


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

PLA DE QUALITAT 2020-2022

Resum del contingut

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

| | | | |
|--|--|---|---|
| Elabora o Revisa | Mariona Secanell | | |
| | Coautors | [Cadena de Coautors] | |
| Aprovat per ⁽¹⁾ <i>(Cap d'àrea, unitat...)</i> | Montse Caldés Òrgan que revisa |  | Data 12/07/2021 Acta |
| Aprovat per ⁽²⁾ <i>(Comitè de direcció, gerència)</i> | Comitè de Direcció Òrgan que aprova |  | Data 13/07/2021 Acta |
| Validat per ^(*) | [Aprovador de nivell 3] | | Data [Data d'aprovació nivell 3] |
| Vigent fins | 31/12/2022 | | |

⁽¹⁾ Documents aprovats per caps d'àrea, unitat, procés o directament des de la direcció o gerència.
⁽²⁾ Documents prèviament aprovats per altres àrees o processos i que requereixen l'aprovació del comitè de direcció o gerència, si s'escau.
^(*) Documents requerits pels diferents processos externs (JC; ACh; RSC; AQU; ISO-EMAS; CSUR...) que es validaran per part de l'àrea de qualitat i acreditacions, si s'escau.

Resum de versions i modificacions

| Versions | | Autors | Resum de les modificacions més rellevants fetes al document respecte a la versió anterior. Incloure els apartats i pàgines que han estat modificats. |
|-------------|----------------|---------------------------|---|
| Núm. Versió | Data Aprovació | | |
| (V.O) | 09/2014 | Amargós MV; Secanell M | |
| 2.0 | 2020 | Secanell M | Canvis substancials en tot el pla degut al canvi de sistema de gestió i millora de la qualitat respecte el 2014 |

**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

Tabla de contenido

| | | |
|----|--|----|
| A. | PROPÒSIT | 4 |
| B. | ÀMBITS D'APLICACIÓ I CAPACITACIONS TÈCNIQUES NECESSARIES | 4 |
| C. | COMUNICACIÓ/DIFUSIÓ | 5 |
| D. | INTRODUCCIÓ..... | 5 |
| E. | SISTEMA de GESTIÓ DE LA QUALITAT A L' INSTITUT GUTTMANN | 7 |
| F. | LINIES ESTRATÈGIQUES DEL PLA DE QUALITAT | 9 |
| 1. | Redefinició i transversalització a tota l'organització del mapa de processos..... | 10 |
| 2. | Integració de les acreditacions, certificacions i requeriments externs en Sistema de Gestió de la Qualitat (SGQ) | 10 |
| 3. | Millora contínua de la qualitat dels processos..... | 11 |
| 4. | Desenvolupament, Consolidació i Integració d'eines que permetin optimitzar i agilitzar l'atenció:..... | 13 |
| 5. | Informació per a la gestió i avaluació de la qualitat de l'atenció..... | 15 |
| 6. | Estructura Organitzativa: Identificació i Participació de lideratges i responsables en les estratègies de qualitat. | 16 |
| H. | REsum..... | 16 |
| I. | AVALUACIÓ..... | 17 |
| J. | ALTRES DOCUMENTS RELACIONATS | 17 |
| K. | REFERÈNCIES | 17 |
| L. | ANNEXOS..... | 19 |

A. PROPÒSIT

El Pla de Qualitat de la Fundació Institut Guttman té la voluntat d'assolir una organització d'excel·lència i proporcionar una atenció centrada en la persona, efectiva, segura, a la vegada que eficient i integrada amb els processos de l'organització. L'objectiu final d'aquest pla és, per una banda, assolir els estàndards de qualitat percebuda i els resultats esperats en el client. I per l'altra, consolidar la qualitat en l'atenció sanitària amb una visió transversal, innovadora, generadora de coneixement i de prestigi.

El Pla de Qualitat, alineat amb el Pla Estratègic 2020-2025, descriu el model i les línies d'actuació a seguir a partir de l'ús de metodologies, instruments i recursos que contribueixin a fer efectiva la gestió del canvi, la millora continua dels processos a tota l'organització, a la vegada que garanteixin la sostenibilitat de les millores en el temps.

B. ÀMBITS D'APLICACIÓ I CAPACITACIONS TÈCNIQUES NECESSÀRIES

El seu àmbit d'aplicació és transversal i d'abast a tots els processos i subprocessos i grups d'interès de l'organització (*Taula 1*).

L'èxit i assoliment del pla és el resultat del desplegament correcte d'aquest, així com de l'esforç i la implicació del màxim nombre de professionals de les diferents disciplines en els objectius i accions dels programes anuals de qualitat.

Taula 1. Grups d'Interès

| | |
|--------------------------------|---|
| Govern i direcció | <ul style="list-style-type: none"> - Patronat. - Comitè de direcció. |
| Clients | <ul style="list-style-type: none"> - Pacients i famílies. - Asseguradora pública. - Asseguradores privades. |
| Professionals i col·laboradors | <ul style="list-style-type: none"> - Personal vinculat contractualment amb l'Institut Guttman. - Personal d'empreses subcontractades que realitzen activitat a l'Institut Guttman - Personal en formació (becaris, fellows...) o investigadors i professionals d'altres centres, amb una durada superior a tres mesos. - Voluntaris i altres col·laboradors no remunerats, que acudeixin de manera regular al centre i amb una previsió de temps superior als tres mesos. |
| Proveïdors | <ul style="list-style-type: none"> - Empreses de serveis clínics i professionals. - Empreses subcontractades (seguretat, neteja, laboratori, restauració...). - Empreses proveïdores de tecnologia, material sanitari, fàrmacs.. - Consultores i gabinets professionals... |
| Societat civil | <ul style="list-style-type: none"> - Consell Social i de Participació. - Amics de l'Institut Guttman. - Associacions de persones amb discapacitat. - Assessors científics de l'Institut. - Empreses col·laboradores. - Universitats. - Governos territorials. |

C. COMUNICACIÓ/DIFUSIÓ

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 comunicarà de manera efectiva a grups d'interès interns i externs. Els directius de cada àrea informaran dels aspectes rellevants del pla i de la seva ubicació als professionals de les seves àrees de responsabilitat.

