



PLAN DE MEJORA DE ENFERMERIA 2018

JUSTIFICACION

En la evaluación del plan de mejora de Enfermería de 2017, se han conseguido algunos de los objetivos planteados, otros que no se han alcanzado, sin embargo, han quedado cerca, pero hay que seguir trabajando en ello para acercarnos al estándar de máxima calidad y otros más lejanos del objetivo marcado habría que pensar en otros planteamientos más factibles teniendo en cuenta algunos factores. Lo que hace que nos planteemos actuar sobre determinadas áreas de mejora.

El plan de mejora va encaminado a la consecución de algunos objetivos que se nos plantean en el Plan Anual de Gestión 2018, en la actualización de alguno de nuestros procesos, así como también en nuestro Plan Estratégico 2015-2020 y en la Estrategia del Paciente Crónico Pluripatológico complejo (PCPPC), de cara a garantizar una adecuada atención a nuestros pacientes.

En el plan de mejora se reflejan las actuaciones y objetivos de los EAP en aquellas áreas o situaciones de mejora concretas identificadas tras el análisis de los resultados del año 2017.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la salud y la atención sanitaria, mediante los cuidados de enfermería, la educación para la salud y el fomento del autocuidado, para contribuir a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

ÁREAS DE MEJORA: Objetivos

Tras el análisis de los resultados del año 2017 y el nuevo marco asistencial para este año 2018

se determinan las siguientes áreas de mejora sobre las que se debe incidir:

1. Seguimiento del paciente crónico pluripatológico complejo (PCPPC).
2. Mejorar la adherencia en el paciente G2 y G3/PCPPC incluidos en RECYL.
3. Mejorar la continuidad de cuidados entre A. Primaria y A. Hospitalaria en los pacientes G3/PCPPC mejorar la continuidad de cuidados entre Hospital y A.P. en CMA.
4. Porcentaje de implantación del módulo de cuidados de Enfermería.
5. Consolidar el proyecto del paciente activo.

IMPLANTACION

Durante los meses de Abril y Mayo se procede a la difusión del Plan de Mejora de Enfermería, mediante la presentación del anexo 1 para cada Equipo en las reuniones de los Pactos de



Objetivos y se expone en la página Web de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria para que esté a disposición de los profesionales.

ACTIVIDADES

Orientar la atención sanitaria a los pacientes crónicos desarrollando la Estrategia de Atención al Paciente Crónico. Refuerzo e información al paciente y la familia del proceso. Valoración de enfermería: funcional, cognitiva y emocional, plan de cuidados.

Seguimiento proactivo de signos y síntomas de alarma y fomento del autocuidado.

A los pacientes con calificación de riesgo G2 y G3/PCPP) incluidos en RECYL se les realizará el registro de adherencia terapéutica en Medora y se utilizará la revisión condicionada a enfermería.

La Enfermera de Atención Primaria se pondrá en contacto y/o realizará una consulta en Centro o en Domicilio con los pacientes G3/ PCPP después de un alta hospitalaria o después de la consulta de la UCA.

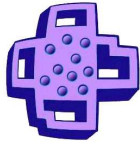
Se realizará registro de la actividad enfermera en el módulo de cuidados de Enfermería.

Se realizará al menos dos cursos Fase III en el área, uno en el ámbito rural y otro en el urbano. Se impartirá formación.

INDICADORES

El porcentaje del indicador se establece en cada Centro de Salud teniendo en cuenta el valor alcanzado en 2017, el valor de la media del área, los nuevos objetivos planteados en PAG 2018 así como la estrategia de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. Por ello se ha facilitado el punto de partida de los objetivos cuyos datos disponemos (Anexo I). Está determinado en los Pactos de Objetivos y se adjunta en el anexo I.

1. - Los pacientes PCPP tendrán registro en la HCE de haber sido vistos por su enfermera al menos seis veces al año (en el centro, domicilio o c. telefónica) 63%
-Los pacientes PCPP tendrán registrada en su H.C. las valoraciones: funcional (Barthel), cognitiva (minimental) y emocional, (test de ansiedad-depresión...) 20%.
-Se realizarán al menos 2 visitas domiciliarias al año a todos los pacientes PCPP con resultado del Test de Barthel < 45. 55%
2. - Al menos el 65% de los pacientes con clasificación de riesgo G2 y G3/PCPP que estén incluidos en RECYL, tendrán registrado el resultado del test de adherencia al tratamiento en la historia electrónica. 65%
- Se utilizará la revisión condicionada de Enfermería. 35%
3. Los pacientes G3/PCPP dados de alta hospitalaria y los pacientes incluidos en proceso PCP-UCA, tendrán un registro en Medora por su Enfermera en los siguientes días después del alta o de la consulta de UCA. 80%.



4. Al menos el 60% de los pacientes tendrán registro de la actividad enfermera en el módulo de cuidados de Enfermería. 60%
5. Al menos se realizarán dos cursos Fase III en el área, uno en el ámbito rural y otro en el urbano. Se participará en la formación.

PLAN DE ACTUACIÓN

Difundir este Plan de Mejora de Enfermería incluyéndolo y explicándolo en la planificación de los Pactos de Objetivos.

Orientar la atención sanitaria a los pacientes crónicos desarrollando la Estrategia de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico complejo PCPP.

Incidir sobre el manejo, registro y utilidad de las guías asistenciales.

Volver a exponer el Proceso del Paciente Crónico PCPP en los dos ámbitos Primaria-Centros de Salud y Hospitalaria.

Fomentar la visita domiciliaria.

Realizar el seguimiento proactivo y la detección precoz de signos y síntomas de alarma para detectar precozmente las descompensaciones y reducir o acortar los ingresos de los pacientes PCPP

Favorecer el registro en Medora mediante la utilización de las agendas para la continuidad de cuidados.

Realizar la revisión de la adherencia terapéutica en los pacientes G2 y G3/PCPP incluidos en RECYL y su adecuado registro en Medora.

Realizar planes de cuidados a los pacientes que acuden a consulta de Enfermería, para mejorar el registro de la labor de Enfermería, en el nuevo módulo de cuidados (CUAP).

Talleres formativos de entrevista motivacional para implicar al paciente en el cuidado de su propia salud.

Continuar desarrollando el proyecto del paciente activo

METODOLOGIA DE EVALUACION

1.-Seguimiento del plan de mejora:

En Abril-Mayo de 2018, la Responsable de Enfermería de cada Centro de Salud remitirá a la Dirección de Enfermería el Anexo I cumplimentado con las propuestas de mejora que piensan que serían útiles realizar durante este año 2018, en los objetivos marcados en el PME.

2.-Evaluación del plan de mejora de Enfermería:

En enero de 2019, la Dirección de Enfermería realizará la recopilación de los resultados obtenidos en cada una de las líneas de mejora para proceder a evaluar el PME a nivel de Área y



se comunicarán a las Responsables de Enfermería de los Centros de Salud, para poder evaluar los resultados a nivel de cada Equipo de A.P.

EVALUACION

Febrero de 2019, evaluación del plan de mejora y posterior remisión a los EAP.