

UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL LORCA / ÁGUILAS

DOCUMENTO TÉCNICO

PROCESOS DE UNIDAD DE REHABILITACIÓN

2009



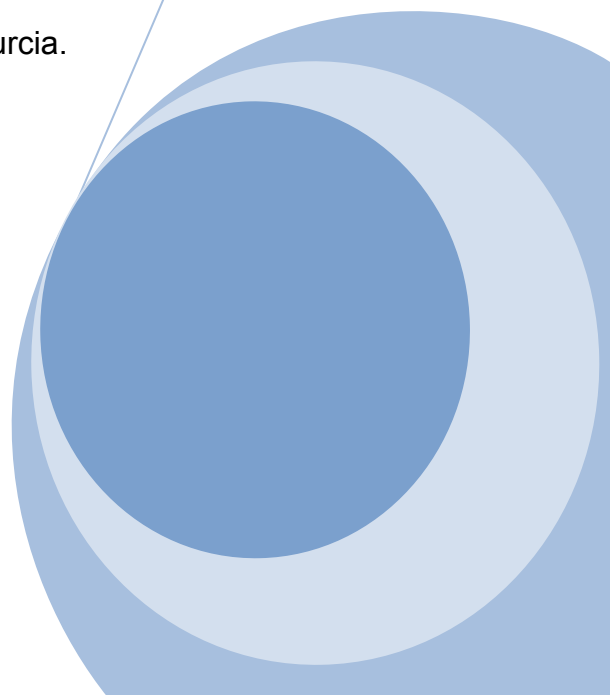
© Centro de Rehabilitación de Salud Mental de Lorca/Águilas 2009

Prohibida toda reproducción parcial o total sin autorización.

ISBN 978-84-96994-23-2

D.L.: MU 1402- 2009

Editorial: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.
Ronda de Levante, 11-5ª Planta.
30560 Murcia.



PROCESOS DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN LORCA/ÁGUILAS

AUTORES:

<i>Estrella Olmos Villaplana</i>	Dra. Psicología. Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental Lorca.
<i>Isidora Díaz García</i>	Enfermera Especialista Salud Mental. Coordinadora Unidad de Rehabilitación Lorca/Águilas.
<i>José Martínez Serrano</i>	Psiquiatra. Coordinador Centro de Salud Mental Lorca/Águilas.

PARTICIPANTES:

<i>Luísa Ventas García-Ochoa</i>	T. Ocupacional. Unidad de Rehabilitación Lorca/Águilas.
<i>Rosa M^a Romero Carrillo</i>	T. Social. Unidad de Salud Mental Águilas.
<i>J. Joaquín García Arenas</i>	T. Ocupacional. Unidad de Rehabilitación Lorca/Águilas.
<i>Inmaculada Martínez Tudela</i>	T. Social. Centro de Salud Mental Lorca.
<i>Vanessa Munuera García</i>	Enfermera. Centro de Salud Mental Lorca.

COLABORADORES:

<i>M^a Desamparados Zapata Manríque</i>	T. Social. Unidad de Rehabilitación Lorca/Águilas
<i>Francisco García Gambau</i>	Psicólogo Clínico. Unidad de Rehabilitación Lorca/Águilas.

AGRADECIMIENTOS:

Agradecer a Julio C. Martín García - Sancho y a Josefina Celdrán Lorente su asesoramiento en la elaboración de este documento.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 Marco normativo.....	6
1.2 Programa de rehabilitación.....	9
1.3 Enfoque basado en procesos como principio de gestión.....	12
1.4 Modelo comunitario y Mapas 0 de procesos.....	16
1.5 Continuidad de cuidados.....	18
2. PROCESOS UNIDAD DE REHABILITACIÓN LORCA/ÁGUILAS.....	20
1. Recepción.....	23
2. Admisión.....	25
3. Acogida y valoración.....	27
4. Elaboración P.I.R.....	29
5. 1 Intervención en programas específicos.....	31
5. 2 Derivación a programas externos.....	33
6. Seguimiento y tutorización.....	35
7.1 Coordinación con Programa de Adultos.....	37
7.2 Coordinación con recursos comunitarios.....	39
8. Evaluación P.I.R.....	40
9. Decisión y ejecución del alta.....	42
10. Intervención específica- URME.....	44
10.1 Enganche.....	46
3. ANEXO 1 (Documentos).....	48
4. ANEXO 2.....	55
4.1 Intervención Psicológica.....	56
4.2 Intervención Trabajo Social.....	59
4.3 Intervención Terapia Ocupacional.....	60
4.4 Intervención Enfermería.....	64

1. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCION

1.1.-MARCO NORMATIVO

La atención a la salud mental en nuestro país, se articula a través de un marco legislativo que implica tanto al Sistema Nacional de Salud como a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y que deriva del reconocimiento expreso que recoge la Constitución Española sobre el derecho a la protección de la salud y de las competencias que otorga a las Comunidades Autónomas para su desarrollo.

Así, el artículo 43 de la Constitución Española, reconoce el derecho a la Protección de la Salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la Salud Pública a través de medidas preventivas y de la prestación de servicios necesaria. En su artículo 148.1.20, establece que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias, entre otras, en materia de sanidad.

En este sentido, La Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad, desarrolla el derecho constitucional de protección a la salud recogiendo en el Título III, Capítulo Primero, la estructura del Sistema Público de Salud y definiendo el Sistema Nacional de Salud, como *"el conjunto de los servicios de salud de la administración del estado y de los servicios de salud de las CC.AA , convenientemente coordinados"* (artículo 44.2), y en el Título I, Capítulo III, recoge *"la integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales"*, introduciendo seguidamente lo que será el respaldo al modelo de psiquiatría comunitario al establecer:

- Que la atención a los problemas de salud mental en la población se llevarán a cabo en el ámbito comunitario, potenciando los recursos a nivel ambulatorio.
- La hospitalización se llevará a cabo en las Unidades de Psiquiatría de los Hospitales Generales.
- Se desarrollarán los servicios de Rehabilitación y Reinserción Social necesarios, buscando la coordinación con los Servicios Sociales.
- Se orienta a los servicios de Salud Mental y de atención psiquiátrica a que en coordinación con los servicios sociales, se preste atención a la prevención primaria y a la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud.

La Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud¹ que se hace efectiva por el artículo 8 de la Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema

¹ Real Decreto 1030/2006 del 15 Septiembre. BOE de 16 Septiembre de 2006, nº222.

Nacional de Salud, desarrollada por Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, entre sus prestaciones en salud mental incluye “*el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales crónicos, incluida la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación*”.

El documento sobre Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006² recoge en la Línea Estratégica 2: Atención a los trastornos mentales, los siguientes aspectos en sus Objetivos y Recomendaciones: “*La atención a las personas con trastornos mentales, se desarrollará mediante un modelo biopsicosocial de base comunitaria orientado a los usuarios, con una práctica asistencial justificada en pruebas aceptadas por la comunidad internacional y una concepción integrada de la atención*”.

De acuerdo con lo anterior, resulta de interés citar los principios básicos del modelo comunitario²:

- Autonomía: Capacidad del sistema para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas.
- Continuidad: Capacidad de la red asistencial para proporcionar *tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente* a lo largo de la vida, y coherentemente entre los servicios que la componen.
- Accesibilidad: Capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familias cuando y donde la necesiten.
- Comprensividad: Fomentando el reconocimiento y la efectividad del derecho a recibir asistencia en todas las necesidades causadas por el trastorno mental, lo que supone el *reconocimiento de la rehabilitación como actividad sanitaria*.
- Equidad: En la distribución de recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad a las necesidades de la población
- Recuperación personal: En el caso de un episodio psicótico la recuperación implicaría por un lado, la atención a los aspectos clínicos de la enfermedad y por otro, la atención dirigida a superar en la medida de lo posible los efectos de la misma.
- Responsabilidad: de las instituciones sanitarias frente a los pacientes, sus familias y la comunidad.
- Calidad: Implica la utilización de procedimientos basados en pruebas, lo que supone para los usuarios lograr resultados positivos; para los profesionales, hacer mejor uso de los conocimientos y evidencias científicas.

² Ministerio de Sanidad y Consumo 2007

En nuestra Comunidad Autónoma, de conformidad con la Ley 4/1994 de 26 de Julio de Salud de la Región de Murcia, la Consejería de Sanidad es la encargada de asumir el desarrollo y ejecución de las competencias y funciones relacionadas con la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la asistencia sanitaria, siendo el Servicio Murciano de Salud (SMS), el Ente responsable de la prestación de la asistencia sanitaria a los ciudadanos y de la gestión de los servicios sanitarios públicos que integra, correspondiendo a la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica a través de los distintos Programas, hacerla efectiva en su ámbito de actuación.

En 1999 se publicó el Plan de Salud Mental de la Región de Murcia para el periodo 1999-2001, cuyo Documento Técnico nº 6, se dedicó a la *Guía de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en Salud Mental*.

El Servicio de Programas Asistenciales de la Subdirección General de Salud Mental del SMS, presentó en 2004 un documento de trabajo interno *Líneas Maestras para el desarrollo de la Cartera de Servicios*, con la finalidad de servir de marco para la elaboración de dicha Cartera, señalando la conveniencia de establecer programas básicos cuya función sería garantizar que las patologías más graves recibieran una atención integral. En este sentido se contempla el Programa de Rehabilitación y se recoge de forma justificada revisando la evidencia-consenso existente al respecto, distintas intervenciones para dicho Programa.

Por último, el Plan de Salud 2003-2007³ recoge entre sus líneas de actuación, la *continuidad asistencial* del paciente con trastorno mental y los *programas específicos de rehabilitación psiquiátrica*.

³ Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2003-2007. Consejería de Sanidad. Disponible en www.murciasalud.es/plansalud.php

I.2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

El Programa de Rehabilitación Psicosocial se enmarca dentro del Modelo de Atención Comunitaria para la atención a los Trastornos Mentales Severos (TMS).

La red de atención comunitaria se desarrolló inicialmente para atender a los pacientes con TMS, entendiendo por tal, aquellos trastornos discapacitantes y de larga duración que requieren de una atención integral de tratamientos biológicos, psicosociales, de rehabilitación, cuidados y apoyos.

En nuestra Región, las Unidades de Rehabilitación se constituyen en el eje coordinador de los recursos rehabilitadores sociocomunitarios y desarrollan su actividad a través de diversos Programas de Intervención, asumiendo las actividades de gestión y coordinación para el funcionamiento de dichos recursos, estando abierto a la creación de nuevos programas si así lo requirieran las necesidades de la población atendida⁴.

El objetivo general de dichas Unidades es favorecer el que las personas a las que atiende, adquieran o recuperen en la medida de sus posibilidades, las habilidades y competencias personales/sociales necesarias para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio social y familiar.

Para ello, el proceso rehabilitador deberá organizarse de manera progresiva y flexible adaptándose a las necesidades detectadas del paciente y de su entorno y quedará plasmado en el Plan Individual de Rehabilitación (PIR), que precisará para su elaboración de la participación activa del paciente y su familia.

La Unidad de Rehabilitación del Área III de Salud Lorca-Águilas, se encuentra ubicada en el Centro Comarcal de Lorca. Es Unidad de Referencia para la población atendida en dicha Área la cual incluye a cuatro municipios: Lorca, Águilas, Totana y Puerto Lumbreras con una población total censada de 164.446 habitantes según datos del Instituto Nacional de Estadística durante el año 2007⁵.

Desde el inicio de su actividad en 1999, ha sido una Unidad espacial y funcionalmente diferenciada del resto de los Programas de Atención en salud mental. Sin embargo, su funcionamiento se ha visto condicionado por dos circunstancias:

- a) Compartir a lo largo del tiempo, a varios de sus profesionales con el resto de Programas.
- b) Condiciones físico- ambientales limitadas.

En la actualidad, el Equipo de la Unidad está compuesto por:

- 1 Psicólogo clínico
- 1 Enfermera especialista en Salud Mental

⁴ Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999- 2000. Documento técnico nº6

⁵ Análisis de los recursos humanos Área Sanitaria III. Necesidades de recursos. Documento interno CSM Lorca/Águilas. José Martínez Serrano. 2008

- 1 Trabajadora Social, compartida para la atención asertivo-comunitaria.
- 2 Terapeutas Ocupacionales.
- 1 Auxiliar de clínica, compartido con otros programas.

Así mismo, la próxima terminación y puesta en funcionamiento del nuevo CSM, supondrá la disponibilidad de un espacio adecuado y dotado de medios, destinado a Unidad de Rehabilitación.

El perfil de usuario que atiende la U.R del Área III, es el siguiente:

- Persona con TMS, preferentemente con diagnóstico F20 u otros trastornos psicóticos, que presente deterioro o dificultades significativas en el funcionamiento psicosocial.
- Edad entre 18-55 años.
- Ambos sexos.
- Estabilizado psicopatológicamente.
- Sin trastornos graves de comportamiento.
- Si historia previa de consumo de alcohol u otros tóxicos, actualmente tendrán que estar abstinentes.
- Con adherencia al Programa de Adultos del CSM.

Quedando excluidos:

- Retraso mental.
- Gran invalidez.
- Consumo actual de tóxicos
- Trastornos severos de conducta.
- Evidencias de rasgos antisociales.
- Si hay antecedentes de derivaciones previas sin adherencia a la UR, explorar previamente las expectativas del usuario desde el Programa de Adultos.

El paciente accede a este Programa derivado desde el Programa de Adultos del CSM a través del procedimiento interno establecido para ello⁶.

