutius necessaris per integrar diferents processos i subprocessos de l'organització conjuntament amb sistemes IT i innovació tecnològica.**
01. Identificar, Prioritzar i posar en marxa eines tecnològiques que facin mes àgils i integrats els processos, mantenint-ne la seguretat i efectivitat seguint sempre els estàndards de qualitat (c3. ENS; c2. HCT)
02. Introduir agents d'Intel·ligència Artificial (IA) en alguns àmbits clau del sistema de gestió, millora i avaluació de la qualitat. Pel que fa a:
- ✓ Gestió documental
  - ✓ Avaluació de la qualitat dels registres de la historia clínica
03. Continuar consolidant l'ús de les eines clau que disposem i ens ajuden a agilitzar la gestió de la qualitat: en termes de gestió de documentació formalitzada, comitès/grups de treball i informació per a l'avaluació. Gestor Documental, "teams", sistema integrat d'informació per a la gestió (SIIG) i govern de dades.
- 03. Implementar estratègies efectives de Gestió i Reducció del Risc per garantir una atenció alineada amb els estàndards d'organitzacions sanitàries punteres (a.03.03-04; b.3; d.4)**
- 01. Consolidar la Cultura de Qualitat i Seguretat fomentant l'aprenentatge, transparència, suport i col·laboració entre equips(17)(18)**
01. Identificar líders clínics de diferents àmbits per a que actuïn com a referents de diferents processos i pràctiques de qualitat que es desplegaran en comitès i grups de treball interdisciplinars (b.1.1)
02. Promoure la gestió del canvi amb un enfocament transversal, garantint que els grups de millora estiguin conformats per professionals de totes les àrees implicades (assistencials i no assistencials) (c2. JCI Plans de Millora)
03. Continuar promovent la notificació d'incidents de seguretat del pacient (SNISP) enfocat a l'aprenentatge i la millora contínua en base a l'anàlisi de causes i posada en marxa de plans d'accions. (c2.GLD.04; c2.QPS.03; a.03.03.01)

04. Fer seguiment periòdic de l'estat d'assoliment dels plans d'accions i promoure l'ús de l'SNISP als gestors, com a eina clau integrada per agilitzar-ne la consecució
05. Aplicar estratègies estandarditzades i eines integrades per a l'atenció proactiva a les segones i terceres víctimes d'un incident sentinella (a.02.03.02; b.2.7)
06. Actualitzar el contingut formatiu anual en qualitat, seguretat i bones pràctiques en base a les noves formacions que sorgeixin per part d'organitzacions de prestigi en l'àmbit sanitari
07. Promoure la sensibilització envers la importància de les pràctiques segures a través d'audits i walkrounds periòdics de seguretat.
08. Promoure la seguretat i pràctiques segures dels professionals conjuntament amb el servei de prevenció de riscos laborals (d)
09. Incentivar la participació de pacients/representants del pacient en grups de treball relacionats amb la seguretat. (b.4)

**02. Mantenir i Reforçar l'aplicació de Bones Pràctiques amb efectivitat demostrada per a la reducció del risc relacionades amb:**