Des de l'àrea de qualitat es comunicarà el pla aprovat als referents clau de qualitat i responsables de procés mitjançant la seva difusió en els comitès.

D. INTRODUCCIÓ

El **concepte qualitat** és utilitzat per diferents persones i sectors de la societat. En aquest sentit el 1980 Donabedian introdueix el concepte **Qualitat**, referida a l'àmbit sanitari i relacionada amb el *procés de l'atenció* en totes les seves parts, on l'objectiu primordial d'una atenció de qualitat consisteix en maximitzar el benestar del pacient.

En els 40 anys posteriors a la primera definició de qualitat de Donabedian, aquesta, ha anat adoptant nous matisos per part de l'Institut of Medicine (1990), Council of Europe (1997) i la més recent de l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2018). Aquesta última, actualment vigent, inclou en la seva definició, les dimensions clau, subdimensions o atributs de rendiment que ha de tenir una bona atenció sanitària de qualitat ¹.

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 la persones destinatàries de l'atenció rebuda, que pot tenir la qualitat o manca d'aquesta, especialment en la seva dimensió de seguretat.^{2,3}

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 i percepció del pacient, el treball en equip, la implicació professional i educació i el compromís clar de la direcció amb la qualitat ^{4,5}.

En aquest sentit els compromisos específics de la Política Institucional de Responsabilitat Social i Corporativa de l' Institut amb la *Qualitat Total*, parteixen d'una concepció integral de la qualitat que va des de la vessant científicotecnològica dels seus serveis, passant per la

qualitat humana dels seus professionals i col·laboradors, i arribant fins la qualitat percebuda pels seus clients usuaris; englobant en aquest objectiu tant al propi pacient i llur família, com a la resta de la societat a la que serveix. En aquest sentit el Pla de Qualitat adopta els següents *Principis Bàsics de la Qualitat Total* a implementar a l'organització (*Figura 1*).

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

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



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

Existeixen varietat de models conceptuals i estratègies que han de permetre la gestió del canvi a les organitzacions sanitàries i orientar les seves actuacions per garantir la satisfacció de les necessitats, i expectatives de les persones a les que destinen els seus serveis. ^{1,10,11}. Generalment, aquests aborden aspectes concrets de la qualitat, com son els sistemes d'avaluació de la qualitat⁶; sistemes de millora contínua de la qualitat⁷⁻⁹ ; parteixen dels *principis bàsics* de la qualitat total i en l'àmbit sanitari adopten les dimensions que inclou la definició de qualitat de la OMS 2018¹ i per tant, prioritzen que l'atenció proporcionada sigui Efectiva, Segura i Centrada en la Persona, a la vegada que Eficient i Integrada.

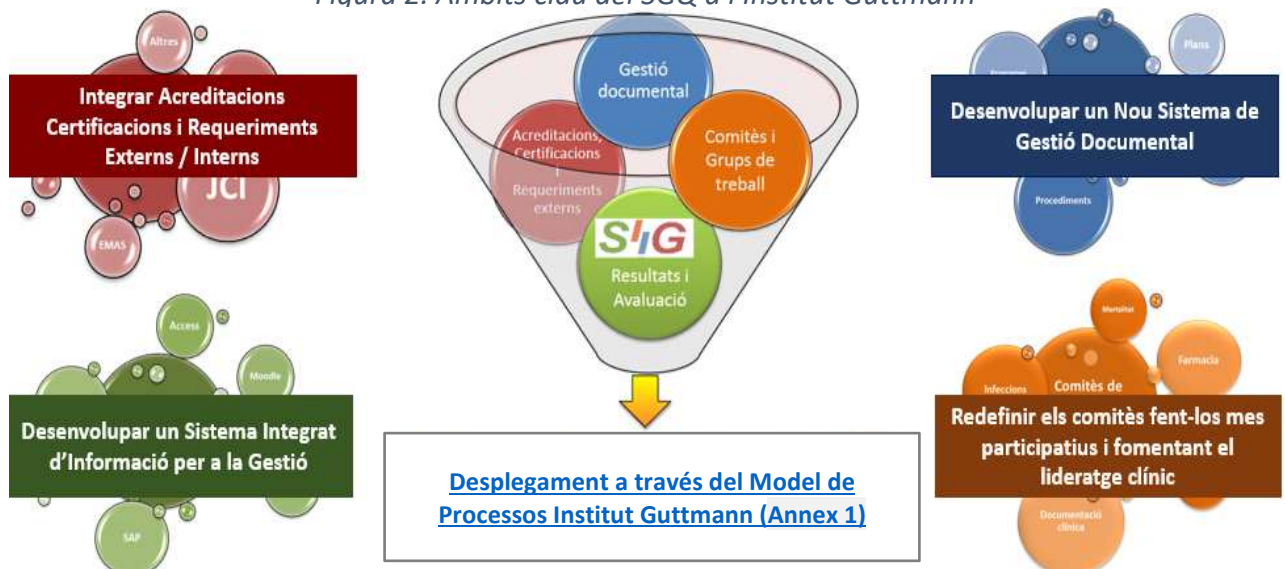
L' Institut Guttman, en el disseny del seu Sistema de Gestió de la Qualitat (SGQ) ha adoptat aquelles metodologies i estratègies de qualitat que han demostrat ser més efectives a la pràctica i disposin també dels elements necessaris, que permetin, donar resposta tant a nivell intern, com d'agents externs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

Per assolir-ho, el SGQ de l' Institut Guttman, pivota sobre 4 àmbits clau (*Figura 2*) que es despleguen utilitzant com a base estructural i de desplegament el Model de Processos de l'Accreditació dels centres de l'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya¹² que segueix la filosofia del Model de la *Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat (EFQM)*⁹.