⁶ Procesos Unidad de Rehabilitación Lorca/Águilas: Documento técnico. Pág.16

La Actividad de la UR se organiza en torno a las siguientes Áreas:

- a) Valoración del paciente y su familia por parte del equipo de la UR de cara a detectar sus necesidades específicas en función de las cuales, establecer los objetivos de intervención que se plasmarán en el Programa de Rehabilitación Psicosocial (PIR)
- b) Rehabilitación Psicosocial. Dirigida a mejorar la autonomía personal y social del usuario. Incluirá, de acuerdo a las necesidades detectadas y a los objetivos establecidos, la participación en distintos programas: Autocuidados, AVD, psicomotricidad, rehabilitación cognitiva, ocio y tiempo libre, psicoeducación, cuidados de enfermería, manejo de situaciones de estrés, y orientación a recursos prelaborales, entre otros.
- c) Intervención en el medio comunitario. Comprenderá actividades de conocimiento de recursos, adecuada utilización y manejo de los mismos, actividades de acompañamiento etc.
- d) Atención a familias. Proporcionando información, asesoramiento y tratamiento, con la finalidad de mejorar tanto la capacidad de manejo del paciente como el clima familiar.
- e) Intervención en domicilio. En los últimos años, la UR ha incorporado esta actividad a su quehacer profesional entendiendo que es fundamental para favorecer determinados objetivos, por ejemplo, conocer el medio natural donde se desarrolla la vida del paciente, favorecer la adherencia al dispositivo, valorar necesidades etc.

A estas actividades que suponen la intervención directa sobre el paciente, su familia y el medio, hay que añadir las propias de funcionamiento interno del equipo y que podemos agrupar:

- a) Tareas de organización interna. Reuniones de equipo, registro de actividades, seguimiento, evaluación, preparación de contenidos de actividades grupales / individuales, etc.
- b) Tareas de coordinación. Con el Programa de Adultos, con otros recursos comunitarios tanto públicos como privados.

La actividad de U.R concluye con el alta del paciente y su derivación a otros dispositivos asistenciales/ rehabilitadores, garantizando la continuidad de cuidados.

1.3 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS COMO PRINCIPIO DE GESTIÓN

Un sistema de gestión ayuda a una organización a establecer las metodologías, las responsabilidades, los recursos y las actividades que le permitan una gestión orientada hacia la obtención de unos objetivos establecidos⁷.

El enfoque basado en la gestión por procesos es un principio de gestión básico para la obtención de resultados y así se recoge tanto en las normas de la familia ISO 9000 del año 2000 como en el Modelo de Excelencia Empresarial (EFQM); Procedemos a desarrollar brevemente cada uno de ellos.

La actual familia de normas ISO 9000 es la denominación de uso común para una serie de normas internacionales de garantía de la calidad dentro de las organizaciones. El concepto clave definido por la ISO 9001 y la 9002 es la noción de *garantía de la calidad* que va a ser definida como: *"Todas las actividades planificadas y sistemáticas aplicadas dentro del sistema de la calidad y manifiestamente necesarias para inspirar la confianza adecuada en que una organización cumplirá los requisitos de calidad"*. Si se aplica la garantía de calidad a todas las actividades de una organización, se dice que ésta ha instaurado un *"sistema de gestión de calidad"*.

La ISO 9000:2000 introduce ocho principios básicos de gestión de calidad a tener en cuenta para implantar un sistema de gestión orientado a obtener buenos resultados⁸:

- Enfoque al paciente: Las organizaciones dependen de sus clientes y por tanto deben comprender las necesidades de estos y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- Liderazgo: Los líderes establecen el propósito y la orientación de la organización y deben crear y mantener un ambiente interno involucrado en el logro de los objetivos.
- Participación del personal: Es la esencia de una organización.
- **Enfoque basado en procesos.**
- Enfoque de sistema para la gestión: Identificar, entender y gestionar los *procesos interrelacionados* como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de objetivos.
- Mejora continuada.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y de la información.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.

⁷ Guía para una gestión basada en procesos. Instituto Andaluz de tecnología.

⁸ ISO 9000: 2000. AENOR

El hecho de considerar las *actividades interrelacionadas* constituyendo *procesos*, permite a la organización centrar su atención en la obtención de resultados que son importantes conocer y analizar para conducir a la organización hacia la obtención de los resultados deseados.

Las siglas EFQM hacen referencia a la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (European Foundation for Quality Management)⁹, organización sin ánimo de lucro creada en 1988 por un grupo de importantes empresas europeas. En España, la EFQM está representada oficialmente por el club de excelencia en la gestión¹⁰.

El modelo ha sido importado al mundo sanitario y en España comenzó a utilizarse a finales de los años noventa¹¹.

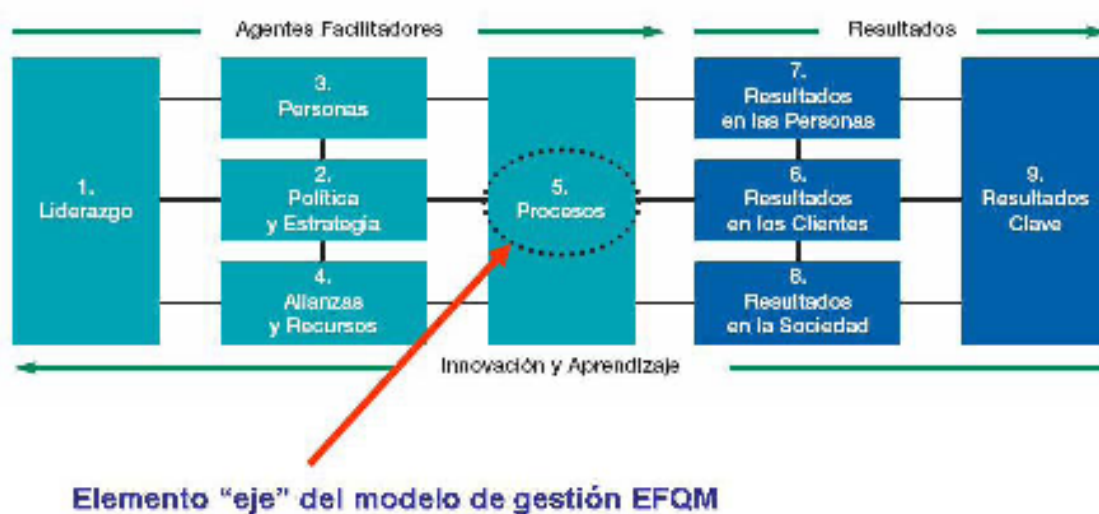


Fig. 1 Adaptación del Modelo EFQM de Excelencia 2000 al sector sanitario.

El modelo EFQM desarrolla ocho conceptos fundamentales de excelencia¹²:

- Orientación hacia los resultados.
- Orientación al cliente.
- Liderazgo y constancia en los objetivos.

⁹ <http://www.efqm.org>

¹⁰ <http://www.clubexcelencia.org>

¹¹ Mira JJ, et al. La aplicación del modelo europeo de gestión para la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. Rev. Calidad asistencial 1998; 13: 92-93.

¹² Lorenzo S, ed. Modelo Europeo de Excelencia (EFQM). Rev. Calidad Asistencial 2000, 15.

- **Gestión por procesos y hechos.**

Proceso: “Secuencia de actividades que van añadiendo valor mientras se produce un determinado trabajo o servicio a partir de determinadas aportaciones”.

- Desarrollo e implicación de las personas.
- Aprendizaje, innovación y mejora continuos.
- Desarrollo de alianzas.
- Responsabilidad social.

La gestión por procesos permite a la organización actuar de manera más efectiva cuando todas sus *actividades interrelacionadas* se gestionan de manera sistemática y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable.

Conceptualmente, un proceso se define como una secuencia de actividades mutuamente relacionadas, las cuales transformarán los elementos de entrada en resultados.

Un proceso se caracteriza por:

- Tener una misión o propósito claro.
- Tener entradas y salidas.
- Identificar: clientes, proveedores y producto final.
- Poder descomponerse en tareas.
- Poder asignar la responsabilidad del proceso a una persona.

En la gestión por procesos, se distinguen tres tipos de procesos¹³:

- Procesos estratégicos o de gestión: aquellos que sirven de marco para la actuación. En el sector sanitario, los que permiten desarrollar la estrategia de la institución sanitaria (planes, normativas, guías técnicas...).
- Procesos operativos o clave: aquellos que afectan directamente a la prestación del servicio asistencial y por tanto a la satisfacción del paciente.
- Procesos de apoyo o de soporte: aquellos que permiten la actividad de la institución sanitaria, aportando los recursos imprescindibles para la realización de los procesos clave.

¹³ <http://www.efqm.org>

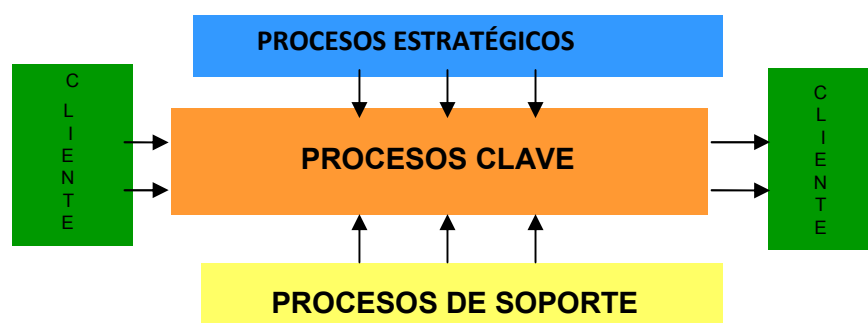


Fig.2. Representación gráfica de los tipos de procesos.

A nivel metodológico, el diseño de gestión por procesos, debe seguir los siguientes pasos¹⁴:

- Delimitar el área de actuación asistencial definiendo la misión de la organización.
- Identificar los destinatarios del proceso y sus necesidades.
- Identificar los procesos que se desarrollan en la organización.
- Representación gráfica de los procesos.
- Establecer indicadores.
- Análisis y la mejora continuada del proceso.

El elemento más significativo es la *autoevaluación*, que permite realizar un seguimiento del proceso de mejora continuada.

La Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud han optado por el modelo EFQM como sistema de gestión.

¹⁴ ISO 9001:2000 (Apartado 4.1)

1.4 MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA Y MAPAS 0 DE PROCESOS

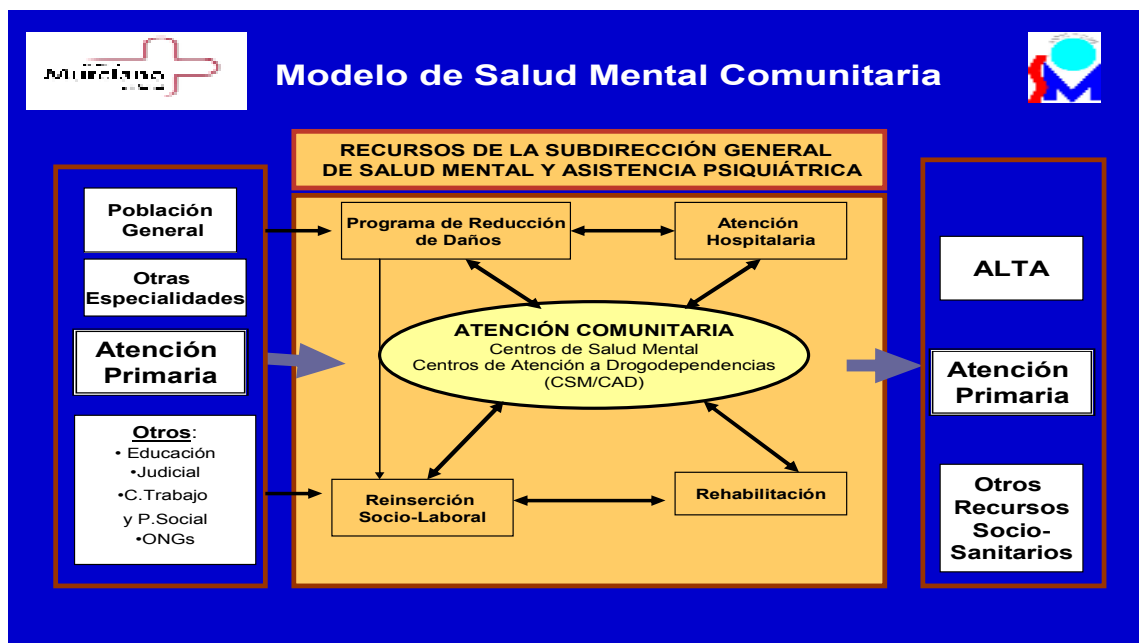


Fig. 3 Modelo de Salud Mental Comunitaria.

