

OBJETIVO ESPECIFICO 2.5.: PROCESOS

* En consonancia con la **Línea Estratégica III: Gestión Eficiente de los Recursos**, del Plan Estratégico del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava

* En consonancia con el **Objetivo Genérico 5: Mejora de la Calidad**, del Plan del Plan Estratégico de Salud Mental de Osakidetza/Svs

ACCIONES		RESPONSABLE	FUENTE DE INFORMACION / METODOLOGIA DE EVALUACION	AÑO 2004	AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007
2.5.1.	Implantar la metodología de un Sistema de Gestión por Procesos basado en la NORMA ISO 9001:2000 a los Procesos de Planificación y Gestión, Procesos Específicos y Procesos de Gestión de Recursos Generales con el objetivo de mejorar la calidad en la atención sanitaria	Dirección / UGS	Memoria Anual	X	X	X	X
2.5.2.	Extender la Certificación ISO 9001:2000 a una parte relevante de los Procesos del HP y SME de Álava, incluyendo 3 procesos específicamente asistenciales	Dirección / UGS	Certificado ISO	X	X	X	X
2.5.2.1.	Gestión Farmacoterapéutica del Servicio de Farmacia (CP)	Jefa de Farmacia	Certificado ISO	X			
2.5.2.2.	Gestión Administrativa de Personal de la Dirección de Personal (CP)	Directora Personal	Certificado ISO	X			
2.5.2.3.	Centro de Tratamiento de Toxicomanías	Responsable CTT	Certificado ISO		X		
2.5.2.4.	Unidad 2 : Unidad de Psicosis Refractaria	Jefe UPR	Certificado ISO		X		
2.5.2.5.	Unidad 4: Unidad de Rehabilitación	Jefa Unidad 4	Certificado ISO		X		
2.5.2.6.	Servicio de Limpieza	Jefa Limpieza	Certificado ISO			X	
2.5.2.7.	Servicio de Cocina	Jefe Unidad	Certificado ISO			X	
2.5.2.8.	Algún proceso de apoyo administrativo de la UGS (Admisión y Gestión de Pacientes, Documentación Clínica, Atención al Cliente, etc.)	Jefe UGS	Certificado ISO				X
2.5.3.	Extender otras metodologías y herramientas de mejora: Grupos de Mejora, 5S, Comisiones, Etc., estimulando la participación de todos los profesionales y orientándolos a la resolución de problemas, y al desarrollo de oportunidades de mejora mediante la innovación y la creatividad	Dirección + UGS	Memoria Anual	X	X	X	X
2.5.4.	Conocer a través de Encuestas de Satisfacción de Pacientes y Familias la satisfacción global con la atención recibida, tanto en el HP - incluyendo los traslados entre plantas que no generan altas, como en los CSM ó EI; mantener los niveles actuales y mejorar aquellas áreas susceptibles de mejora	Dirección	Encuesta de Pacientes y Familias	X	X	X	X
2,5,5,	Diseñar, crear y poner en marcha una Encuesta de Satisfacción específica para :	Dirección + Jefe UGS	Encuesta de Pacientes y Familias				
2.5.5.1.	Servicio de Rehabilitación Comunitaria	Dirección + Jefe UGS	Encuesta de Pacientes y Familias		X		
2.5.5.2.	Unidad de Psiquiatría Infante - Juvenil	Dirección + Jefe UGS	Encuesta de Pacientes y Familias		X		
2.5.5.3.	Servicio de Alcoholismo	Dirección + Jefe UGS	Encuesta de Pacientes y Familias		X		
2.5.5.4.	Comunidad Terapeutica de Media Estancia de Foronda	Dirección + Jefe UGS	Encuesta de Pacientes y Familias		X		

OBJETIVO ESPECIFICO 2.5.: PROCESOS

* En consonancia con la **Línea Estratégica III: Gestión Eficiente de los Recursos**, del Plan Estratégico del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava

* En consonancia con el **Objetivo Genérico 5: Mejora de la Calidad**, del Plan del Plan Estratégico de Salud Mental de Osakidetza/Svs

INDICADORES		RESPONSABLE	FUENTE DE INFORMACION / METODOLOGIA DE EVALUACION	ANO 2004	ANO 2005	ANO 2006	ANO 2007
2.5.1.1.	% de Procesos Estratégicos, Operativos y de Apoyo en los que se está aplicando la metodología de gestión de procesos según cronograma previsto.	Dirección + UGS	Memoria Anual				
2.5.2.1.	% de personas que trabajan en procesos certificados según norma ISO 9001: 2000	Dirección / UGS	Certificado ISO	>5%	>10%	>15%	>20%
2.5.2.1.1.	Gestión Farmacoterapéutica del Servicio de Farmacia (CP)	Jefa de Farmacia	Certificado ISO	X			
2.5.2.2.1.	Gestión Administrativa de Personal de la Dirección de Personal (CP)	Directora Personal	Certificado ISO	X			
2.5.2.3.1.	Centro de Tratamiento de Toxicomanías	Responsable CTT	Certificado ISO		X		
2.5.2.4.1.	Unidad 2 : Unidad de Psicosis Refractaria	Jefe UPR	Certificado ISO		X		
2.5.2.5.1.	Unidad 4: Unidad de Rehabilitación Hospitalaria	Jefa Unidad 4	Certificado ISO		X		
2.5.2.6.1.	Servicio de Limpieza	Jefa Limpieza	Certificado ISO			X	
2.5.2.7.1.	Servicio de Cocina	Jefe Unidad	Certificado ISO			X	
2.5.2.8.1.	Algún proceso de apoyo administrativo de la UGS (Admisión y Gestión de Pacientes, Documentación Clínica, Atención al Cliente).	Jefe UGS	Certificado ISO				X
2.5.3.1.	% de personas participando en proyectos de mejora: Comisiones, Procesos, Certificación ISO, Gestión de Procesos, Certificación ISO, 5S, Etc.	Dirección + UGS	Memoria Anual	>10%	>20%	>30%	>40%
2.5.4.1.	% de pacientes que hacen una valoración positiva de la asistencia recibida en los CSM ó EI	UGS	Encuesta de Pacientes y Familias	>90%	>91%	>92%	>93%
2.5.4.2.	% de pacientes que hacen una valoración excelente de la asistencia recibida en los CSM ó EI	UGS	Encuesta de Pacientes y Familias	>40%	>45%	>50%	>55%
2.5.4.3.	% de pacientes que hacen una valoración positiva de aspectos de la asistencia recibida en las Unidades de Hospitalización	UGS	Encuesta de Pacientes y Familias	>90%	>91%	>92%	>93%
2.5.4.4.	% de familias que hacen una valoración positiva de aspectos de la asistencia recibida en las Unidades de Hospitalización	UGS	Encuesta de Pacientes y Familias	>90%	>91%	>92%	>93%
2.5.5.1.1.	¿ Se ha realizado la encuesta específica al SRC?	Dirección + Jefe UGS	Encuesta de Satisfacción				
2.5.5.2.1.	¿ Se ha realizado la encuesta específica a la UPI?	Dirección + Jefe UGS	Encuesta de Satisfacción				
2.5.5.3.1.	¿ Se ha realizado la encuesta específica al Sº de Alcoholismo?	Dirección + Jefe UGS	Encuesta de Satisfacción				
2.5.5.4.1.	¿ Se ha realizado la encuesta específica a la CTME de Foronda?	Dirección + Jefe UGS	Encuesta de Satisfacción				

OBJETIVO ESPECIFICO 2.5.: PROCESOS

* En consonancia con la **Línea Estratégica III: Gestión Eficiente de los Recursos**, del Plan Estratégico del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Alava

* En consonancia con el Objetivo Genérico 5: Mejora de la Calidad, del Plan del Plan Estratégico de Salud Mental de Osakidetza/Svs

