

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ

### PRESENTACIÓ

### CAPÍTOL N ° 0

#### RELACIÓ DE REVISIONS

REVISIÓ	DATA	OBSERVACIONS
0	20/02/2014	Emissió Primera Edició.
1	08/07/2014	substitució de procediment PO07.5-9_AH "Atenció Hostalera" per PO07.5-9_NA "Nutrició i Alimentació" i canvi de la codificació i títol del procediment PO07.3-1_VIP "Valoració Inicial del Pacient" per PO07.3-1_VP "Valoració del Pacient". S'afegeix PE08.3-2_QRS "Queixes, Suggereixes i Reclamacions"
2	16/07/2014	Incorporació de PO07.5-7_PTS "Prestació dels Serveis de Treball Social"
3	29/07/2014	Incorporació logotip L'Oreig. Actualització dades del centre.
4	09/01/2015	Revisió general
5	09/01/2016	Revisió ortogràfica, i actualització de nom en el client del centre, passa d'ICASS a SISAPAP

ELABORAT PER:	REVISAT PER:	APROVAT PER:
Data:	Data:	Data:
D.	D.	D.

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ

### PRESENTACIÓ

### CAPÍTOL N ° 0

#### **0.- PRESENTACIÓ**

##### **0.1.- AVÍS LEGAL**

Tota la informació recollida en el present manual té caràcter "confidencial" sent aplicable la legislació vigent en matèria de propietat intel·lectual i seguretat de la informació i de les dades.

El receptor assegura estar autoritzat per la Direcció de FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ per a la tinença i emprou del document, autorització que pot acreditar i es compromet al seu ús adequat i responsable.

Està prohibida la divulgació a tercers de la documentació del Sistema de Gestió Assistencial sense l'autorització expressa de la Direcció de FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ.

El receptor reconeix que la divulgació d'aquest manual, fins i tot parcialment, pot causar pèrdues substancials a la FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ.

El receptor d'aquest document es compromet a no copiar ni reproduir, per si mateix o per terceres persones, sigui quin sigui el mitjà a emprar o la finalitat a què es destini, sent necessari obtenir prèviament un permís per escrit de FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ.

En cas d'ús inadequat o negligent, FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ es reserva el dret d'exigir mesures indemnitzatòries i de fer ús dels instruments legals adequats a la situació.

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ

### PRESENTACIÓ

### CAPÍTOL N ° 0

#### **0.2.- ÍNDEX**

<b>RELACIÓ DE REVISIONS .....</b>	<b>1</b>
<b>1. - PRESENTACIÓ .....</b>	<b>2</b>
0.1.- AVÍS LEGAL.....	2
0.2.- ÍNDEX.....	3
<b>2. - OBJECTE I ÀMBIT D'APLICACIÓ .....</b>	<b>4</b>
1.1.- ANTECEDENTS .....	4
1.2.- OBJECTE I ÀMBIT D'APLICACIÓ .....	6
<b>3. - NORMES DE CONSULTA.....</b>	<b>8</b>
<b>4. - CONCEPTES FONAMENTALS.....</b>	<b>9</b>
3.1.- TERMES I DEFINICIONS SGA CALS AVIS .....	9
3.1.1. CLIENT .....	9
3.1.2. EQUIP INTERDISCIPLINARI .....	9
3.1.3. GRAUS DE DEPENDÈNCIA .....	9
3.1.4. HISTÒRIA ASSISTENCIAL .....	10
3.1.5. LIDER .....	10
3.1.6. MANUAL DE PROCEDIMENTS .....	11
3.1.7. MISSIÓ .....	11
3.1.8. NO CONFORMITAT .....	11
3.1.9. PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUAL O PLA INDIVIDUALITZAT D'ATENCIÓ INTEGRAL (PIAI).....	11
3.1.10. PLA DE QUALITAT .....	12
3.1.11. PROCEDIMENT .....	12
3.1.12. PROCÉS .....	12
3.1.13. PROCESSOS CLAU .....	12
3.1.14. PROCESSOS DE SUPORT .....	12
3.1.15. PROFESSIONAL DE REFERÈNCIA .....	13
3.1.16. PROTOCOL.....	13
3.1.17. RECLAMACIÓ .....	13
3.1.18. SISTEMA D'GESTIÓ .....	13
3.1.19. SUGGERIMENT .....	13
3.1.20. VALORACIÓ INTEGRAL.....	13
3.1.21. VALORS.....	14
3.1.22. VISIÓ .....	14
3.1.23. VOLUNTATS ANTICIPADES.....	14
3.1.24. QUADRE DE RELACIONS CREUADES.....	15

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ

### OBJECTE I ÀMBIT D'APLICACIÓ

### CAPÍTOL N ° 1

#### 1.-OBJECTE I ÀMBIT D'APLICACIÓ

##### 1.1.- ANTECEDENTS

La FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ (des d'ara CALS AVIS) és una institució benèfica social constituïda el 1973 amb l'objectiu de donar serveis assistencials als Ancians de Torelló. La fundació gestiona dos centres interconnectats.

- ❑ **Residència Rocaprevera "Cals Avis".**
- ❑ **Centre de dia "L'Oreig".**

La Residència Rocaprevera es crea el 1981. Està inscrita en el Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials del Departament de Benestar Social i Família. El 1992 es realitza una ampliació de les instal·lacions arribant a les 58 places, 32 de les quals són assistides. A 2013, es realitza una nova ampliació amb 4 places noves, arribant a les 62 places actuals. A desembre de l'any 2014, s'inicien les obres d'ampliació de 3 places, amb l'objectiu d'arribar a les 65 places. Actualment, 30 places estan concertades amb l'ICASS.

El Centre de dia L'Oreig veu donat per un conveni del 2006 entre el Departament d'Acció Social i Ciutadania, l'Ajuntament de Torelló i la FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ. Disposa de 55 places, 25 de les quals són per a dependents.

CALS AVIS presta serveis d'acolliment residencial amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral a les activitats de la vida diària per a persones grans amb dependència.

Els destinataris són persones grans **dependents** que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària i que necessiten constant atenció i supervisió i que per les seves circumstàncies socials i familiars requereixen la substitució de la seva llar per una residència assistida.

Els destinataris del centre de dia són persones grans dependents que necessiten constant atenció i supervisió i que les seves circumstàncies socials i familiars requereixen la substitució de la llar durant el dia.

Per tant ens trobem amb persones grans que requereixen una atenció social, afectades de minusvalideses físiques o psíquiques i que requereixen, a més de les cures ordinàries, una atenció d'infermeria i vigilància mèdica.

CALS AVIS presta els seus serveis les 24 hores del dia tots els dies de l'any. Com centre de dia, el centre està obert de dilluns a divendres, durant tot l'any, amb horari d'atenció de 8 a 20 hores.

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ

### OBJECTE I ÀMBIT D'APLICACIÓ

### CAPÍTOL N ° 1

Els Serveis assistencials que l'organització proporciona són:

- a) Àrea assistencial: comprèn les actuacions per a la realització de les activitats de la vida diària, l'atenció personal, la higiene individual, i les actuacions adreçades a la prevenció i la contenció del deteriorament físic i psíquic o social que afavoreixin el màxim grau d'autonomia i d'integració social, d'acord amb les necessitats de les persones usuàries.
- b) Àrea d'integració i suport personal, familiar i social: Actuacions adreçades al suport personal, familiar i social, i la fomentació de la interrelació amb familiars i amistats.
- c) Àrea de serveis generals: comprèn la neteja i bugaderia de l'aixovar del centre, l'allotjament, manteniment, bugaderia i repàs de la roba personal de les persones usuàries.

Per tant, es consideren serveis de caràcter bàsic dels següents:

- # Acolliment i convivència.
- # Manteniment.
- # Atenció personal en les activitats de la vida diària.
- # Higiene personal. Readaptació funcional i social.
- # Recuperació del hàbits d'autonomia.
- # Dinamització sociocultural.
- # Activitats de lleure.
- # Suport personal, social i familiar.
- # Fisioteràpia (no de tractament sanitari per patologia aguda).
- # Seguiment i prevenció de les alteracions de la salut (serveis d'infermeria).

Es consideren com serveis addicionals i opcionals per a la persona usuària els següents:

- # Podologia.
- # Perruqueria.
- # Acompanyaments externs (visites mèdiques programades, ...).
- # Rellotge alarma.

El centre considera personal d'atenció directa (processos operatius) als auxiliars de gerontologia (o equivalent), animador sociocultural, metge, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, diplomad en treball social, diplomad en infermeria i psicòleg.

El 2011, CALS AVIS decideix l'establiment en l'organització d'un **Sistema de Gestió Assistencial** (des d'ara **MSGA**) d'acord amb la norma UNE-EN ISO 9001:2008.

El projecte s'entén com una oportunitat per normalitzar de manera coherent els recursos i serveis del centre i per establir les bases d'un sistema organitzatiu eficient i eficaç per als residents, les persones que treballen al centre, la direcció, els patrons de la fundació, els ciutadans de Torelló i poblacions properes i per als diferents grups d'interès amb els quals s'interrelaciona l'organització.

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ

### OBJECTE I ÀMBIT D'APLICACIÓ

### CAPÍTOL N º 1

#### 1.2.- OBJECTE I ÀMBIT D'APLICACIÓ

La funció d'aquest Manual del Sistema de Gestió Assistencial (des d'ara MSGA) és servir com a guia a CALS AVIS per al correcte establiment i desenvolupament dels serveis assistencials que proporciona el centre, assegurant que en tot moment es respecten les expectatives dels clients , es proporciona un servei eficient i eficaç i s'assegura el compliment dels aspectes legislatius propis de l'activitat.

CALS AVIS, com s'ha indicat, és un centre per a gent gran i per a persones en situació de dependència. Constitueix, per tant, un sistema organitzatiu que té com a finalitat prestar serveis d'allotjament, convivència i atenció per la gent gran i persones en situació de dependència que resideixen de manera temporal o permanent al centre.

CALS AVIS diferencia dues tipologies de clients:

- ❑ **Resident** (o usuari o també pacient) i la seva **família** ja que són les persones que reben el servei assistencial.
- ❑ **SISPAP** (Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal) i clients privats i altres possibles mútues i asseguradores com a organitzacions amb les quals CALS AVIS signa un contracte per a la prestació de serveis a les persones adscrites.

El client-pacient-resident de CALS AVIS té una sèrie de característiques intrínseques que són fonamentals per a proporcionar un bon servei assistencial:

- Són persones que, de manera generalitzada, presenten alguna patologia

El seu estat de salut requereix que les prestacions assistencials que subministrin les rebi en el millor estat anímic possible.

En molts casos, els residents del centre es troben amb poques defenses davant atacs de certes malalties. És per això d'especial importància la roba i teixits que tenen contacte amb els malalts, l'alimentació i les condicions higièniques i ambientals.

- ❑ Són persones que estan ingressades a la residència o al centre de dia.

El seu estat psicològic està afectat per la seva malaltia (aprensió davant la idea de la mort, angixa davant l'evolució de la malaltia o del seu estat físic o cognitiu, ....).

A això s'hi ha de sumar que es troba en un entorn que no li és familiar.

A més, la seva zona d'estada sol limitar-se a la seva pròpia habitació, en la qual es troba el seu llit i en la majoria de les ocasions, altres residents.

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ

### OBJECTE I ÀMBIT D'APLICACIÓ

### CAPÍTOL N ° 1

És per això que el Sistema de Gestió Assistencial (SGA des d'ara) de CALS AVIS entén el servei que presta d'una manera integral, és fonamental facilitar un entorn substitutiu de la llar **adequat i adaptat a les necessitats d'assistència de les persones** i afavorir el manteniment o la recuperació del màxim grau d'autonomia personal i social.

l Manual del Sistema de Gestió Assistencial de CALS AVIS té com abast:

### **servei de residència assistida**

**Servei d'acolliment residencial amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral a les activitats de la vida diària per a persones grans amb dependència**

### **centre de dia**

**Servei d'acolliment diürn que dóna suport a les persones grans que necessiten, organització, supervisió i assistència en les activitats de la vida diària i complementen l'atenció pròpia de l'entorn familiar**

relacionada arriba a les instal·lacions que l'empresa té a:

**Pujada de Rocaprevera, s / n 08570 TORELLÓ** Aquest Manual i tota la documentació

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ

### NORMES DE CONSULTA

### CAPÍTOL N ° 2

#### **2.- NORMES DE CONSULTA**

El Sistema de Gestió de CALS AVIS es basa en els requisits de la norma **UNE-EN ISO 9001:2008 actualment ISO 9001-2015 "Sistema de Gestió de la Qualitat. Requisits"**, sent aquesta norma la que defineix el model estructural del sistema.

Totes les normes referenciades o que són d'aplicació en el SGA de CALS AVIS es troben controlades segons la sistemàtica indicada en el procediment PE04.2-3-CDE "Control de Documentació Externa".



### **3.- CONCEPTES FONAMENTALS**

Al llarg de la present memòria són utilitzats alguns conceptes, definicions i terminacions específiques de CALS AVIS. Per facilitar la seva comprensió, en aquest capítol clarifiquem els conceptes fonamentals utilitzats.

Com a pauta principal, s'utilitzen les definicions existents en la UNE-EN ISO 9000:2005 actualment ISO 9001-2015 "Sistemes de gestió de la qualitat. Fonaments i vocabulari".

És possible l'ús de conceptes i definicions propis i sectorials que s'ajusten a la realitat de CALS AVIS. Són per tant d'ús exclusiu per a aquest SGA i no es poden aplicar fora d'aquest àmbit.

Al llarg del tot SGA s'intenta establir una base pràctica i realista que ajudi als diferents membres de CALS AVIS a comprendre, seguir i establir els principis que marca el SGA. Per tant s'intenta aplicar un llenguatge proper i fàcilment comprensible, també en les definicions i fonaments.