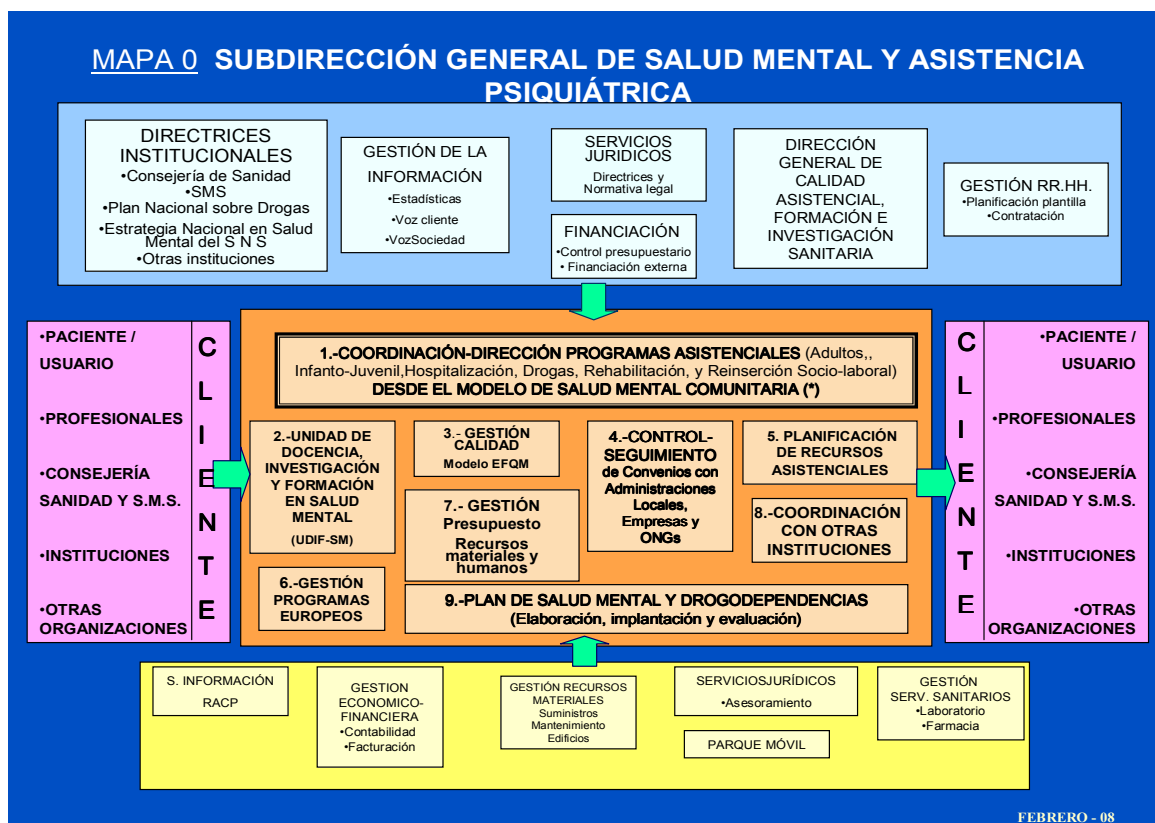


Fig. 4 Mapa de procesos de la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

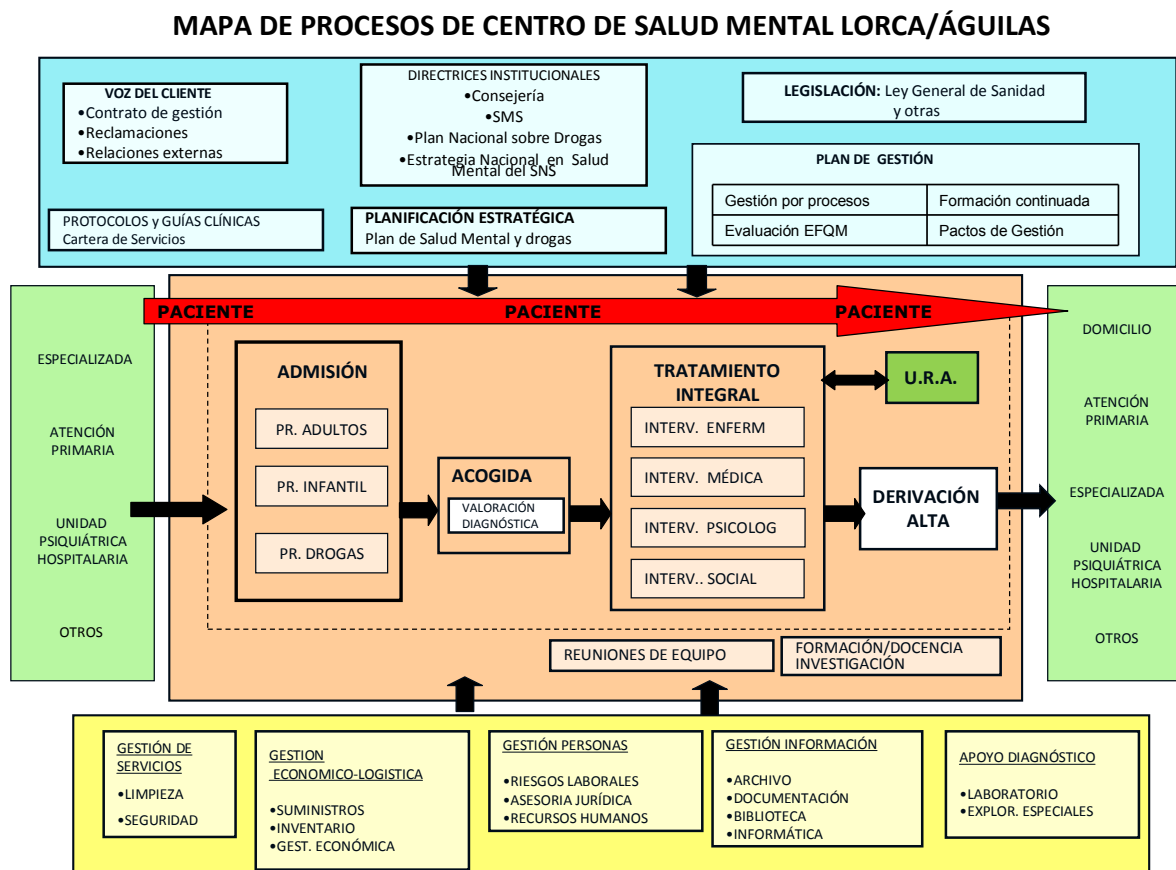


Fig. 5. Mapa 0 Centro de Salud Mental Lorca/ Águilas.

1.5 CONTINUIDAD DE CUIDADOS

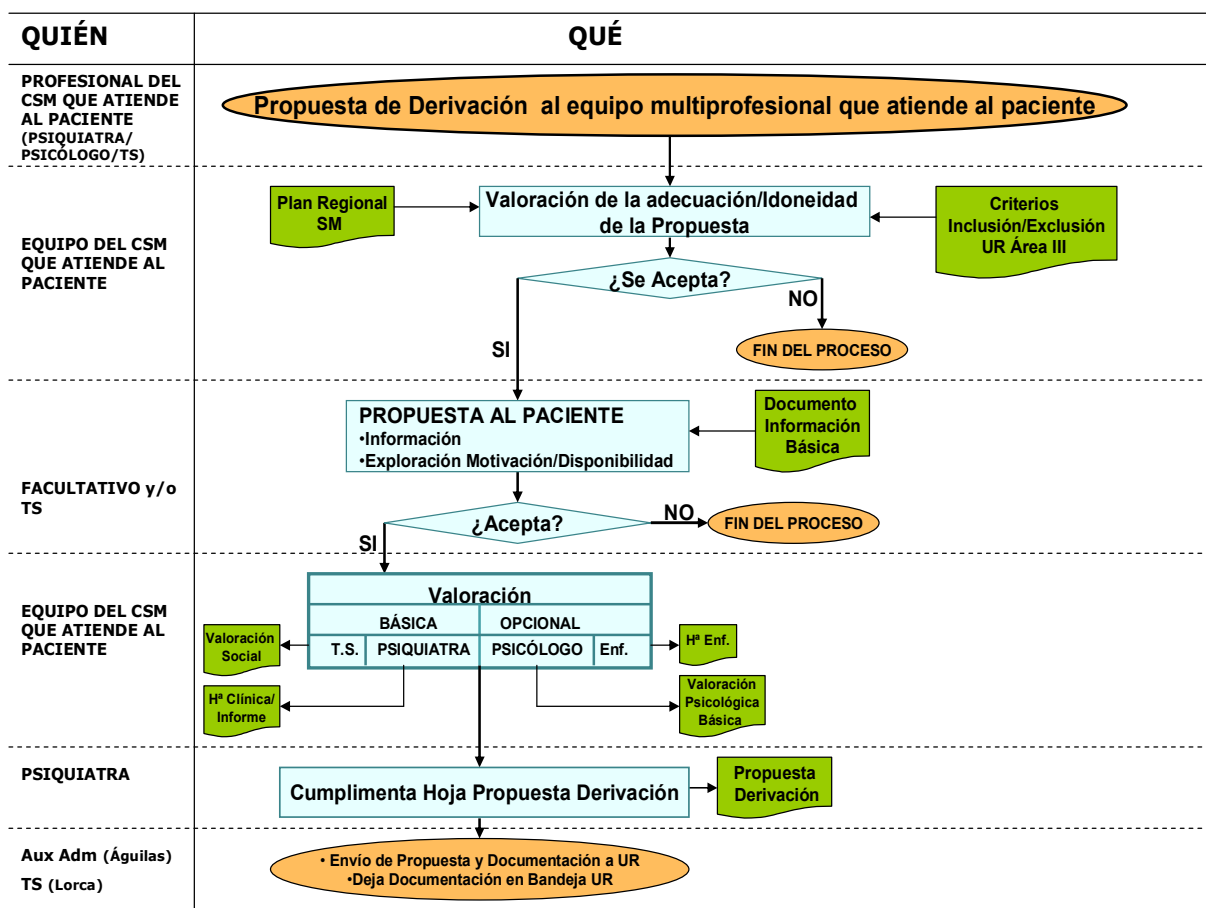
Los pacientes atendidos en la red de salud mental, pueden precisar a lo largo de su proceso asistencial de la atención en diversos dispositivos (Centro de Salud Mental, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, Urgencias hospitalarias...), dándose la posibilidad de perder el contacto con el centro de referencia. Por este motivo la finalidad del proceso de continuidad de cuidados es garantizar que los pacientes reciban una atención continuada y mantenida en el paso de un dispositivo a otro y de esta manera evitar que el paciente abandone su tratamiento.

Desde el Programa de Adultos del Centro de Salud Mental Lorca/Águilas se ha desarrollado un proceso de derivación a la Unidad de Rehabilitación para pacientes con TMS, con el fin de garantizar la continuidad de cuidados:

1. Valoración de la propuesta con el equipo que atiende al paciente, pudiendo ser aquella de cualquiera de los profesionales que lo atienden. (Psiquiatra, Psicólogo, Trabajadora Social (T.S), Enfermera que atiendan al paciente).
2. Comprobar que el usuario cumple los criterios de inclusión/exclusión de la U.R Lorca/Águilas.
3. Ofrecer información al usuario sobre el funcionamiento de la U.R y el proceso de rehabilitación, valorando expectativas y disponibilidad para asistir. (Facultativo y/o TS que atiendan al paciente).
4. Cumplimentar (Psiquiatra) la propuesta de derivación según modelo.
5. Adjuntar a la propuesta otros datos básicos: sociales, clínicos (T.S).
6. Si la propuesta es de Águilas, se adjuntará una fotocopia de la Historia Clínica o, al menos, datos relevantes de la misma (informes de ingresos, datos sociales,...). (T.S.).
7. El protocolo de derivación cumplimentado se depositará en el casillero correspondiente situado en Administración (T.S.). En caso de usuarios de Águilas se enviará por correo (Aux. Admt.).
8. Contactar con la trabajadora social de la U.R para informar de la propuesta de derivación, la cual se encargará de transmitirla al resto del equipo de la UR.

Siendo su representación gráfica:

CONTINUIDAD DE CUIDADOS: DERIVACIÓN PROGRAMA ADULTOS-UR LORCA/ÁGUILAS



Así mismo, el proceso de continuidad de cuidados garantiza la necesaria coordinación ente el Programa de Rehabilitación y el Programa de Adultos cuando el equipo rehabilitador lo estime necesario ante una necesidad detectada, siguiendo el proceso 7.1, de coordinación con Programa de Adultos que más adelante se detalla (Pág. 35).

2. PROCESOS UNIDAD DE REHABILITACIÓN LORCA/ÁGUILAS

UNIDAD REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL LORCA/ÁGUILAS

2.1 MISIÓN

Qué: Valoración multidisciplinar, elaboración de programas de rehabilitación psicosocial, seguimiento y evaluación de los objetivos marcados.

Para qué: Dar cobertura a las necesidades del paciente con Trastorno Mental Severo (TMS) y su familia, con criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, para conseguir el mayor grado de autonomía e integración social.

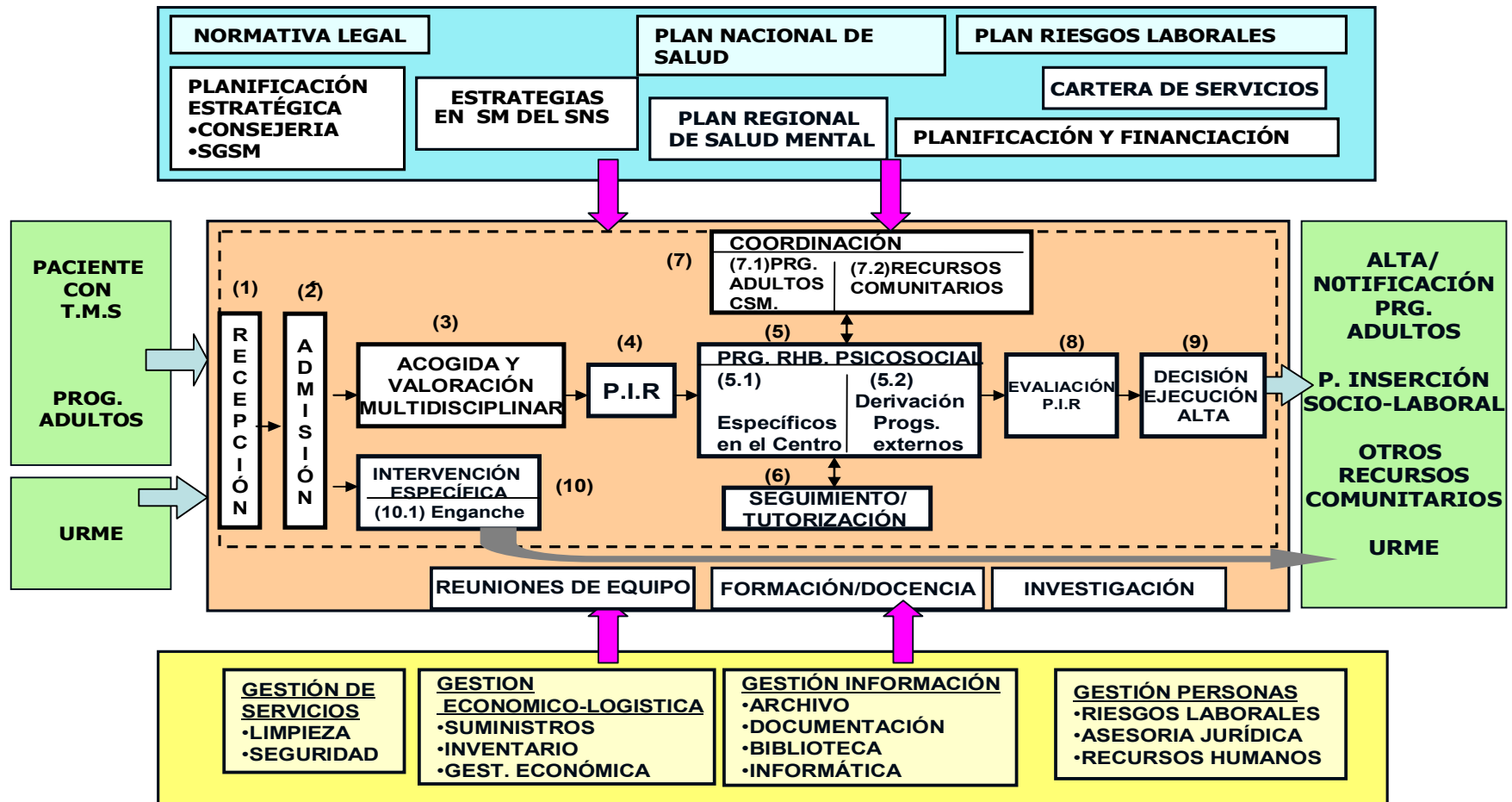
Para quién: Pacientes del Área III de Salud Mental con TMS derivados desde el Programa de Adultos del CSM Lorca/Águilas o desde la Unidad de Media Estancia (URME).

