



**PLAN DE CALIDAD  
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y SALUD MENTAL  
EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA  
2004-2007**

**Objetivo Específico 1.2.:**

**Mejora de la continuidad en la atención**

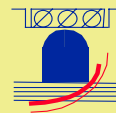


**Osakidetza**  
Servicio vasco de salud



**EUSKO JAURLARITZA**  
**GOBIERNO VASCO**

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD



## **1º OBJETIVO GENERAL: MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO SANITARIO**

### **7 Objetivos específicos:**

- 1.1. Mejora de la eficiencia y efectividad de las prestaciones sanitarias
- 1.2. Mejora de la continuidad en la atención
- 1.3. Mejora de la adecuación en el uso de las prestaciones sanitarias
- 1.4. Mejora de la seguridad de los pacientes en la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria
- 1.5. Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias
- 1.6. Mejora del trato y de las condiciones hosteleras
- 1.7. Mejora de la información

### **Objetivo Específico 1.2.:**

## **Mejora de la continuidad en la atención**

## 1.2. MEJORA DE LA CONTINUIDAD EN LA ATENCION

### 1.2.1.1 N° de protocolos conjuntos Atención Primaria/Salud Mental

**Fuente de Información:** Documentos elaborados

Numerador: N° de Unidades con  $\geq 1$  protocolos, o conjunto Atención Primaria - Salud Mental

Denominador: N° total de Unidades

**Observaciones:** Se considera Protocolo una secuencia lógica de actuaciones técnicas y tratamientos de una determinada patología basándose en un análisis de las estrategias alternativas, según los conocimientos científico-técnicos existentes y los recursos del centro o ámbito institucional en el que se ha de aplicar.

Tiene como objetivo principal la mejora de la práctica asistencial para evitar diferencias en la atención como consecuencia de la utilización de criterios distintos por parte de los profesionales, que significarían resultados diferentes en la atención al enfermo, o variaciones en el coste no justificadas.

El protocolo, como cualquier herramienta, debe ser utilizada correctamente para conseguir los fines que pretende. En primer lugar, ha de ser fruto del trabajo de los profesionales, y tras su realización y puesta en marcha se ha de proceder a la evaluación de su cumplimiento y efectividad.

No obstante, no se debe encorsetar la vida de los hospitales y centros asistenciales; por tanto no se debe protocolizar todos los procesos. No es necesario ni conveniente protocolizar lo evidente o lo que es comúnmente aceptado por todos.

El protocolo debe ser compatible con la iniciativa individual de cada profesional, debe ser respetuoso y potenciar en lo posible la relación médico-paciente, debe favorecer la creatividad y desarrollo de los profesionales, pero también debe evitar las actuaciones que no estén sustentadas en bases científicas, que son demasiado costosas para la sociedad o que son claramente ineficientes.

Finalmente, el protocolo es una garantía de calidad para los enfermos, porque define parámetros de actuación que dan seguridad a los profesionales y a los pacientes.

**Objetivo:  $> \text{ó} = 1$  en más del 70% de las Unidades.**

### 1.2. 1.2 N° de Guías conjuntas Atención Primaria/Salud Mental/interunidades/CSM....

**Fuente de Información:** Documentos elaborados

Numerador: N° de Unidades con  $\geq 1$  Guías, o conjunto Atención Primaria-Salud Mental

Denominador: N° total de Unidades

**Observaciones:** Las Guías de Práctica Clínica son un conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales y usuarios a seleccionar la mejor alternativa asistencial en el abordaje de condiciones clínicas concretas en contextos sanitarios específicos.

La metodología de elaboración de una guía implica un proceso formal y estructurado de revisión de la evidencia científica con participación de profesionales representando múltiples disciplinas.

Entre los atributos de las guías destacan la validez, la fiabilidad, reproducibilidad, base científica, flexibilidad clínica y multidisciplinariedad, y en resumen, las guías de práctica clínica son recomendaciones basadas en la revisión sistemática y estructurada de la evidencia científica con unos criterios y metodología de elaboración muy bien definidos.