Els 4 àmbits clau son:

- Integració, Gestió i Transversalització de la documentació formalitzada de l'organització <http://gesdoc.guttman.com/sites/processos/Registre/Forms/Documents.aspx>
- Informació per a 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)¹³ <https://siig.guttman.com/>
- L'organització, seguiment i dinamització de la millora contínua mitjançant comitès i grups de millora
- Integració de les acreditacions, certificacions i requeriments externs en els 3 punts anteriors (a, b i c)

Figura 2. Àmbits clau del SGQ a l'Institut Guttman



Resum del model o Sistema de Gestió de la Qualitat

Visió: Assolir la Millor Experiència del Client

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

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

Abast: Transversal a tota l'organització

Principis de la Qualitat Total



Figura 3. Resum del Model de Gestió de la Qualitat a l' Institut Guttmann

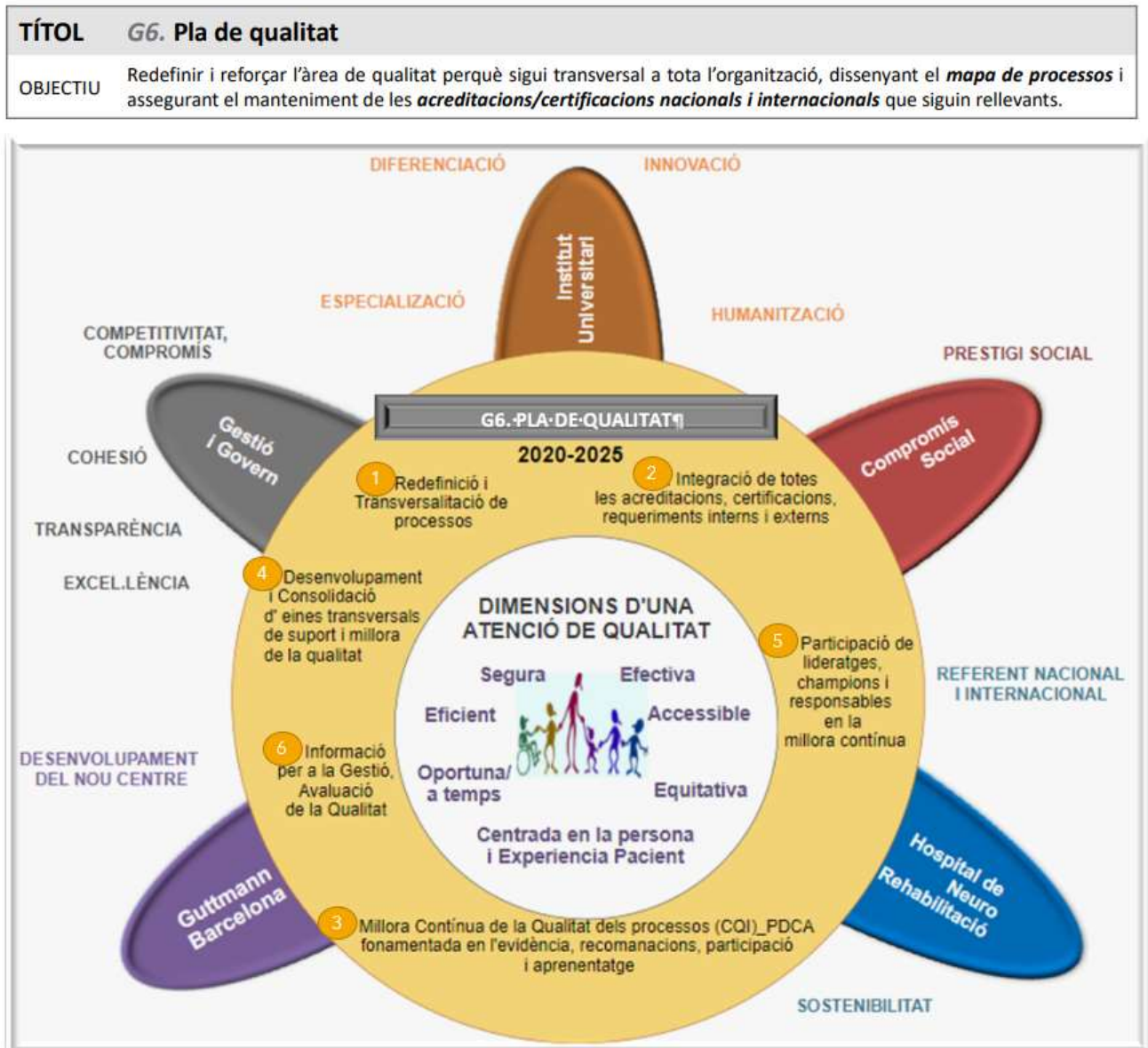
| <p>Enfocament: Model o Sistema</p> | <p>1. Sistema de Gestió de la Qualitat (SGQ): Està basat en el Model d'Accreditació dels centres de l'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya, que segueix la filosofia del model de la Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat (EFQM) i desplega el seu <i>mapa de processos</i> https://rsc.guttmann.com/sistema-de-gestio-de-la-qualitat/</p> <p>Aquest Pivota sobre 4 àmbits clau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestió documental, de la informació, de comitès i grups de millora i Integració d'acreditacions, certificacions i requeriments externs <p>2. Sistema de Millora Continua de la Qualitat: Utilitza el Cicle de la Millora (Plan-Do-Study-Assess) com a Mètode per dirigir i millorar la qualitat.</p> | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|-------------------|-------------|-------------------|--|--|-----------|--------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|
| <p>Desplegament: Estratègies de Millora de la Qualitat</p> | <p>3. Detecció, Priorització de les millores basada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requeriments d'organitzacions sanitàries, entitats avaluadores i guies de pràctica - Deteccions i Continuitat de l'avaluació o memòries de programes de qualitat anteriors - Matriu d'anàlisi del risc per a la priorització d'accions <p>Cercant sempre la Transversalització, Sostenibilitat i Integració d'accions i la canalització de les millores a través de comitès, grups de millora i "referents clau"</p> <table border="1" data-bbox="549 1541 1505 1680"> <thead> <tr> <th colspan="3">4.1 Dimensions Clau</th> <th colspan="3">4.2 Subdimensions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seguretat</td> <td>Atenció Centrada en la Persona</td> <td>Efectivitat</td> <td>Eficiència</td> <td>Oportunitat</td> <td>Integració</td> </tr> </tbody> </table> | 4.1 Dimensions Clau | | | 4.2 Subdimensions | | | Seguretat | Atenció Centrada en la Persona | Efectivitat | Eficiència | Oportunitat | Integració |
| 4.1 Dimensions Clau | | | 4.2 Subdimensions | | | | | | | | | | |
| Seguretat | Atenció Centrada en la Persona | Efectivitat | Eficiència | Oportunitat | Integració | | | | | | | | |
| <p>Resultats: Avaluació de la Qualitat</p> | <p>5. Sistema d'Avaluació i Feedback de Resultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Automatització sempre que sigui possible - Qualitat de la Informació - Desenvolupament i consolidació d'eines d'avaluació per: <ul style="list-style-type: none"> - Observació Directa - Revisió de casos - Percepció i Experiència del Pacient - Tipus d' indicadors: d' estructura, procés i resultat - Indicadors Quadres de Comanament Interns i Informes a tercers (finançadors) - Classificació i integració per processos, acreditacions, dimensions Aprenentatge i Millora en base a resultats, traçabilitat, rigor en la definició i obtenció de resultats. <p>http://annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=8420</p>  | | | | | | | | | | | | |