2.2 LÍMITES

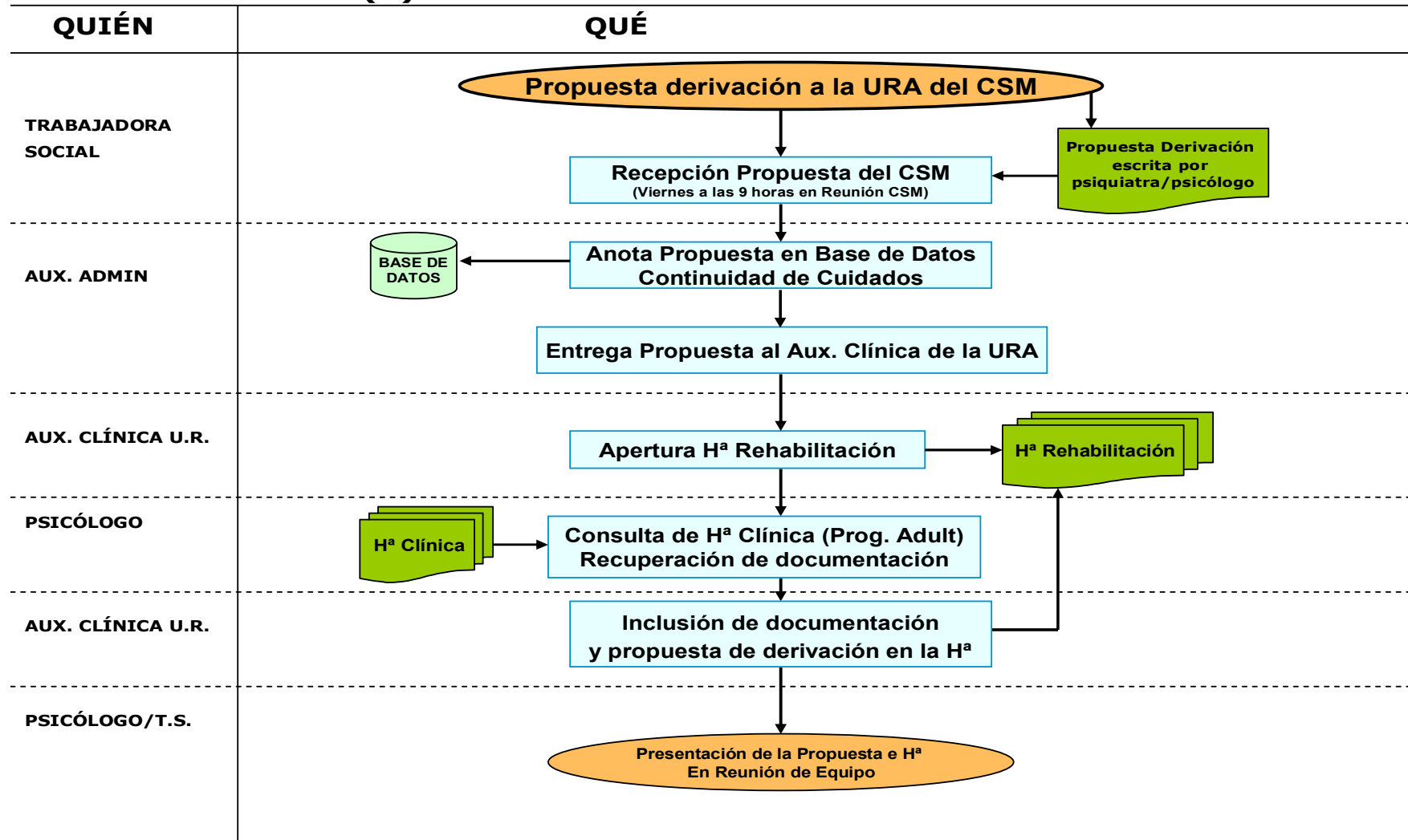
Inicial: Pacientes con TMS que precisan tratamiento rehabilitador, derivados desde el Programa de Adultos del CSM Lorca/Águilas, o desde la URME.

Final: Pacientes dados de alta de la Unidad de Rehabilitación (UR), para continuar seguimiento desde el Programa de Adultos, o derivados a los programas de inserción socio-laboral u otros recursos comunitarios.

MAPA DE PROCESOS UNIDAD DE REHABILITACIÓN LORCA/ÁGUILAS



PROCESO(1): RECEPCIÓN



PROCESO 1: RECEPCIÓN.

PROPIETARIO: Trabajador Social.

MISIÓN: Recoger las propuestas de derivación a la UR y recopilar la información necesaria para el estudio de la misma en el proceso de admisión.

ALCANCE:

- Inicio: Recepción de la propuesta de derivación.
- Incluye: Apertura de Hª de Rehabilitación y Recuperación de información necesaria.
- Final: Presentación de la propuesta en una reunión del equipo de rehabilitación para el proceso de admisión.

ENTRADAS: Propuestas de derivación del CSM del área de referencia a la UR.

PROVEEDORES: Facultativos del CSM del área de salud de referencia, que realizan la propuesta de derivación a la Unidad/Centro de Rehabilitación.

SALIDAS: Propuestas que son llevadas a la reunión del equipo para proceso de admisión.

CLIENTES: Pacientes propuestos para derivación a U.R desde CSM de referencia.

INDICADORES:

- 1.-Nº de propuestas de derivación recibidas.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro/Unidad de Rehabilitación.

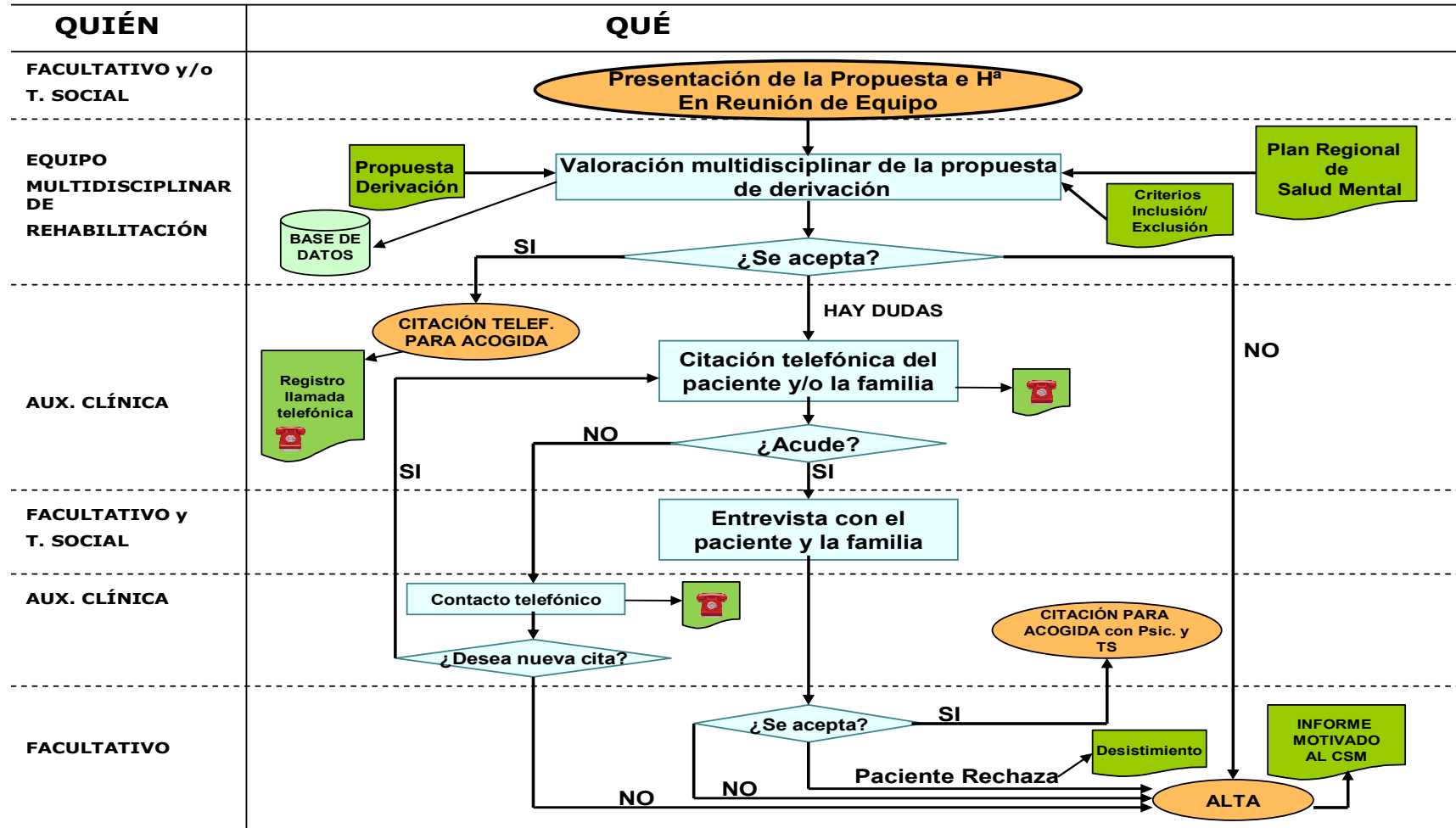
INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Base de Datos del Centro/Unidad de Rehabilitación. Programa R.A.C.P. Protocolos de derivación de cada recurso/programa. Censo de pacientes psicóticos.

RECURSOS:

- Humanos: Aux. clínico, responsables/facultativos de programa de centro, coordinador de Centro/Unidad de Rehabilitación, trabajador social.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.

PROCESO (2) ADMISIÓN



PROCESO 2: ADMISIÓN.

PROPIETARIO: Facultativo

MISIÓN: Valorar la adecuación de la derivación del CSM al Centro/Unidad de Rehabilitación, mediante el estudio de la propuesta de derivación.

ALCANCE:

- Inicio: Recepción de la propuesta de derivación
- Incluye: Estudio multidisciplinar de la propuesta.
- Final: Citación con Psicólogo y Trabajador Social para inicio de acogida si procede, o alta informada.

ENTRADAS: Pacientes del CSM del área de referencia que son derivados al Centro/Unidad de Rehabilitación

PROVEEDORES: Facultativos del CSM del área de salud de referencia, que realizan la propuesta de derivación a la Unidad/Centro de Rehabilitación

SALIDAS: Pacientes que inician valoración en acogida o dados de alta, por no adecuación de la propuesta, no acudir a las citas en 3 o más ocasiones consecutivas (abandono), o haber manifestado su deseo de no acudir (desistimiento).

CLIENTES: Pacientes con Trastorno mental severo y sus familias.

INDICADORES

- 1.- % de pacientes aceptados y citados para acogida.
- 2.- % de pacientes que son alta voluntaria.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro/Unidad de Rehabilitación.