ACCIONES		RESPONSABLE	FUENTE DE INFORMACION / METODOLOGIA DE EVALUACION	AÑO 2004	AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007
2.5.6.	Realizar Encuestas específicas de Expectativas a pacientes y familias en relación con la atención	Dirección+ UGS	Encuesta de Expectativas	En los próximos 4 años			
2.5.7.	Mejorar la respuesta a las Quejas y Reclamaciones de los usuarios / clientes	Dirección + UGS	SIS de Quejas y Reclamaciones	X	X	X	X
2.5.8.	Conocer, agrupar, distribuir y actualizar todos los Protocolos y Procedimientos del HP y SME de Alava	Dirección + UGS	Documentos	X	X		
2.5.9.	Elaborar el Subproceso de Pacientes de Curso Crónico	Jefes Unidad/CSM ó EI +	Documentos	X	X		
2.5.10.	Elaborar el Subproceso de Pacientes Agudos o Subagudos no Cronificados	Dirección + UGS	Documentos	X	X		
<p>Aunque obviamente, la elaboración de los subprocesos de pacientes de curso crónico y de pacientes agudos o subagudos no cronificados, se refiere tanto al nivel intra como al extrahospitalario, y ya incluye la elaboración y/o actualización de numerosos procedimientos, queremos reseñar 3 procedimientos que queremos abordar en una fase temprana y que son:</p>							
2.5.11.	. Protocolo de actuación ante el fallecimiento de pacientes del SRC, tanto para días laborables como festivos y periodos vacacionales	Jefa Unidad	Documento	X			
2.5.12.	. Protocolo de actuación para mejorar el circuito de dispensación de fármacos a pacientes del SRC que viven en pisos, pensiones y residencias	Jefa Unidad	Documento		X		

OBJETIVO ESPECIFICO 2.5.: PROCESOS

* En consonancia con la **Línea Estratégica III: Gestión Eficiente de los Recursos**, del Plan Estratégico del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Alava

INDICADORES		RESPONSABLE	FUENTE DE INFORMACION / METODOLOGIA DE EVALUACION	AÑO 2004	AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007
2.5.6.1.	¿ Se han realizado encuestas específicas de expectativas a pacientes y familias en relación con la atención sanitaria?: Sí / No	Dirección + UGS	Encuesta de Expectativas				
2.5.7.1.	% de reclamaciones resueltas en menos de 30 días	Dirección + UGS	SIS de Quejas y Reclamaciones	>60%	>70%	>80%	>90%
2.5.7.2.	% de reclamaciones resueltas en menos de 20 días	Dirección + UGS	SIS de Quejas y Reclamaciones	>50%	>60%	>70%	>80%
2.5.7.3.	Demora media en la respuesta a las reclamaciones (días)	Dirección + UGS	SIS de Quejas y Reclamaciones	< 20	< 18	< 16	< 15
2.5.8.1.	¿ Se han agrupado, distribuido y actualizado todos los Protocolos y Procedimientos del HP y SME de Alava?: Sí / No	Dirección + UGS	Documentos				
2.5.9.1.	¿ Se ha elaborado el Subproceso de Pacientes de Curso Crónico?: Sí / No	Jefes de Unidad / CSM ó EI + Dirección + UGS	Documentos				
2.5.10.1.	¿ Se ha elaborado el Subproceso de Pacientes Agudos o subagudos no cronificados?:Sí / No	Jefes de Unidad / CSM ó EI + Dirección + UGS	Documentos				
2.5.11.1.	¿ Se ha elaborado el Protocolo ante el fallecimiento de pacientes del SRC?: Sí / No	Jefa de Unidad	Documento	X			
2.5.12.1.	¿ Se ha elaborado el Protocolo de actuación para la dispensación de fármacos a pacientes del SRC que viven en pisos, pensiones y residencias?: Sí / No	Jefa de Unidad	Documento		X		