

**Qüestionari d'autoevaluació del Programa
D'Accreditació d'Hospitals General**

BOIB (n.º 38, de 25 de març de 2023)

Nom del centre: _____
Domicili: _____
CP: _____ Població: _____
Telèfon: _____ FAX: _____ e-mail: _____

Categoria I. Lideratge i estratègia

1.1. Es disposa i es comunica la missió, la visió i els valors de l'organització. (Obligatori)

1.2. S'elabora i es comunica una política de qualitat i seguretat des d'un enfocament no punitiu i de millora continuada. (Obligatori)

1.3. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees fomenten iniciatives en matèria de qualitat i seguretat de pacients. (Obligatori)

1.4. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees es comprometen en la promoció en matèria de seguretat de les persones que treballen en l'organització. (Obligatori)

1.5. L'equip directiu s'implica en activitats encaminades a la responsabilitat social corporativa. (Recomanable)

1.6. Hi ha una estructura organitzativa que defineix, revisa i actualitza de forma sistemàtica la política de qualitat i seguretat. (Obligatori)

1.7. El gerent o el director mèdic o assistencial és el màxim responsable de l'estructura organitzativa. (Obligatori)

1.8. Es defineixen les responsabilitats en els diferents processos que tenen lloc a l'organització. (Recomanable)

1.9. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees de l'organització participen en el reconeixement dels professionals que s'impliquen en la millora de la qualitat i seguretat dels pacients. (Recomanable)

1.10. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees promouen una cultura per a la innovació, la formació, la comparació i millora, etc. (Recomanable)

1.11. Els directius participen en el desenvolupament d'un pla d'emergències i d'evacuació. (Obligatori)

1.12. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees s'impliquen i avaluen el compliment de la normativa sobre la Llei d'autonomia del pacient i la Llei orgànica de protecció de dades. (Obligatori)

1.13. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees fomenten l'ús de metodologia basada en l'evidència científica i l'avaluació de la variabilitat de la pràctica clínica. (Obligatori)

1.14. L'organització fomenta l'atenció a « la veu dels pacients» i l'opinió dels professionals. (Obligatori)

1.15. Els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees comuniquen els serveis i els compromisos de qualitat (p. ex., cartes de compromisos). (Recomanable)

1.16. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees impulsen l'aportació d'accions de millora que sorgeixen de les persones a càrrec seu. (Recomanable).

1.17. L'organització disposa i avalua un pla estratègic consensuat en què es tenen en compte les necessitats de salut de la població, la satisfacció dels pacients, la satisfacció dels treballadors, els indicadors assistencials, etc. (Obligatori)

1.18. Els directius, els caps de servei o unitat, els responsables d'infermeria i altres responsables de gestió d'àrees participen en la identificació de les expectatives i necessitats de tots els grups d'interès. (Obligatori)

1.19. Es disposa d'un pla de qualitat i seguretat. (Obligatori)

**1.20. Es disposa de mecanismes per assegurar la participació activa de la ciutadania.
(Obligatori)**

**1.21. Es desenvolupen accions de promoció de la salut i d'hàbits saludables.
(Obligatori)**

1.22. El centre hospitalari defineix i aplica una estratègia per a l'atenció integral de pacients fràgils i vulnerables i dels seus cuidadors amb una mirada pal·liativa. (Obligatori)

1.23. L'organització disposa d'un pla d'humanització. (Obligatori)

1.24. Es defineixen objectius relatius a la qualitat i la seguretat dels pacients amb els professionals dels serveis mitjançant pactes de gestió i s'estableixen indicadors per al seguiment d'aquests. (Recomanable)

1.25. Els directius de l'organització participen en l'elaboració i l'avaluació d'un pla que garanteix la continuïtat assistencial intranivells i internivells. (Obligatori)

1.26. Es disposa d'indicadors per monitorar les estructures, els processos i els resultats clínics i de gestió de l'organització. (Obligatori)

1.27. S'utilitzen els resultats dels indicadors de qualitat com a elements de millora continuada. (Obligatori)

1.28. S'inclouen els indicadors clau en el quadre de comandament de l'hospital per a l'avaluació i les propostes de millora. (Obligatori)

1.29. Es disposa i es remet a la Conselleria de Salut i Consum un informe o memòria anual d'activitats lligades al marc de qualitat o acreditació. (Obligatori)

1.30. S'identifiquen, conforme a l'estratègia, els processos clau de l'organització. (Recomanable)

Categoria II. Persones

2.1 Es disposa i es comunica a l'organització una política de recursos humans adequada per a la prestació d'una assistència de qualitat. (Obligatori)

2.2 Es disposa d'un pla de recursos humans en què s'analitzen les necessitats actuals i futures de recursos humans, tenint en compte les necessitats i les expectatives dels grups d'interès. (Recomanable)

2.3 Es defineixen els perfils professionals i les competències necessàries per dispensar la millor assistència. (Obligatori)

2.4 Es disposa d'un sistema d'avaluació de l'acompliment. (Recomanable)

2.5 Es disposa d'un sistema de retribució i incentivació lligat al rendiment. (Recomanable)

2.6 Es duen a terme enquestes de satisfacció autoritzades, comparables i representatives, i se'n comuniquen els resultats. (Obligatori)

2.7 Se supera el percentatge de treballadors amb discapacitat exigida per la normativa. (Recomanable)

2.8 Es disposa de mecanismes per als treballadors que els permetin opinar sobre els seus caps i directius. (Recomanable)

2.9 Es disposa d'un reglament de règim interior aprovat i conegut. (Obligatori)

2.10 Es disposa d'un pla actualitzat de prevenció de riscos laborals i estrès professional i d'atenció a segones víctimes. (Obligatori)

2.11 Es disposa d'un pla de lluita contra les agressions als professionals. (Obligatori)

2.12 S'identifiquen les titulacions i les especialitats dels professionals sanitaris de l'organització i es disposa d'un procediment per actualitzar-les. (Obligatori)

2.13 Es disposa d'un pla de formació continuada. (Obligatori)

2.14 Es disposa d'una estratègia de formació sanitària especialitzada i de pregrau. (Recomanable)

2.15 Es garanteix i es fomenta l'accés dels professionals als programes de formació continuada sobre qualitat. (Obligatori)

2.16 Es disposa d'un pla de formació i d'integració dels professionals de nova incorporació. (Obligatori)

2.17 S'avalua l'impacte dels programes de formació i desenvolupament de les persones. (Recomanable)

2.18 Es disposa de mecanismes de comunicació interna ascendent i descendent. (Obligatori)

2.19 Es fomenten estructures i mecanismes de participació dels professionals en la definició dels objectius. (Obligatori)

2.20 Es disposa de comissions i reglaments d'aquells òrgans participatius amb funció assessora que permeten tractar aspectes com la qualitat, la seguretat, la bioètica, etc. (Obligatori)

2.21 Es disposa d'un sistema de reconeixement i recompensa per als professionals que participen en la millora de la qualitat i en el compliment dels objectius. (Recomanable)

2.22 L'organització disposa de mecanismes de sanció. (Recomanable).

2.23 Hi ha establert i s'aplica un sistema de beneficis socials i altre tipus de beneficis per als treballadors. (Recomanable)

2.24 Es disposa de recursos humans necessaris per garantir la presència física durant l'horari d'assistència. (Obligatori)

2.25 Es disposa de sistemes d'informació que permeten controlar l'absentisme i el grau de cobertura de la plantilla teòrica. (Obligatori)

Categoria III. Aliances i recursos

3.1 Es disposa d'una política per establir aliances amb altres organitzacions. (Obligatori)

3.2 L'organització planifica les activitats de comparació de l'activitat assistencial (*benchmarking*) per tal de permetre la comparabilitat externa. (Recomanable)

3.3 Es disposa d'un procediment per adquirir material, basat en l'evidència científicotècnica i en la seguretat. (Obligatori)

3.4 Es disposa d'una sistemàtica per assegurar la certificació de qualitat dels productes sanitaris. (Obligatori)

3.5 Es disposa d'un pla per millorar les relacions amb els proveïdors. (Recomanable)

.

3.6 S'inclouen com a elements indispensables en les compres de mobiliari els sistemes de seguretat i de contenció per prevenir les lesions dels pacients. (Obligatori)

3.7 Es disposa d'un pla de seguretat actualitzat per a l'edifici en relació amb les catàstrofes (incendi, explosió, etc.) en què es defineix la senyalització i l'evacuació dels treballadors i dels pacients. (Obligatori)

3.8 Es disposa d'un programa de control dels aparells i dels equips d'electromedicina. (Obligatori)

3.9 Es dissenya el centre tenint en compte els criteris d'accessibilitat, adaptabilitat i seguretat d'usuaris, familiars i personal. (Obligatori)

3.10 Es dissenyen els nous espais de manera que faciliten la intimitat, la confidencialitat i el confort (temperatura, humitat, qualitat de l'aire, lluminositat, etc.). (Obligatori)

3.11 Es disposa d'àrees de dol per a familiars i acompanyants. (Obligatori)

3.12 Es disposa d'un pla de manteniment de l'edifici i les instal·lacions. (Obligatori)

3.13 Es controlen les caducitats i les condicions d'emmagatzematge de material fungible i fàrmacs que s'emmagatzemen a les unitats. (Obligatori)

3.14 Es disposa d'un sistema de control i gestió de medicaments, productes sanitaris i altres productes farmacèutics que assegura la disponibilitat d'existències per prestar l'assistència sanitària. (Obligatori)

3.15 L'organització disposa d'un pressupost anual d'ingressos i despeses alineat amb els objectius. (Obligatori)

3.16 S'assegura la transparència de l'organització quant a l'activitat i els resultats assistencials. (Recomanable)

3.17 S'identifiquen les condicions d'accessibilitat al centre (transport públic, places de pàrquing de pagament i gratuïtes, etc.). (Recomanable)

3.18 El centre disposa d'un pla d'inversions a curt, mitjà i llarg termini. (Recomanable)

3.19 Es disposa d'una pòlissa vigent d'assegurança o autoassegurança que cobreix els riscos d'indemnitzacions en cas de sinistres i lesions a usuaris per la praxi professional, negligència o errades en l'organització. (Obligatori)

3.20 Es disposa de circuits diferenciats per al transport intern de material brut i net. (Obligatori)

3.21 Es disposa de mitjans que assegurin una continuïtat del subministrament d'aigua, energies i comunicacions. (Obligatori)

**3.22 Es disposa d'un pla per atendre les necessitats d'informació pròpies i alienes.
(Obligatori)**

**3.23 Es compleix la normativa vigent per protegir les dades de caràcter personal.
(Obligatori)**

**3.24 Es disposa d'un procediment per garantir la seguretat dels béns personals dels
pacients. (Obligatori)**

3.25 Es disposa d'un pla de minimització de l'impacte ambiental. (Obligatori)

Categoria IV. Metodologia

4.1 Es disposa de la cartera de serveis identificada, comunicada i autoritzada per l'autoritat competent. (Obligatori)

4.2 S'identifiquen els processos, els processos clau i els subprocessos de l'organització, en els quals es detallen l'itinerari dels pacients de les activitats d'urgències, l'activitat ambulatoria, l'hospitalització, l'atenció quirúrgica i les proves complementàries. (Recomanable)

4.3 S'identifiquen, per als processos clau, els elements d'entrada d'aquests, incloent-hi la competència professional, la documentació associada, l'equipament que s'ha d'utilitzar i els requeriments associats a l'ambient de treball. (Recomanable)

4.4 S'identifiquen els processos assistencials susceptibles d'aplicar-hi una metodologia d'innovació de processos. (Recomanable)

4.5 Es disposa i s'implanta un protocol únic per a la identificació inequívoca de pacients. (Obligatori)

4.6 Durant el procés assistencial es té identificada la persona responsable de l'atenció. (Obligatori)

4.7 Es disposa de procediments d'acolliment dels pacients a les unitats d'hospitalització. (Obligatori)

4.8 S'assegura el compliment de la Llei d'autonomia del pacient pel que fa al contingut i a la gestió de la història clínica. (Obligatori)

4.9 S'obté el consentiment informat per escrit en els casos d'intervenció quirúrgica, procediments diagnòstics i terapèutics invasors i, en general, en els procediments que suposin riscos o inconvenients de notòria i previsible repercussió negativa sobre la salut del pacient. (Obligatori)

4.10 Es disposa de mecanismes que permetin identificar els pacients que han fet una declaració de voluntats anticipades. (Obligatori)

4.11 Es disposa i s'implanta un protocol d'atenció a persones amb necessitats pal·liatives. (Obligatori)

4.12 Es disposa i s'implanta un protocol per al maneig de pacients amb dolor. (Obligatori)

**4.13 Es disposa i s'implanta un protocol de prevenció de caigudes de pacients.
(Obligatori)**

4.14 Es disposa i s'implanta un protocol o guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de les lesions per pressió. (Obligatori)

4.15 Es disposa i s'implanta un protocol per identificar i conciliar els tractaments previs dels pacients. (Obligatori)

4.16 Es disposa i s'implanten procediments documentats per al control i l'aïllament de pacients. (Obligatori)

4.17 Es disposa i s'implanta un procediment per a la indicació de contenció mecànica. (Obligatori)

4.18 Es disposa d'un pla de reducció de les infeccions. (Obligatori)

4.19 Es disposa de procediments per a l'actuació davant possibles epidèmies. (Obligatori)

4.20 S'apliquen les guies de pràctica clínica del Sistema Nacional de Salut o autonòmiques. (Recomanable)

4.21 Es disposa i s'implanta un procediment del procés quirúrgic. (Obligatori)

4.22 Es documenten i es desenvolupen vies clíniques. (Recomanable)

4.23 S'apliquen els estàndards i les recomanacions del Sistema Nacional de Salut. (Recomanable)

4.24 S'implanta un sistema de gestió de la sang i dels derivats. (Obligatori)

4.25 Es disposa i s'implanta un protocol de trasllat a altres hospitals de mitjana o llarga estada o a hospitals concertats. (Obligatori)

4.26 Es minimitza el temps de resposta en els processos assistencials prioritaris segons la normativa aplicable. (Obligatori)

4.27 Es disposa d'un pla de gestió que assegura el compliment dels registres sanitaris oficials. (Obligatori)

4.28 L'organització disposa de mecanismes per comunicar a l'autoritat sanitària corresponent la informació que sigui important per a estudis epidemiològics. (Obligatori)

4.29 Es disposa de mecanismes d'avaluació de la pràctica assistencial. (Obligatori)

4.30 Es disposa i s'implanta un protocol que assegura un correcte emmagatzematge i distribució de medicaments. (Obligatori)

4.31 Es disposa de procediments per prescriure, validar, dispensar i administrar medicaments. (Obligatori)

4.32 S'implanten sistemes automatitzats de prescripció i dispensació de medicaments. (Recomanable)

4.33 Es disposa d'una guia farmacoterapèutica. (Obligatori)

4.34 Es documenta la preparació de medicaments als serveis de farmàcia. (Obligatori)

4.35 S'implanten pràctiques per a l'ús segur de medicaments. (Obligatori)

4.36 S'implanta un sistema de notificació i anàlisi d'esdeveniments adversos o incidents, anònim, no punitiu i àgil, i es treballa amb metodologia de gestió de riscos. (Obligatori)

4.37 Es disposa i s'implanten mecanismes d'identificació i seguiment d'al·lèrgies i intoleràncies dels pacients. (Obligatori)

4.38 Es codifiquen tots els diagnòstics i procediments mitjançant la versió oficial que estableix el Comitè Tècnic del CMBD del Sistema Nacional de Salut, d'acord amb la normativa vigent aplicable. (Obligatori)

4.39 S'emet un informe d'alta amb tota la informació requerida. (Obligatori)

4.40 S'emet un informe de cures d'infermeria en el moment de l'alta. (Recomanable)

4.41 S'identifiquen els processos no assistencials i els fluxos d'activitat i documentació o informació associats dels processos que detallen la gestió de les cites, els ingressos, la programació quirúrgica i la llista d'espera i dels processos de suport assistencial. (Recomanable)

4.42 Es disposa d'un procediment per protegir pacients en casos de violència de gènere o altres. (Obligatori)

4.43 S'introdueixen millores en els processos d'acord amb les necessitats i expectatives dels pacients o grups d'interès. (Obligatori)

4.44 Es fan auditories periòdiques per analitzar els processos definits. (Recomanable)

4.45 Es disposa i s'implanta una sistemàtica per elaborar, revisar i actualitzar tots els protocols assistencials, guies de pràctica clínica i processos assistencials. (Obligatori)

**4.46 Es disposa d'un sistema d'informació i de comunicació per a pacients i usuaris.
(Obligatori)**

**4.47 Es disposa i s'implanta un protocol d'informació a pacients i a familiars.
(Obligatori)**

**4.48 Es disposa de programes de formació específics per a pacients i cuidadors amb la finalitat d'aconseguir-ne la participació activa en les decisions i els processos d'atenció.
(Recomanable)**

4.49 Es disposa i s'implanta un protocol d'actuació per a la informació i la comunicació dels pacients amb discapacitats sensorials. (Obligatori)

4.50 Es disposa i s'implanta un pla d'atenció telefònica. (Obligatori)

4.51 Es facilita l'accés a la història clínica a la ciutadania. (Obligatori)

4.52 Es fan enquestes de satisfacció i experiència de pacients i ciutadans mitjançant un sistema autoritzat, validat i representatiu. (Obligatori)

4.53 Es disposa d'altres mitjans per obtenir informació relativa a la satisfacció de pacients. (Recomanable)

4.54 Hi ha establert un sistema que permet a pacients i ciutadans fer suggeriments i reclamacions. (Obligatori)

4.55 El centre hospitalari promociona la donació voluntària de sang i les fraccions d'aquesta, així com la d'òrgans i teixits. (Obligatori)

4.56 Es disposa d'un pla de desenvolupament de l'R+D+I. (Obligatori)

4.57 Es desenvolupen mètodes de control de l'activitat que es du a terme als laboratoris. (Obligatori)

**4.58 Es desenvolupen mètodes de control de l'activitat de les unitats de diàlisi.
(Obligatori)**

4.59 Es disposa de mitjans que assegurin una alimentació adequada i segura per a l'atenció del pacient, els quals recullen aspectes dietètics, culturals, religiosos, etc., i tenen en compte l'estat de salut i el risc de malnutrició del pacient. (Obligatori)

Categoria V. Resultats

Resultats: persones

5.1-1. Es quantifiquen i s'avaluen els recursos humans de l'organització. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Nombre de facultatius.
- Nombre d'infermers.
- Nombre de TCAE.
- Nombre de tècnics sanitaris.
- Nombre de personal no sanitari.
- Nombre de personal de direcció.
- Nombre de treballadors.

5.1-2. Es quantifica i s'avalua la participació i la satisfacció dels treballadors. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Índex de satisfacció
 - Relacions amb el comandament.
 - Relacions interpersonals.
 - Participació.
 - Formació.
 - Promoció.
 - Retribució.
 - Organització del treball.
 - Confort del lloc de treball.
 - Seguretat laboral.
 - Informació rebuda.
 - Reconeixement.
- Nombre de queixes.
- Nombre de suggeriments.

5.1-3. Es quantifica i s'avalua l'absentisme i les baixes laborals. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Taxa de malalties professionals.....
- Taxa de dies perduts.....
- Taxa d'absentisme.....

5.1-4. Es quantifiquen i s'avaluen els accidents laborals. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Nombre d'accidents de treball mortals en jornada.....
- Nombre d'accidents de treball greus en jornada.....
- Nombre d'accidents de treball lleus en jornada.....
- Nombre d'accidents de treball mortals in itinere.....
- Nombre d'accidents de treball greus in itinere.....
- Nombre d'accidents de treball lleus in itinere.....
- Nombre d'accidents biològics.....

5.1-5. Es quantifiquen i s'avaluen les agressions patides pels professionals. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Nombre d'agressions físiques a professionals.....
- Nombre d'agressions simbòliques a professionals.....
- Nombre d'agressions materials a professionals.....

5.1-6. Es quantifica i s'avalua la distribució del personal. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Percentatge de personal fix total.....
- Percentatge de personal temporal total.....
- Percentatge de personal fix en Urgències.....
- Percentatge de personal temporal en Urgències.
- Percentatge de personal fix en Unitat de Medicina Intensiva.....
- Percentatge de personal temporal en Unitat de Medicina Intensiva.....
- Percentatge de personal fix en Unitat de Medicina Intensiva Pediàtrica.....
- Percentatge de personal temporal en Unitat de Medicina Intensiva Pediàtrica.....
- Percentatge de personal fix en Neonatologia.....
- Percentatge de personal temporal en Neonatologia.

5.1-7. Es quantifica i s'avalua l'oferta i l'ús dels beneficis socials. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Nombre de persones acollides a la reducció de jornada.
- Nombre de persones acollides a ajudes a fills.
- Nombre de persones acollides al complement de pensió.
- Nombre de persones acollides a ajudes a estudis.....
- Nombre de persones acollides a ajudes a malalties.....

5.1-8. Es quantifica i s'avalua l'oferta i la participació dels professionals en formació. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Nombre de cursos impartits al personal mèdic.
- Nombre d'hores impartides al personal mèdic.
- Nombre de personal mèdic amb formació continuada.
- Nombre de cursos impartits al personal d'infermeria.....
- Nombre d'hores impartides al personal d'infermeria.
- Nombre de treballadors d'infermeria amb formació continuada.
- Nombre de cursos impartits a TCAE.....
- Nombre d'hores impartides a TCAE.....
- Nombre de TCAE amb formació continuada.
- Nombre de cursos impartits a personal no sanitari.
- Nombre d'hores impartides a personal no sanitari.
- Nombre de personal no sanitari amb formació continuada.
- Import destinat a formació.
- Nombre de metges residents interns (MIR).
- Nombre de personal d'infermeria resident intern (IIR).
- Nombre d'altres interns residents (FIR, QUIR, BIR, PIR...).

5.1-9. Es quantifica i s'avalua la participació dels treballadors de l'organització en equips de millora. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Nombre d'hores de compensació per participar en grups de millora.
- Nombre de comitès i comissions.....
- Nombre de membres de la comissió o comitè.....
- Nombre d'assistents a la comissió o comitè.....

5.1-10. Es quantifica i s'avalua la política d'igualtat. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Percentatge de dones en plantilla.
- Percentatge de dones en càrrecs directius.....

Resultats: clients

5.2-1. Es quantifica i s'avalua la satisfacció dels pacients i familiars que acudeixen als centres hospitalaris. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Índex de satisfacció hospitalització
 - Informació general.
 - Informació donada pel personal (metge i infermeria).
 - Temps dedicat per personal mèdic i d'infermeria.
 - Tracte del personal (metge, infermeria i no sanitaris).
 - Intimitat.
 - Tranquil·litat.
 - Comoditat de l'hospital.
 - Qualitat del menjar.
 - Global en l'atenció.

- Índex de satisfacció consultes externes
 - Informació general.
 - Informació donada pel personal (metge i infermeria).
 - Temps dedicat per personal mèdic i d'infermeria.
 - Tracte del personal (metge, infermeria i no sanitaris).
 - Intimitat.
 - Tranquil·litat.
 - Comoditat de l'hospital.
 - Global en l'atenció.

- Índex de satisfacció CMA
 - Informació general.
 - Informació donada pel personal (metge i infermeria).
 - Temps dedicat per personal mèdic i d'infermeria.
 - Tracte del personal (metge, infermeria i no sanitaris).
 - Intimitat.
 - Tranquil·litat.
 - Comoditat de l'hospital.
 - Global en l'atenció.

- Índex de satisfacció urgències
 - Informació general.

- Informació donada pel personal (metge i infermeria).
- Temps dedicat per personal mèdic i d'infermeria.
- Tracte del personal (metge, infermeria i no sanitaris).
- Intimitat.....
- Tranquil·litat.....
- Comoditat de l'hospital.....
- Global en l'atenció.....

- Índex de satisfacció proves complementaries
 - Informació general.
 - Informació donada pel personal (metge i infermeria).
 - Temps dedicat per personal mèdic i d'infermeria.
 - Tracte del personal (metge, infermeria i no sanitaris).
 - Intimitat.....
 - Tranquil·litat.....
 - Comoditat de l'hospital.....
 - Global en l'atenció.....

- Índex de satisfacció Hospital de dia
 - Informació general.
 - Informació donada pel personal (metge i infermeria).
 - Temps dedicat per personal mèdic i d'infermeria.
 - Tracte del personal (metge, infermeria i no sanitaris).
 - Intimitat.....
 - Tranquil·litat.....
 - Comoditat de l'hospital.....
 - Global en l'atenció.....

- Nombre de queixes.
- Nombre de reclamacions.
- Demora mitjana en la resolució de les reclamacions.
- Nombre de felicitacions.

5.2-2. Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat dels usuaris a les intervencions quirúrgiques. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Nombre de pacients en LEQ.....
- Nombre de pacients en espera quirúrgica per 1.000
habitants.
- Nombre de pacients en LEQ més de 180 dies.

- Nombre de pacients en LEQ entre 151 i 180 dies.
- Nombre de pacients en LEQ (cataractes).
- Nombre de pacients en espera quirúrgica per 1.000
habitants (cataractes).
- Nombre de pacients en LEQ més de 180 dies (cataractes).
- Nombre de pacients en LEQ entre 151 i 180 dies
(cataractes).
- Demora mitjana (cataractes).
- Espera mitjana (cataractes).
- Nombre de pacients en LEQ (cirurgia cardíaca).
- Nombre de pacients en espera quirúrgica per 1.000
habitants (cirurgia cardíaca).
- Nombre de pacients en LEQ més 180 dies (cirurgia
cardíaca).
- Nombre de pacients en LEQ entre 151 i 180 dies (cirurgia
cardíaca).
- Demora mitjana (cirurgia cardíaca).
- Espera mitjana (cirurgia cardíaca).
- Nombre de pacients en LEQ (cirurgia valvular).
- Nombre de pacients en espera quirúrgica per 1.000
habitants (cirurgia valvular).
- Nombre de pacients en LEQ més de 180 dies (cirurgia
valvular).
- Nombre de pacients en LEQ entre 151 i 180 dies (cirurgia
valvular).
- Demora mitjana (cirurgia valvular).
- Espera mitjana (cirurgia valvular).
- Nombre de pacients en LEQ (pròtesis de maluc).
- Nombre de pacients en espera quirúrgica per 1.000
habitants (pròtesis de maluc).
- Nombre de pacients en LEQ més de 180 dies (pròtesis de
maluc).
- Nombre de pacients en LEQ entre 151 i 180 dies (pròtesis
de maluc).
- Demora mitjana (pròtesi de maluc).
- Espera mitjana (pròtesi de maluc).
- Nombre de pacients en LEQ (pròtesis de genoll).
- Nombre de pacients en espera quirúrgica per 1.000
habitants (pròtesis de genoll).
- Nombre de pacients en LEQ més de 180 dies (pròtesis de
genoll).
- Nombre de pacients en LEQ entre 151 i 180 dies (pròtesis
de genoll).
- Demora mitjana (pròtesi de genoll).
- Espera mitjana (pròtesi de genoll).
- Percentatge de suspensions quirúrgiques degudes a
l'organització.

— Percentatge de suspensions assistencials quirúrgiques.....

5.2-3. Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat dels usuaris a les consultes amb els metges especialistes. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Nombre de pacients en LECC.
- Nombre de pacients en espera de consultes externes per 1.000 habitants.
- Nombre de pacients en LECC més de 60 dies.
- Nombre de primeres consultes.
- Percentatge de pacients derivats a altres centres per a primeres visites.....
- Freqüentació de consultes d'atenció especialitzada.....
- Índex de relació segona i primera consultes (ràtio 2/1).

5.2-4. Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat dels usuaris a les proves diagnòstiques. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Percentatge de pacients en LI amb més de 60 dies de demora per a proves complementàries.....
- Percentatge de pacients derivats a altres centres per a proves complementàries.
- Nombre de pacients en LI per a una colonoscòpia amb més de 60 dies de demora.
- Nombre de pacients en LE TAC amb més de 60 dies de demora.
- Nombre de pacients en LE RMN amb més de 60 dies de demora.
- Percentatge de reprogramacions de proves complementàries.....
- Percentatge de suspensions assistencials de proves complementàries.....

5.2-5. Es quantifica i s'avalua el temps d'espera dels processos oncològics més prioritaris. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Demora en processos oncològics de mama (interval derivació-diagnòstic).
- Demora en processos oncològics de mama (interval diagnòstic-tractament).....
- Demora en processos oncològics de còlon (interval derivació-diagnòstic).
- Demora en processos oncològics de còlon (interval diagnòstic-tractament).....
- Demora en processos oncològics de pulmó (interval derivació-diagnòstic).
- Demora en processos oncològics de pulmó (interval diagnòstic-tractament).....

5.2-6. Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat a urgències. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Percentatge de pacients que estan menys de 15 minuts entre donar dades en admissió i el triatge.
- Percentatge de pacients de nivell 1 que esperen menys de 7 minuts.
- Percentatge de pacients de nivell 2 que esperen menys de 15 minuts.
- Percentatge de pacients de nivell 3 que esperen menys de 45 minuts.
- Percentatge de pacients de nivell 4 que esperen menys de 120 minuts.
- Percentatge de pacients de nivell 5 que esperen menys de 240 minuts.

5.2-7. Es quantifica i s'avalua l'ús dels serveis sanitaris. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Freqüentació d'ingressos hospitalaris.....
- Taxes d'intervencions quirúrgiques.
- Taxes d'ús de tecnologia.....
- Estada mitjana preoperatòria per a cirurgia programada amb hospitalització convencional.....
- Estada mitjana preoperatòria per a cirurgia urgent amb hospitalització convencional.
- Taxa d'ambulatorització dels procediments quirúrgics.....
- Utilització bruta de quiròfans.....
- Freqüentació en hospitals de dia.....

5.2-8. Es quantifiquen i s'avaluen els reingressos globals i els de determinats procediments. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Taxa de reingressos.
- Taxa de reingressos al cap de 7 dies.
- Taxa de reingressos al cap de 30 dies.
- Taxa d'ingressos després de CMA.
- Taxa de reingressos urgents després de cirurgia programada.
- Taxa de reingressos postinfart.
- Taxa de reingressos urgents per asma.
- Taxa de reingressos urgents psiquiàtrics.
- Retorn a Urgències en 72 hores.....
- Retorn a Urgències en 72 hores amb ingrés.

5.2-9. Es quantifica i s'avalua la mortalitat global i la de determinats procediments. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Taxa de mortalitat.
- Taxa de mortalitat en resecció esofàgica.....
- Taxa de mortalitat en cirurgia reparadora d'aneurisma aòrtic abdominal.....
- Taxa de mortalitat en revascularització coronària.....
- Taxa de mortalitat en endoarteriectomia carotídia.
- Taxa de mortalitat en craniotomia.
- Taxa de mortalitat en pròtesi de maluc.
- Taxa de mortalitat en pancreatectomia.
- Taxa de mortalitat després d'angioplastia coronària.
- Taxa de mortalitat en infart agut de miocardi.
- Taxa de mortalitat en insuficiència cardíaca congestiva.....
- Taxa de mortalitat en accident cerebrovascular agut.
- Taxa de mortalitat en hemorràgia gastrointestinal.....
- Taxa de mortalitat després de fractura de maluc.
- Taxa de mortalitat en pneumònia.
- Taxa de mortalitat en asma en pacients en edat 5-39.....
- Taxa de mortalitat en urgències.
- Taxa de mortalitat perinatal.....
- Taxa de necròpsies.....
- Taxa de mortalitat després d'intervenció quirúrgica.....

5.2-10. Es quantifica i s'avalua la supervivència després del càncer. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Taxa de supervivència després de càncer de mama al cap d'un any.
- Taxa de supervivència després de càncer de còlon al cap d'un any.

- Taxa de supervivència després de càncer de pulmó al cap d'un any.
- Taxa de supervivència després de càncer de pròstata al cap d'un any.
- Taxa de supervivència després de càncer de mama al cap de 5 anys.
- Taxa de supervivència després de càncer de còlon al cap de 5 anys.
- Taxa de supervivència després de càncer de pulmó al cap de 5 anys.
- Taxa de supervivència després de càncer de pròstata al cap de 5 anys.

5.2-11. Es quantifica i s'avalua la supervivència del trasplantament d'òrgans al cap d'1 i de 3 anys. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Fetge
 - Taxa de supervivència després de trasplantament al cap d'1 any.
 - Taxa de supervivència després de trasplantament al cap de 3 anys.
- Ronyó
 - Taxa de supervivència després de trasplantament al cap d'1 any.
 - Taxa de supervivència després de trasplantament al cap de 3 anys.

5.2-12. Es quantifiquen i s'avaluen les complicacions i els resultats quant a la seguretat del pacient. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Taxa de complicacions.

- Taxa d'infecció nosocomial.....
- Úlceres de decúbit.....
- Pneumotòrax iatrogènic.....
- Infeccions relacionades amb la utilització de catèter.....
- Fractura postoperatoria de fèmur.....
- Trauma neonatal.....
- Dehiscència de ferida quirúrgica abdominopelviana en adults.....
- Cos estrany deixat accidentalment durant un procediment en adults.....
- Percentatge de sèpsies postquirúrgiques.....
- Sèpsia postquirúrgica en cirurgia abdominal.....
- Hemorràgia o hematoma postoperatori en adults.....
- Trombosi venosa profunda postquirúrgica.....
- Trombosi venosa profunda postquirúrgica en cirurgia de substitució de maluc o genoll.....
- Tromboembolisme pulmonar postquirúrgic.....
- Tromboembolisme pulmonar postquirúrgic en substitució de maluc i genoll.....
- Punció o esquinçament accidental en adults.....
- Trauma obstètric en part vaginal instrumentat.....
- Trauma obstètric en part vaginal no instrumentat.....
- Litres de preparat de base alcohòlica consumits.....
- Litres de preparat de base alcohòlica consumits en UCI.....
- Nombre de reaccions adverses a medicaments.....
- Nombre de pacients amb errors de medicació.....
- Taxa de reaccions transfusionals.....
- Nombre de caigudes.....
- Nombre de pacients sotmesos a cirurgia errònia.....

5.2-13. Es quantifica i s'avalua la variabilitat de la pràctica clínica i la pertinència de determinats procediments. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Percentatge de cesàries.....
- Percentatge de colecistectomia per laparoscòpia.....
- Percentatge d'histerectomies a dones menors de 35 anys.....
- Percentatge d'histerectomies per laparoscòpia.....
- Taxa de cirurgia conservadora en càncer de mama.....

- Percentatge de pacients amb fractura de maluc
intervinguts en les primeres 48 hores.
- Nombre d'altres de resecció d'aneurisma aòrtic
abdominal.
- Nombre d'altres de resecció esofàgica.
- Nombre d'altres de bypass coronari.
- Nombre d'altres d'endoarteriectomia carotídia.
- Nombre d'altres de pancreatectomia.
- Nombre d'altres d'angioplàstia coronària.
- Nombre d'altres de colecistectomia laparoscòpica (%).
- Nombre d'altres d'histerectomia.
- Nombre d'altres de pròtesi total de genoll.
- Nombre d'altres de pròtesi total de maluc.

**5.2-14. Es quantifiquen i s'avaluen les hospitalitzacions potencialment evitables.
(Recomanable)**

Indicadors vinculats:

- Taxa d'hospitalització de malaltia pulmonar obstructiva
crònica.
- Taxa d'hospitalització d'insuficiència cardíaca congestiva.
- Taxa d'hospitalització d'hipertensió arterial.
- Taxa d'hospitalització de pneumònia bacteriana.
- Taxa d'hospitalització d'infecció del tracte urinari.
- Diabetis incontrolada sense complicació.
- Complicacions agudes de la diabetis.
- Complicacions cròniques de la diabetis.
- Diabetis amb amputació d'extremitat inferior.
- Deshidratació aguda.
- Asma en adults joves (15-39 anys).

Resultats: societat

5.3-1 Es quantifica i s'avalua l'impacte ambiental. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- dB(A).....
- emissions atmosfèriques.....
- Kg de tipus I.....
- Kg de tipus II.....
- Kg de tipus III.....
- litres d'aigua.....
- kW h.....
- m³ de gas.....

5.3-2 Es quantifica i s'avalua el suport (econòmic, professional, logístic, etc.) que es dona a organitzacions humanitàries. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Nombre de persones dedicades a voluntariat.
- Nombre d'hores de formació a col·lectius de voluntariat.
- Import destinat a organitzacions humanitàries.....

5.3-3 Es quantifica i s'avalua el suport (econòmic, professional, logístic, etc.) que es dona a associacions de malalts. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Nombre d'associacions de malalts amb les quals es treballa.....

5.3-4 Es quantifiquen i s'avaluen els premis rebuts, els reconeixements i les certificacions relacionades amb la bona pràctica assistencial. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Nombre de premis oficials rebuts.
- Nombre de premis rebuts.
- Nombre de certificats rebuts.

5.3-5 Es quantifiquen i s'avaluen les queixes, les reclamacions judicials i les demandes patrimonials presentades per pacients i famílies, proveïdors, associacions, etc. (Recomanable)

5.3-6 Es quantifiquen i s'avaluen les aparicions i mencions en mitjans de comunicació nacionals o locals a conseqüència de les activitats rellevants. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Nombre d'aparicions en premsa.....
- Nombre d'aparicions en ràdio.....
- Nombre d'aparicions en televisió.
- Nombre de visites a la pàgina web.....

**5.3-7 Es quantifica i s'avalua la tasca de l'organització pel que fa a la investigació.
(Recomanable)**

Indicadors vinculats:

- Percentatge de pressupost destinat a recerca.....
- Nombre de publicacions en revistes indexades.....
- Nombre de comunicacions en congressos d'àmbit nacional.
- Nombre de comunicacions en congressos d'àmbit internacional.
- Nombre de ponències en congressos d'àmbit nacional.
- Nombre de ponències en congressos d'àmbit internacional.
- Nombre de projectes de recerca.
- Nombre de patents.

Resultats: clau

5.4-1 Es quantifica i s'avalua l'activitat que realitza el centre. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Nombre d'altres.
- Nombre d'intervencions quirúrgiques.
- Nombre d'intervencions en gabinets.
- Nombre d'urgències.
- Nombre de consultes externes.
- Nombre d'estades.
- Nombre d'estades a l'UCI.
- Nombre de parts.

5.4-2 Es quantifica i s'avalua l'accessibilitat general a l'assistència que es presta als centres hospitalaris. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Demora mitjana quirúrgica.
- Demora mitjana de primeres visites a Consultes Externes.
- Demora mitjana a proves complementàries.

5.4-3 Es quantifica i s'avalua l'estada mitjana. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Estada mitjana.
- Estada mitjana preoperatoria.

5.4-4 Es quantifica i s'avalua la complexitat que atén el centre hospitalari. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Índex de complexitat.

5.4-5 Es quantifica i s'avalua la gestió econòmica que fa el centre. (Obligatori)

Indicadors vinculats:

- Import de compres.....
- Import de variació d'existències.
- Import de serveis exteriors.
- Import de tributs.
- Import de despeses de personal.
- Import de despeses financeres.....
- Import de dotacions per a amortitzacions.
- Import de dotacions a les provisions.
- Import d'altres despeses de gestió.....
- Import d'altres despeses excepcionals.
- Import d'ingressos per prestació de serveis.....
- Import de treballs realitzats per a l'empresa.....
- Import de subvencions per a l'explotació.
- Import d'altres ingressos de gestió.
- Import d'ingressos financers.....
- Import d'altres ingressos.....

5.4-6 Es quantifica i s'avalua la gestió del centre. (Recomanable)

Indicadors vinculats:

- Grau de compliment del contracte de gestió.
- Nombre de no conformitats en auditories de certificació i acreditació.