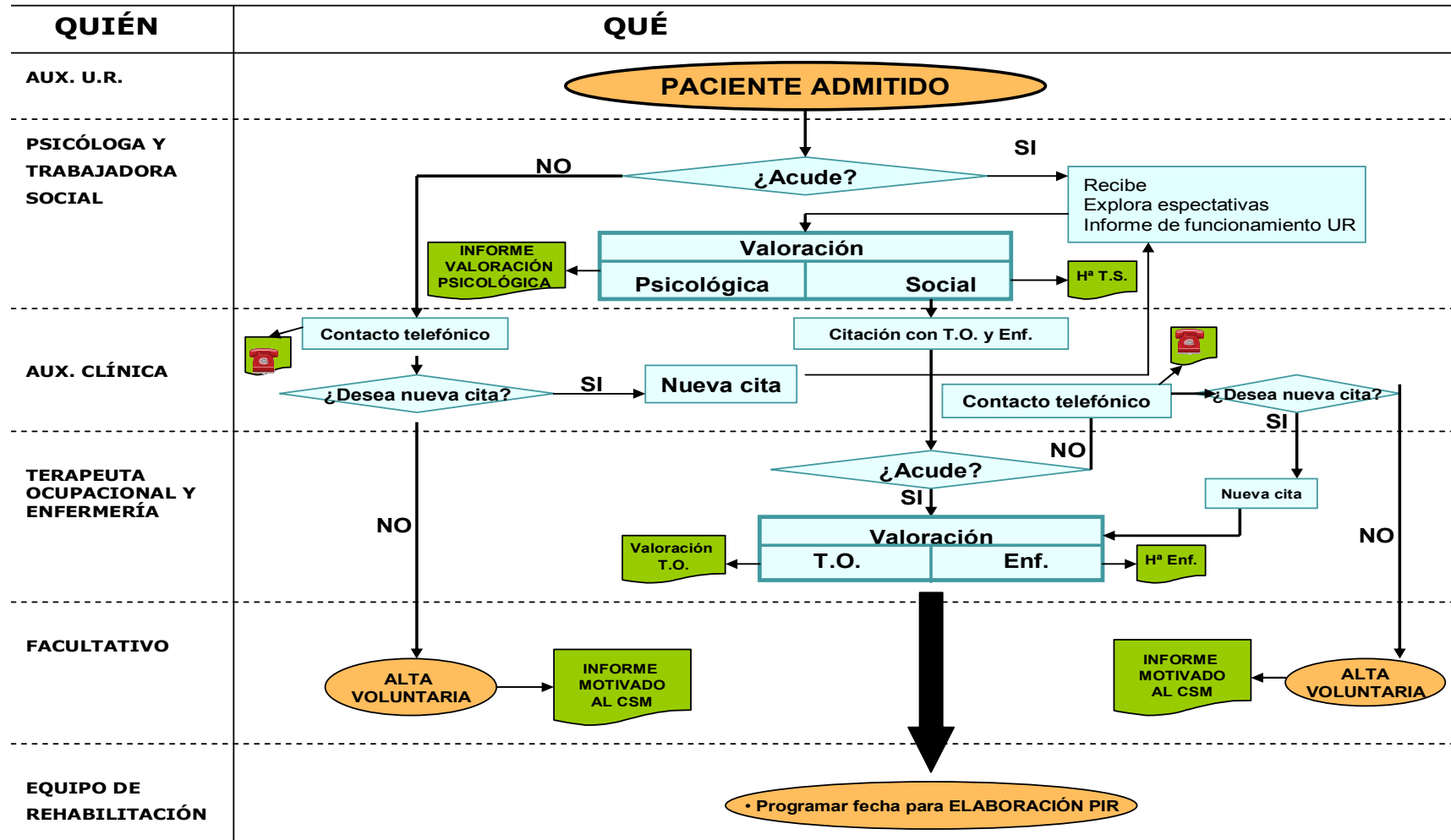
INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Base de Datos del Centro/Unidad de Rehabilitación. Programa R.A.C.P. Protocolos de derivación de cada recurso/programa.

RECURSOS:

- Humanos: Aux. clínica, enfermero, responsables/facultativos de programa de centro, coordinador de Centro/Unidad de Rehabilitación. terapeuta ocupacional, trabajador social.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.

PROCESO (3): ACOGIDA Y VALORACIÓN



PROCESO 3: ACOGIDA Y VALORACIÓN.

PROPIETARIO: Facultativo.

MISIÓN: Recepción del paciente y su familia. Exploración de la información que poseen sobre el recurso, su motivación para asistir y disponibilidad. Informar, caso de ser preciso, de la finalidad del programa. Inicio de valoración multidisciplinar si procede, favoreciendo la adhesión del paciente a la U.R.

ALCANCE:

- Inicio: Citación del paciente y/o familia para acogida.
- Incluye: Recepción, información e inicio de valoración.
- Final: Valoración psicológica, social, ocupacional y de enfermería para elaboración del PIR.

ENTRADAS: Pacientes del CSM del área de referencia que son admitidos al Centro/Unidad de Rehabilitación

PROVEEDORES: Facultativos del CSM del área de salud de referencia, que realizan la propuesta de derivación a la Unidad/Centro de Rehabilitación

SALIDAS: Pacientes que finalizan la valoración o abandonan/desisten una vez iniciada la misma.

CLIENTES: Pacientes con Trastorno mental severo y sus familias.

INDICADORES:

- 1.- % de pacientes que finalizan proceso de acogida
- 2.- % de pacientes que inicia programas de rehabilitación tras el proceso de acogida
- 3.- % de pacientes que son alta voluntaria.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro/Unidad de Rehabilitación.

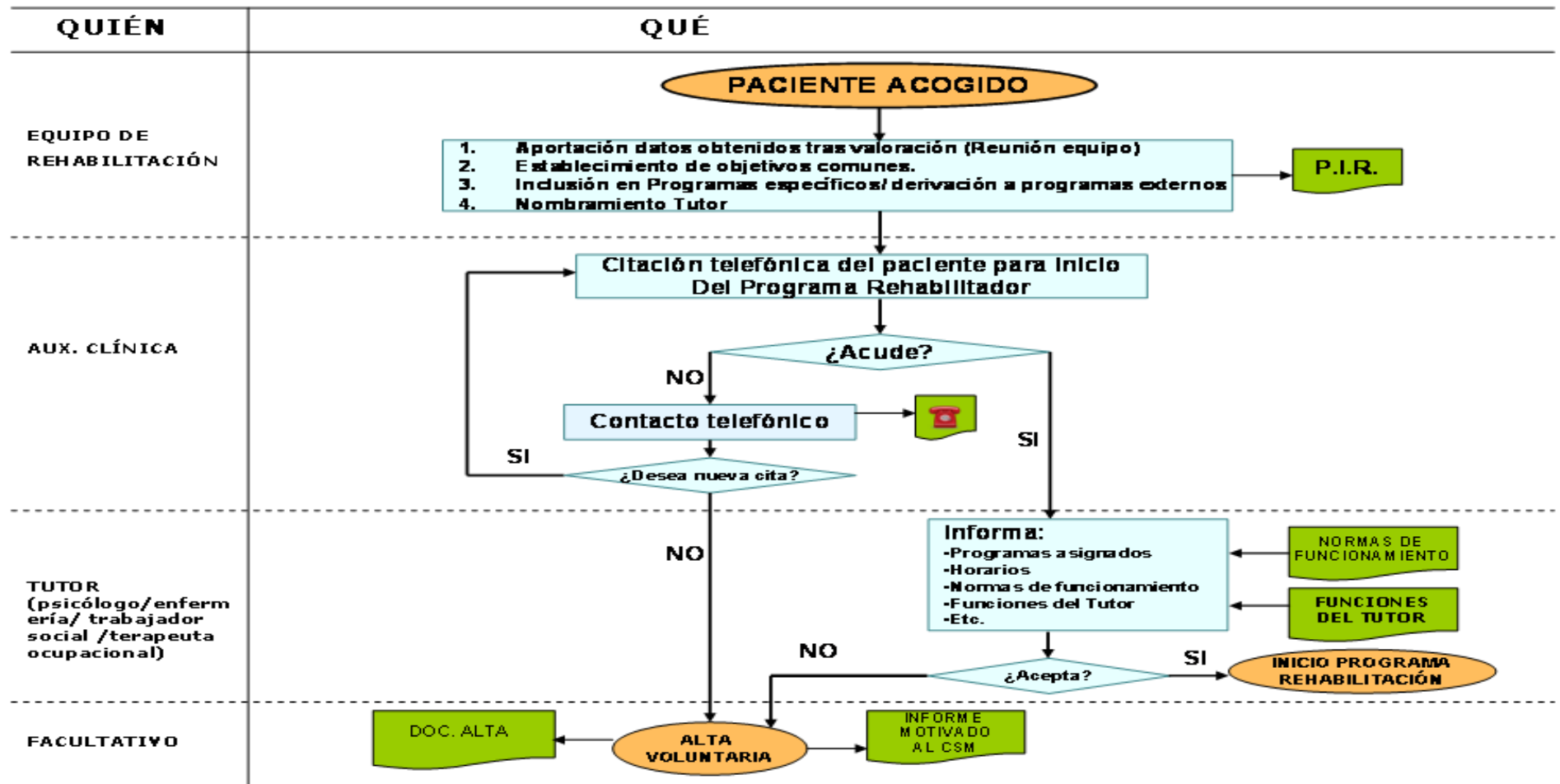
INSPECCIONES: Inspección anual,

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Registro programa mostrador. Programa R.A.C.P. Protocolos de derivación de cada recurso/programa

RECURSOS:

- Humanos: Aux. Clínica, enfermero, responsables/facultativos de programa de centro, coordinador de Centro/Unidad de Rehabilitación. terapeuta ocupacional, trabajador social
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.

PROCESO (4): ELABORACIÓN P.I.R.



PROCESO 4: ELABORACIÓN P.I.R.

PROPIETARIO: Equipo multidisciplinar: psicólogo, enfermero, terapeuta ocupacional y trabajador social.

MISIÓN: Recopilación y registro de la información relevante del paciente y familia, obtenida de las valoraciones del equipo multidisciplinar, para que según las necesidades detectadas y expectativas del paciente, establecer objetivos comunes y determinar programas de inclusión específicos. Posteriormente, se nombrará un tutor (un miembro del equipo multidisciplinar) con el fin de evaluar la puesta en marcha del P.I.R y las necesidades del paciente en el desarrollo del mismo.

ALCANCE:

- Inicio: Paciente que concluye acogida en unidad de rehabilitación.
- Incluye: Reunión equipo multidisciplinar, registro del P.I.R, nombramiento del tutor, citación del paciente y entrevista paciente-tutor.
- Final: - Alta voluntaria por abandono o desistimiento.

- El paciente acepta y comienza programa específico de rehabilitación.

ENTRADAS: Pacientes del CSM del área de referencia que son acogidos en Unidad de Rehabilitación

PROVEEDORES: Facultativos del CSM del área de salud de referencia, que realizan la propuesta de derivación a la Unidad/Centro de Rehabilitación

SALIDAS: Alta voluntaria. Inicio de programa específico de rehabilitación.

CLIENTES: Pacientes acogidos en unidad de rehabilitación.

INDICADORES:

- 1.- Nº P.I.R elaborados y documentados.

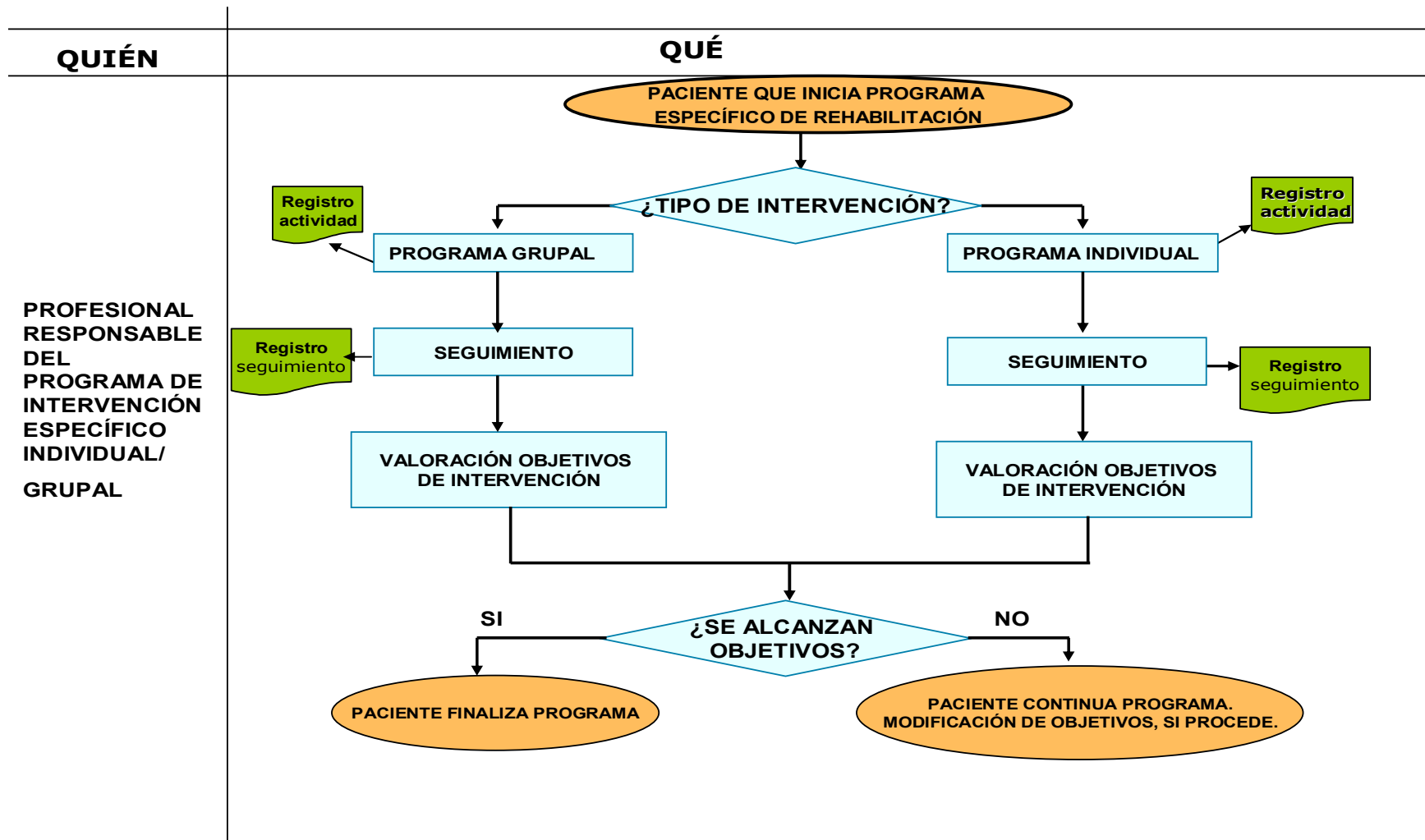
VALIDADO POR: Coordinador de Centro/Unidad de Rehabilitación.