Las guías de práctica clínica son una opción importante para mantener y promover una práctica clínica correcta, prestar una atención a los pacientes más efectiva y ayudar a conseguir los mejores resultados en salud.

Para asegurar que las guías mejoren los cuidados a los pacientes, éstas deben cumplir unos mínimos criterios de calidad.

En la actualidad, en la Unión Europea, el Instrumento utilizado para evaluar las Guías de Práctica clínica es el AGREE ( Appraisal of Guidelines and Evaluation ), que utiliza un abordaje por etapas que incluye identificación de criterios ( 23 criterios, testados por 195 evaluadores de 11 países diferentes, entre ellos España ), , la selección y la determinación de la escala de puntuación, trabajo de campo y una mejora del producto final.

La aceptación del instrumento ha sido del 95% para los evaluadores, con una fiabilidad adecuada para la mayor parte de las áreas: alfa de Cronbach con un rango de 0,64 a 0,88; y una fiabilidad interevaluador dentro de cada área ( coeficiente de correlación interclases ) con un rango de 0,57 a 0,91 para cuatro evaluadores por guía.

#### **Las 6 áreas teóricas de calidad son:**

1.- **Alcance y objetivos** (criterios 1-3): se refiere al objetivo global de la guía, la condición clínica específica y la población diana que quiere cubrir.

2.- **Participación de los implicados** (criterios 4-7): se refiere al grado en que la guía representa la visión de sus usuarios potenciales. La elaboración de guías debe implicar a todos los grupos interesados y las actividades de estos deben de estar cubiertas por la guía propuesta. Esto incluye a grupos de pacientes.

3.- **Rigor en la elaboración** (criterios 8-14): Se refiere al proceso llevado a cabo de recogida y síntesis de la evidencia, la metodología utilizada para formular las recomendaciones y para actualizar la guía . Este hecho obliga a incluir información sobre búsquedas bibliográficas realizadas, criterios empleados para seleccionar la evidencia y los métodos utilizados en la formulación de las recomendaciones. Las recomendaciones deben estar ligadas explícitamente a la evidencia que las sustenta. Así mismo una guía debe ser revisada externamente antes de su publicación y debe contener claramente información sobre su proceso de actualización.

4. - **Claridad y presentación** (criterios 15-18): Se ocupa del lenguaje y formato de la guía. Ya que el objetivo primordial de las guías es ayudar a los clínicos a tomar mejores decisiones con sus pacientes, los clínicos necesitan guías simples, que se ajusten a sus pacientes, fácil de usar y de entender. Una buena guía contiene información clara sobre las opciones de manejo y las consecuencias que acarrea cada una de ellas.

5.- **Aplicabilidad** (criterios 19-21): Se refiere a las implicaciones económicas y organizativas de aplicar la guía, Las guías deben ser viables en el contexto de las organizaciones a aplicar y se deben ajustar a las practica y tener en cuenta las limitaciones de tiempo. Además los criterios de monitorización deben de derivarse de las recomendaciones clave.

6.- **Independencia editorial** (criterios 22-23): Tiene que ver con la independencia de las recomendaciones y la declaración de posibles conflictos de intereses del upo de elaboración de la guía. Un número creciente de guías está siendo financiada externamente de forma directa o indirecta. Ya que quienes financian las guías pueden tener intereses creados, debería haber una declaración explícita de que los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en las recomendaciones finales.

**Objetivo: Al menos 1 en los próximos 4 años.**

#### **1.2.2.1 N° de protocolos conjuntos interservicios en el HP y SME de Alava**

**Fuente de Información:** Documentos realizados.

**Observaciones:** Se refiere a los protocolos que se realizan de forma conjunta entre las distintas Unidades / CSM ó EI

**Objetivo: > de 1 en más de la mitad de las Unidades/CSM/ EI.**

### 1.2.3.1 N° de acuerdos formales de colaboración interorganizaciones (IFB, Santiago, Cruces, UPV,etc.)

**Fuente de Información:** Memoria Anual

**Observaciones:** Se refiere al n° de acuerdos formales de colaboración interorganizaciones Se incluyen acuerdos de colaboración, formación, investigación, acuerdos económicos, etc.