#### **3.1.- TERMES I DEFINICIONS SGA CALS AVIS**

##### **3.1.1. CLIENT**

(Definició font Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Acreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya i CALS AVIS)

Ciudadà receptor o beneficiari de l'activitat o dels Serveis del Centre sociosanitari.

Client també es pot considerar les diferents entitats asseguradores, siguin públiques o privades que contracten serveis per als seus assegurats i mutualistes.

##### **3.1.2. EQUIP INTERDISCIPLINARI**

(Definició de UNE 158101:2008)

Conjunt de professionals que intervenen de manera coordinada en l'elaboració i avaluació del Pla Interdisciplinari d'Atenció Individualitzada (PIAI) de cada persona usuària, contemplant la perspectiva de les seves diferents àrees: sanitària, psicosocial, d'atenció i cures personals.

##### **3.1.3. GRAUS DE DEPENDÈNCIA**

(Definició font web departament de Benestar Social i Família i l'Annex del Reial Decret 174/2011, d'11 de febrer, paper qual s'aprova el Barem de valoració de la situació de dependència)

([http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.7fca6ecb84d307b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnextoid=387493f3e06a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=387493f3e06a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default&newLang=ca\\_ES](http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.7fca6ecb84d307b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnextoid=387493f3e06a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=387493f3e06a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default&newLang=ca_ES))

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ

### CONCEPTES FONAMENTALS

### CAPÍTOL N º 3

Segons la necessitat d'ajuda que té una persona per realitzar les Activitats bàsiques de la vida diària, a partir del barem de valoració de la dependència (BVD) s'estableixen 3 graus de Dependència: Dependència moderada (Grau I), dependència severa (Grau II), i gran dependència (Grau III).

Grau I. Dependència moderada: Es considera que una persona té un grau de dependència moderada quan necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària, almenys una vegada al dia, o té necessitats d'ajuda intermitent o limitada per a la seva autonomia personal. (De vint-i-cinc a quaranta-nou punts al BVD).

Grau II. Dependència severa: Es considera que una persona té un grau de dependència severa quan necessita ajuda per a diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia, però no requereix la presència permanent d'una persona cuidadora o té necessitats d'ajuda extensa per a la seva autonomia personal. (De cinquanta a setanta-quatre punts al BVD).

Grau III. Gran dependència: Es considera que una persona té una gran dependència quan necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària unes quantes vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia mental o física, necessita la presència indispensable i contínua d'una altra persona o té necessitat d'ajuda generalitzada per a la seva autonomia personal. (Igual o major a setanta-cinc punts al BVD).

El barem de valoració de la dependència (BVD) és l'instrument que fa servir el col·lectiu de Professionals acreditats per determinar les situacions de dependència moderada, severa i gran. Aquest barem estableix els criteris de valoració del grau d'autonomia de les persones i de la seva capacitat per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària. La valoració té en compte tant els informes relatius a la salut de la persona com l'entorn en el que viu, i la puntuació del grau de dependència es basa en les tasques bàsiques de la vida diària que la persona no pot dur a terme tota sola.

#### 3.1.4. HISTÒRIA ASSISTENCIAL

(Definició font CALS AVIS)

Conjunt de documents i registres ordenats cronològicament que evidencien l'evolució de la persona usuària, tenint en compte tots els aspectes, tant clínics, com mentals i emocionals, funcionals i socials.

#### 3.1.5 LÍDER

(Definició font Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Acreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Persones que tenen la capacitat de conduir altres persones en un procés que permetrà assolir un determinat objectiu, meta o propòsit. Directius o comandaments intermedis.

### **3.1.5. MANUAL DE PROCEDIMENTS**

(Definició font Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Accreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Conjunt d'instruccions estructurades i ordenades s'acompanya als procediments. Aquest manual vol explicar alhora les instruccions i normes s'acompanya a la formulació, l'elaboració, la identificació, la conservació, l'accés i la revisió periòdica dels procediments .

### **3.1.6. MISSIÓ**

(Definició font Model EFQM 2010 d'Excel·lència i Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Accreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Declaració que descriu l'objectiu principal o raó de ser de l'organització, confirmada pels seus grups d'interès.

La missió d'una organització, genèricament entesa, és el reconeixement explícit de la seva raó de ser amb identificació del/s producte/s o servei/s que fa, del mercat al qual es dirigeix i de com es produeix o serveix.

La missió s'explica i és difon al si de l'organització, amb l'adhesió dels qui hi treballen i es relacionen. Es compromet als responsables a actuar coherentment amb els seus continguts.

La missió no és immutable i, per tant, requereix la revisió periòdica i d'adaptació. A més, és fonamental de les formulacions del pla estratègic d'una organització.

### **3.1.7. NO CONFORMITAT**

(Definició font UNE-EN ISO 9000:2005 i Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Accreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Incompliment d'un requisit.

### **3.1.8. PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUAL O PLA INDIVIDUALITZAT D'ATENCIÓ INTEGRAL (PIAI)**

(Definició font CALS AVIS)

Document elaborat per l'equip interdisciplinari, des d'una perspectiva preventiva i rehabilitadora, que recull la valoració completa de cada persona usuària, almenys en les àrees social, sanitària i psicològica, realitzada amb els instruments de valoració estandarditzats, i que determina els objectius, pla de treball interdisciplinari i intervencions de cada àrea, així com l'avaluació dels resultats pel que fa a millora de la qualitat de vida de la persona usuària i la seva família.

**3.1.9. PLA DE QUALITAT**

(Definició font Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Accreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Instrument de planificació i gestió global de l'organització pel que fa a la firma i a l'impuls de millora contínua cap a l'excel·lència. El pla de qualitat, com un dels elements "naturalment" constituents del pla estratègic de l'organització, prioritza i fixa els objectius de qualitat a assolir, els programes i els plans d'acció que els han de fer possibles, l'estructura que dóna suport a l'organització per durar-los a terme, els terminis i els responsables de l'execució. El pla de qualitat és, així mateix, un procés continu de revisió, renovació i retroalimentació permanent.

**3.1.10. PROCEDIMENT**

(Definició font Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Accreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Manera específica de realitzar una activitat o Procés.

**3.1.11. PROCÉS**

(Definició font Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Accreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Seqüència d'Activitats Associades que afegeixen un valor a un producte per a un client concret.

**3.1.12. PROCESSOS CLAU**

(Definició font Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Accreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Activitats que tenen una prioritat dins de l'estratègia de l'organització. Generalment són les que en un moment donat tenen un impacte més gran sobre la satisfacció dels clients i els resultats de l'organització.

**3.1.13. PROCESSOS DE SUPORT**

(Definició font Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Accreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Són els processos que faciliten els processos de generació i distribució de serveis i productes que constitueixen l'activitat de l'organització. La seva aportació a la creació de valor als clients és indirecta, però la seva importància en el compliment i assoliment dels objectius de l'organització és similar a la que tenen els processos clau.

**3.1.14. PROFESSIONAL DE REFERÈNCIA**

(Definició font CALS AVIS)

Professional (o equip) que la **direcció** del centre assigna a les persones usuàries. La seva funció és el coneixement i seguiment transversal del servei assistencial que rep el pacient, coordinant i optimitzant les prestacions dels diferents professionals i mantenint un contacte proper amb la persona usuària.

**3.1.15. PROTOCOL**

(Definició font Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Accreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Conjunt d'usos i normes consensuats, expressats de forma ordenada i escrita, referits a l'activitat del personal assistencial, basats en l'evidència científica o, en **la seva absència**, en el Consens dels experts.

**3.1.16. RECLAMACIÓ**

(Definició font CatSalut. Instrucció 03/2004 Reclamacions i suggeriments)

La reclamació és l'expressió de l'opinió de l'usuari en relació amb un acte o procés assistencial. Això contempla els aspectes de assistència, tracte, informació, organització i tràmits, hoteleria/habitabilitat/confort, documentació i altres aspectes, com a conseqüència de l'atenció sanitària rebuda en un centre, servei o establiment sanitari que no l'ha satisfet, i de la qual l'usuari n'espera una resposta i/o actuació.

**3.1.17. SISTEMA D'GESTIÓ**

(Definició font Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Accreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Conjunt de l'estructura, l'organització, les responsabilitats, els processos que s'estableixen i els recursos que s'empren per portar a terme la **gestió de l'organització**.

**3.1.18. SUGGERIMENT**

(Definició font CatSalut. Instrucció 03/2004 Reclamacions i Suggeriments)

S'entén per suggeriment la proposta o opinió que pugui fer qualsevol usuari del CatSalut per tal de millorar aspectes estructurals o de funcionament dels serveis oferts.

**3.1.19. VALORACIÓ INTEGRAL**

(Definició font UNE 158101:2008)

Procés estructurat, dinàmic, de diagnòstic multidimensional i interprofessional que permet identificar les capacitats, potencialitats, problemes i necessitats de la persona usuària en les

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ

### CONCEPTES FONAMENTALS

### CAPÍTOL N ° 3

diferents esferes o àrees: clínica, funcional, social, psicològica i ambiental (cos, ment i món extern) amb la finalitat d'elaborar un PIAI adaptat a les necessitats de cada persona usuària.

#### 3.1.20. VALORS

(Definició font Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Accreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Principis filosòfics que marquen una determinada forma d'actuar, que la diferencien de les altres i formen la cultura de l'organització. Totes les organitzacions en tenen, encara que sigui implícitament. Els valors són coneguts i explicitats i, en comunicar-los, comprometen a actuar en un determinat sentit i a fer-ho **amb coherència i consistència**.

#### 3.1.21. VISIÓ

(Definició font Model EFQM 2010 d'Excel·lència)

El que l'organització tracta d'aconseguir en el futur a llarg termini. El seu objectiu és servir de guia clara per escollir el que cal fer en l'actualitat i en el futur. Constitueix junt amb la missió la base de les estratègies i polítiques.

Expressa allò que es vol arribar a ser a l'organització, és a dir, consisteix en una projecció de la missió cap al futur.

#### 3.1.22. VOLUNTATS ANTICIPADES

(Definició font Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Model d'Accreditació de Centres d'Atenció Sociosanitària de Catalunya)

Instruccions expressades lliurement per una persona major d'edat i amb capacitat plena dels seus atributs mentals que han de tenir-se en **compte quan per circumstàncies específiques no pugués expressar-les personalment**. S'ha de tenir present que el concepte de voluntats anticipades no pot incorporar **previsions** contràries a l'ordenament jurídic i la bona pràctica clínica.

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ

### CONCEPTES FONAMENTALS

### CAPÍTOL N ° 3

#### 3.2.- QUADRE DE RELACIONS CREUADES

UNE-EN ISO 9001:2008	SGA-CALS AVIS	
	Procediments	Manual SGA
1.OBJECTE I ÀMBIT D'APLICACIÓ		Capítol nº 1
2. NORMES DE CONSULTA		Capítol nº 2
3. CONCEPTES FONAMENTALS		Capítol nº 3
4. SISTEMA DE GESTIÓ DE LA QUALITAT		
4.1 Requisits generals	PE04.1_MCP "Gestió i Millora Contínua dels Processos"	Capítol nº 4
4.2 Requisits de la Documentació	PE04.2-1_CDI "Control de la Documentació Interna" PE04.2-2_CR "Control dels registres" PE04.2-3_CDE "Control de la Documentació Externa" PE04.2-4_HC "Gestió de la Història Clínica"	Capítol nº 4
5. RESPONSABILITAT DE LA DIRECCIÓ		
5.1 Compromís de la Direcció		Capítol nº 5
5.2 Enfocament al Client		
5.3 Política de Qualitat		
5.4 Planificació	PE05.6_RD "Revisió per la Direcció"	
5.5 Responsabilitat, autoritat i comunicació	PG05.5_C "Gestió de la Comunicació"	
5.6 Revisió per la Direcció	PE05.6_RD "Revisió per la Direcció"	
6. GESTIÓ DELS RECURSOS		
6.1 Provisió dels Recursos		Capítol nº 6
6.2 Recursos Humans	PG06.2_RH "Gestió dels Recursos Humans"	
6.3 Infraestructura	PG06.3_I "Gestió de la Infraestructura"	
6.4 Ambient de Treball		

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ

### CONCEPTES FONAMENTALS

### CAPÍTOL N º 3

#### 7. Realització del Servei Assistencial

7.1 Planificació de la Realització del Producte	PO07.1_PSA "Planificació del Servei Assistencial"	Capítol nº 7
7.2 Processos relacionats amb clients	PO07.2_PI "Preingrés i Pla d'Accollida"	
7.3 Disseny i desenvolupament	PO07.3-1_VP "Valoració del Pacient" PO07.3-2_PIAI "Pla Individualitzat d'Atenció Integral"	
7.4 Compres	PG07.4-1_GCS "Gestió de Compres i subcontractistes" PG07.4-2_EPS "Avaluació de Proveïdors i subcontractistes"	
7.5 Producció i prestació del servei	PO07.5-1_AS "Atenció Sanitària"	
	PO07.5-2_M "Medicació"	
	PO07.5-3_PSF "Prestació dels Serveis de Fisioteràpia"	
	PO07.5-4_PTO "Prestació dels Serveis de Teràpia Ocupacional"	
	PO07.5-5_PSP "Prestació dels Serveis de Psicologia"	
	PO07.5-6_ACP "Atenció i Cures Personals"	
	PO07.5-7_PTS "Prestació dels Serveis de Treball Social"	
	PO07.5-9_NA "Nutrició i Alimentació"	
	PG07.5-10_GB "Gestió de bugaderia"	
PG07.5-11_LDI "Neteja i Desinfecció d'Instal·lacions"		



**MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ**
**CONCEPTES FONAMENTALS**
**CAPÍTOL N ° 3**

	PO07.5-12_FSA "Finalització del Servei Assistencial"	
	PG07.5-13_PPC "Preservació i Salvaguarda Propietats del Client"	
	PG07.5-14_GF "Gestió i Control de Farmàcia"	
	PG07.5-15_GA "Gestió i Control de Magatzem"	
7.6 Control dels equips de seguiment i de mesura	PG06.3_I "Gestió de la Infraestructura"	
<b>8. MESURA, ANÀLISIS I MILLORA</b>		
8.1 Generalitats		Capítol nº 8
8.2 Seguiment i Mesura		
8.2.1 Satisfacció del Client	PE08.2-1_SC "Satisfacció del Client"	
8.2.2 Auditoria Interna	PE08.2-2_AI "Auditoria Interna"	
8.2.3 Seguiment i mesura dels processos	PE08.2-3_SCR "Seguiment i control dels Residents"	
8.2.4 Seguiment i mesura del producte	PO08.2-4_SCM "Seguiment i Control de la Medicació"	
8.3 Control del producte no conforme	PE08.3-1_NC "Gestió de No Conformitats"	
	PE08.3-2_QRS "Queixes, Suggestiments i Reclamacions"	
8.4 Anàlisi de dades	PE08.4_BS "Gestió del Quadre de Comandament Integral"	
8.5 Millora	PE08.5_AM "Accions Correctores, Preventives i de millora"	

**RELACIÓ DE REVISIONS**

REVISIÓ	DATA	OBSERVACIONS
0	20/02/2014	Emissió Primera Edició.
1	29/07/2014	Incorporació logotip L'Oreig
2	21/01/2015	Revisió mapa de processos (queda en Rev.2).
3	17/02/2015	Revisió mapa de processos (queda en Rev.3).
4	09/11/2015	Revisió general, revisió ortogràfica i canvi d'ICASS per SISPAP (queda en Rev.4)

ELABORAT PER:	REVISAT PER:	APROVAT PER:
Data:	Data:	Data:
D.	D.	D.