INSPECCIONES: Inspección anual

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Valoración psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social. P.I.R. Registro de llamada tlf. Funciones del tutor. Normas de funcionamiento, Horario individualizado de programas

RECURSOS: Humanos: equipo multidisciplinar. Materiales: Programa informático, Hª rehabilitación, material oficina.

PROCESO (5.1): INTERVENCIÓN EN PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE U.R



PROCESO 5.1: INTERVENCIÓN EN PROGRAMAS ESPECÍFICOS.

PROPIETARIO: Profesional responsable del programa

MISIÓN: Prestar atención de manera individualizada y/o grupal a través de la puesta en marcha de programas específicos de la Unidad de Rehabilitación, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el P.I.R del paciente. La planificación y puesta en marcha del programa será llevado a cabo por el profesional de la UR responsable según competencias profesionales.

ALCANCE:

- Inicio: Incorporación al programa específica asignado en el P.I.R.
- Incluye: Seguimiento del paciente en el programa de intervención individual/grupal.
- Final: Valoración de los objetivos tras finalizar programa de intervención.

ENTRADAS: Pacientes que inician programas específicos de rehabilitación.

PROVEEDORES: Equipo de Unidad de rehabilitación.

SALIDAS: Tras finalizar programa y evaluar los objetivos, el paciente puede finalizar programa o continuar con programa.

CLIENTES: Pacientes con trastorno mental severo de la U.R y sus familias.

INDICADORES:

- 1.- % de programas específicos de intervención que están protocolarizados, por escrito.
- 2.- % de programas específicos que son evaluados tras su finalización.

Los indicadores referidos a programas específicos desarrollados por cada profesional se encuentran detallados en el Anexo II

VALIDADO POR: Coordinador de Unidad de Rehabilitación.

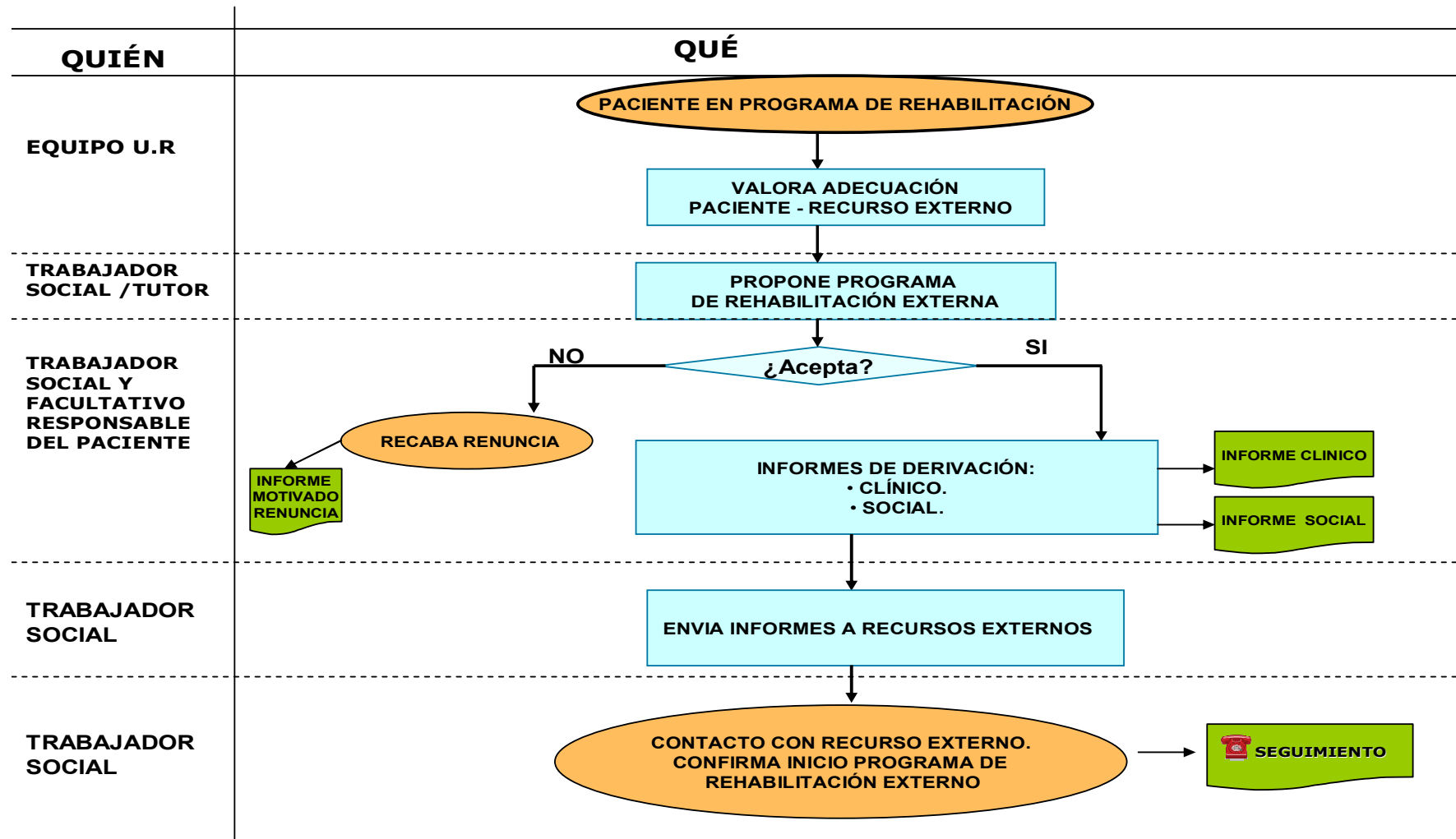
INSPECCIONES: Anual

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Historia clínica, hoja de registro de asistencia al programa, registro de seguimiento, registro de actuaciones, registro de evaluaciones.

RECURSOS:

- Humanos: Equipo multidisciplinar de U.R. Responsable del recurso externo.
- Materiales: Sala de grupo, Programa informático y demás material oficina, material necesario para cada programa específico de rehabilitación.

PROCESO (5.2): DERIVACIÓN A PROGRAMAS EXTERNOS.



PROCESO 5.2: DERIVACIÓN A PROGRAMAS EXTERNOS.

PROPIETARIO: Trabajadora social.

MISIÓN: Proponer programas de rehabilitación externa, complementando los recursos internos de la U.R.

ALCANCE:

- Inicio: Valorar la idoneidad del recurso externo a la situación específica del paciente.
- Incluye: Coordinación con el recurso. Información y asesoramiento al paciente
- Final: Derivación del paciente a recurso externo.

ENTRADAS: Pacientes de la Unidad de Rehabilitación que reúnen las condiciones necesarias para asistir un recurso externo determinado.

PROVEEDORES: Equipo de Unidad de rehabilitación.

SALIDAS: Derivación a otros programas/ recursos externos. Renuncia la derivación

CLIENTES: Pacientes con trastorno mental severo que asisten a la U.R que sea susceptible de acceso a programa de formación sociolaboral.

INDICADORES:

- 1.- Nº Propuestas de derivación a recursos externos.
- 2.- % pacientes que se incorporan a recursos externos.

VALIDADO POR Coordinador de Unidad de Rehabilitación.

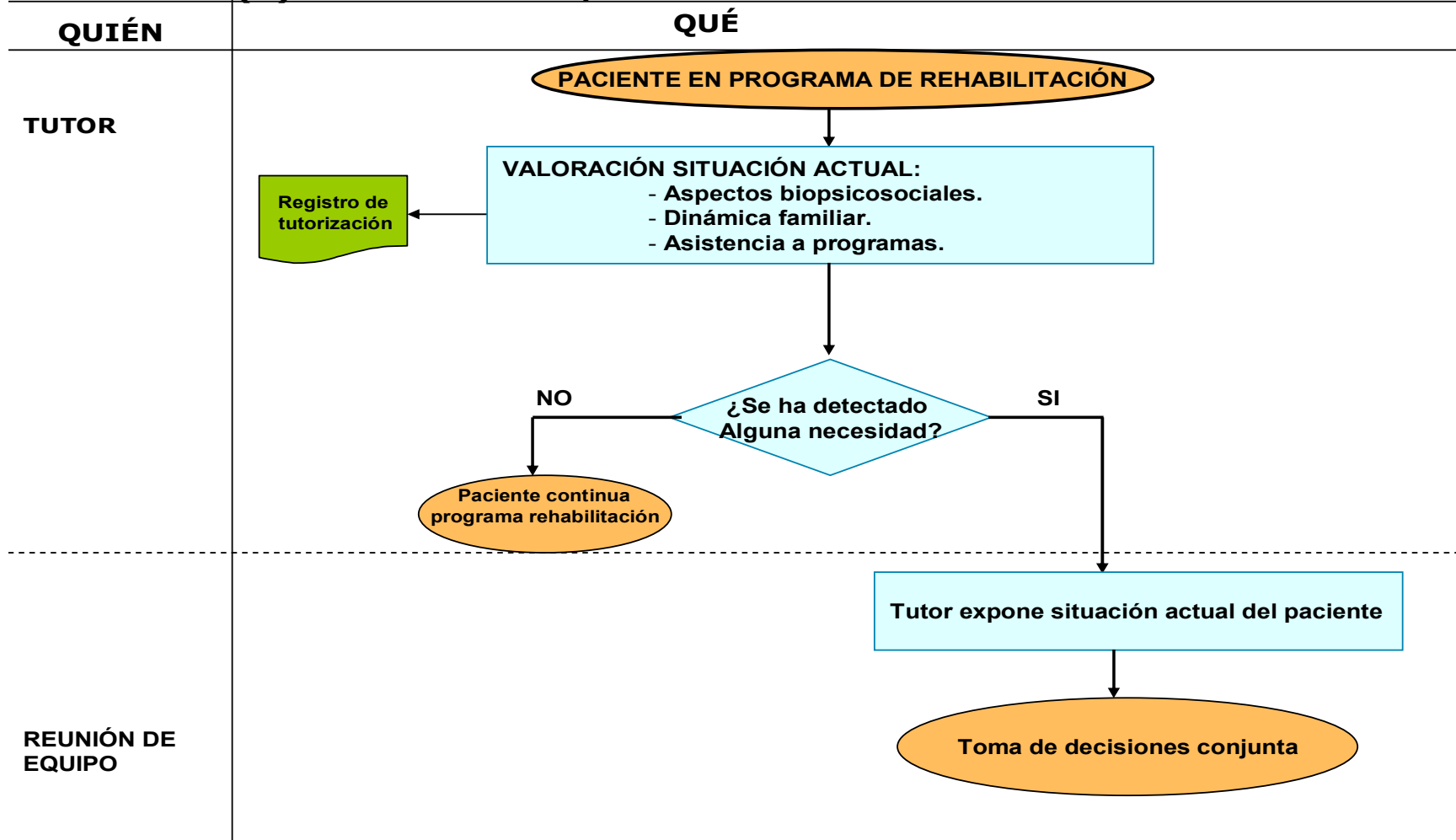
INSPECCIONES: Inspección anual

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Informe clínico y social, registro de seguimiento.

RECURSOS:

- Humanos: equipo multidisciplinar de U.R. Responsable del recurso externo.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina

PROCESO (6): SEGUIMIENTO/TUTORIZACIÓN



PROCESO 6: SEGUIMIENTO/ TUTORIZACIÓN.

PROPIETARIO: Tutor.

MISIÓN: Valorar la situación actual del paciente, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad, así como la dinámica familiar y su asistencia al programa rehabilitador, con el fin de detectar posibles necesidades y aplicar una decisión conjunta entre el equipo de la unidad y el paciente. La valoración se realizará una vez al mes.

ALCANCE:

- Inicio: Asignación de un tutor tras la elaboración del P.I.R
- Incluye: Entrevista paciente-tutor, si necesidad detectada, reunión de equipo.
- Final: Paciente continua programa rehabilitador y si necesidad detectada, toma de decisiones conjunta.

ENTRADAS: Pacientes en programa de rehabilitación.

PROVEEDORES: Equipo de unidad de rehabilitación.

SALIDAS: Pacientes dado de alta en unidad de rehabilitación.

CLIENTES: Pacientes en programa rehabilitador y sus familias.

INDICADORES:

- 1.- Nº Pacientes tutorizados a los que se efectúa seguimiento.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro/Unidad de Rehabilitación.