01. La identificació inequívoca de pacients en situacions de risc (a.03.04.01; b.2.5; c1; c2;d)
02. La Prevenció d' Infeccions relacionades amb l'atenció sanitària segons les recomanacions i guies VINCAT. (a.03.04.02; b.2.2; d; c1; c2; c3)
03. La seguretat del procés quirúrgic i anestèsic (a.03.04.07; b.2.3; d. SNISP1677; c1.5d-05-E-07;c2) ; L'ús dels implants quirúrgics (a.03.04.09; d; c1; c2)
04. L'ús segur del medicament i prevenció d'errors de medicació seguint les recomanacions de la ISMP, JCI i ACH (a.03.04.05; c2.MMU; b.2.1; c1.5d-07-D-02-E; c1.9d-01-01-15)
05. L'Optimització de l'ús dels antimicrobians segons el que estableixen les guies PROA, PRAN i JCI. (a.03.04.03; b.2.2; c2.MMU.01.01; c3)
06. La Prevenció de caigudes (a.03.04.11; b.2.4; d; c1; c2)
07. La Transfusió de sang i hemoderivats (a.03.04.08; c1; c2)
08. La Prevenció de Lesions per Pressió (a.03.04.12; b.2.4; c1; c2)
09. La Prevenció i l'Abordatge del Dolor (a.03.04.18; b.2.4; c1; c2)
010. La reducció en l'ús de contencions i maneig racional (a.03.04.19; b.2.4; c1; c2)
011. L'Atenció al Pacient Fràgil i a la Salut Mental (a.03.04.04; b.2.4; c1; c2)
012. El model d'atenció no presencial (a.03.04.16; c1; c2)
013. Les transicions assistencials (a.03.04.17; c1; c2)
014. Us segur i optimització de les exploracions amb radiacions ionitzants (a.03.04.10; b.2.8; c1; c2)
015. La prevenció de la malnutrició i deshidratació en el pacient hospitalitzat (b.2.4)

- 016. La prevenció de la broncoaspiració (b.2.4)
- 017. La prevenció de híper-hipoglucèmies en el pacient diabètic ingressat (b.2.4)
- 018. La detecció precoç i actuació en cas de risc d'empitjorament clínic (REC) (c2.GLD.03.01; b.2.4)
- 019. La Comunicació efectiva entre professionals, especialment en les transicions assistencials i en les situacions potencialment crítiques o d'emergències (b.2.6)
- 020. El Pla de Resposta davant d'un esdeveniment advers greu amb l'atenció a la primera, la segona i la tercera víctima (a.02.03.01; a.03.04.20; c2.GLD.04.00; c1; c2)

### 03. Transversalitzar la gestió proactiva del risc (c2.JCI Plans de Millora)

- 01. Promoure l'aplicació d'eines proactives d'anàlisi i gestió del risc a través d'eines com el PROSP, ISMP, AMFE segons el cas. (a.03.03.02)
- 02. Realitzar una avaluació anual del risc de tot el procés de prevenció i control de la infecció amb un enfocament transversal que inclogui aspectes relacionats amb estructures i serveis, riscos externs a l'hospital, preparació per emergències i avaluar-lo anualment (c2.PCI.4; c2.PCI.5.1)
- 03. Realitzar una avaluació del risc de tot l'hospital i àrees clíniques per detectar aquelles àrees a millorar en cas de pacients amb risc de fuga o suïcidi. (c2.COP.3.5)
- 04. Realitzar testos i formació anual a professionals del programa d'emergències interns o externs. (c2.FMS.11.EM.4; FMS.13.EM.1)
- 05. Revisar de manera proactiva la seguretat de la cadena de subministres per protegir al pacient i/o professionals de material inestable, contaminat, defectuós (c2.GLD.7.1.EM.2)

### 04. Impulsar la Participació i l'Experiència del Pacient/Ciutadania en les estratègies de qualitat necessàries per garantir una atenció més ètica, segura i de qualitat (a.08; b.4; e.27-30; d.4)

#### 01 Promoure la Comunicació de les principals bones pràctiques segures dirigides al Pacient i Ciutadania per fomentar una atenció més segura i de qualitat(19) (a.08.01; e.30.1)

- 01. Desplegar el Pla de Comunicació i difusió de les estratègies clau de qualitat i Seguretat. Fent que arribin al màxim de persones i grups d'interés possible tant dins com fora de l'organització. Alineat, si és possible, amb la celebració de Dies Mundials (a. 02.02.02; 08.01.02; e.30.1)

#### 02 Promoure la Formació i Informació de Pacients i Ciutadania en les principals bones pràctiques segures(19) (a.08.02; b.4; e.30)

- 01 Detectar i prioritzar la difusió, de noves activitats formatives dissenyades per organitzacions autoritzades (ie: *Xarxes d'Escoles de Salut per a la ciutadania*) adreçades als pacients i la ciutadania, dirigides a promoure l'apoderament del pacient envers la seguretat i la qualitat de l'atenció rebuda. (a.08.02.01;b.4; e.30.1)

- 02 Realitzar accions formatives periòdiques en pràctiques segures dirigides a pacients i familiars [\(e.30.2\)](#)
- 03 Potenciar l'ús d'eines, procedents de diferents processos assistencials, que permetin avaluar i millorar l'experiència i participació del pacient** [\(a.08.03; e.29-30\)](#)
- 01 Continuar impulsant i integrant dins del SGQ l'ús de les *Patient Reported Experience Measures (PREMs)* [b validades](#) [\(a.08.03.01; b.4.1; e.27.1-e.30.4-e.56\)](#)
- 02 Definir l'ús de *Patient Reported Outcome Measures (PROMs)* [validades i integrar-les en el SGQ](#) [\(a.08.03.01; b.4.1; e.27.2,3-e.30.4-e.56\)](#)
- 03 Consolidar la integració en el SGQ dels plans d'acció de millora generats a partir d'incidents i queixes amb l'objectiu de facilitar l'aprenentatge en la millora de la seguretat del pacient. [\(b.4.1; e.30.3\)](#)
- 04 Potenciar la figura del pacient expert "champion" per afavorir la participació dels pacients, famílies, associacions de pacients en determinades activitats de millora de la seguretat en aliança amb els programes d'humanització i vida independent [\(a.08.03.03/04; e.30.2; b.4.1; d\)](#)
- 05 Promoure el disseny i l'ús d'eines que permetin aprendre de l'experiència dels pacients i cuidadors per entendre millor la naturalesa dels incidents de seguretat i afavorir l'elaboració de solucions més eficaces (20) [\(b.4.1\)](#)
- 04 Integrar, desplegar i avaluar les següents Bones Pràctiques en Bioètica requerides per acreditacions en el comitè d'ètica assistencial (CEA)** [\(a.03.05.01; c1; c2\)](#)
- 01 El procediment de valoració i registre de voluntats anticipades (DVA) [\(a.03.05.02; b.4.1; c1; c2\)](#)
- 02 La prestació d'ajuda a morir (PRAM) [\(a.03.05.03; c1; c2\)](#)
- 03 L'aplicació adequada de les decisions compartides a la pràctica assistencial [\(a.03.05.05; a.08.01.03; b.4; c1; c2\)](#)
- 04 L'homogeneïtzació i adequació de la informació que es proporciona al pacient, família i cuidadors per millorar la comprensió i la transparència [\(b.4.1\)](#)
- 05 Facilitar al pacient la informació correcta del consentiment plenament informada verbalment i per escrit [\(a.08.03.04-05; b.4.1; c1.9d-01-01-25-E; ; c2; d\)](#)
- 05. Avançar cap a una Gestió de la Documentació Formalitzada i de Qualitat, integrada en el SGQ, desplegada per processos, àgil, accessible i útil per a l'usuari** [\(d.6\)](#)
- 01. Promoure l'accés dels professionals a la consulta i actualització correcta de protocols directament a través del Gestor Documental de l'organització**
- 01 Organitzar la intranet de l'àrea de qualitat: posar-hi els protocols, vídeos formatius, resultats, enllaços a comitès participatius...

02. Introduir en totes les àrees de l'organització els enllaços directes als protocols de l'àrea i els agrupadors que el cap consideri útils i necessaris
03. Formar a tots els caps d'àrea i professionals en el bon ús del gestor documental, recordar la importància d'actualitzar els protocols amb la última evidència científica i referenciar-la [\(c2.QPS.3\)](#)
04. Proporcionar el suport necessari a tots els caps d'àrea i professionals durant aquest primer any post implantació del nou gestor documental per a la consulta i actualització de procediments i protocols.
05. Continuar avançant en la integració de propietats de documentació rellevant per a les acreditacions, processos i automatització d'indicadors

**02. Promoure l'ús d'eines tecnològic-administratives que facin més àgil l'obtenció d'informació per a l'avaluació de la qualitat de processos i presa de decisions.**

01. Valorar i iniciar el desplegament d'eines d' *intel·ligència artificial (IA)* per facilitar l'obtenció d'informació que conté el gestor documental de l'organització, tant per objectius clínics, com d'acreditacions.
02. Desenvolupar i implantar eines d' *intel·ligència artificial (IA)* per facilitar l'obtenció d'informació amb llenguatge natural del curs clínic i estructurar-la tant per objectius clínics, com d'avaluació de la qualitat de la història clínica o la codificació diagnòstica en CIE-10 i codis ORPHA.
03. Promoure l'ús d'eines com el *Lucid Chart* per a la protocol·lització de pràctiques i circuits.