F. LINIES ESTRATÈGIQUES DEL PLA DE QUALITAT

El pla de qualitat consta d'un objectiu i 6 *línies d'actuació* (Figura 4) formulades en base a les directrius del [Pla Estratègic 2020-2025](#), apartat G6 de l'eix Gestió i Governança.

Cada línia d'actuació, té definits uns objectius i accions que s' implementen i informen a través dels programes i memòries anuals de qualitat 2020-2025.

Figura 4 Línies d' Actuació del Pla de Qualitat a l' Institut Guttmann



A l' *Annex 2* d'aquest document permet visualitzar com interactuen les línies del pla de qualitat amb els principis de la qualitat total i en quines dimensions o atributs tenen més impacte.

1. Redefinició i transversalització a tota l'organització del mapa de processos

Motivació:

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

Objectius:

- Realitzar una transició progressiva del model de processos actual al nou model de EFQM 2020 en coherència amb el manual de l'Acreditació Catalana d' Hospitals (ACH)
- Identificar quins són els processos que es realitzen a Badalona i Barcelona, transversalitzant aquells que són aplicables en ambdós centres.

Justificació:

El model EFQM 2020 ha experimentat una evolució profunda respecte la versió EFQM 2013, que actualment tenim implementat a l'Institut Guttmann.

El nou model, amb la incorporació de novetats substancials de concepte, estructura i contingut. Per la qual cosa serà necessària la revisió d'aquest i elaborar una transició i adaptació progressiva al nou model 2020 en coherència amb la informació que incorpora el nou model de l'acreditació catalana d'hospitals també revisat el 2020.

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

Motivació:

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

Objectius:

- Prioritzar la integració en el SGQ d'aquelles acreditacions i certificacions que encara no ho estan i mantenir aquelles que ja ho estan.
- Preparar el desenvolupament del GNPRehab com a segell de Qualitat en Neurorehabilitació

Justificació:

Actualment l'Institut Guttmann suma un total de 12 acreditacions i certificacions més altres requeriments externs. La integració de la informació s'ha descrit com un dels facilitadors organitzatius a l'hora d'implementar aquestes¹. Per tant és necessari d'optimitzar l'accés a la informació, donant resposta de manera àgil, unívoca i evitar duplicitats durant tot el procés de preparació i manteniment de les acreditacions i certificacions, aprofitant aquells estàndards comuns i facilitant respostes integrades.

Es tracta d'un projecte a **mig termini** que requereix d'esforç i temps, a la vegada que, per al seu èxit és fonamental la implicació dels diferents referents i responsables de cada acreditació.

En aquest sentit en el Sistema de Gestió de la Qualitat de l'Institut Guttmann donarà continuïtat a les accions iniciades des del 2016, per a la integració de les acreditacions,

certificacions i requeriments en els elements sobre els quals aquest pivota (gestió documental, gestió de comitès i de la informació per a l'avaluació i reporting de dades).

L'experiència dels darrers anys, ha demostrat un balanç clarament positiu i evidenciant que aquests canvis contribueixen a agilitzar els processos organitzatius en aquells àmbits en els que s'ha aplicat. Com a exemple, posem la integració dels indicadors de seguretat del pacient de diferents acreditacions i requeriments que s'exemplifiquen en [l'article "Automatització dels indicadors de seguretat del pacient: avançant cap a un sistema de gestió de la qualitat eficient i integrat a l'Institut Guttmann"](#) ¹³

Durant els propers anys cal avançar amb la integració de documentació i també en la elaboració d'eines de preparació d'acreditacions integrades. Durant el 2020 ja s'ha començat a definir conjuntament amb l'àrea d'infermeria i a mode pilotatge el sistema d'integració, en aquest cas de l'Acreditació Catalana Joint Commission.