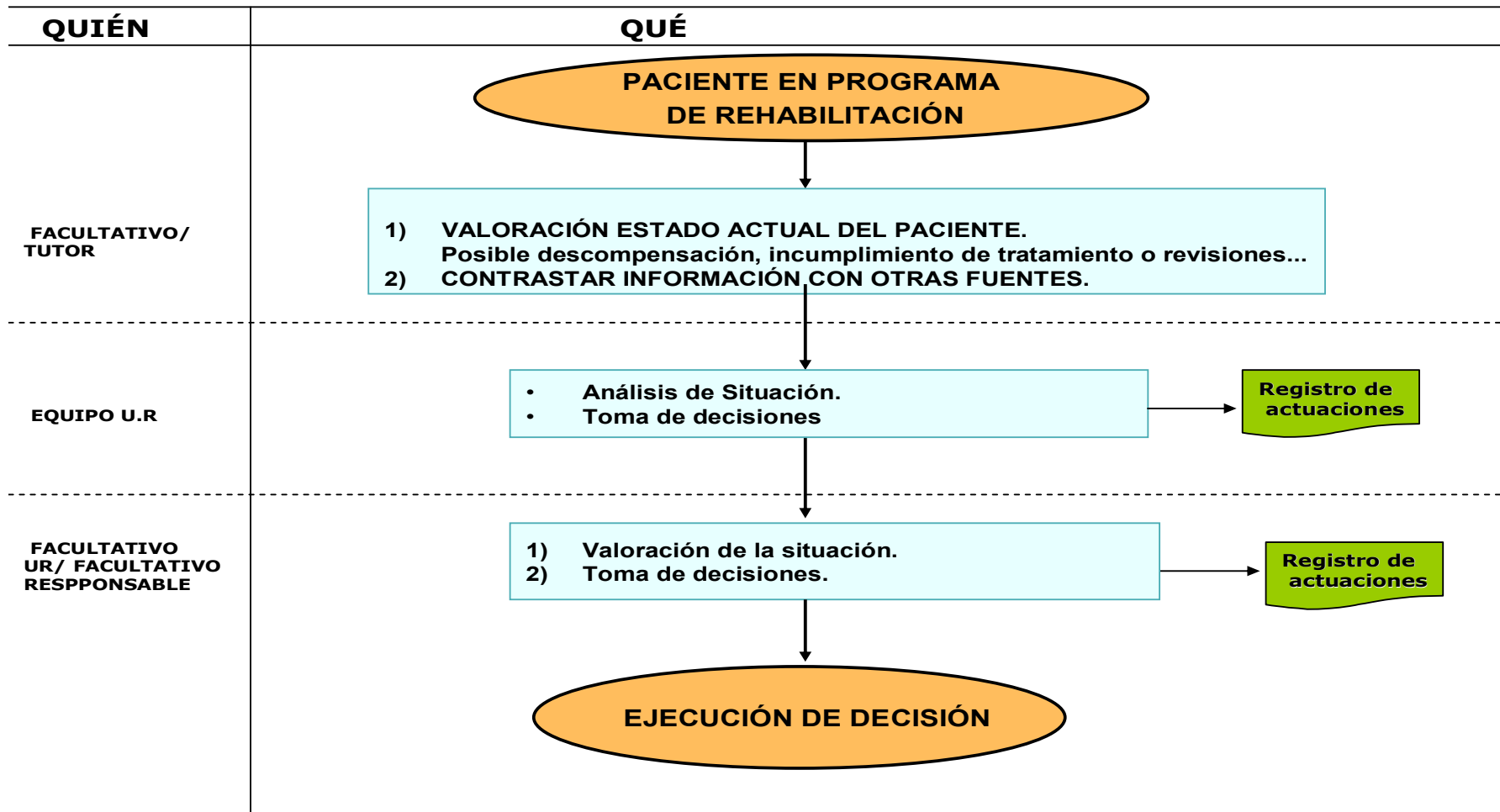
INSPECCIONES: Anual

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Hª Rehabilitación, registro de tutorización.

RECURSOS:

- Humanos: equipo multidisciplinar.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina. Espacio físico para reunión, hoja de registro de tutorización.

PROCESO (7.1): COORDINACIÓN CON PROGRAMA DE ADULTOS



PROCESO 7.1: COORDINACIÓN CON PROGRAMA DE ADULTOS.

PROPIETARIO: Facultativo UR/ Tutor.

MISIÓN: Asegurar la continuidad de cuidados en caso de incidencia de carácter clínico.

ALCANCE:

- Inicio: Paciente en Programa de Rehabilitación sobre el que se detecta cualquier incidencia.
- Incluye: Análisis y Valoración por parte del equipo.
- Final: Información a Médico responsable. Toma decisiones.

ENTRADAS: Pacientes de la Unidad de Rehabilitación.

PROVEEDORES: Cualquier profesional de la Unidad de Rehabilitación.

SALIDAS: Paciente de la Unidad de Rehabilitación sobre el que se lleva a cabo la actuación de coordinación.

CLIENTES: Pacientes de la U.R con Trastorno Mental Severo y sus familias.

INDICADORES:

- 1.- Número de consultas de coordinación con médico responsable.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro/Unidad de Rehabilitación.

INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Registro de actividad.

RECURSOS:

- Humanos: Facultativo Responsable/ Equipo UR .
- Materiales: Programa informático y demás material oficina, sala de reuniones y Teléfono.

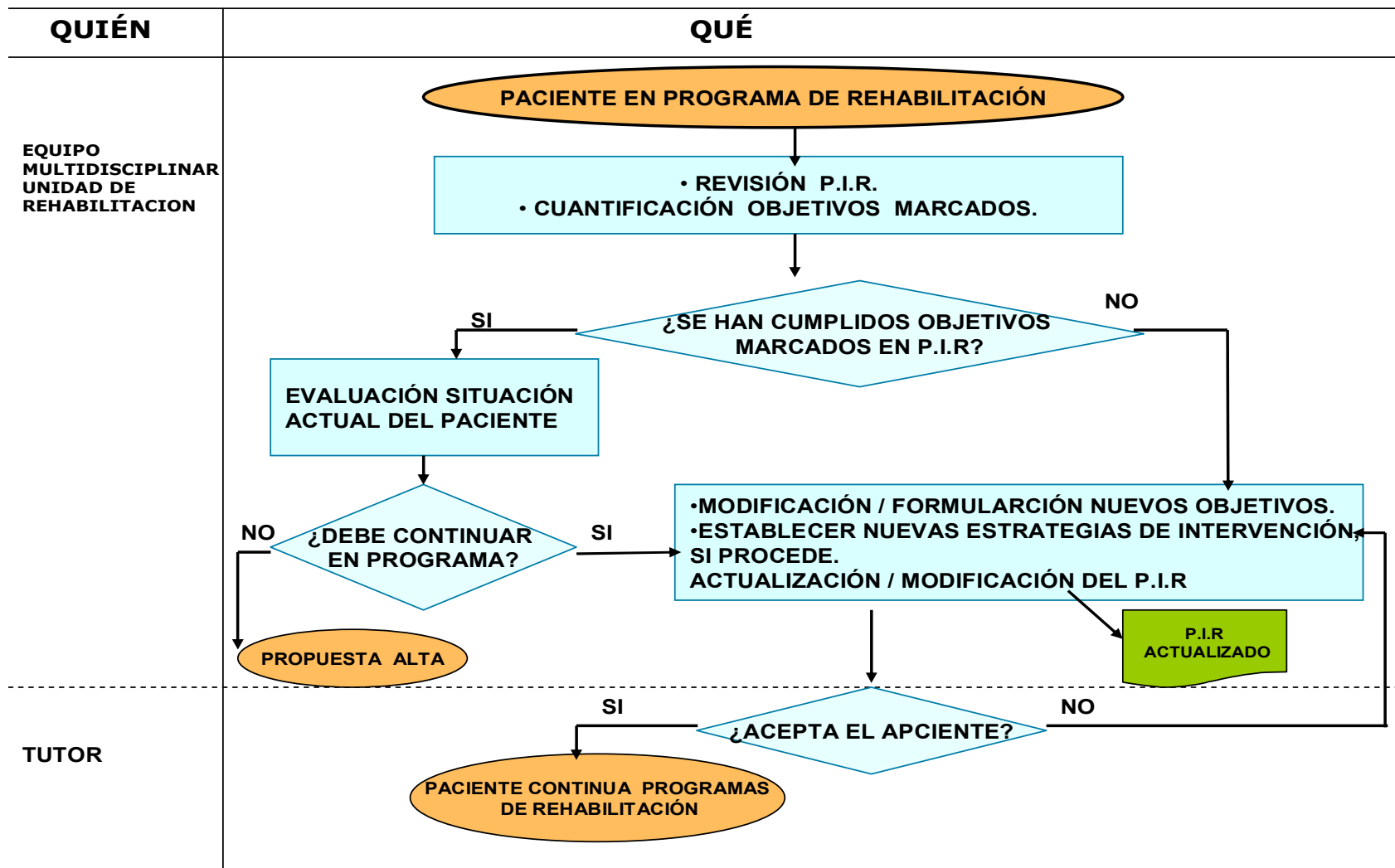
PROCESO 7.2: COORDINACIÓN CON RECURSOS COMUNITARIOS.

Dentro del Programa de Rehabilitación el proceso de continuidad de cuidados exige de la coordinación con todos aquellos recursos rehabilitadores dependientes de organismos tanto públicos como privados. Por tanto, el proceso de coordinación con estos recursos es propio y específico de cada uno de ellos.

Cómo denominador común:

- Precisa el establecimiento de convenios o acuerdos de colaboración con las distintas entidades.
- La responsabilidad de este proceso es del Trabajador Social.
- Procedimientos de derivación al recurso.
- Seguimiento del paciente durante su permanencia en el recurso.

PROCESO(8): EVALUACIÓN P.I.R.



PROCESO 8: EVALUACIÓN P.I.R.

PROPIETARIO: Equipo multidisciplinar de Unidad de Rehabilitación.

MISIÓN: Cuantificar la respuesta del paciente a su programa individualizado de rehabilitación, propuesto por el equipo de la unidad, con el fin de determinar la idoneidad de las estrategias de intervención marcadas y proponer nuevos objetivos e intervenciones, si procede.

ALCANCE:

- Inicio: Paciente en programa de rehabilitación.
- Incluye: Revisión P.I.R. Cuantificación de objetivos. Formulación de nuevos objetivos y establecimiento de nuevas estrategias de intervención, si procede.
- Final:
 - Paciente que acepta P.I.R modificado y continua programa de rehabilitación.
 - Paciente que no acepta P.I.R modificado por lo que el equipo valoraría posibles alternativas de intervención.
 - Paciente propuesto para alta.

ENTRADAS: Pacientes incluidos en programa de rehabilitación.

PROVEEDORES: Equipo multidisciplinar de U.R.

SALIDAS: Alta voluntaria y/o cumplimiento de objetivos marcados, propuesta para alta.

CLIENTES: Pacientes con Trastorno mental severo de U.R.

INDICADORES:

- 1.- % P.I.R actualizados.

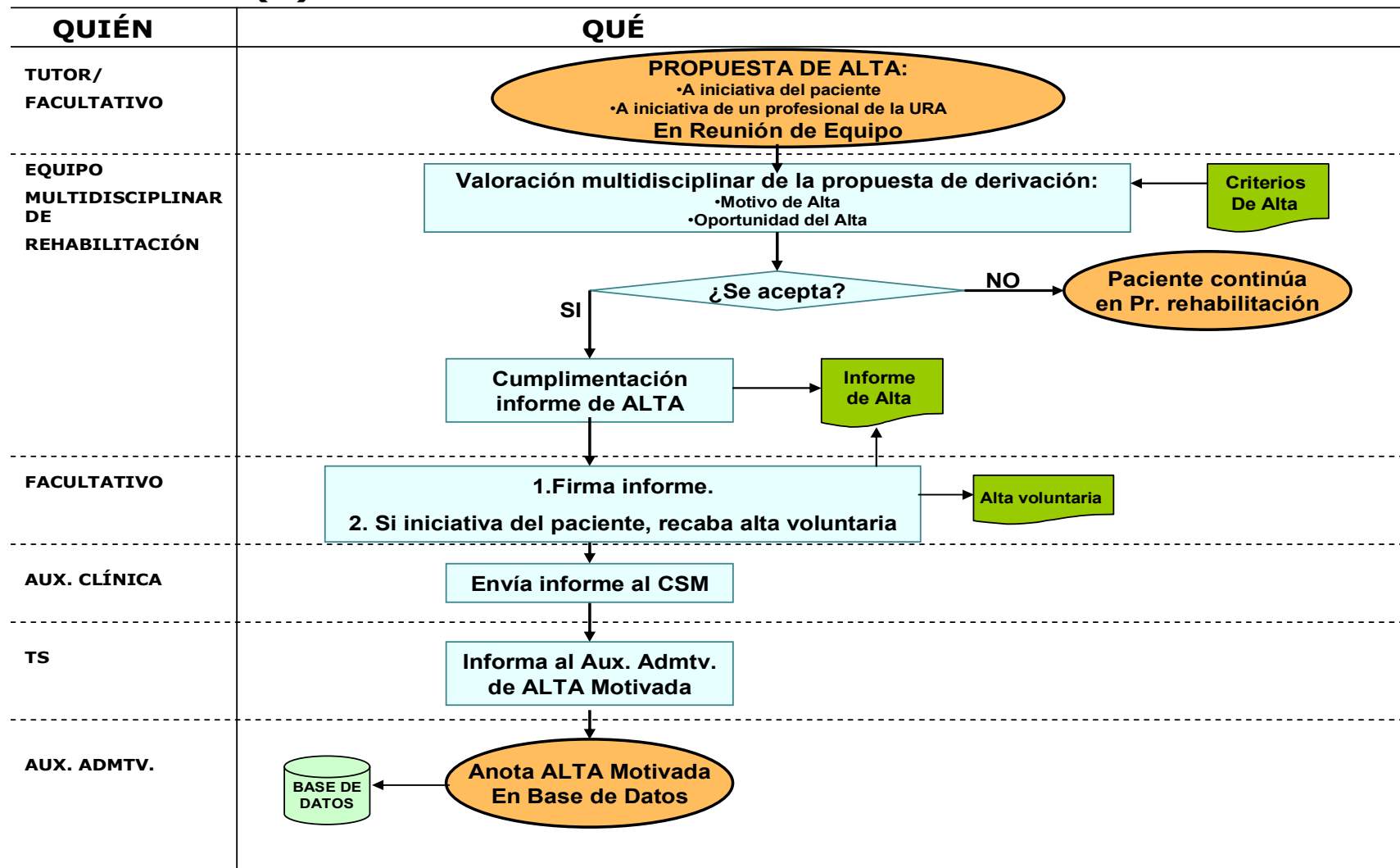
INSPECCIONES: semestral o anual, según objetivos marcados.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: P.I.R. Hª Rehabilitación.

RECURSOS:

- Humanos: equipo multidisciplinar.
- Materiales: informático y demás material de oficina.

PROCESO (9): DECISIÓN Y EJECUCIÓN DE ALTA



PROCESO 9: DECISIÓN Y EJECUCIÓN DE ALTA.

PROPIETARIO: Facultativo de U.R

MISIÓN: Valoración de la propuesta de alta, considerando la iniciativa y el motivo de la misma, así como otros factores de relevancia

ALCANCE:

- Inicio: presentación por el tutor de la propuesta de alta al equipo.
- Incluye: Valoración de la propuesta.
- Final: Cumplimentación del informe de alta y registro de alta en base de datos.

ENTRADAS: Pacientes de Unidad de Rehabilitación propuestos para alta de la unidad.

PROVEEDORES: Equipo multidisciplinar de U.R.

SALIDAS: Pacientes dados de alta por: consecución de objetivos, incorporación mundo laboral, incorporación a otros recursos de rehabilitación externa, voluntaria u otros motivos (fallecimiento, traslado...)

CLIENTES: Pacientes con Trastorno mental severo de U.R.

INDICADORES:

- 1.- % Pacientes dados de alta por consecución de objetivos.
- 2.- % Pacientes dados de alta por incorporación mundo laboral.
- 3.- % Pacientes dados de alta por incorporación a otros recursos de rehabilitación externa (reinserción).
- 4.- % Pacientes que son alta voluntaria.

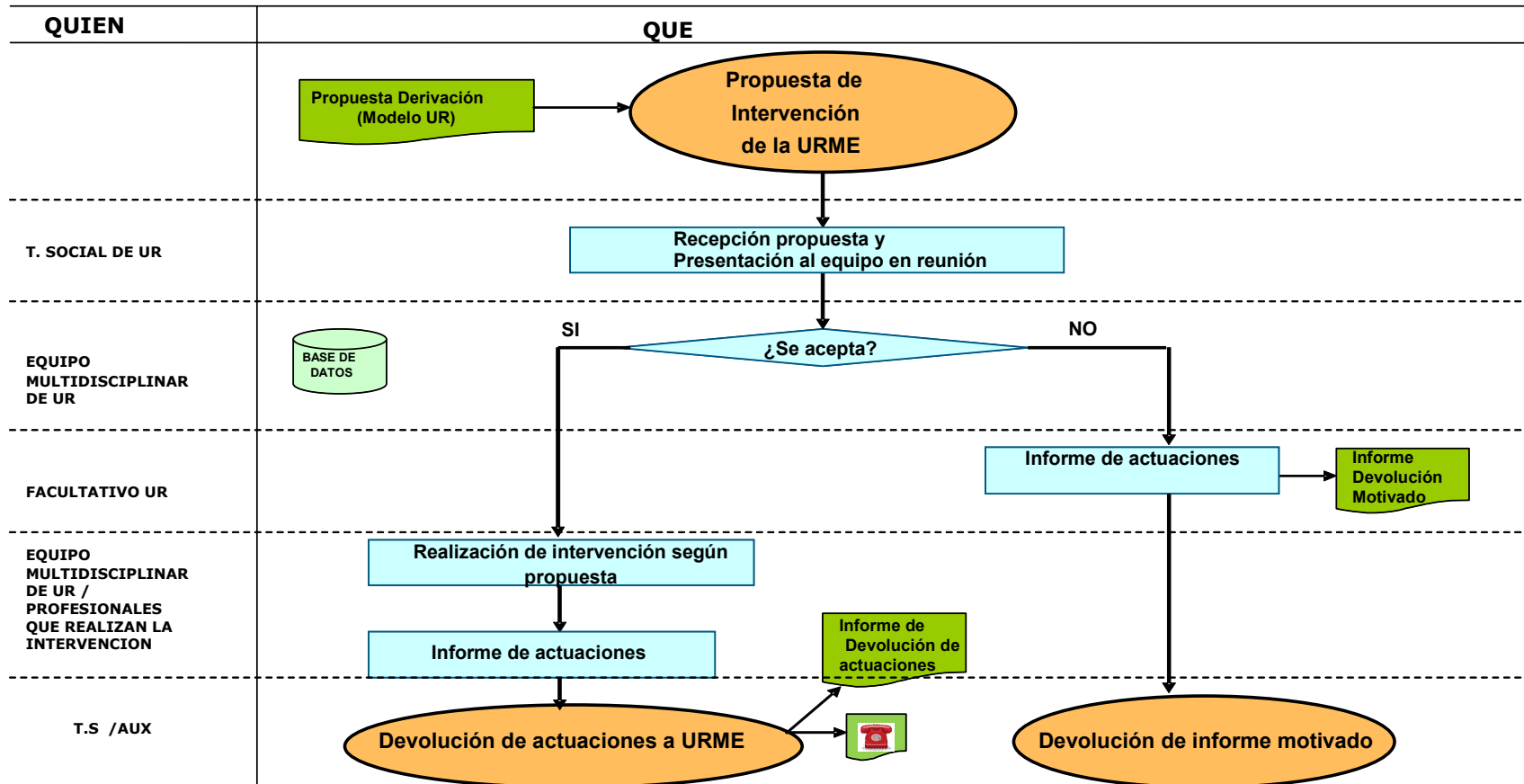
INSPECCIONES: Inspección anual

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: informe de alta. Documento de alta voluntaria. Base de datos. Programa de R.A.C.P.

RECURSOS:

- Humanos: equipo multiprofesional.
- Materiales: informático y demás material de oficina.

PROCESO (10): INTERVENCIÓN ESPECIFICA



PROCESO 10: INTERVENCIÓN ESPECÍFICA URME.

PROPIETARIO: Trabajador Social.

MISIÓN: Recoger las propuestas de intervención procedente de la Unidad de Rehabilitación de Media Estancia (URME), recopilar la información necesaria para el estudio de la misma, determinar las actuaciones a seguir por equipo de UR ante la propuesta.

ALCANCE:

- Inicio: Recepción de la propuesta de intervención.
- Incluye: Apertura de Hª de rehabilitación, Recuperación de información necesaria, actuaciones.
- Final: Informe devolución a la URME. Informe de actuaciones.

ENTRADAS: Propuesta de intervención de la URME a UR.

PROVEEDORES: Facultativos de la URME, que realizan la propuesta de intervención a la Unidad de Rehabilitación.

SALIDAS:

- Informe de devolución motivado.
- Informe de actuaciones.

CLIENTES: Pacientes de URME pertenecientes al Área III.

INDICADORES:

- 1.- Nº de propuestas de intervención recibidas.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro/Unidad de Rehabilitación.

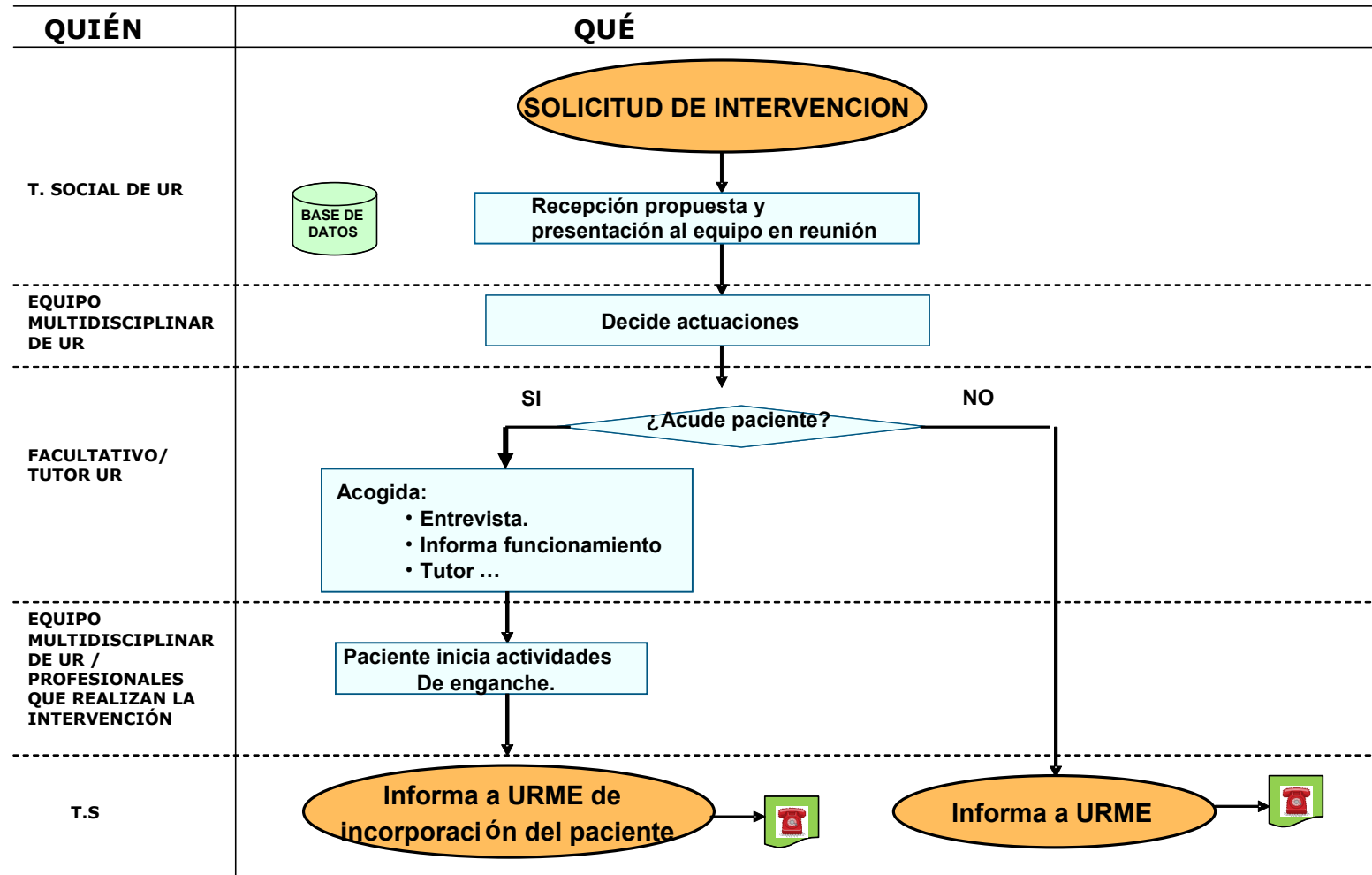
INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Base de Datos de Unidad de Rehabilitación. Programa R.A.C.P. Protocolos de derivación de cada recurso/programa. Censo de pacientes psicóticos.

RECURSOS:

- Humanos: Equipo multidisciplinar.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.

PROCESO (10.1): ENGANCHE.



PROCESO (10.1): ENGANCHE.

PROPIETARIO: Facultativo/ tutor.

MISIÓN: Conseguir la asistencia a la Unidad de rehabilitación para la realización de actividades de enganche durante los días de permiso domiciliario propuesto desde la URME, con el fin de favorecer la adherencia a la Unidad de Rehabilitación tras el alta de la URME.

ALCANCE:

- Inicio: Recepción de la propuesta de intervención.
- Incluye: Recepción/acogida del paciente, Recuperación de información necesaria, asignación de actividades de enganche.
- Final: Información a la URME.

ENTRADAS: Propuesta de intervención de la URME a UR.

PROVEEDORES: Facultativos de la URME, que realizan la propuesta de intervención a la Unidad de Rehabilitación.

SALIDAS: Registro de información telefónica de asistencia/no asistencia a URME.

CLIENTES: Pacientes de URME pertenecientes al Área III.

INDICADORES:

- 1.- Nº de propuestas de intervención para actividades de enganche.

VALIDADO POR: Coordinador de Centro/Unidad de Rehabilitación.

INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Base de Datos de Unidad de Rehabilitación. Programa R.A.C.P. Protocolos de derivación de cada recurso/programa. Censo de pacientes psicóticos.

RECURSOS:

- Humanos: Equipo multidisciplinar.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina.

ANEXO 1

Los documentos que se adjuntan han sido elaborados por la Unidad de Rehabilitación Lorca/Águilas.



REGISTRO DE LLAMADA TELEFÓNICA



INTERVENCIÓN TELEFÓNICA

Nombre y Apellidos del paciente:

Nº Hª:

Fecha:

Personas que participan en la llamada telefónica:

-Realiza la llamada:

-Recibe la llamada:

Motivo de la llamada:

Desarrollo de la entrevista

Datos recogidos

Conclusión



REGISTRO INTERVENCIÓN DOMICILIARIA

Nombre y Apellidos:

Historia clínica:

Fecha:

Asistentes en el domicilio:

Profesionales que intervienen:

Objetivos de la entrevista:

Desarrollo de la entrevista:

Datos recogidos:

Conclusión:

Fdo:

Equipo multiprofesional U.R



INFORME DE SOLICITUD DE INTERVENCIÓN A UR (LORCA) DESDE URME

1.- Datos de Identificación:

Nombre y Apellidos:

F. N: Edad Actual:

Domicilio:

Teléfono:

2.- Otros Datos:

Fecha de Ingreso en URME:

Fecha prevista Alta:

Juicio Clínico:

3.- Justificación de Intervención. Propuesta que se realiza:

4.- Breve descripción de Intervenciones realizadas con el paciente y evolución seguida (tratamientos, programas, grupos, etc):

5.- Profesional responsable y teléfono de contacto:

Murcia, a _____ de _____ de 20

Firmado:



ALTA VOLUNTARIA

Don/Doña _____, con DNI _____
y domicilio en _____
comparece en la U.R de Lorca, el día _____

MANIFIESTA

- ☐ Que no desea acudir a la Unidad de Rehabilitación (1)
- ☐ Que no desea continuar asistiendo a la Unidad de Rehabilitación (2)

Siendo informado de que será dado de alta de la Unidad de Rehabilitación y pudiendo en un futuro ser derivado nuevamente.

Y en prueba de conformidad, firma este Alta Voluntaria.

PACIENTE/ REPRESENTANTE LEGAL

PROFESIONALES

Fdo:

Fdo:

(1) Proceso de Admisión

(2) Programa de Rehabilitación



INFORME ALTA (UNIDAD DE REHABILITACIