

INMACULADA MENASANCH MARTÍ, RAQUEL FRANCH LLASAT, M^a TERESA PEIG MARTÍ, JESSICA MORENO GALLEGO, SANDRA ANENTO NOLLA, LLUISA BRULL GISBERT, M^a TERESA ESCODA PELLISA

Acreditación hospitalaria: cómo conseguirla (implicación del Servicio de Urología del HTVC)



INTRODUCCIÓN

A principios de los años ochenta, después de obtener las transferencias en materia de sanidad, el Departament de Salut decidió poner en marcha un sistema de evaluación externo de la calidad de todos los hospitales de enfermos agudos, la acreditación.

La acreditación de los centros sanitarios es un proceso por el cual un hospital garantiza un nivel de competencias de la organización y le sitúa en relación a un conjunto de estándares previamente establecidos, consensuados y adaptados a cada territorio, en nuestro caso por el Departament de Salut de la Generalitat (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, Decret 5/2006, 17 de Gener), es una forma de incentivar a los centros sanitarios hacia una mejora de la calidad asistencial y a la vez evaluar si una organización es competente para el trabajo que realiza. Pueden solicitar acreditarse todos los centros de atención sanitaria, públicos y privados.

El nuevo modelo de acreditación se basa en el modelo EFQM, donde se evalúan 9 criterios, 531 estándares esenciales y 769 no esenciales, para obtener el certificado de la acreditación se han de cumplir un 60% de los esenciales.

En nuestro Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (Tarragona), durante el año 2007 hemos realizado el proceso de la acreditación y vamos a describir lo que hemos hecho en el servicio de Urología para adaptarnos a los estándares esenciales establecidos.

OBJETIVOS

- Evaluar las actividades que se realizan en el hospital.
- Impulsar la mejora de la calidad.
- Garantizar la confianza a ciudadanos y profesionales.
- Dar prestigio a nuestros cuidados y al hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

- Explicar a todos los miembros del equipo el proceso de acreditación.
- Formación en servicio por la unidad de Calidad del hospital.
- Creación de grupos de mejora dentro de la unidad de Urología.
- Detección de las áreas de mejora y acciones a realizar.
- **Modelo EFQM**, tiene como objetivo ayudar a las organizaciones a conocerse a sí mismas, el concepto es la

autoevaluación y permite al equipo directivo establecer líneas de mejora. Se resume en **critérios esenciales** que son obligatorios para obtener la acreditación y **critérios no esenciales** que son de mejora continua y el centro los puede conseguir de manera voluntaria.

Para cada grupo de criterios hay un conjunto de reglas de evaluación basadas en la llamada «LOGICA REDER».

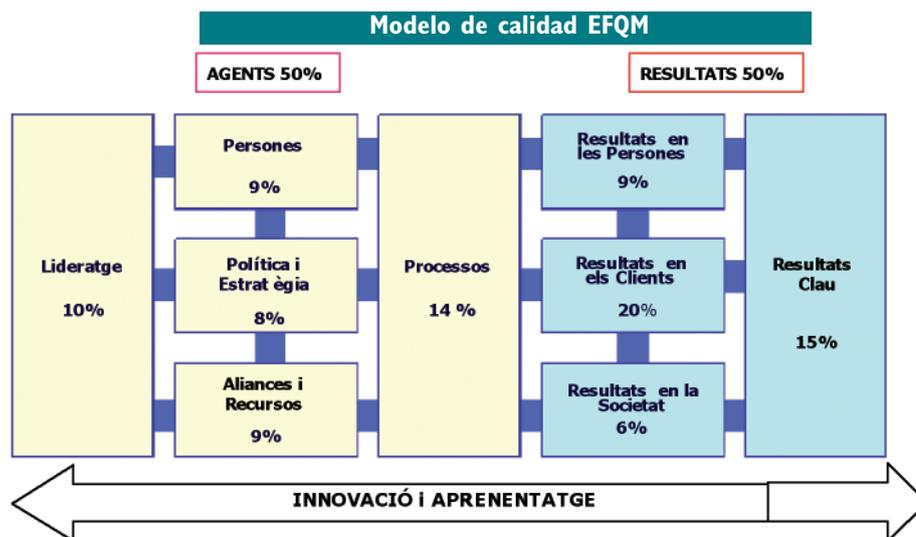
RESULTADOS: Lo que la organización consigue.

ENFOQUE: Lo que la organización piensa hacer.

DESPLIEGUE: Lo que realiza la organización para poner en práctica el enfoque.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN: Lo que hace la organización para evaluar y revisar el enfoque y despliegue.

- Gestión de carteleras.
- Evaluaciones de competencias.
- Formación de grupos de trabajo.
- Participación en la tutoría de los nuevos profesionales.
- Participación en la formación de los alumnos de enfermería y ciclos formativos.
- Garantizar la información con reuniones mensuales.
- Reconocimiento de los miembros del equipo por las DPO.
- Protocolo de acogida del personal.
- Formación en servicio.



LIDERAZGO (CRITERIO 1). La forma en que el equipo directivo facilita que se desarrolle la misión y valores.

Miembros del servicio de Urología que participan en la elaboración:

- Plan estratégico.
- Misión y carta de compromisos del hospital.
- Comisiones: Calidad, Farmacia, Transfusiones.
- Grupo promotor del comité ético asistencial.
- Grupo de terapia endovenosa.
- Grupo de UPP.
- Dirección técnica asistencial.

POLÍTICA Y ESTRATEGIAS (CRITERIO 2). Cómo materializa la organización su misión, apoyada por planes, objetivos y procesos adecuados.

- Implicación en la planificación de DPO.
- Participación en el plan de calidad.
- Continuidad asistencial hospital-primaria de algún proceso (Bricker).