**03. Garantir un mecanisme de control i millora dels registres i la qualitat de la Historia clínica, codificació diagnòstica, de procediments (CMBD, REMIN, UNICAS)**

01. Reforçar les bones pràctiques pel que fa al compliment legal i la qualitat dels registres de la HCE seguint la normativa i els criteris de la JCI. [\(c2. MOI; b.2.4\)](#)
02. Disposar d'una sistemàtica consolidada de seguiment i d'avaluació periòdica amb l'empresa codificadora

**06. Generar i Transferir Coneixement en l'àmbit de la Qualitat i Seguretat del Pacient** [\(a.05,06\)](#)

**01. Promoure la Docència, Formació Continuada i Transferència de Coneixement en Qualitat i Seguretat del Pacient** [\(a.05.01\)](#)

01. Activar el currículum mínim de formació en seguretat del pacient dirigida a professionals de nova incorporació segons perfil professional
02. Evolucionar i ampliar l'estratègia formativa en qualitat i seguretat actual del pacient del Pla de Formació a nous formats i plataformes virtuals compartides que van sorgint per part d'entitats formadores acreditades [\(a.05.01.01,04,05,06; b.1.3\)](#)
03. Continuar promovent la formació d'estudiants en pràctiques del Grau de Documentació i Administració Sanitària (DAS) i ampliar la formació pràctica a

estudis universitaris relacionats amb l'atenció sanitària (MIRs, Infermeria, Fisioteràpia, Farmàcia...). (a.05.01.02; b.1.3)

04. Continuar promovent la realització d'activitats formatives de postgrau de qualitat, cursos específics de seguretat i qualitat, ús eines per garantir una bona gestió del risc i d'atenció a les segones víctimes, als membres dels comitès de qualitat i seguretat i referents de processos. (a.05.01.03;b.1.3)
05. Promoure la participació des referents a jornades i congressos relacionats amb l'àmbit de la qualitat i seguretat del pacient. (a.02.02.01; 05.02.04)

## **02. Impulsar la Innovació i la Recerca en Qualitat i Seguretat del Pacient**

- 01 Continuar Participant en projectes de recerca en qualitat i seguretat dels pacients a escala nacional i internacional (a.05.02.03)
- 02 Continuar Realitzant publicacions científiques relacionades amb el Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients (a.05.02.01; e.30)
- 03 Promoure la Incorporació de línies de recerca i innovació en qualitat i seguretat dels pacients en el pla estratègic de recerca i innovació (a.05.02.02)
- 04 Continuar col·laborant amb associacions científiques i professionals per promoure l'Estratègia de Qualitat i Seguretat dels Pacients
- 05 Crear un SNISP adreçat a pacients i ciutadania: Patient Reported Incident Measures (PRIMs) (20) (a.08.03.02)

## **07. Avaluar resultats de les estratègies tant per a propòsits interns de millora contínua i presa de decisions, com externs a l'hora d'informar a finançadors, proveïdors de serveis i entitats avaluadores.**

### **01 Participar en totes les estratègies que promoguin l'ús eines integrades que facilitin l'avaluació per a la millora contínua, la presa de decisions i el benchmarking entre centres** (a. 01.05.01-02; 04.01/02;)