**ÍNDEX**

<b>RELACIÓ DE REVISIONS .....</b>	<b>1</b>
<b>ÍNDEX .....</b>	<b>2</b>
<b>4. - SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL .....</b>	<b>3</b>
4.1.- REQUISITS GENERALS.....	3
4.2.- REQUISITS DE LA DOCUMENTACIÓ.....	4
4.2.1.- Generalitats.....	4
4.2.2.- Control dels documents .....	5
4.2.3.- Control dels registres .....	6
4.3.- ANNEXOS .....	7

## **4.-SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL**

### **4.1.-REQUISITS GENERALS**

La FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ (des d'ara CALS AVIS) estableix, documenta i manté al dia el seu Sistema de Gestió Assistencial (SGA des d'ara) per assegurar la conformitat dels seus serveis amb els acordats en el contracte, pressupost o oferta signada amb el client (directament o a través d'una asseguradora o mútua) i amb la Norma UNE-EN ISO 9001:2008.

Al llarg del SGA, l'organització:

- Identifica els processos que el SGA requereix i les seves interaccions.
- Determina les responsabilitats per als diferents processos.
- Estableix la metodologia necessària per assegurar que els processos estiguin normalitzats (i per tant, que es redueixi la variabilitat) i que els seus respectius controls es realitzin eficaçment.
- Assegura la disponibilitat de recursos i informació per dur a terme aquestes activitats.
- Realitza un seguiment, mesura i anàlisi d'aquests processos.
- Duu a terme les accions necessàries per assolir els resultats planificats i la millora contínua d'aquests processos.

Els processos de l'organització són identificats al mapa de processos (Veure Annex I d'aquest manual) i desenvolupats a través dels procediments.

Les activitats d'identificació, millora, definició de responsabilitats, normalització d'activitats, ... es realitzen d'acord al procediment PE04.1\_MCP "Gestió i Millora Contínua dels Processos".

Per mesurar l'eficàcia de l'organització s'han establert una bateria d'indicadors mitjançant els quals s'analitza l'acompliment de l'organització (veure PE08.4\_BS "Gestió del Quadre de Comandament Integral").

CALS AVIS estableix el seu SGA orientat a la definició de tots els processos del seu negoci o "Business Process Management".

Es distingeixen tres subgrups de processos:

- ◆ **Processos Estratègics:** són els processos clau que estan vinculats a l'àmbit de les responsabilitats de la direcció de CALS AVIS i que guien l'organització cap al compliment de la seva missió, visions polítiques, estratègies i objectius.

**SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL**

**CAPÍTOL N ° 4**

- ◆ Processos Operatius Assistencials: Processos vinculats a l'activitat assistencial de l'organització.
- ◆ Processos Suport No Assistencial (Auxiliars, Estructurals o Generals): aquells processos que no són productius assistencials ni estratègics però que són imprescindibles per al funcionament de l'organització (ex. manteniment).

Hi pot haver processos subcontractats. No obstant això la subcontractació en cap moment suposa un empitjorament o una relaxació del servei que CALS AVIS proporciona. Els requisits i controls que s'estableixen es detallen en l'apartat 7.4 "Compres" d'aquest manual.

## **4.2.-REQUISITS DE LA DOCUMENTACIÓ**

### **4.2.1.- GENERALITATS**

La documentació del SGA es pot classificar en:

- Documents d'origen **intern**, generats pel personal de CALS AVIS.
- Documents d'origen **extern**, generats per agents exteriors (ex. Legislació), inclosos clients, asseguradores, mútues i centres de referència.

El SGA de l'organització té com a suport la següent documentació d'origen **intern**:

- ◆ Manual del Sistema Gestió Assistencial.
- ◆ Manual de Procediments.
- ◆ Manual d'Instruccions de Treball.
- ◆ Guies de Bona Pràctica Clínica.
- ◆ Mapa de Processos i Fitxes de Processos.
- ◆ Programes o plans d'actuació.
- ◆ Sistema de Mesura i Anàlisi de Resultats (Balanced Scorecard).
- ◆ Política Assistencial CALS AVIS.
- ◆ Registres entesos com imprès o pantalla digital que presenta o registra resultats obtinguts o proporciona evidència objectiva d'activitats exercides. (per exemple: Per documentar el tractament o processos de suport assistencial).

El SGA de l'organització té com a suport la següent documentació d'origen **extern**:

- ◆ Normes legals i documents emesos per autoritats i que són d'aplicació obligatòria o voluntària al centre (ex LOPD, acreditació de centres residencials assistits, ...).
- ◆ Especificacions tècniques d'origen extern, (per exemple: contractes amb clients com Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (SISPAP), documentació tècnica de proveïdors (ex: Control de plagues, Pla d'Emergències ...).
- ◆ Altres documents lliurats pels clients (Història Assistencial, proves complementàries realitzades abans de l'ingrés, ...).

SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL

CAPÍTOL N ° 4

- ◆ Autoritzacions i llicències.
- ◆ Registres d'inspeccions i altres generats per les Administracions Públiques.

#### 4.2.1.1.- Documentació del SGA d'origen intern

L'Àrea de Millora/Qualitat ha d'assegurar que hi hagi un document escrit de tots aquells processos o conjunt d'activitats que puguin repercutir en la qualitat dels serveis que presta CALS AVIS. Aquest document té per objecte garantir el coneixement de les accions per totes aquelles persones que intervenen en el procés, normalitzant.

Els documents originals es troben arxivats en l'Àrea de Millora/Qualitat. Cada departament, àrea o secció de l'empresa disposa dels documents controlats que requereixin, d'acord a les seves responsabilitats.

Entenem per **còpia controlada** aquella que es retira quan és emesa una nova revisió del document i és substituïda per una còpia controlada actualitzada, garantint CALS AVIS la vigència de la informació. Totes les còpies controlades obsoletes són destruïdes en el moment de la seva retirada.

Entenem per **còpies no controlades** aquelles amb les quals no hi ha cap compromís de la seva posada al dia o actualització permanent.

#### 4.2.2.-CONTROL DELS DOCUMENTS

CALS AVIS, mitjançant el procediment PE04.2-1\_CDI "Control de la Documentació Interna" i defineix la sistemàtica per:

- Elaborar la documentació del Sistema Integral de Gestió,
- Aprovar els documents abans de la seva emissió,
- Revisar i actualitzar aquests documents,
- Identificar els canvis i l'estat de revisió dels documents,
- Assegurar que les versions actualitzades dels documents aplicables es troben disponibles en els punts d'ús,
- Assegurar que els documents romanen llegibles i fàcilment identificables,
- Assegurar la identificació de la documentació externa i control de la seva distribució,
- Prevenir l'ús no intencionat de documents obsolets, aplicant-los la identificació adequada en el cas que es mantinguin per qualsevol raó.

El Manual del SGA (el present document) inclou:

- L'abast del Sistema de Gestió Assistencial, incloent els detalls i justificant qualsevol exclusió.
- Una referència als procediments documentats del sistema.
- La Política Assistencial de CALS AVIS.
- Una descripció de la interacció dels processos de l'organització inclosos en el sistema.

La història clínica dels residents també es considera part de la documentació del SGA i, depenent del seu origen (intern o extern), es gestionen d'acord al procediment PE04.2-4\_HC "Gestió de la Història Clínica" o al procediment PE04. 2-3\_CDE "Control de Documentació Externa".

Pel que fa a la resta de la documentació externa, s'estableix el procediment PE04.2-3\_CDE "Control de Documentació Externa". A més del control sobre la documentació externa (ex. contractes, especificacions tècniques sobre productes com els medicaments, ...), també té per objecte determinar la sistemàtica que utilitza l'empresa per a la identificació de la legislació que afecta a la seva activitat, als serveis que presta i conèixer quines són les obligacions empresarials en aquesta matèria.

#### **4.2.3.-CONTROL DELS REGISTRES**

El control dels registres originats per l'aplicació del Sistema s'estableix en el procediment PE04.2-2\_CR "Control dels registres". S'hi indica la forma d'identificació, recollida, codificació i arxiu dels registres, així com la seva protecció, manteniment i temps de retenció od estrucció.

CALS AVIS assegura que aquests registres romanen llegibles, fàcilment identificables i recuperables.

CALS AVIS garanteix la protecció dels registres de qualitat en suport informàtic mitjançant la realització de còpies de seguretat i l'actualització de l'antivirus dels ordinadors de l'empresa.

Els impresos sense codificar, a mesura que sigui possible, aniran adquirint el sistema de codificació dels impresos codificats. El coordinador SGA és el responsable d'establir per a cada imprès sense codificar el moment d'incorporació del mateix al sistema de codificació o si per contra mai s'incorporen al citat sistema de codificació.

L'empresa pot tenir, per facilitar el seu funcionament, còpies en altres suports que poden circular lliurement un temps aleatori, però garanteix l'existència de la còpia registrada com a còpia de control i d'arxiu.

La història clínica (HC) dels residents és una part molt important de la documentació (registres) del SGA.

**MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL**

**SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL**

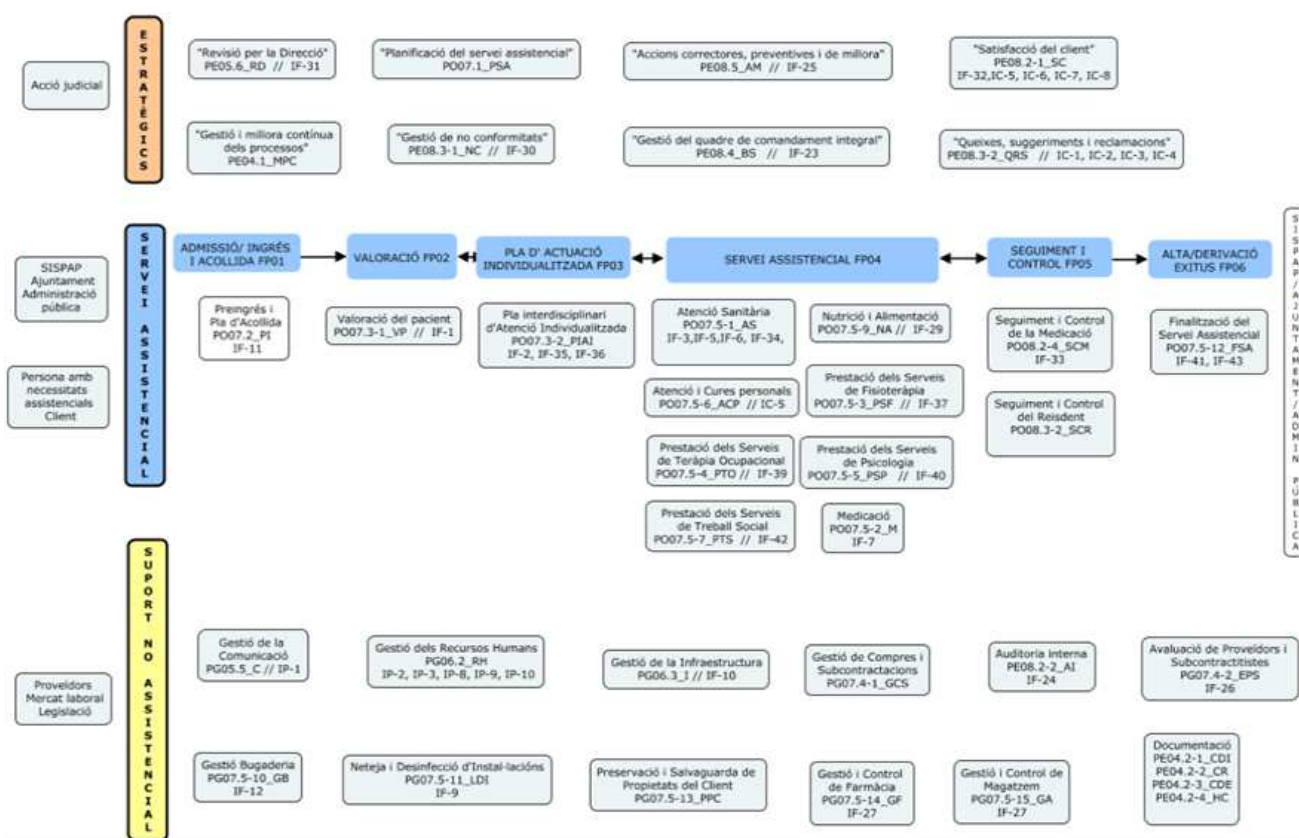
**CAPÍTOL N ° 4**

Els registres (documentació) que formen la HC pot ser interna (generada internament per les persones de CALS AVIS) o externa (ex. proves analítiques realitzades fora del centre, HC del centre del qual prové el resident, ...). En qualsevol cas, es gestionen d'acord al procediment PE04.2-4\_HC "Gestió de la història clínica".