PERSONAS (CRITERIO 3). Cómo desarrolla la organización el conocimiento de las personas y qué estrategias tiene para el correcto funcionamiento de sus procesos.

ALIANZAS Y RECURSOS (CRITERIO 4). Cómo planifica y gestiona la organización sus colaboradores externos y sus recursos internos.

- Continuidad entre ámbitos, altas de enfermería.
- Planificación de las altas con la enfermera de enlace.
- Colaboración con el centro socio sanitario (UFISS).
- Seguimiento del coste del material mensualmente.
- Control del mantenimiento de la unidad.
- Grupo de mejora formado por enfermeras del servicio (Hospital Verd - Residuos).
- Medidas para preservar la intimidad de los usuarios.
- Formación en servicio (9 sesiones anuales).
- Gestión de la información (correo, intranet, reuniones mensuales, actas...).
- Participación de todos los miembros del equipo en el plan de emergencias.

PROCESOS (CRITERIO 5). Cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos.

Atención en la hospitalización:

- Actualización de los protocolos de enfermería urológica (2007).
- Vía clínica de la adenomectomía.

- Cuidados estandarizados: nefrectomía laparoscópica.
- Evaluación del protocolo de acogida: 97,7%.
- Evaluación de la valoración al ingreso: 100%.
- Pacientes quirúrgicos preparados correctamente: 95,08%.
- Cumplimentación de la hoja de observaciones de enfermería: 100%.
- Evaluación de la administración de medicamentos: 97%.
- Control de los pacientes aislados correctamente: 97%.
- Continuidad de cuidados, altas de enfermería: 73,60%.
- Identificación de los pacientes: 100%.
- Control de stock material.
- Unidosis farmacia.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES (CRITERIO 6). Lo que consigue la organización en relación con sus clientes externos.

- Objetivo del servicio de mejorar el trato personal con el usuario.
- Indicador sería el número de las quejas registradas en la UAU, individualmente al trabajador.
- Atención a las reclamaciones (1 reclamación).
- Encuestas de satisfacción.
- Contabilización de la lista de espera.
- Revisión de las altas voluntarias.

RESULTADOS EN LAS PERSONAS (CRITERIO 7). Lo que consigue la organización en relación a su personal.

- Evaluación de las competencias profesionales.
- Gestión del personal.
- Grado de cumplimiento de la formación continuada.
- Cuantificación del absentismo.
- Estudio del clima laboral.

RESULTADOS EN LA SOCIEDAD (CRITERIO 8). Lo que consigue la organización en relación con su entorno social.

- Actividad humanitaria (Asociación Sociocultural IBN BATUTA, Marruecos).
- 6 publicaciones a revistas científicas.
- 21 comunicaciones.
- 2 ponencias (Congreso nacional de auxiliares y Día de la Enfermería).
- Sensibilización con el medio ambiente (Hospital Verd).
- Programa de educación para clientes urostomizados.
- Promoción de la salud (hospital *sense fum*).

LA ACREDITACIÓN ES UNA IMPORTANTE GARANTÍA DE CALIDAD PARA LOS CIUDADANOS YA QUE PERMITE ESTABLECER CRITERIOS BÁSICOS PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL, ASEGURA QUE NO HAY DIFERENCIAS IMPORTANTES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS DIFERENTES CENTROS Y REPRESENTA UN AVANCE PARA EL HOSPITAL, EN CUANTO A INFRAESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

RESULTADOS CLAVE (CRITERIO 9). Lo que consigue la organización en relación al rendimiento final.

- Evaluación de resultados de los objetivos pactados (anual).
- Inversión realizada en estructura y equipamiento (habitaciones y sala de trabajo).
- Protocolarización de cuidados estandarizados (ostomías, nefrectomía laparoscópica).
- Revisión del índice de ocupación y estancia media (mensual).
- Cumplimiento de la acogida a la unidad de hospitalización (trimestral).
- Medición de los errores de identificación de los usuarios (semestral).
- Revisión de los errores de medicación (semestral).

RESULTADOS

Según el informe técnico de la auditoría efectuado por la empresa TÜV Internacional Grupo Rheinland: «Existe un buen nivel de las políticas de calidad. La planificación y el desarrollo de la actividad en el servicio está orientada y centrada en el ciudadano. El equipo asistencial está cualificado y transmite una imagen de profesionalidad, coordinación y empatía en su práctica habitual». El Hospital de Tortosa Verge de la Cinta ha superado la evaluación de la acreditación, con un 89,66%; gracias al compromiso y profesionalidad adquirida por todos, superando de forma clara los criterios y estándares esenciales necesarios.

CONCLUSIONES

La acreditación ha resultado muy útil para impulsar la mejora de la calidad, es muy importante la participación de todo el personal del hospital para poder cumplir los estándares; hace falta un liderazgo y compromiso conjunto de la dirección del centro y los profesionales para conseguir un modelo de excelencia basado en la autoevaluación y evaluación externa periódicamente. Es una importante garantía de calidad para los ciudadanos, ya que permite establecer criterios básicos para desarrollar la actividad asistencial, asegura que no hay diferencias importantes en la prestación de servicios en los diferentes centros y representa un avance para el hospital en cuanto a infraestructura, organización y funcionamiento. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- 25 Anys Acreditació a Catalunya.* Generalitat de Catalunya. *Acreditació de centres d'atenció hospitalaria aguda a Catalunya.* Vol.1, Depart. de Salut.
- El modelo EFQM de excelencia.* Miguel Ferrando Sánchez. Fundación Cofemetal.
- Pensar para la excelencia.* Editorial Edaf. SA Halder, Harry.