3. Millora contínua de la qualitat dels processos

Motivació:

Consolidar la filosofia de la millora contínua a tota l'organització

Objectius:

- Implementar la millora contínua de la pràctica per fer-la més centrada en la persona, efectiva i segura, a la vegada que eficient (eliminant tot allò que no aporta valor) i integrada, fomentant el treball transdisciplinar.
- Formar a referents clau en millora continua que actuïn com a dinamitzadors de la filosofia de la millora contínua a tota l'organització

Justificació i Accions:

Encara que és cert que totes les millores són canvis, no tots els canvis resulten en millores. El cicle de Deming, també anomenat cicle de la millora, serveix per accelerar la implantació de les estratègies de millora de la qualitat i fer-les sostenibles en el temps. Aquest, no pretén canviar o substituir models que ja existeixen en les organitzacions, si no promou la millora continua. Consisteix en Planificació-Execució-Avaluació-Actuació (PDCA) és una forma abreujada de provar un canvi en l'entorn de treball real: planificant, provant-ho, observant els resultats i actuant sobre que s'ha après. [L'Annex 3](#) exemplifica el cicle de la millora contínua, que s'aplica a la nostra organització en les estratègies de millora de la qualitat. Aquest serveix per implementar el canvi i aprenentatge comú en les pràctiques relacionades amb la seguretat, l'efectivitat clínica, atenció centrada en la persona i la resta d'atributs o dimensions de la qualitat.

Entre les accions a implementar durant els propers anys cal destacar:

Seguretat del Pacient:

Promoure la Cultura de Qualitat i Seguretat a tota l'organització

- Identificar referents clau en cadascun dels àmbits de la seguretat que actuïn com a dinamitzadors i promotors del canvi i consolidació de pràctiques.
- Promoure que els referents clau de qualitat, realitzin cursos específics addicionals en millora contínua de la qualitat i participin en jornades i congressos relacionats amb l'àmbit de la qualitat i seguretat del pacient.
- Impulsar els petits grups de millora integrats a l'àrea de qualitat, executius i àgils per promoure la implantació de pràctiques.
- Revisar el contingut de la formació anual en qualitat i seguretat

Gestionar i Analitzar el Risc seguint les recomanacions de la Joint Commission International i l'anàlisi sistèmic del risc segons la metodologia del London Protocol¹⁵¹⁶.

- Revisar, integrar i actualitzar el protocol actual de [Gestió i Avaluació del Risc a l'Institut Guttmann](#)
- Revisar, Integrar i actualitzar els protocols dels objectius de seguretat i pràctiques segures a l'Institut Guttmann.
- Promoure l' Audit i Feedback per a la identificació de millores a partir de resultats en cadascuna de les pràctiques segures. Actualment ja disposem de quadres de comandament per a cadascuna de les pràctiques segures
- Continuar acomplint amb els requeriments tant del Departament de Salut, CSUR, VINCAT i Joint Commission envers la seguretat del pacient.
- Iniciar la transició dels 3 sistemes de notificació propis al sistema de notificació integrat

Atenció Centrada en la Persona:

Impulsar la participació del pacient en les estratègies de millora de la qualitat (alfabetització sanitària, experiència, percepció i cultura de seguretat)

- Promoure la participació activa dels pacients en les pràctiques segures, grups de millora, pilotatges d'eines i material.
- Promoure l'ús de Bústies de suggeriments, consultes, queixes i reclamacions
- Consolidar l'avaluació i establiment de millores a partir dels resultats de la percepció i cultura de seguretat a tota l'organització, utilitzant enquestes de percepció i experiència del pacient validades

Efectivitat:**Proporcionar suport per reduir la variabilitat clínica, fomentar la implicació professional i el treball en equip**

- Impulsar i proporcionar suport metodològic e les pràctiques basades amb recomanacions i evidència que contribueixin a reduir la variabilitat a la pràctica a través de grups de millora. Pel que fa a:
 - La detecció precoç del risc d'empitjorament
 - L'atenció del pacient respiratori
 - Compliment del nou pla terapèutic
 - Programa d'acollida del pacient
 - Estudiar l'efectivitat de l'àcid zoledrònic en la Osteoporosis
- Avaluar i fer Seguiment dels indicadors d'efectivitat clínica dels diferents informes (Contracte Programa, CSUR entre altres)
- Participar en el projecte RD-CODE per disposar eventualment d'un sistema de classificació estandarditzat de les Malalties Minoritàries Neuromusculars, en el context de la unitat d'expertesa clínica (UEC) en malalties minoritàries neuromusculars

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

Motivació:

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

Objectius:

- Identificar i prioritzar noves estratègies de millora de la qualitat i eines basades en evidència, recomanacions d'organitzacions de prestigi que facilitin la **gestió del canvi**
- Integrar, transversalitzar i consolidar **estratègies de millora de la qualitat ja existents** que donin resposta una mateixa necessitat
- Millorar l'accessibilitat a la revisió i edició de la documentació formalitzada

Justificació:

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

Per altra banda, la valoració del *grau de dificultat de la definició i desenvolupament dels instruments* que es volen implementar també és un aspecte clau que cal tenir en compte a l'hora de planificar. El nivell de dificultat sembla ser que està correlacionat amb l'abast dels projectes i la existència prèvia o absència d'eines per a la implementació d'aquestes. A més, també influeix el nombre de persones implicades, la necessitat d'equipaments i recursos, la

informació de dades, la gestió del projecte i les habilitats i competències per desenvolupar o definir les estratègies entre altres. Els projectes són més complexos quan les estratègies o iniciatives de millora no disposen d'eines o metodologies a seguir, perquè requereixen de la creació o disseny d'aquestes per assolir els objectius. La manca d'eines adequades dificulta la efectivitat de les millores a la pràctica clínica.

Per tant, en primer lloc cal fer una valoració del grau de dificultat de la implementació de les accions a partir de *l'abast* d'aquestes, és a dir, si afecten a tota l'organització (nivell macro), un servei o àmbit (nivell meso) o a un equip o individu (micro) i per l'altra banda es valorarà el grau de complexitat de les estratègies a implementar segons si es tracta d'una eina o intervenció ja existent o cal crear-la de nou.