**4.3.-ANNEXOS**

A continuació s'annexen a aquest capítol els següents annexos:

- Annex I: **MAPA DE PROCESSOS** Rev.





**MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL**

**RESPONSABILITAT DE LA DIRECCIÓ**

**CAPÍTOL N º 5**

**RELACIÓ DE REVISIONS**

REVISIÓ	DATA	OBSERVACIONS
0	20/02/2014	Emissió Primera Edició.
1	05/06/2014	Incorporació d'apartat 5.6.4
2	29/07/2014	Incorporació logotip L'Oreig
3	23/11/2015	Revisió general.

ELABORAT PER:	REVISAT PER:	APROVAT PER:
Data:	Data:	Data:
D.	D.	D.

**ÍNDEX**

<b>RELACIÓ DE REVISIONS .....</b>	<b>1</b>
<b>ÍNDEX .....</b>	<b>2</b>
<b>5. - RESPONSABILITAT DE LA DIRECCIÓ .....</b>	<b>3</b>
5.1.- COMPROMÍS DE LA DIRECCIÓ .....	3
5.2.- ENFOCAMENT AL CLIENT .....	3
5.3.- POLÍTICA ASSISTENCIAL .....	4
5.4.- PLANIFICACIÓ.....	4
5.4.1.- Objectius empresarials.....	4
5.4.2.- Planificació del Sistema de Gestió Assistencial .....	5
5.5.- RESPONSABILITAT, AUTORITAT I COMUNICACIÓ.....	5
5.5.1.- Responsabilitat i autoritat.....	5
5.5.2.- Representant de la Direcció.....	6
5.5.3.- Comunicació Interna .....	6
5.6.- REVISIÓ PER LA DIRECCIÓ.....	6
5.6.1.- Generalitats.....	6
5.6.2.- Informació per la revisió .....	7
5.6.3.- Resultats de la revisió .....	7
5.6.4.- Memòria d'Activitats.....	7
5.7.- ANNEXOS .....	7
POLÍTICA ASSISTÈNCIAL.....	8
ORGANIGRAMA.....	10

## **5.- RESPONSABILITAT DE LA DIRECCIÓ**

### **5.1.- COMPROMÍS DE LA DIRECCIÓ**

La Direcció de la FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ (des d'ara CALS AVIS) dóna evidència del seu suport al Sistema Assistencial de Gestió en les seves actuacions, en el coneixement que tenen del sistema i en la revisió i aprovació de documents i registres que necessiten de la seva conformitat.

Dins de les responsabilitats de la Direcció hi hauria comunicar al personal de l'empresa la importància de complir tots els compromisos adquirits amb el client i aquells definits en el Sistema de Gestió Assistencial i en la normativa aplicable.

Aquesta tasca de divulgació es realitza de dues maneres:

- ☐ Mitjançant la divulgació de la política assistencial (cartells exposats en les instal·lacions del centre).
- ☐ Training de nous treballadors. Dins de la documentació que es posa a disposició del personal, en el moment de la seva incorporació a l'empresa, hi ha la política assistencial de CALS AVIS.

Un altre dels compromisos de la Direcció consisteix a establir una sèrie d'objectius. Aquests objectius són quantificables i es realitzen segons el que indica el procediment PE05.6\_RD "Revisió per la Direcció". Així mateix, la Direcció assegura el seguiment i implantació d'aquests mitjançant el compliment d'aquest procediment.

La revisió del SGA, tal com estableix el PE05.6\_RD "Revisió per la Direcció", l'assegurament de la disponibilitat de recursos i l'establiment de la Política de l'organització són altres de les responsabilitats que adquireix Direcció i que es realitzen segons el que indica el citat procediment.

### **5.2.- ENFOCAMENT AL CLIENT**

La Direcció de CALS AVIS estableix contractes i acords escrits amb tots els seus clients. (veure Capítol 1, apartat 1.2).

Els contractes o convenis amb les asseguradores tenen periodicitat anual o plurianual i afecten diversos pacients. És per això que els contractes signats es consideren documentació externa del SGA (veure PE04.2-3\_CDE "Control de Documentació Externa").

Quan es tracta d'un client particular, també sempre se signa un contracte (veure PO07.2\_PI "Preingrés i Pla d'Acollida"). El document està amb l'expedient administratiu del pacient.

**RESPONSABILITAT DE LA DIRECCIÓ**

**CAPÍTOL N ° 5**

La Direcció s'assegura que el centre compleix els requisits establerts en els contractes. Abans de la signatura dels mateixos, consulta amb el Comitè de Millora i Qualitat dels requisits establerts (veure PE05.6\_RD "Revisió per Direcció") en els convenis i la possible necessitat de realitzar millores i evolucions en el SGA.

**5.3.-POLÍTICA ASSISTENCIAL**

La Política Assistencial és una altra de les responsabilitats de la Direcció de CALS AVIS. En la política del centre es contempen les línies estratègiques fonamentals pel que fa a

- ☐ Enfocament del SGA.
- ☐ Compromís de compliment adquirit per totes les persones amb els requisits del SGA, així com amb la millora contínua del sistema,
- ☐ La revisió periòdica dels objectius de la qualitat establerts,
- ☐ Comunicació de la Política Assistencial a tots els grups d'interès.
- ☐ La revisió contínua de la Política Assistencial a fi d'adequar-la als canvis interns i de l'entorn.

La política assistencial de CALS AVIS, com s'ha comentat en el capítol 5.1 "Compromís de la Direcció", s'ha posat a disposició de tot el personal, ja sigui en el moment de la seva incorporació, ja sigui durant les activitats d'implantació del Sistema de Gestió. A més, està exposada a les dependències del centre.

L'Àrea de Qualitat / Millora assegura que és entesa pel personal de l'empresa.

Com a annex II d'aquest manual s'adjunta la Política Assistencial de CALS AVIS.

**5.4.- PLANIFICACIÓ**

**5.4.1. OBJECTIUS EMPRESARIALS**

Per a la fixació d'objectius empresarials i dels plans d'actuació, CALS AVIS, ha desenvolupat el procediment PE05.6\_RD "Revisió per la Direcció" en què s'estableix la sistemàtica per a la determinació de les metes que es volen aconseguir, la persona responsable del seu desenvolupament, els recursos necessaris i les diferents activitats que s'han de realitzar per al seu assoliment.

En les revisions del SGA (veure PE05.6\_RD "Revisió per la Direcció") es realitza el seguiment dels objectius i metes plantejats.

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL

### RESPONSABILITAT DE LA DIRECCIÓ

### CAPÍTOL N ° 5

Els objectius fixats pel centre són mesurables, coherents amb la política assistencial i s'estableixen en els nivells i funcions pertinents de l'organització.

La Direcció de CALS AVIS intervé de manera activa en l'establiment dels objectius (veure PE05.6\_RD "Revisió per la Direcció") i en el seguiment dels resultats obtinguts.

#### **5.4.2.-PLANIFICACIÓ DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL**

CALS AVIS planifica les diferents actuacions del seu Sistema Assistencial de Gestió a fi d'assegurar els resultats.

Les activitats de planificació es realitzen a diferents nivells (ex. PG07.5-11\_LDI "Neteja i Desinfecció d'Instal·lacions", PO07.3-2\_PIAI "Pla Individualitzat d'Atenció Integral", PO07.1\_PSA "Planificació del Servei Assistencial", ...).

La Direcció de CALS AVIS recolza tots els plans i programes d'actuació que es desenvolupen dins del SGA. En el moment d'aprovació dels procediments o instruccions relacionades, revisen els plans i programes d'actuació relacionats.

Si algun pla o programa d'actuació requereix alguna provisió especial de recursos (per sobre del que el cap o responsable d'àrea pot assignar), aquest es presenta en una reunió de la direcció (veure PE05.6\_RD "Revisió per la Direcció") procedint a l'anàlisi i aprovació.

Quan es requereixen canvis estructurals en el SGA del centre, la Direcció encomana al Grup de Millora/Qualitat l'establiment d'un pla o programa d'actuació. La Direcció, a fi d'assegurar la integritat del sistema, segueix directament l'evolució i els resultats del programa.

#### **5.5.-RESPONSABILITAT, AUTORITAT I COMUNICACIÓ**

##### **5.5.1.-RESPONSABILITAT I AUTORITAT**

L'estructura jeràrquica i funcional de CALS AVIS s'indica en l'organigrama que figura al final d'aquest capítol (veure annex III) i, a causa del qual, s'atribueixen responsabilitats a cada càrrec i es coneixen l'autoritat i relacions entre tot el personal de l'empresa.

En els capítols d'aquest Manual i/o en els procediments associats queden definides i documentades les responsabilitats, les competències i les relacions entre tot el personal.

Dins del procediment PG06.2\_RH "Gestió dels Recursos Humans" (veure Mod.1/PG06.2\_RH), s'estableixen els perfils dels llocs de treball (funcions, responsabilitats, dependències, ...).

L'organigrama està exposat a les instal·lacions del centre.

### **5.5.2.- REPRESENTANT DE LA DIRECCIÓ**

La Direcció de CALS AVIS tria com el seu representant al Grup de Millora/Qualitat i li confereix l'autoritat i responsabilitat suficient per assegurar que el Sistema de Gestió UNE-EN ISO 9001:2008 s'estableixi, implanti i mantingui.

El Grup de Millora/Qualitat té per funció:

- Establir, implementar i mantenir els processos del Sistema Assistencial de Gestió.
- Revisar el SGA i informar a la direcció del centre sobre la seva evolució i sobre qualsevol necessitat de millora.
- Promoure la presa de consciència dels requisits del client en tots els nivells de l'organització.

### **5.5.3.-COMUNICACIÓ INTERNA**

CALS AVIS, mitjançant el procediment PE05.5\_C "Gestió de la Comunicació" ha establert sistemàtiques per assegurar canals fluids de comunicació a tots els nivells.

Les disqualitats per falta o retard en la transmissió o comunicació de la informació són considerades anomalies del SGA i es gestionen d'acord amb PE08.3-1\_NC "Gestió de No Conformitats".

Anualment, la Direcció del Centre, mitjançant la Memòria d'Activitats, informa al Patronat dels resultats obtinguts:

- Retroalimentació del client (satisfacció, queixes i reclamacions).
- Resultat d'indicadors de gestió.
- Resultat d'avaluacions internes i externes (inspeccions, auditories, etc.).
- Incompliment de requisits o no conformitats.
- Canvis que puguin afectar la gestió del Centre (millora de processos, canvis en l'organització, en la legislació, etc.).
- Grau de compliment del pla de formació.
- Revisió de plans de gestió previs, quant al seu grau de compliment i vigència.
- Objectius de millora en funció dels resultats avaluats.
- Proposta dels recursos necessaris per a la consecució d'aquests objectius.

### **5.6.- REVISIÓ PER LA DIRECCIÓ**

#### **5.6.1.- GENERALITATS**

Tal com s'especifica en el PE05.6\_RD "Revisió per la Direcció", la Direcció realitza una revisió periòdica del Sistema Assistencial de Gestió per assegurar que aquest és adequat i eficaç.

### **5.6.2.- INFORMACIÓ PER LA REVISIÓ**

En el procediment PE05.6\_RD "Revisió per Direcció" s'estableix els inputs que es requereixen per a les activitats de revisió del SGA per la direcció del centre.

### **5.6.3.- RESULTATS DE LA REVISIÓ**

La direcció de la CALS AVIS realitza reunions on es revisa i analitza el SGA del centre (veure PE05.6\_RD "Revisió per Direcció"). Com a resultat d'aquestes activitats de revisió, es prenen una sèrie de decisions i accions en relació a:

- ☐ La millora de l'eficàcia del SGA i dels processos que desenvolupa el centre.
- ☐ Millora del servei assistencial en relació amb els requisits dels clients (usuaris i pacients, asseguradores, ...).
- ☐ Necessitat de recursos.

Tots aquests resultats es plasmen en una acta de reunió inclosa en el procediment PE05.6\_RD "Revisió per Direcció".

### **5.6.4.- MEMÒRIA D'ACTIVITATS**

Anualment, la Direcció del Centre, mitjançant la Memòria d'Activitats, informa al patronat dels resultats obtinguts (veure apartat 5.5.3).

### **5.7.- ANNEXOS**

- ☐ Annex II: Política Assistencial de CALS AVIS
- ☐ Annex III: Organigrama CALS AVIS

RESPONSABILITAT DE LA DIRECCIÓ

CAPÍTOL N ° 5

POLÍTICA ASSISTENCIAL

Annex IX acta:263 Grup  
de Millora

La Direcció de FUNDACIÓ d'Ancians DE SANT FELIU DE TORELLÓ (CALS AVIS) estableix com a objectiu prioritari de la seva política empresarial el desenvolupament d'un servei assistencial integral de qualitat.

L'objectiu és garantir la satisfacció de tots els clients, siguin residents i usuaris, siguin les seves famílies.

Per a la consecució d'aquest objectiu estratègic del nostre centre, hem considerat necessari la implantació del Sistema de Gestió Assistencial (SGA) UNE-EN ISO 9001:2015.

L'atenció assistencial que prestem al nostre centre es regeix per uns principis i valors bàsics fonamentals:

- **Principi Ètic:**

Tota persona, independentment de la seva situació individual, té el màxim valor per si mateixa.

Els nostres clients tenen dret al respecte de la diferència i de la seva pròpia dignitat, sigui quin sigui l'estat en què es trobin. Els valors ètics han d'estar sempre presents en les cures i intervencions professionals.

La pràctica professional ha d'estar impregnada d'un profund respecte a la privacitat, la intimitat, la dignitat, la diferència i a la llibertat personal.

- **Principi de Competència i Autonomia:**

Tota persona ha de tenir control sobre la seva pròpia vida i actuar amb llibertat.

- **Principi de Participació:**

Les persones tenen dret a estar presents en la presa de decisions que afecten el

desenvolupament de la seva vida sempre que aquestes tinguin les capacitats intel·lectuals preservades.

El procés assistencial s'ha de fer des de la participació de tots, creant i consolidant sistemes o vies que possibilitin l'aportació d'opinions, garantint la participació de cadascuna de les persones a qui es dirigeixen els plans assistencials i de suport que es despleguen.

- **Principi d'Integritat:**

La persona és un ésser multidimensional on interactuen aspectes biològics, psicològics i socials. Els nostres serveis es conceben des d'un enfocament global, interdisciplinari i especialitzat.



**RESPONSABILITAT DE LA DIRECCIÓ**

**CAPÍTOL N ° 5**

• **Principi d'Individualitat:**

Cada persona és única i diferent. Els nostres serveis es basen en l'atenció flexible i personalitzada a cada pacient i usuari.

L'abast del nostre Sistema de Gestió Assistencial és la prestació de serveis assistencials a la gent gran, moltes d'elles amb diversitat funcional que requereixen, a més de les cures ordinàries, una atenció d'infermeria i vigilància mèdica i sobretot, el suport i proximitat de tota l'organització.

El nostre SGA estableix unes línies estratègiques bàsiques, eixos que nosaltres, com a Direcció del centre, ens comprometem a establir i desplegar:

- o **Motivar** i potenciar la participació del personal CALS AVIS en la millora dels serveis que prestem.
- o **Informar** a tot el personal del Centre. Tots han de conèixer perfectament les seves funcions, responsabilitats i comeses així com present política empresarial.
- o **Analitzar** les fallades i errors que puguin produir per eliminar les seves causes i evitar així la seva repetició en el futur.
- o **Complir** els requisits legals, reglamentaris, els acordats amb els clients en els contractes i convenis i també els propis de la nostra organització.
- o **Fomentar** la cultura de millora contínua de manera que s'augmenti l'eficàcia del Sistema Assistencial de Gestió i dels processos de la nostra organització.
- o **Compromís** de millorar la satisfacció dels clients/usuaris, avaluant i analitzant les opinions, suggeriments i queixes d'aquests.
- o **Definir objectius** a tots els nivells, sempre d'acord amb els principis i fonaments de la nostra política assistencial.
- o **Revisar** amb periodicitat anual la política del centre, adequant-la als canvis interns i de l'entorn que es produeixen.

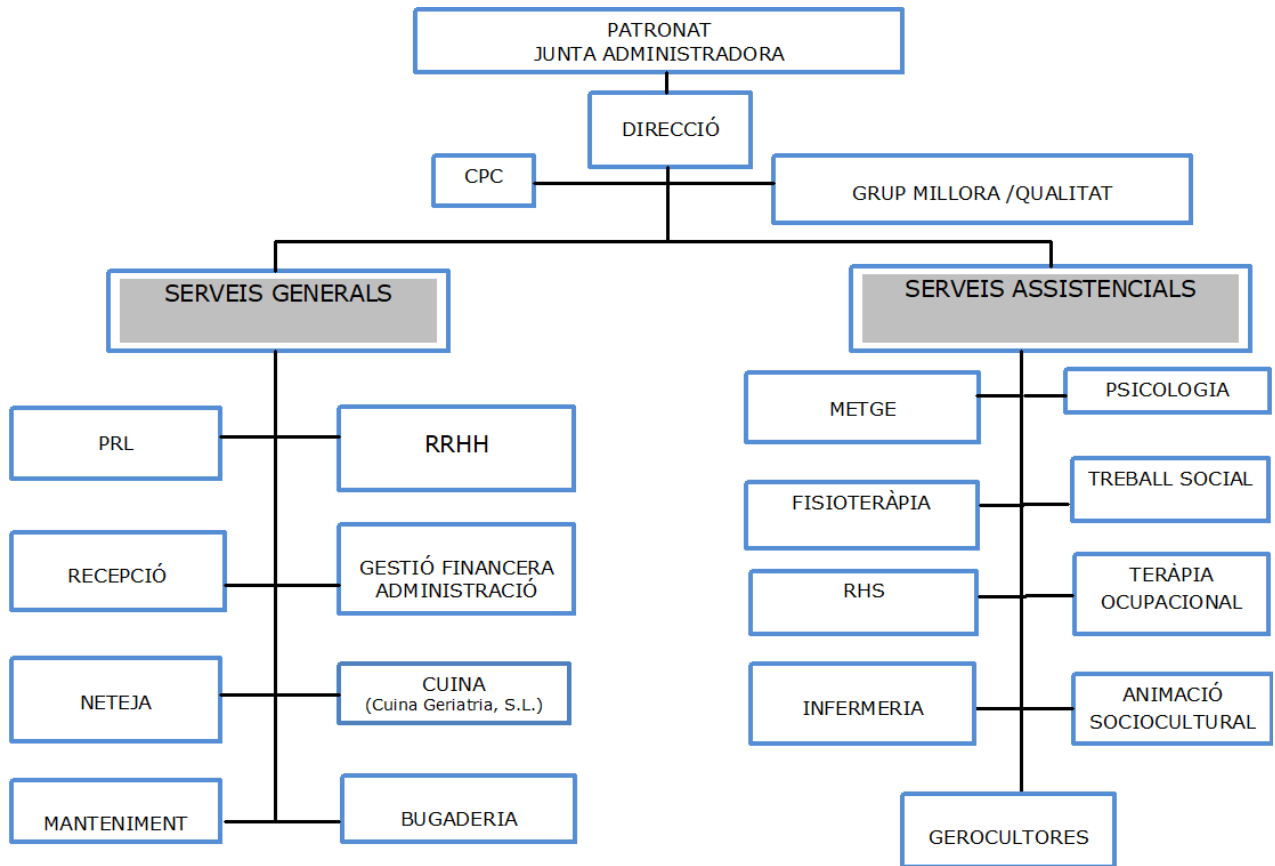
El compliment d'aquestes directrius és, sobretot, una responsabilitat de la Direcció, per la qual cosa aquesta es compromet a proveir al personal de tots els mitjans tècnics i formatius necessaris per al compliment i desplegament de la política assistencial establerta.

Torelló, a 8 de gener de 2024

**MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL**

**RESPONSABILITAT DE LA DIRECCIÓ**

**CAPÍTOL N ° 5**





**GESTIÓ DELS RECURSOS**

**CAPÍTOL N ° 6**

**ÍNDEX**

<b>RELACIÓ DE REVISIONS .....</b>	<b>1</b>
<b>ÍNDEX .....</b>	<b>2</b>
<b>6. - GESTIÓ DE RECURSOS .....</b>	<b>3</b>
6.1.- PROVISIÓ DE RECURSOS .....	3
6.2.- RECURSOS HUMANS.....	3
6.2.1. Generalitats .....	3
6.2.2. Competència, Presa de Consciència i Formació .....	3
6.3.- INFRAESTRUCTURA .....	4
6.4.- CONDICIONS AMBIENTALS DE LES INSTAL·LACIONS.....	4

## **6. - GESTIÓ DE RECURSOS**

### **6.1.- PROVISIÓ DE RECURSOS**

La Direcció de la FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ (des d'ara CALS AVIS) estableix i proporciona els recursos necessaris per:

- Implementar i mantenir el Sistema Assistencial de Gestió i millorar contínuament la seva eficàcia.
- Augmentar la satisfacció del client mitjançant el compliment dels seus requisits.

Els recursos humans i tècnics de CALS AVIS estan actualitzats i evolucionen segons avança la tècnica. Són millorats per tal de facilitar la realització de les activitats, donar un millor servei i obtenir una millora contínua.

### **6.2.- RECURSOS HUMANS**

#### **6.2.1. Generalitats**

CALS AVIS garanteix que tot el personal, la tasca la qual afecta a la qualitat dels serveis assistencials del centre, compleix amb els nivells òptims d'educació, formació, habilitat i experiència aplicables al seu lloc de treball.

#### **6.2.2. Competència, Presa de Consciència i Formació**

L'àrea de RR.HH. de CALS AVIS determina el nivell de competència del personal que ocupa cada lloc de treball (segons el definit en el procediment PG06.2\_RH "Gestió dels Recursos Humans"). En aquest procediment es recull el perfil professional de cada lloc de treball, les responsabilitats que comporta i el nivell de formació i experiència desitjable per cobrir aquest lloc.

Mitjançant aquest mateix procediment, defineix la sistemàtica per conèixer les necessitats de formació del personal, especialment del que realitza activitats que afecten la qualitat de servei assistencial del centre, solucionar possibles mancances de formació i avaluar l'eficàcia d'aquestes accions.

Així mateix conserva i manté actualitzats els registres relatius a la formació i experiència del personal.

Tot el personal coneix la importància del seu treball i com aquest contribueix a la consecució dels objectius de l'organització.

El centre, de manera periòdica (veure PE05.5\_C "Gestió de la Comunicació"), exposa per les instal·lacions del centre cartells i sistemes de difusió anàlegs perquè totes les persones de l'organització siguin conscients de la importància de les activitats que realitza.

**GESTIÓ DELS RECURSOS****CAPÍTOL N ° 6****6.3.- INFRAESTRUCTURA**

El procediment PG06.3\_I "Gestió de la Infraestructura" defineix la sistemàtica que segueix CALS AVIS per a la identificació dels equips de producció i instal·lacions i les activitats a realitzar per tenir un adequat control i manteniment d'aquests.

L'organització assegura la protecció de les seves dades en suport informàtic a través de la realització periòdica de còpies de seguretat i actualització de l'antivirus.

L'objectiu és assegurar la disponibilitat dels equips i instal·lacions que té el centre, minoritzat en el possible les avaries i maximitzant el seu estat de conservació.

**6.4.- CONDICIONS AMBIENTALS DE LES INSTAL·LACIONS**

Els pacients i usuaris de CALS AVIS són persones amb problemes de salut i possibles immunodeficiències com a conseqüència de les patologies que pateixen i de l'edat.

És per això que les condicions ambientals han de ser les adequades i, sobretot, han de ser estables. Qualsevol disqualitat en aquest sentit (ex. il·luminació, variacions en la Tª fora de la zona de confort, ...) s'han de gestionar d'acord amb PE08.3-1\_NC "Gestió de No Conformitats".

El centre disposa del procediment PG07.5-11\_LDI "Neteja i Desinfecció d'Instal·lacions", on s'estableixen els plans i programes de neteja, però també activitats tan importants com el control de plagues i vectors externs.

El procediment PG07.5-11\_LDI "Neteja i Desinfecció d'Instal·lacions" porta associades diferents Instruccions de Treball com IT01-PG07.5-11\_LDI "Control de Plagues i altres Animals indesitjables" i IT02-PG07.5-11\_LDI "Pautes de Neteja".

Sobre les activitats de neteja i desinfecció d'instal·lacions, també es disposen de programes o plans d'actuació com PA01-PG07.5-11\_LDI "Neteja Rutinària d'habitacions" i PA02-PG07.5-11\_LDI "Neteja a fons d'habitacions".

CALS AVIS disposa d'instal·lacions amb la superfície i mitjans adequats per al desenvolupament de la seva activitat assistencial. Al llarg dels anys s'ha adequat als canvis normatius que s'han produït.

Hi ha medicaments que requereixen condicions ambientals controlades. En el procediment PO07.5-14\_GF "Gestió i Control de Farmàcia" s'han definit els estàndards ambientals que els magatzems específics han de complir.

Quan la Direcció ha decidit una millora de les instal·lacions (sigui per obligació normativa o de caràcter voluntari), s'ha establert un pla o programa d'actuació, segons el que indica PE05.6\_RD "Revisió per la Direcció".

**GESTIÓ DELS RECURSOS**

**CAPÍTOL Nº 6**

La Direcció pren les mesures necessàries per assegurar que el centre tingui les mesures de protecció i seguretat que són necessàries perquè el personal executi el seu treball en les condicions idònies (veure PE05.6\_RD "Revisió per la Direcció").

**MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL**

**REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL**

**CAPÍTOL N ° 7**

**RELACIÓ DE REVISIONS**

REVISIÓ	DATA	OBSERVACIONS
0	20/02/2014	Emissió Primera Edició.
1	06/06/2014	Incorporació dels drets i deures dels residents i Annex (punt 7.7).
2	16/07/2014	Incorporació de PO07.5-7_PTS "Prestació dels Serveis de Treball Social".
3	29/07/2014	Incorporació logotip L'Oreig.
4	30/10/2014	Incorporació d'Annex V "Reglament de Règim Intern de la Residència CALS AVIS i Centre de Dia L'OREIG"
5	23/11/2015	Revisió general

ELABORAT PER:	REVISAT PER:	APROVAT PER:
Data:	Data:	Data:
D.	D.	D.



## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL

### REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL

### CAPÍTOL N ° 7

#### ÍNDEX

RELACIÓ DE REVISIONS .....	1
ÍNDEX.....	2
<b>7.REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL.....</b>	<b>3</b>
7.1.- PLANIFICACIÓ DE LA REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL .....	3
7.2.- PROCESSOS RELACIONATS AMB EL CLIENT.....	3
<b>7.2.1. Determinació de requisits relacionats amb els Serveis Assistencials.....</b>	<b>3</b>
<b>7.2.2. Revisió dels Requisits relacionats amb el Servei Assistencial .....</b>	<b>4</b>
<b>7.2.3. Comunicació amb el client.....</b>	<b>5</b>
7.3.- DISSENY I DESENVOLUPAMENT.....	6
<b>7.3.1. Planificació del Disseny i Desenvolupament .....</b>	<b>6</b>
<b>7.3.2. Elements d'Entrada per al Disseny i Desenvolupament .....</b>	<b>7</b>
<b>7.3.3. Resultats del Disseny i Desenvolupament .....</b>	<b>7</b>
<b>7.3.4. Revisió del Disseny i Desenvolupament.....</b>	<b>7</b>
<b>7.3.5. Verificació del Disseny i Desenvolupament .....</b>	<b>7</b>
<b>7.3.6. Validació del Disseny i Desenvolupament.....</b>	<b>7</b>
<b>7.3.7. Control dels Canvis del Disseny i Desenvolupament .....</b>	<b>8</b>
7.4.- COMPRES .....	9
<b>7.4.1. Procés de compres .....</b>	<b>9</b>
<b>7.4.2. Informació de les compres.....</b>	<b>9</b>
<b>7.4.3. Verificació dels productes comprats.....</b>	<b>10</b>
7.5.- PRODUCCIÓ I PRESTACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL.....	10
<b>7.5.1. Control en la prestació dels serveis.....</b>	<b>10</b>
<b>7.5.2. Validació dels serveis assistencials .....</b>	<b>11</b>
<b>7.5.3. Identificació i traçabilitat.....</b>	<b>11</b>
<b>7.5.4. Propietat del client .....</b>	<b>12</b>
<b>7.5.5. Cures sobre el Pacient .....</b>	<b>12</b>
7.6.- CONTROL DELS DISPOSITIUS DE SEGUIMENT, MESURA I ASSAIG .....	12
7.7.- ANNEXOS.....	12
DRETS I DEURES.....	13

## **7.REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL**

### **7.1.-PLANIFICACIÓ DE LA REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL**

FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ (des d'ara CALS AVIS), per tal de realitzar una adequada planificació dels serveis que presta (cures a la gent gran, infermeria, hostaleria, ...), ha establert el procediment PO07.1\_PSA " Planificació del Servei Assistencial".

El procediment PO07.1\_PSA "Planificació del Servei Assistencial" estableix els recursos necessaris per a la prestació del servei assistencial (responsables del seu compliment són els caps de les diferents àrees, d'acord a l'organigrama del centre).

El procediment PO07.1\_PSA "Planificació del Servei Assistencial" també estableix els torns, horaris d'activitats, programació de menús i calendaris més importants del centre.

Pel que fa al servei assistencial que rep el pacient, també es defineix un pla d'actuació PIAI (veure capítol 7.3).

Hi ha altres activitats que també es planifiquen, com ara la neteja de les instal·lacions o els serveis de bugaderia (veure capítol 7.5).

### **7.2.-PROCESSOS RELACIONATS AMB EL CLIENT**

#### **7.2.1. DETERMINACIÓ DE REQUISITS RELACIONATS AMB ELS SERVEIS ASSISTENCIALS**

Periòdicament CALS AVIS signa un contracte de prestació de serveis amb l'Administració (SISPAP).

També és possible la signatura d'un contracte directament amb un particular, quan aquest de manera privada vol l'ingrés d'un familiar.

D'una o altra manera, en tots els casos, hi ha un document contractual que defineix la prestació de serveis que ha de realitzar el centre.

Els contractes són revisats per la Direcció del centre. Aquesta revisió té per objectiu:

- ☐ Comprovar que estan definits els requisits i especificacions del servei.
- ☐ CALS AVIS té la capacitat per complir amb els requisits definits en el contracte.

Els contractes amb organismes públics i mútues es gestionen segons el que indica el procediment PE04.2-3\_CDE "Control de Documentació Externa".

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL

### REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL

### CAPÍTOL N ° 7

En qualsevol cas, si la Direcció detecta algun aspecte important que cal ressenyar en el s: conveni, contactarà amb el client (asseguradora, privat, ...) indicant i suggerint les possibles modificacions.

CALS AVIS, d'acord amb el que estableix PE04.2-3\_CDE "Control de Documentació Externa", revisa i controla els diferents aspectes legals que li són d'aplicació, incorporant aquests requisits als contractes acordats.

CALS AVIS ha establert els "drets i deures de les persones usuàries" de CALS AVIS (veure Annex IV d'aquest manual) i el "Reglament de Règim Intern" (veure Annex V d'aquest manual). Aquesta informació és de coneixement públic i, a més d'estar exposada al centre, s'entrega a les persones en el moment del seu ingrés (veure PO07.2-1\_PI "Pre ingrés i Pla d'Acollida").

Els horaris de les visites s'han establert al Mod.4/PS07.1\_PSA "Horaris dels Serveis" (veure PS07.1\_PSA "Planificació Servei Assistencial").

En el moment de la finalització del servei assistencial, de forma independent a l'origen que genera la terminació (alta, derivació, èxitus...), es determinen els requisits que s'han d'acomplir segons el procediment PO07.5-12\_FSA "Finalització del Servei Assistencial".

#### **7.2.2. REVISIÓ DELS REQUISITS RELACIONATS AMB EL SERVEI ASSISTENCIAL**

La revisió dels requisits relacionats amb el servei assistencial del centre es realitza en dos moments:

- ❑ A nivell contractual amb asseguradores i privats, abans de la signatura dels contractes i convenis.
- ❑ A nivell de clients usuaris i pacients, abans de la seva acceptació a la residència assistida.

La Direcció de CALS AVIS revisa i aprova tots els contractes que signa l'entitat.

Abans de la signatura del contracte, es realitzen les següents activitat

- ❑ Es revisen els documents per assegurar que estan definits els requisits del servei assistencial que es prestarà.
- ❑ estan resoltes les possibles diferències existents entre els requisits del contracte i els expressats prèviament.
- ❑ CALS AVIS tenen la capacitat per complir amb els requisits definits.

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL

### REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL

### CAPÍTOL N º 7

Tots els contractes són signats per la Direcció del centre com a control de les revisions efectuades.

Es mantenen registres de totes les revisions i comunicats amb les asseguradores i clients privats (e-mail, esborranys de contractes). Aquesta documentació es troba arxivada en carpetes a l'Àrea d'Administració.

Es mantenen registres de totes les revisions i comunicats amb les asseguradores i clients privats (e-mail, esborranys de contractes). Aquesta documentació es troba arxivada en carpetes a l'Àrea d'Administració.

Mentre que amb les asseguradores (ex. SISPA) són elles les que solen proposar l'esborrany de contracte, amb els clients privats és el centre el que confecciona el contracte. Abans de la seva signatura es posa a disposició del particular perquè tingui temps de revisar-lo i proposar variacions, si considera.

Abans de l'acceptació d'un pacient, es realitza una revisió de la història clínica (HC a partir d'ara) i del perfil social del pacient. Aquestes activitats estan sistematitzades en el procediment PO07.2\_PI "Preingrés i Pla d'Acollida".

La valoració prèvia de l'expedient de la persona que ingressarà té diferents finalitats:

- ❑ Revisió dels documents per assegurar que estan definits els requisits del servei assistencial que es prestarà a l'usuari.
- ❑ Després de la revisió de la HC i de la Història Social de l'usuari, assegurar que estan resoltes les possibles diferències existents entre els requisits del servei clínic que s'ha de prestar i els expressats prèviament, en les primeres comunicacions.
- ❑ Després de la revisió de la documentació del pacient, CALS AVIS té la seguretat que té la capacitat i els recursos per complir amb els requisits que necessita el pacient.

### **7.2.3. COMUNICACIÓ AMB EL CLIENT**

CALS AVIS ha establert en el procediment PO08.2-3\_SCR "Seguiment i Control dels residents" la periodicitat amb què els serveis assistencials del centre han d'informar a l'usuari (i la seva família) del seu estat de salut i la seva evolució.

El centre també té articulada una sistemàtica davant queixes, reclamacions i suggeriments en el procediment PE08.3\_NC "Gestió de No Conformitats" i sobretot, PE08.3-2\_QRS "Queixes, Suggeriments i Reclamacions".

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL

### REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL

### CAPÍTOL N ° 7

De manera addicional, els pacients i les seves famílies poden sol·licitar en qualsevol moment informació sobre els serveis que s'estan prestant al pacient i el centre té l'obligació de procurar en el menor termini de temps possible.

CALS AVIS presenta a les administracions i òrgans de control una memòria anual de resultats (informe de gestió) on s'informa a l'asseguradora pública dels resultats de l'entitat (veure 5.5.3 de aquest Manual).

### **7.3.-DISSENY I DESENVOLUPAMENT**

#### **7.3.1. PLANIFICACIÓ DEL DISSENY I DESENVOLUPAMENT**

Tots els pacients i usuaris de CALS AVIS reben un servei únic i personalitzat.

Si bé els serveis assistencials que presta el centre s'obtenen mitjançant la realització de processos i activitats que intentem que estiguin estandarditzades, la combinació de tots ells (valoració, PIAI, tractament, seguiment, alimentació, proves complementàries, ...) es realitza de manera específica per a cada pacient.

L'establiment del Pla Individualitzat d'Atenció Integral (PIAI) passa per diverses etapes:

- ☐ Revisió dels documents per assegurar que estan definits els requisits del servei assistencial que es prestarà a l'usuari.
- ☐ Revisió prèvia de la documentació sanitària i social del pacient.
- ☐ Valoració del pacient
- ☐ Establiment del Pla Individualitzat d'Atenció Integral (PIAI)

En les diferents etapes per al disseny del servei assistencial individualitzat es defineixen les responsabilitats de cada activitat. De tota manera, tots els pacients, tal com s'indica en el procediment PO07.3-2\_PIAI "Pla Interdisciplinari d'Atenció Individualitzada", tenen establert un professional responsable del pacient que, entre altres funcions, té per objecte coordinar, planificar i seguir el tractament terapèutic i les cures que rep a resident.

#### **7.3.2. ELEMENTS D'ENTRADA PER AL DISSENY I DESENVOLUPAMENT**

Tots els pacients de CALS AVIS són valorats de manera integral:

- ☐ En el moment del seu ingrés al centre.
- ☐ Periòdicament, segons el que estableix el PIAI

La valoració dels pacients es realitza segons el que indica el procediment PO07.3-1\_VP "Valoració del Pacient".

#### **7.3.3. ELEMENTS D'ENTRADA PER AL DISSENY I DESENVOLUPAMENT**

Tots els pacients de CALS AVIS són valorats de manera integral:

- ☐ En el moment del seu ingrés al centre.
- ☐ Periòdicament, segons el que estableix el PIAI

La valoració dels pacients es realitza segons el que indica el procediment PO07.3-1\_VP "Valoració del Pacient".

#### **7.3.4. ELEMENTS D'ENTRADA PER AL DISSENY I DESENVOLUPAMENT**

Tots els pacients de CALS AVIS són valorats de manera integral:

- ☐ En el moment del seu ingrés al centre.
- ☐ Periòdicament, segons el que estableix el PIAI

La valoració dels pacients es realitza segons el que indica el procediment PO07.3-1\_VP "Valoració del Pacient".

#### **7.3.5. ELEMENTS D'ENTRADA PER AL DISSENY I DESENVOLUPAMENT**

Tots els pacients de CALS AVIS són valorats de manera integral:

- ☐ En el moment del seu ingrés al centre.
- ☐ Periòdicament, segons el que estableix el PIAI

La valoració dels pacients es realitza segons el que indica el procediment PO07.3-1\_VP "Valoració del Pacient".

#### **7.3.6. ELEMENTS D'ENTRADA PER AL DISSENY I DESENVOLUPAMENT**

Tots els pacients de CALS AVIS són valorats de manera integral:

- ☐ En el moment del seu ingrés al centre.
- ☐ Periòdicament, segons el que estableix el PIAI

La valoració dels pacients es realitza segons el que indica el procediment PO07.3-1\_VP "Valoració del Pacient".

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL

### REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL

### CAPÍTOL N ° 7

#### 7.3.7. ELEMENTS D'ENTRADA PER AL DISSENY I DESENVOLUPAMENT

Tots els pacients de CALS AVIS són valorats de manera integral:

- ☐ En el moment del seu ingrés al centre.
- ☐ Periòdicament, segons el que estableix el PIAI

La valoració dels pacients es realitza segons el que indica el procediment PO07.3-1\_VP "Valoració del Pacient".

En l'esmentat procediment es defineixen:

- ☐ Àrees assistencials i de suport que han de valorar al pacient.
- ☐ Sistemàtiques, activitats, proves i escales mínimes que els diferents professionals han de realitzar.
- ☐ Sistemàtica de registre de resultats i conclusions.

Per a la seva realització, les diferents àrees tenen en compte les normes reguladors existents (veure PE04.2-3\_CDE "Control de Documentació Externa") i en tot moment es recolzen en les Guies de Bona Pràctica Clínica (BPC des d'ara) que el centre ha desenvolupat.

#### 7.3.8. RESULTATS DEL DISSENY I DESENVOLUPAMENT

Els resultats de la valoració del pacient es registren en la seva HC i com és lògic, són aprovats per l'àrea assistencial i de suport que els ha realitzat, de manera prèvia al seu registre a la HC.

El conjunt d'assajos i valoracions realitzades i definides en PO07.3-1\_VP "Valoració del Pacient" han de ser suficients per a l'establiment del seu PIAI. De tota manera, es poden fer proves complementàries si així ho considera algun professional assistencial en primera instància i el seu metge de capçalera en segona.

Els diferents professionals involucrats es reuneixen (reunions de l'equip interdisciplinari) per analitzar i determinar el PIAI del pacient. Aquestes activitats es realitzen d'acord al procediment PO07.3-2\_PIAI "Pla Interdisciplinari d'Atenció Individualitzada".

Tots els PIAI que realitza la CALS AVIS han de complir uns requisits mínims, requisits fixats en el procediment PO07.3-2\_PIAI.

#### 7.3.9. REVISIÓ DEL DISSENY I DESENVOLUPAMENT

Periòdicament, segons el que estableix el PIAI (veure PO07.3-2\_PIAI "Pla Interdisciplinari d'Atenció Individualitzada") s'ha de fer una nova valoració integral i individualitzada del pacient. L'objectiu és revisar el PIAI i establir les modificacions en el tractaments que siguin oportunes a fi d'aconseguir els objectius terapèutics que s'han establert per al pacient.

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL

### REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL

### CAPÍTOL N º 7

En les valoracions posteriors i en les revisions del PIAI hi participen professionals de totes les àrees assistencials i de suport establertes en el procediment i es mantenen en la HC registre de totes les proves i activitats diagnòstiques que es realitzen.

#### **7.3.10. VERIFICACIÓ DEL DISSENY I DESENVOLUPAMENT**

Els serveis assistencials de CALS AVIS, verifiquen i aproven el PIAI del pacient.

#### **7.3.11. VALIDACIÓ DEL DISSENY I DESENVOLUPAMENT**

Durant del tractament assistencial (veure capítol 7.5) es realitzen sobre el pacient diferents proves funcionals per validar que el PIAI establert comportarà la consecució dels objectius terapèutics establerts.

Tots els resultats de les proves funcionals establertes queden recollits en la HC del pacient.

#### **7.3.12. CONTROL DELS CANVIS DEL DISSENY I DESENVOLUPAMENT**

Com a resultat de l'evolució del pacient, poden produir canvis en el PIAI establert. Els canvis que es realitzin comporten a la realització de les activitats establertes en el procediment PO07.3-2\_PIAI "Pla Individualitzat d'Atenció Integral" i l'aprovació d'un nou PIAI.

### **7.4.- COMPRES**

#### **7.4.1. PROCÉS DE COMPRES**

CALS AVIS ha sistematitzat tant el procés de compres (PG07.4-1\_GCS "Gestió de Compres i Subcontractacions") com el d'homologació de proveïdors i subcontractistes (PG07.4-2\_EPS "Avaluació de Proveïdors i subcontractistes").

#### **7.4.2. INFORMACIÓ DE LES COMPRES**

En el procediment PG07.4-1 "Gestió de Compres i Subcontractacions" es defineixen la documentació que requereix la compra de productes (medicaments, fungibles, ...) o la contractació de serveis (Control de plagues, jardineria ...).

És requisit del SGA de CALS AVIS que els documents de compra defineixin clarament i sense ambigüitats els productes o serveis que es requereixen i s'han de subministrar.

Quan es realitza una compra extraordinària, es requereix la revisió i aprovació del document de compra. Quan es tracta de compres en petites quantitats, la revisió la realitza la persona que realitza la compra.



## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL

### REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL

### CAPÍTOL N ° 7

#### **7.4.3. VERIFICACIÓ DELS PRODUCTES COMPRATS**

El PG07.4-1 "Gestió de Compres i Subcontractacions" i en especial el PG07.5-15\_GA "Gestió i Control de Magatzem" estableix les accions necessàries per assegurar que els productes i els materials o serveis subministrats pels proveïdors compleixen amb l'especificat.

Pel que fa a medicació, s'estableixen les pautes d'inspecció en recepció en el procediment PG07.5-14\_GF "Gestió i Control de Farmàcia".

Pel que fa als serveis que presten els subcontractistes, són els caps i responsables d'àrea dels que han de valorar la seva comesa i l'eficiència i eficàcia amb què estan exercint el seu treball.

Qualsevol subministrament, que després de la inspecció de recepció, no compleixi amb els requisits especificats serà identificat i tractat segons el procediment PE08.3\_NC "Gestió de No Conformitats".

#### **7.5.- PRODUCCIÓ I PRESTACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL**

##### **7.5.1. CONTROL EN LA PRESTACIÓ DELS SERVEIS**

CALS AVIS exerceix els diferents serveis assistencials que presta de manera controlada.

A l'apartat 7.5.5 "Cures sobre el Pacient" s'han indicat els aspectes relacionats amb la higiene, la cura o l'alimentació dels pacients del centre.

En el capítol 6 d'aquest manual s'ha explicat les diferents sistemàtiques que té el centre per al control de les instal·lacions i les condicions ambientals (ex. PG07.5-11\_LDI "Neteja i Desinfecció d'Instal·lacions").

CALS AVIS ha establert protocols per a la gestió de la bugaderia. El procediment PG07.5- 10\_GB "Gestió Bugaderia" estableix la necessitat d'una planificació de les operacions o la definició de diferents operacions com poden ser el rentat, el planxat, la recollida i lliurament o la costura i repàs de la roba, entre d'altres.

Pel que fa al servei assistencial que presta la residència, es disposa dels procediments PO07.5-1\_AS "Atenció Sanitària", PO07.5-3\_PSF "Prestació dels Serveis de Fisioteràpia", PO07.5-4\_PTO "Prestació dels Serveis de Teràpia Ocupacional ", PO07.5-7\_PTS "Prestació dels Serveis de Treball Social" i PO07.5-5\_PSP" Prestació dels Serveis de Psicologia ".

Els diferents procediments del SGA poden portar associats instruccions de treball, programes i plans d'acció, BPC, ....

La relació d'IT, BPC o PA disponibles a l'empresa (són documents interns del SGA i per tant, controlats d'acord a PE04.2-1\_CDI "Control de la Documentació Interna") es pot consultar mitjançant el registre Mod.3/PE04 .2-1\_CDI "Documentació Interna en vigor).

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL

### REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL

### CAPÍTOL N ° 7

El procés de medicació s'ha establert en el procediment PO07.5-2\_M "Medicació", on es defineixen les activitats de prescripció, preparació i administració dels fàrmacs requerits per al tractament del pacient.

Pel que fa a gestió de la farmàcia, principal magatzem de l'empresa, CALS AVIS ha desplegat el procediment PO07.5-14\_GF "Gestió i Control de Farmàcia", on es defineixen diferents aspectes com la gestió d'existències, les condicions ambientals requerides, devolucions, accés i seguretat, entre d'altres.

El servei assistència pot finalitzar per diferents raons:

- ⊛ alta del pacient
- ⊛ derivació a un altre centre, o retorn a domicili
- ⊛ èxitus

La sistemàtica que s'ha de seguir en cada cas s'estableix en el procediment PO07.5-12\_FSA "Finalització del Servei Assistencial" on es defineixen aspectes com tràmits administratius o informació mínima que ha de tenir la documentació del pacient en el moment de la sortida.

#### **7.5.2. VALIDACIÓ DELS SERVEIS ASSISTENCIALS**

Les activitats i processos que es realitzen en CALS AVIS poden verificar i controlar-se amb posterioritat.

De tota manera, se segueix un criteri molt estricte pel que fa a qualificació del personal que pot realitzar les diferents activitats (ex. medicació), sempre d'acord amb el que indica les "Fitxes de Descripció de Lloc de Treball" Mod.1/PG06.2\_RH i en la legislació vigent (veure PE04.2-3\_CDE "Control de Documentació Externa").

#### **7.5.3. IDENTIFICACIÓ I TRACABILITAT**

Tots els pacients de CALS AVIS disposen d'un codi identificador, codi que coincideix amb l'assignat per la història clínica (HC) del pacient.

En tot moment és possible conèixer l'estat del pacient pel que fa al tractament que està rebent. Tots els pacients i usuaris de CALS AVIS disposen d'una HC individual i personalitzada on es registren les diferents actuacions i tractaments que rep la persona. La HC també permet la traçabilitat del servei assistencial que rep el pacient

CALS AVIS ha dissenyat i desplegat el procediment PE04.2-4\_HC "Història Clínica" on es defineixen aspectes com la confidencialitat, accés per les persones o documents o informació que ha de contenir.

## REALITZACIÓ DEL SERVEI ASSISTENCIAL

## CAPÍTOL N ° 7

També són propietat del client les proves i anàlisis complementàries que es realitzen durant la seva estada al centre o que procura de manera prèvia a l'ingrés. Tota aquesta documentació pertany a la HC del pacient i es gestiona segons el que indica el procediment PE04.2-4\_HC "Gestió de la història clínica".

### **7.5.4. CURES SOBRE EL PACIENT**

Els pacients d'un centre residencial assistit, a més de rebre un servei assistencial i sanitari, han de rebre cures i atencions vitals relacionades amb la higiene i l'alimentació, entre d'altres.

L'atenció i cures personals que han de rebre els pacients del centre s'han definit en el procediment PO07.5-6\_ACP "Atenció i Cures Personals".

El procediment PO07.5-6\_ACP disposa com a document relacionat, de guies BPC i instruccions.

A l'apartat 7.5.1 "Control en la prestació dels serveis" s'han indicat els diferents procediments i sistemàtiques relacionades amb el servei que es presta als residents.

### **7.6.- CONTROL DELS DISPOSITIUS DE SEGUIMENT, MESURA I ASSAIG**

CALS AVIS realitza un control rigorós de tots aquells equips que tenen per finalitat la mesura de les diferents funcions vitals del pacient o la funció és el mesurament i el control dels processos que es realitzen en el centre.

Per sistematitzar i definir les activitats a realitzar, ha dissenyat i desplegat el procediment PG06.3\_I "Gestió de la Infraestructura". Aquest document defineix diferents activitats com són la identificació dels equips o els plans d'inspecció, verificació o calibratge que s'han d'aplicar.

### **7.7.- ANNEXOS**

A continuació s'annexen en aquest capítol els següents annexos:

- Annex IV: Drets i Deures dels Usuaris de CALS AVIS.
- Annex V: Reglament de Règim Intern de la Residència CALS AVIS i Centre de Dia L'OREIG.

## **DRETS I DEURES DELS USUARIS DE LA FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ**

### **DRETS DE LES PERSONES ATESES AL CENTRE**

(d'acord a Llei 12/2007)

1.- Dret a rebre voluntàriament el servei social que correspongui

S'ha de garantir que la persona ingressi voluntàriament en un servei, però també que pugui participar en el seu procés assistencial i, si cal i sempre que vulgui, en la decisió de sortir del servei. Ha de tenir prou informació i la capacitat de decisió per prendre la determinació voluntàriament.

Aquests drets es fonamenten en l'autonomia de la persona i, més concretament, en la seva competència per prendre decisions, sense coaccions, per tal de decidir d'acord amb criteris racionals i els propis valors.

En els casos en què la persona presenti algun tipus de deteriorament cognitiu i no sigui prou competent per prendre la decisió autònomament, serà la família o les persones de l'entorn proper qui la representaran, sempre en el seu benefici i informant-la i fent-la participar tant com sigui possible.

En alguns casos en què el dèficit de la competència no sigui reversible, s'haurà de valorar la necessitat de protecció jurídica en forma de tutela o curatela.

- 2.- Dret a obtenir facilitats per fer la declaració de voluntats anticipades, d'acord amb la legislació vigent
- 3.- Dret a la informació en tots els serveis socials
- 4.- Dret a la participació democràtica de les persones ateses o dels seus representants legals
- 5.- Dret a la intimitat i a la no -divulgació de les dades personals que figurin en els seus expedients o historials

Aquest dret inclou

- Trucar a la porta abans d'entrar a l'habitació i tancar-la durant les higiènes, canvis i/o exploracions.
- Cobrir la persona, no exposar innecessàriament parts del seu cos i demanar permís per despullar, tocar i explorar el cos
- No entrar en una habitació o un bany mentre es fa la higiene personal o exploracions si no és indispensable.

Donar suport a la persona per mantenir una bona imatge personal (com la vol tenir) i preservar-ne la identitat.

- Dirigir-se a la persona pel seu nom com vulgui ser anomenada, mirar-la als ulls i no tutejar-la si no ho ha demanat.
  - Ser amable i escoltar.
  - Acceptar les persones tal com són, ser molt curiosos davant de qualsevol situació de fragilitat i no ridiculitzar-la per les seves mancances físiques o psíquiques.
  - No adoptar actituds que infrutilitzin la persona.
  - Recollir només aquella informació per donar un bon suport assistencial i fer un bon ús.
  - No realitzar comentaris sobre temes personals que la persona no vol compartir, així com judicis de valor sobre les seves creences, ideologies o situació sociofamiliar.
  - Respectar l'espai propi de la persona on pugui estar sola, tenir les seves pertinences o expressar la seva sexualitat amb comoditat.
  - Disposar dels espais adequats per a la custòdia de les dades personals.
  - Decidir quina informació s'ha de compartir amb tercers per garantir la qualitat del servei.
  - No deixar informació a l'abast de persones alienes a l'atenció de la persona.
  - Respectar els desitjos i les orientacions sexuals de les persones ateses i evitar que es converteixin en tabú per a l'atenció.
- 6.- Dret a considerar com a domicili propi l'establiment residencial on viu i a mantenir la seva relació amb l'entorn familiar i social
- 7.- Dret a la continuïtat en la prestació dels serveis en les condicions establertes o convingudes, sens perjudici de les clàusules d'estabilització que s'acordin en els contractes d'assistència
- 8.- Dret a no ser discriminats en el tractament per raó de naixença, raça, sexe, religió, opinió, orientació sexual o qualsevol altra condició o circumstància personal o social.

Dret a ser tractat amb el respecte i la consideració deguda a la seva dignitat.

Accedir a l'atenció social, sanitària, farmacèutica, psicològica, educativa i cultural i, en general, a l'atenció de totes les necessitats personals, per aconseguir un desenvolupament personal adequat, en condicions d'igualtat respecte a l'atenció que reben els altres ciutadans

Les actuacions efectuades hauran de justificar-se documentalment a l'expedient assistencial de la persona atesa

La persona i els familiars han de ser informats de quina és la filosofia assistencial sobre les contencions. La persona atesa té dret a rebre informació prèvia, de forma clara i senzilla, sobre els avantatges i inconvenients de l'aplicació de subjeccions, així com de l'ús de baranes, a fi de poder donar el seu consentiment específic i lliure. També té dret a rebutjar la seva aplicació.

- 10.- Dret a la tutela de les autoritats públiques per garantir el gaudiment dels drets establerts
- 11.- Dret a exercir lliurement els drets polítics i la pràctica religiosa o espiritual, respectant el funcionament normal de l'establiment i la llibertat de les altres persones

### **DEURES DE LES PERSONES ATESES AL CENTRE** (d'acord a Llei 12/2007)

- 1.- Vetllar per postergar la dependència i obstaculitzar la incapacitat.
- 2.- Facilitar, de forma veraç i fidedigna, les dades personals, convivencials i familiars que siguin necessàries.
- 3.- Comunicar els canvis sobre les seves circumstàncies o necessitats.
- 4.- Col·laborar per poder satisfer les necessitats o preferències de la persona atesa.
- 5.- Complir els acords relacionats amb les prestacions i el Pla individualitzat d'atenció (PIA) atorgats, i comprometre's a participar activament en el procés.
- 6.- Comparèixer a entrevistes i seguir indicacions del personal acordades conjuntament en el PIA.
- 7.- Destinar la prestació a la finalitat per a la qual s'ha concedit.
- 8.- Facilitar la presa de decisions dels professionals elaborant el DVA (document de voluntats anticipades) o, si més no, deixant constància oral de les seves referències o desitjos.
- 9.- Mantenir una conducta basada en el respecte mutu, en la tolerància i la col·laboració per facilitar la convivència en l'establiment i la resolució de problemes.
- 10.- Respectar la dignitat i els drets del personal dels serveis com a persones i com a treballadors; fer ús amb responsabilitat de les instal·lacions del centre i dels serveis socials de Catalunya.
- 11.- Respectar les opcions de vida i espais d'intimitat dels altres.
- 12.- Respectar l'ideari de les organitzacions residencials.
- 13.- Procurar que les decisions siguin raonables i no resultat de l'arbitrarietat.

- 14.- Reconèixer la tasca dels professionals.
- 15.- Explicitar a les autoritats competents mancances o contradiccions que l'aplicació de la legalitat (violència administrativa o burocràtica) comporti.

NOM:

**FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ**





**ÍNDEX**

<b>RELACIÓ DE REVISIONS .....</b>	<b>1</b>
<b>ÍNDEX.....</b>	<b>2</b>
<b>8. - MESURAMENT, ANÀLISI I MILLORA .....</b>	<b>3</b>
8.1.- GENERALITATS .....	3
8.2.- SEGUIMENT I MESURA .....	3
8.2.1. satisfacció del client .....	3
8.2.2. auditoria interna.....	3
8.2.3. Seguiment i mesura dels processos.....	3
8.2.4. Seguiment i mesurament dels Pacients i Usuaris.....	4
8.3.- GESTIÓ DE NO CONFORMITATS.....	4
8.4.- ANÀLISI DE DADES .....	4
8.5.- MILLORA.....	5
8.5.1. Millora contínua .....	5
8.5.2. Acció correctiva .....	6
8.5.3. Acció preventiva .....	6

## **8. - MESURAMENT, ANÀLISI I MILLORA**

### **8.1.- GENERALITATS**

FUNDACIÓ D'ANCIANS DE SANT FELIU DE TORELLÓ (des d'ara CALS AVIS) planifica i implementa els processos de seguiment, mesura, anàlisi i millora necessaris per a:

- Verificar la conformitat dels serveis assistencials que perceben els usuaris i del seu estat d'evolució.
- Assegurar la conformitat del Sistema Assistencial de Gestió.
- Millorar contínuament l'eficàcia del SGA.

### **8.2.- SEGUIMENT I MESURA**

#### **8.2.1. SATISFACCIÓ DEL CLIENT**

CALS AVIS ha establert el procediment PE08.2-1\_SC "Satisfacció del Client" a fi d'estructurar la recollida de dades i informació pel que fa a les percepcions que tenen les diferents tipologies de clients pel que fa als serveis que presta el centre.

En l'esmentat procediment també s'estableixen el processament de la informació (dades primàries) per a l'obtenció de conclusions.

#### **8.2.2. AUDITORIA INTERNA**

CALS AVIS estableix el procediment PE08.2-2\_AI "Auditoria Interna" on es descriu la metodologia que segueix la nostra organització per a la planificació i realització d'auditories internes del SGA.

Les auditories i avaluacions del SGA es realitzen a intervals planificats. També en el procediment s'indica la metodologia per comunicar els resultats obtinguts en aquestes.

Les auditories es programen en funció de la naturalesa de les activitats i de la seva importància. Així mateix es defineixen els criteris de la revisió, l'abast i l'equip auditor.

#### **8.2.3. SEGUIMENT I MESURA DELS PROCESSOS**

Al llarg dels diferents processos (i procediments) que s'han definit en el capítol 7, s'han definit les sistemàtiques de seguiment i comprovació que realitza el personal de CALS AVIS per assegurar la idoneïtat dels processos que realitza el centre.

Pel que fa a medicació, en ser un procés crític del servei assistencial, s'ha establert el procediment PO08.2-4\_SCM "Seguiment i Control de la Medicació".

El seguiment i control del procés de medicació contempla els diferents controls i supervisions que es realitzen per assegurar tant la preparació com l'administració, així com l'aparició d'efectes adversos.

SEGUIMENT I MESURA

CAPÍTOL N ° 8

El centre disposa d'un sistema d'indicadors (Sistema de Mesura i Anàlisi de resultats Balanced Scorecard) que permeten el mesurament dels processos i la disponibilitat per part dels líders d'informació.

Les fitxes d'indicadors BS així com la sistemàtica de mesura i anàlisi de dades s'explica en l'apartat 8.4 "Anàlisi de Dades" de la present memòria.

Qualsevol procés que no compleixi amb els requisits establerts es gestionarà d'acord amb el que indica el procediment PE08.3-1\_NC "Gestió de No Conformitats".

#### **8.2.4. SEGUIMENT I MESURAMENT DELS PACIENTS I USUARIS**

Les diferents pautes que se segueixen per al seguiment i control dels pacients s'han determinat en el procediment PE08.2-3\_SCR "Seguiment i Control dels residents".

A partir d'aquestes activitats es pot prendre decisions per a la finalització del servei sanitari o la revaloració del client a fi d'establir un nou PIAI.

Com indica l'apartat anterior, el centre disposa d'un sistema d'indicadors (Sistema de Mesura i Anàlisi de resultats Balanced Scorecard) que permet el mesurament dels resultats obtinguts pel que fa a pacients (vegeu l'apartat 8.4 "Anàlisi de Dades").

#### **8.3.- GESTIÓ DE NO CONFORMITATS**

CALS AVIS, per a la gestió d'incidències i disqualitats, ha establert el procediment PE08.3-1\_NC "Gestió de No Conformitats".

CALS AVIS s'aplica la legislació vigent (veure PE04.2-3\_CDE "Control de Documentació Externa") pel que fa a queixes, reclamacions i suggeriments dels pacients i les seves famílies pel que fa al servei prestat i estableix el Procediment PE08.3-2\_QRS "Queixes, Suggeriments i Reclamacions".

Les queixes i reclamacions i les disqualitats i incidències internes es gestionen en tot moment com no conformitats, segons el que indica PE08.3-1\_NC. En el procediment es determinen les responsabilitats i les accions a desplegar per assegurar l'anàlisi de la situació i la seva resolució de les incidències.

#### **8.4.- ANÀLISI DE DADES**

CALS AVIS determina, recopila i analitza les dades necessàries per demostrar i millorar la idoneïtat i eficàcia del seu Sistema Assistencial de Gestió.

L'anàlisi de dades i de resultats proporciona informació sobre:

- La satisfacció del client.
- No Conformitats.
- Accions Correctives, preventives i de millora.

SEGUIMENT I MESURA

CAPÍTOL N ° 8

- Avaluació de proveïdors i subcontractistes.

Els principals indicadors assistencials, de suport, generals i estratègics que són fonamentals per a la gestió del centre

La sistemàtica per a l'anàlisi de dades s'estableix en el procediment PE08.4\_BS "Gestió del Quadre de Comandament Integral".

CALS AVIS té establert un Sistema de Mesura i Anàlisi de resultats (Balanced Scorecard) basat en les Fitxes d'Indicadors codi BS.

Les Fitxes d'Indicadors del BSC són documents del SGA i es gestionen d'acord al procediment PE04.2-1\_CDI "Control de la Documentació Interna".

Les Fitxes d'Indicadors BS estableixen els principals ràtios i conceptes que mesura el centre mentre que el procediment PE08.4\_BS estableix les sistemàtiques a seguir. Per tant, tots dos elements estan íntimament interrelacionats.

L'aplicació de tècniques estadístiques és deguda a la necessitat d'establir, controlar i verificar que la capacitat dels processos, les característiques dels serveis prestats i els resultats sobre els pacients són acceptables.

Hi ha altres procediments on es realitza anàlisi de dades i informació. Trobem aquestes sistemàtiques en PE08.2-1\_SC "Satisfacció del Client", PE08.3-1\_NC "Gestió de No Conformitats" i PG07.4-2\_EPS "Avaluació de Proveïdors i subcontractistes".

La Direcció analitzarà els resultats obtinguts en una reunió de Direcció (veure PE05.6\_RD "Revisió per la Direcció").

## **8.5.- MILLORA**

### **8.5.1. MILLORA CONTÍNUA**

CALS AVIS assegura la millora contínua del seu Sistema Assistencial de Gestió mitjançant l'establiment, mesura i estudi d'objectius i indicadors.

Aquesta millora contínua també es porta a terme a través de la política assistencial de l'empresa, l'estudi dels resultats de les auditories, l'anàlisi de dades, les accions correctives, preventives i de millora i la revisió per direcció.

Mitjançant el PE08.5\_AM "Accions Correctores, Preventives i de millora", l'organització estableix també la sistemàtica per gestionar totes les propostes de millora que vagin sorgint.

Les activitats de millora que siguin complexes i requereixen la intervenció de diverses seccions, es realitzaran segons el definit en el procediment PE05.6\_RD "Revisió per la Direcció".

**SEGUIMENT I MESURA**

**CAPÍTOL N ° 8**

**8.5.2. ACCIÓ CORRECTIVA**

L'organització, mitjançant el procediment PE08.3-1\_NC "Gestió de No Conformitats" i PE08.5\_AM "Accions Correctores, Preventives i de millora", determina la sistemàtica a seguir per:

- Identificar, registrar i revisar les no conformitats.
- Determinar les causes.
- Avaluar la necessitat d'adoptar accions perquè aquestes no conformitats tornin a ocórrer.
- Determinar i implementar les accions necessàries.
- Registrar els resultats de les accions preses.
- Revisar les accions correctives preses.

**8.5.3. ACCIÓ PREVENTIVA**

El procediment PE08.5\_AM "Accions Correctores, Preventives i de millora" ha estat elaborat per CALS AVIS. per:

- Determinar les no conformitats potencials i les seves causes.
- Avaluar la necessitat d'actuar per prevenir l'ocurrència de no conformitats.
- Determinar i implementar les accions necessàries.
- Registrar els resultats de les accions preses.
- Revisar les accions preventives preses.

# **REVISIÓ PER LA DIRECCIÓ**

## REVISIÓ DE TEMES PENDENTS

## COORDINACIÓ D'INFORMACIÓ

### ➤ ACORDS D' EQUIP DE MILLORA

--

Compartir informació i coordinació d' activitats, ingressos, queixes, suggeriments, incidències, stock Covid, millores, incidències de cuina, situació actual.... (Qualsevol tema del dia.

### ➤ ÀREA ECONÒMICA

--

### ➤ ÀREA ASSISTENCIAL

--

### ➤ ÀREA TÈCNICA

--

### ➤ ÀREA SOCIAL

--

➤ **ÀREA SERVEIS GENERALS**

➤ **TEMES TRANSVERSALS**

**ANÀLISI DE LA INFORMACIÓ**

**Resultat de les inspeccions i auditories realitzades ED (a la reunió següent a la inspecció)**

**Avaluació de tots els processos operatius i de suport**

1. Canvis interns i externs que puguin afectar el procés (Semestral- gener/julio)
2. Riscos: (Semestral- gener/julio i sempre que faci falta)
3. Necessitats: (Semestral- gener/julio i sempre que faci falta)
4. Compromís: (Semestral- gener/julio)
5. Accions: (Semestral- gener/julio)
6. Seguiment d'eficàcia i accions: (Semestral- gener/julio)



**MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓ ASSISTENCIAL**

Quadre de comandament (indicadors): (semestral- Gener/Juliol)

**Enquesta satisfacció usuaris:** (bianual-2023-2025-2027...)

**Enquesta satisfacció famílies:** (bianual-2023-2025-2027...)

**Enquesta satisfacció treballadors:** (bianual-2023-2025-2027...)

**Avaluació de l'eficàcia de la formació:** (anual- gener)

**Avaluació de proveïdors:** (anual- gener)

**Gestió d'incidències trimestrals** (gener, abril, juliol, octubre I sempre que sigui necessari)

**Queixes i suggeriments trimestrals** (gener, abril, juliol, octubre I sempre que sigui necessari)

**Revisat 01/03/2023 PER L'EQUIP AUDITOR AENOR**

**PM trimestrals:** (gener, abril, juliol, octubre I sempre que sigui necessari)

**NC trimestrals:** ( gener, abril, juliol, octubre I sempre que sigui necessari)

ACTUACIONS PENDENTS		RESPONSABLE	TERMINI
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			