- 01 Avançar cap a la integració i actualització de mesures que es vagin desenvolupant a la Plataforma de Seguretat del Pacient (PSP) i Quadre de Comandament de Seguretat del Pacient (QCSP Cat) (a.04.01.02/07; 01.05.01/02; 03.03.03)
- 02 Incorporar i consolidar eines per promoure i avaluar l'experiència del pacient, el clima i la cultura de seguretat tant de professionals com pacients en línia amb les proposades per organitzacions sanitàries de prestigi (ie: HSOPSC) (a.04.01.08; 02.02.04; b.1.1)
- 03 Emprar indicadors homogenis que permetin la comparació de resultats amb altres organitzacions sanitàries (benchmarking) (a.04.02.02; c1. QPS; c2.QPS.03.04; b.7.1 d)

### **02 Mantenir el Sistema Integrat d'Informació per a la Gestió i Avaluació de la Qualitat (SIIG) com eina principal per a l'avaluació de dades contingudes per als indicadors i requeriments de qualitat en tant no es tingui un sistema alternatiu.**

- 01 Estudiar i consensuar conjuntament amb el Govern de Dades com es capturaran i integraran les noves implementacions que es realitzin i que no estiguin integrades

en el SIIG per a l'avaluació i també aquelles implementacions que si que estaven en el SIIG, però que per alguna raó s'han modificat en el curs clínic o altres aplicatius i ja no apareixen en el SIIG i que, per tant que ja no disposa de la informació per a l'avaluació en el Sistema de Gestió i Millora de la Qualitat (SGQ) de l'organització.

- 02 Garantir informació (traçable, rigorosa, reproduïble, comparable) i indicadors de càlcul automatitzat, sempre que sigui possible.
- 03 Garantir l'accessibilitat als resultats dels quadres de comandament, indicadors i informes per guiar les actuacions de millora contínua per part de responsables de procés, comitès i grups de treball.

### **03 Avaluar el grau de desplegament i assoliment de les accions d'aquest Pla de Qualitat. (a.01.01.01)**

#### **Pel que fa a:**

- 01 Objectius i accions part del Pla Estratègic de Qualitat del Departament de Salut [\(a.04.01.01\)](#)
- 02 Objectius i accions part del Pla Estratègic de Seguretat del Pacient del Sistema Nacional de Salut [\(b.1.1\)](#)
- 03 Objectius i accions del Pla Estratègic Guttman vinculats al Pla <sup>(e)</sup>
- 04 Estàndards de l'Accreditació Catalana d'Hospitals (ACH) vinculats al Pla <sup>(c1)</sup>
- 05 Estàndards de la Joint Commission International (JCI) vinculats al Pla <sup>(c2)</sup>

## **E. AVALUACIÓ DEL PLA**

### **Indicadors d'avaluació:**

- Assolir les acreditacions previstes amb èxit
- Complir els estàndards establerts en més del 90% dels indicadors clau dels quadres de comandament de qualitat (SIIG) pel que fa a indicadors de les dimensions de:
  - Seguretat
  - Efectivitat
  - Experiència Pacient

### **Estratègies de Qualitat i Models d'Accreditació emprats per elaborar aquest pla:**

- [Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients de Catalunya 2023-2027](#)
- [Estratègia de Seguretat del Pacient del Sistema Nacional de Salut 2025-2035](#)
- [Accreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya: document d'estàndards i avaluació \(5ª edició; 2023\)](#)

- [Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 8th Edition \(Effective January 2025\)](#)
- [Pla de Qualitat Guttman 2023-2025](#)
- [Pla Estratègic Guttman 2025-2027](#)

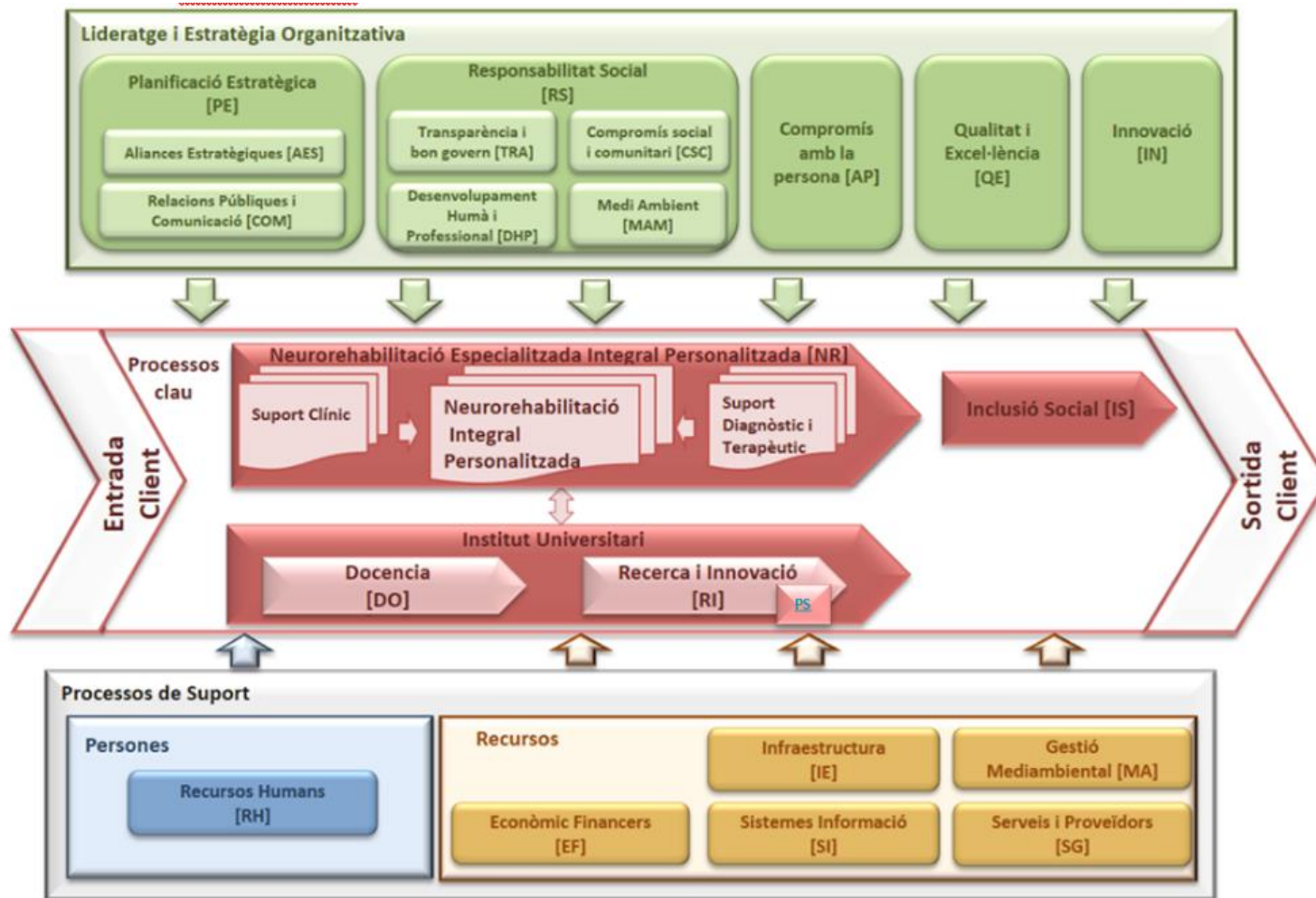
### Referències bibliogràfiques

1. World Health Organization. Regional Office for Europe EO on HS and P, Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. *Improving Healthcare Quality in Europe*. 2019;419.
2. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. *To err is human : building a safer health system*. 287 p.
3. Costs of unsafe care and cost effectiveness of patient safety programmes.
4. Generalitat De Catalunya. ACREDITACIÓ DE CENTRES D ' ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA A CATALUNYA. Vol. I. 2005;I:193.
5. Keiler R, Jorgenson C, Fry HM, Chopp Hinckley C, Chien L, Hofmann P, et al. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals Including Standards for Academic Medical Center Hospitals. 2021. 424 p.
6. Berriós-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA Surgery*. 2017;152(8):784–91.
7. Salut D De. Quadre de comandament de Seguretat dels Pacients a l ' atenció especialitzada : indicadors i fitxes. 2018;1–115.
8. Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management: A meta-analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2014;27(6):544–58.
9. Alzoubi MM, Hayati KS, Rosliza AM, Ahmad AA, Al-Hamdan ZM. Total quality management in the health-care context: Integrating the literature and directing future research. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2019;12:167–77.
10. Seven ways to improve quality and safety in hospitals An evidence based guide.
11. Sunol R, Wagner C, Arah OA, Shaw CD, Secanell M. Evidence-based organization and patient safety strategies in European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care S1 International Journal for Quality in Health Care*. 2014;26(S1):47–55.
12. Moore L, Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system. In: *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2015. p. 1168–75.
13. Zepeda-Lugo C, Tlapa D, Baez-Lopez Y, Limon-Romero J, Ontiveros S, Perez-Sanchez A, et al. Assessing the impact of lean healthcare on inpatient care: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(15):1–24.
14. Paper W. Institute for Healthcare Improvement: Comparing Lean and Quality Improvement. 2014;
15. van Schoten S, de Blok C, Spreeuwenberg P, Groenewegen P, Wagner C. The EFQM Model as a framework for total quality management in healthcare. *International Journal of Operations & Production Management*. 2016;
16. Secanell, M; Lopez, J; Lopez, R; Sánchez, D; Ferrer VA V. Automatització dels indicadors de seguretat del pacient: avançant cap a un sistema de gestió de la qualitat eficient i integrat. *Annals de Medicina Clínica*. 2018;101:22–6.

17. Taylor-Adams S, Vincent C, Hewett D, Chapman J, Prior S, Strange P, et al. SYSTEMS ANALYSIS OF CLINICAL INCIDENTS THE LONDON PROTOCOL.
18. Kubiak TM. Operational definitions: Survey Analysis for Evaluating Risk (SAFER). *Quality Progress*. 2013;46(8):51–3.
19. Secanell M, Amar E, Referents G De. Impulsant la cultura de seguretat : participació i percepció del pacient en relació amb la seguretat de l' atenció rebuda. 2021;108–12.
20. Osorio D, Plana MN, Rubio M, Muñoz J, Bolivar I, Franco MT, Secanell M et. al Patient-Reported Incident Measure (PRIM) tools for reporting patient safety incidents: protocol for a scoping review-*BMJ Open* 2025;15:e096983. doi: 10.1136/bmjopen-2024-096983

F. ANNEXOS

Annex 1. Mapa de processos i sub processos



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

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

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

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

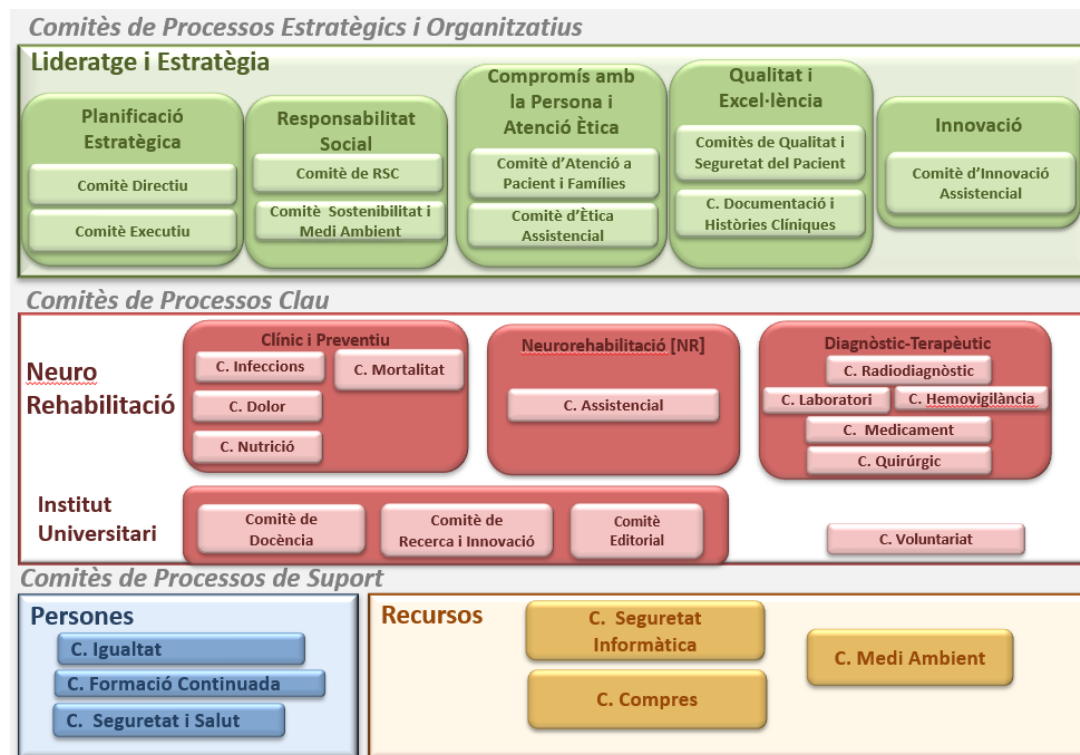
### Els Comitès del pla de qualitat

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

Donada la dimensió de Guttman, en els diferents comitès i grups de millora s'hi inclouen com a part de l'ordre del dia, aquells aspectes rellevants de la qualitat de l'atenció, els resultats de seguiment dels quals s'informen periòdicament en el comitè directiu.

Els següents (veure imatge) són comitès representatius dels diferents processos de l'organització estructurats segons el model de processos de l'acreditació catalana d'hospitals, que es reuneixen periòdicament i col·laboren en la gestió i el desenvolupament del seu àmbit de coneixement amb orientació cap a la millora contínua.

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



## Els Grups de Treball per a la Millora Contínua

Els grups de millora són grups de professionals, de diferents àmbits de treball designats, per la direcció, caps d'àrea o per la mateixa àrea de qualitat, per abordar un problema determinat i es dissolen en el moment que el problema està resolt o definit el seu procés d'abordatge.

El seu objectiu és afavorir la creació de sistemes de treball transversals i col.laboratiu, formats per professionals de diferents àrees, serveis, unitats i així disminuir les barreres Inter departamentals

Aquests grups de participació funcionen amb una metodologia de treball interna lligada a la definició d'uns objectius, un calendari establert, una proposta de terminis per assolir els objectius plantejats i una avaluació dels resultats obtinguts. En ocasions hi poden participar pacients.

**La gestió, convocatòria i ubicació de la informació i actes que es treballa en els comitès i grups de treball, des de l'any 2020 s'inicia de manera preferent i majoritàriament través de l'eina de reunions TEAMS.**

Equipos

DPT-QUALITAT ...	COM - QUALITAT i SEURETAT PACIENT ...	COM- DOCUMENTACIÓ I HISTÒRIES CLÍNQUES ...	COM-Comitè d'Ètica IG ...	COM- INFECCIONS ...
COM- QUIRÚRGIC ...	COM- NUTRICIÓ ...	COM- DOLOR ...	COM - MEDI AMBIENT ...	COM - TRANSFUSIÓ I HEMOVIGILÀNCIA ...
COM - ASSESSOR FORMACIÓ CONTINUADA ...	COM-Comitè Farmàcia ...	COM - LABORATORI ...	COM- FARMÀCIA ...	COM - ATENCIÓ AL PACIENT I FAMÍLIES ...
COM- RADIOLOGIA ...	COM - UEC MINORITARIES NEUROMUSCULARS ...	GT_QUALITAT DOCENT GUTTMANN-UAB ...	COM-Comitè d'Innovació Assistencial ...	COM-Comitè d'Avaluació Interna [CAI]. Acreditació... ...
COM-Comitè de Recerca i Innovació ...	COMIS - LPP I FERIDES COMPLEXES ...	GT- CMBD, Codificació Diagnòstica- Asho ...	ALERTA FARMACOVIGILANCIA ...	PRJ-Nou Gestor Documental de... ...

Annex 3. Cicle de la Millora Contínua a Guttman