A continuació se'n llisten alguns exemples d'aquestes, molts de les quals ja estan posats en marxa a l'Institut Guttmann:

A nivell de sistema (macro):

- Informes de resultats de qualitat per a tercers (finançadors i entitats avaluadores)
- Participació en benchmarking de resultats (VINCAT, QCSP, MSIQ, CSUR entre altres)
- Preparació i realització d'avaluacions externes, acreditacions, certificacions ^{12,17,18}

A nivell d'organització (meso):

- Eines clíniques de suport a la presa de decisions (Pla terapèutic, detecció precoç del risc d'empitjorament...)
- Eines de transferència d'informació estructurada entre professionals (handover)
- Guies de Pràctica Clínica, procediments i protocols d'actuació,
- Trajectòries Clíniques
- Instrumens de revisió i anàlisi del risc, d'esdeveniments adversos, mortalitat; trasllats urgents) i vigilància activa (infecció, de l'ús racional d'antibiòtics) ...)
- Checklists (ie: quirúrgic, checklist de seguretat a domicili, ...)
- Eines Audit, Seguiment i Feedback de resultats

A nivell, individu (professional, pacient) (micro):

- Enquestes de Percepció, Satisfacció, Experiència i Clima
- Eines de Formació i Educació
- Eines que facilitin la participació del pacient en el pilotatge de noves eines (fulls informatius, enquestes entre altres) per valorar l'adequació del text al nivell d'alfabetització o Health Literacy amb l'objectiu de garantir que la informació proporcionada està absent de tecnicismes i de fàcil lectura per a persones que no estan familiaritzades amb la terminologia sanitària.

5. Informació per a la gestió i avaluació de la qualitat de l'atenció

Motivació:

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

Objectius:

- Elaborar **quadres de comandament i eines de seguiment** per facilitar la gestió i presa de decisions als diferents responsables de procés, acreditacions i la direcció
- Vetllar i garantir la **qualitat de la informació** i transparència de resultats
- Consolidar la cultura d'avaluació, millora i presa de decisions en base a resultats en tots els processos. Potenciant l'ús d'eines o sistemes d'informació.
- Automatitzar sempre que sigui possible la informació de resultats que pot donar resposta a diferents necessitats (SIIG)

Justificació:

Sense disposar d'informació fiable, és molt difícil objectivar quins son els elements que fallen i per tant per tant corregir-los per garantir alts nivells de qualitat en aquests. Per altra banda, la recollida de dades, requereix d'un esforç i temps considerable i necessari per a l'avaluació de la qualitat. En aquest sentit, la posada en marxa el 2015-2016, del Sistema d'Informació per a la Gestió (SIIG) ha estat un avenç tecnològic important i una fita clau en la gestió i millora de la qualitat al centre, que ha permès avançar en la mesura, avaluació i millora contínua en base a resultats i concretament per:

- Millorar el Rigor, traçabilitat i reproduïbilitat i transparència,
- Automatitzar indicadors
- Optimitzar del temps de recollida de dades per a l'avaluació i millora a través del mòdul de qüestionaris.
- Integrar i Unificar criteris (metadades) per donar resposta a diversos requeriments externs(1 indicador per varis ACR)
- Facilitar la consulta de resultats ràpid i presa de decisions de manera àgil mitjançant el mòdul d'informes
- Facilitar l'avaluació continuada i cicle de la millora en base a resultats a tots els processos de l'hospital per part de diferents grups de millora des de la mateixa eina (audit i feedback)
- Integrar la possibilitat de fer revisions d'avaluació qualitativa

Per mes informació consultar:

- [Sistema Integrat d'Informació per a la Gestió i Avaluació a l' Institut Guttmann \(SIIG\)](#)
- ["Automatització dels indicadors de seguretat del pacient: avançant cap a un sistema de gestió de la qualitat eficient i integrat"](#) ¹³

6. Estructura Organitzativa: Identificació i Participació de lideratges i responsables en les estratègies de qualitat.

Motivació:

Reforçar l'àrea de qualitat per dinamitzar i consolidar els estàndards de millora a tota l'organització.

Objectius:

- Identificar lideratges o “referents clau” implicats en la definició, posada en marxa, avaluació i consolidació de les estratègies de la millora continua de la qualitat i seguretat dels diferents processos a través de comitès participatius i grups de millora.

Justificació:

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

Malgrat la qualitat es transversal i afecta a tota l'organització, els òrgans que més directament estan implicats en l'àmbit de la qualitat son:

Direcció, Direcció Assistencial i Gerència

Àrea de Qualitat i Seguretat del Pacient

Comitès Participatius en el Pla de Qualitat

Grups de Millora de la Seguretat del Pacient

Altres Grups de Millora

Referents clau de Qualitat de cada àmbit i procés

G. AVALUACIÓ

El pla s'avalua a partir dels resultats d'assoliment que consten en les memòries anuals dels programes de qualitat.

- Programa i Memòria Anual de Qualitat 2020
- Programa i Memòria Anual de Qualitat 2021
- Programa i Memòria Anual de Qualitat 2022

Veure el *Annex 4* dels fets mes rellevants i fites assolides en els 6 programes de qualitat desplegats durant el Pla Estratègic 2014-2019.

H. ALTRES DOCUMENTS RELACIONATS

Pla Estratègic 2020-2025

Política de qualitat 2014-2019: <https://www.guttmann.com/ca/politica-qualitat>

Pla de qualitat 2014-2017

Programes de Qualitat: 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019

Memòries de Qualitat: 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019

Protocol SIIG

Gestió documental

Gestió i Anàlisi del risc

Protocols de pràctiques segures

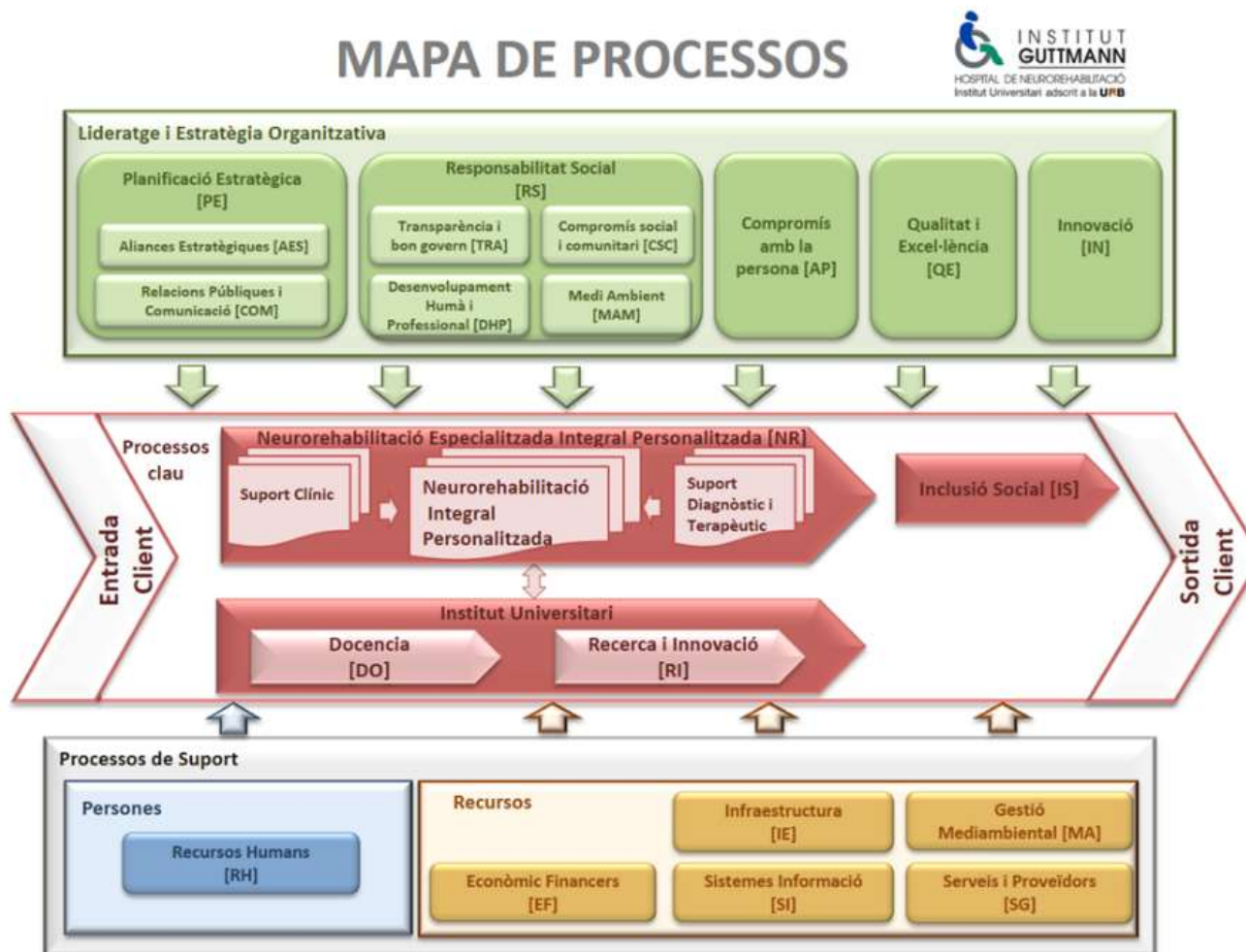
I. REFERÈNCIES

1. World Health Organization. Regional Office for Europe EO on HS and P, Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. *Improv Healthc Qual Eur.* 2019;419. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. *To err is human : building a safer health system.*
3. Costs of unsafe care and cost effectiveness of patient safety programmes. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2016_costs_psp_en.pdf. Accredited maig 27, 2018.
4. Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management: A meta-analysis. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014;27(6):544-558. doi:10.1108/IJHCQA-07-2013-0082
5. Alzoubi MM, Hayati KS, Rosliza AM, Ahmad AA, Al-Hamdan ZM. Total quality management in the health-care context: Integrating the literature and directing future research. *Risk Manag Healthc Policy.* 2019;12:167-177. doi:10.2147/RMHP.S197038
6. Moore L, Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system. En: *Journal of Trauma and Acute Care Surgery.* Vol 78. ; 2015:1168-1175. doi:10.1097/TA.0000000000000663
7. Zepeda-Lugo C, Tlapa D, Baez-Lopez Y, et al. Assessing the impact of lean healthcare on

- inpatient care: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):1-24. doi:10.3390/ijerph17155609
8. Paper W. Institute for Healthcare Improvement: Comparing Lean and Quality Improvement. 2014. <http://www.ihl.org/education/ihopenschool/resources/Pages/Activities/WhatHappenedtoJosieKing.aspx>.
 9. van Schoten S, de Blok C, Spreeuwenberg P, Groenewegen P, Wagner C. The EFQM Model as a framework for total quality management in healthcare. *Int J Oper Prod Manag*. 2016. doi:10.1108/IJOPM-03-2015-0139
 10. Seven ways to improve quality and safety in hospitals An evidence based guide. http://www.duque.eu/uploads/DUQuE_Seven_Ways_To_Improve_Quality_And_Safety_2014.pdf. Accedit setembre 17, 2017.
 11. Sunol R, Wagner C, Arah OA, Shaw CD. Evidence-based organization and patient safety strategies in European hospitals. *Int J Qual Heal Care S1 Int J Qual Heal Care*. 2014;26(S1):47-55. doi:10.1093/intqhc/mzu016
 12. Generalitat De Catalunya. ACREDITACIÓ DE CENTRES D ' ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA A CATALUNYA. Vol. I. 2005;l:193.
 13. 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. *Ann Med Clínica*. 2018;101:22-26.
 14. Moore L, Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Donabedian's structure-process-outcome quality of care model. *J Trauma Acute Care Surg*. 2015;78(6):1168-1175. doi:10.1097/TA.0000000000000663
 15. Taylor-Adams S, Vincent C, Hewett D, et al. SYSTEMS ANALYSIS OF CLINICAL INCIDENTS THE LONDON PROTOCOL. https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/surgery-cancer/pstrc/londonprotocol_e.pdf. Accedit juny 13, 2018.
 16. Kubiak TM. Operational definitions: Survey Analysis for Evaluating Risk (SAFER). *Qual Prog*. 2013;46(8):51-53. doi:10.3102/00028312001003183
 17. Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):280. doi:10.1186/S12913-015-0933-X
 18. Keiler R, Jorgenson C, Fry HM, et al. *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals Including Standards for Academic Medical Center Hospitals.*; 2021. <https://www.jointcommissioninternational.org>.

J. ANNEXOS

Annex 1. Mapa de processos



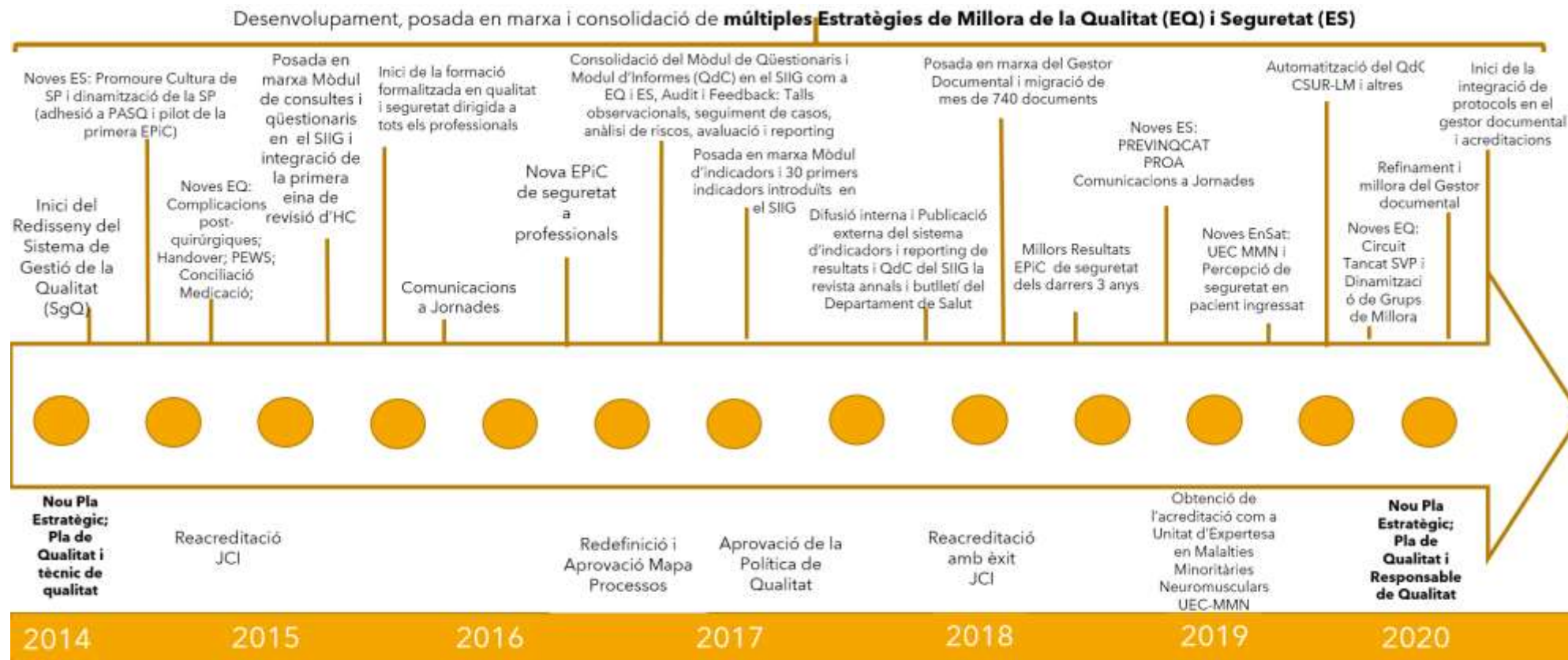
Annex 2. Com interactuen les línies del pla de qualitat amb els principis bàsics de la qualitat total i els seus atributs o dimensions



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



Annex 4. Fets Rellevants i Principals resultats del Pla de Qualitat 2014-2019



Abreviatures: **JCI:** Joint Commission International; **CSUR-LM:** Centro, Servicios i Unidades de Referencia de la lesión medular compleja; **UEC-MMN:** Unitat d'Expertesa en Malalties Minoritàries Neuromusculars; **PREVINQCAT:** Programa de prevenció de la infecció post-quirúrgica; **SVP:** Sondatge Vesical Permanent; **QdC:** Quadre de Comandament; **PROA:** Programa d'Optimització i Us dels Antibiótics; **EnSat:** Enquestes de Satisfacció; **EPiC:** Enquesta de Percepció i Cultura; **ES:** Estratègies de Seguretat; **PASQ:** Projecte Europeu per a la millora de pràctiques segures al que ens adherim per promoure la Conciliació de la Medicació i la Detecció Precoç del Risc d'Empitjorament en el Pacient Pediàtric (PEWS); **SP:** Seguretat Pacient; **HC:** Histories Clíniques.

EQ: Estratègies de Qualitat. Es tracta d'intervencions o instruments per millora a la continua dels processos i consolidar la qualitat. Es tracta d' eines de presa de decisions, comunicació efectiva, checklists, eines d'audit i feedback de resultats, informes i quadres de comanament automatitzats, eines de revisió i anàlisi del risc, enquestes entre altres (per mes informació veure memòries de qualitat 2014-2019); **PASQ:** Projecte Europeu per a la Millora de pràctiques segures

SIIG: Sistema Integrat d' Informació per a la Gestió que permetrà fer un avenç important en la millora continua en base a resultats a l'organització (a través d' un sistema d'indicadors i quadres de comandament integrats en el SGQ així com en l'aplicació d'estratègies de qualitat com son els seguiment i revisió de casos, l'Audit, el Feedback