**Objetivo: Al menos 1 con cada organización que represente un grupo de interés.**

### 1.2.4.1 Grado de coordinación en la continuidad de cuidados al alta

#### 1.2.4.1.1. % de Informes de Alta Hospitalaria en mano

**Fuente de Información:** Sistema de Información

Numerador: N° de informes de alta entregados en mano x 100

Denominador: N° total de informes de alta

\* La Carta de Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios del Servicio vasco de salud, recoge en su artículo 1, apartado s, que los pacientes tienen derecho a recibir el Informe de Alta Hospitalario.

En las acciones ( 1.7.22. y 1.7.24.) ampliaremos todo lo relativo a éste y otros indicadores relacionados ( 1.7.24., 1.7.27.), ya que hemos considerado oportuno incluirlo más adelante, pues además del Informe de Alta y la calidad de éste, nos referiremos a otros aspectos que consideramos fundamentales como es todo lo relacionado con la codificación y los diagnósticos inespecíficos, y aquellos aspectos necesarios para conocer realmente y de una forma rigurosa qué tipo de patología se atiende, de cara a establecer un sistema de medición de la actividad útil y fiable.

Asimismo se hará referencia a todos los aspectos relativos a los Informes de Alta y a la calidad de dichos Informes de Alta según el Programa Evalúa adaptado a Salud Mental ( habiéndolo agrupado en las acciones 1.7.23. y 1.7.25.).

**Resultado Año 2003: en Media Estancia 82,10% y en la UPR 81.25%**

**Objetivo: 85% en el 2004, 87% en el 2005, 90% en el 2006 y 95%,en el 2007**

#### 1.2.4.2.1 % de pacientes derivados al CSM ó EI tras el alta en el HP, a los que se les gestiona la cita previa y se les realizan los trámites (CP)

**Fuente de Información:** Sistema de Información

Numerador: N° de citas concertadas al alta médica hospitalaria x 100

Denominador: N° total de citas que sea procedente ser concertadas

**Resultado Año 2003: 100%**

**Objetivo: 100%**

#### 1.2.4.3.1. % de Informes de continuidad de cuidados en enfermería en los casos en que sea procedente (CP)

**Fuente de Información:** Sistema de Información

Numerador: N° informes de continuidad de cuidados en enfermería x 100

Denominador: N° total de informes de continuidad de cuidados en enfermería emitidos por el hospital

**Objetivo: > = 95%**

#### 1.2.4.4.1. % de Informes de Alta de CSM o EI en mano

**Fuente de Información:** Sistema de Información

Numerador: Nº de informes de alta de CSM ó EI entregados en mano x 100

Denominador: Nº total de informes de alta

**Observaciones:** Las mismas que las recogidas en el indicador 1.2.4.1.1.

**Objetivo:** 50% en el 2004, 55% en el 2005, 60% en el 2006 y 70%, en el 2007

#### 1.2.4.5.1. Nº de Reuniones con los médicos de Atención Primaria al año

**Fuente de Información:** Actas

**Observaciones:** Se refiere a las reuniones que deberían hacerse para que los facultativos acudiesen a los Centros de Salud de Atención Primaria

**Objetivo:** Al menos 1 reunión al año

#### 1.2.4.6.1. Nº de Reuniones con el personal de enfermería de Atención Primaria al año

**Fuente de Información:** Actas

**Observaciones:** Se refiere a las reuniones que deberían hacerse para que el personal de enfermería de salud mental se coordinase con el personal de los Centros de Salud de Atención Primaria

**Objetivo:** Al menos 1 reunión al año

#### 1.2.5.1.1. % de pacientes que reciben prestaciones sociales

**Fuente de Información:** Memoria Anual

Numerador: Nº pacientes que reciben prestaciones sociales x 100

Denominador: Nº total de pacientes que tienen derecho a prestaciones sociales

**Objetivo:** Al ser la competencia de otras instituciones como Gobierno Vasco, Diputación y Ayuntamiento no parece razonable establecer un % de objetivo

#### 1.2.5.2.1. Nº de reuniones de coordinación con las distintas instituciones y agentes sociales

**Fuente de Información:** Actas

**Observaciones:** Se refiere a reuniones con el fin de mejorar la situación del paciente, por ejemplo para pasar del hospital a un piso protegido, etc.

**Objetivo:** En función de las necesidades

**1.2.5.3.1. ¿ Se participa en la búsqueda de alojamientos adecuados a las necesidades de los pacientes y se realiza seguimiento?: Sí / No**

**Fuente de Información:** Memoria Anual

En éste apartado se pretende llevar un seguimiento de las modalidades de alojamientos para los pacientes, y con posterioridad se establecerán los indicadores en función del seguimiento que se haga de dichos alojamientos.

**Objetivo: Disponer en 2 años de un sistema de información homogéneo con todas las estructuras interesadas**

**1.2.5.4.1. % de pacientes que utilizan recursos formativos, laborales, ocupacionales y de tiempo libre**

**Fuente de Información:** Memoria Anual

Numerador: Nº de pacientes de pacientes que utilizan recursos formativos, laborales, ocupacionales y de tiempo libre x 100  
Denominador: Nº total de pacientes susceptibles de ser residenciables

**Objetivo: Se establecerá cuando se tenga un histórico de éstas actividades y se registre de forma sistematizada.**

**1.2.6.1 % de pacientes a los que se les aplica el Plan Individual de Cuidados siguiendo en Zaineri**

**Fuente de Información:** Memoria Anual

Numerador: Nº de pacientes con plan individual de cuidados x 100  
Denominador: Nº total de pacientes a los que se les puede aplicar el Plan Individualizado de pacientes

**Observaciones:** El Plan Individual de cuidados consiste en adaptar los cuidados de enfermería a las necesidades específicas de cada paciente.

**Objetivo: 100%**

**1.2.7.1 N° de revisiones y/o actualizaciones sobre los cuidados estandarizados**

**Fuente de Información:** Memoria Anual

**Objetivo: 1revisión/actualización anual.**

### 1.2.8.1 % de Centros del ámbito extrahospitalario en las que se hace la valoración

**Fuente de Información:** Memoria Anual

Numerador: Nº de centros en las que se hace la valoración x 100

Denominador: Nº total de centros

**Objetivo: 100%**

### 1.2.8.2 % de pacientes del ámbito extrahospitalario a los que se les aplica la valoración

**Fuente de Información:** Memoria Anual

Numerador: Nº de pacientes a los que se aplica la valoración x 100

Denominador: Nº total de pacientes a los que se les puede hacer la valoración en el ámbito extrahospitalario

**Objetivo: 100% en el año 2007**

### 1.2.9.1 Nº de Altas a pisos protegidos, residencias o a domicilios, desde la Unidad de Larga Estancia

**Fuente de Información:** Sistema de Información

**Objetivo: > de 9 en los próximos cuatro años**

### 1.2.10.1 % de pacientes con alta definitiva tras haber estado incluidos en el programa de "Ensayo de Alta"

**Fuente de Información:** Sistema de Información

**Observaciones:** el Programa " Ensayo de Alta" consiste en que al paciente se le da de alta pero en su Unidad se hace un seguimiento para controlar si está preparado para recibir el alta.

**Objetivo: > de 90% en los próximos cuatro años**

### 1.2.11.1 % de pacientes atendidos en la modalidad asistencial de Hospital de Día en el HP

**Fuente de Información:** Sistema de Información

**Observaciones:** Se pretende contabilizar en la modalidad de Hospital de Día la actividad que actualmente se está haciendo, tanto en la UPR, como en la Unidad 4 de Rehabilitación Hospitalaria

**Objetivo: Se determinará cuando exista un registro que nos permita conocer la realidad de la actividad que ya se está realizando**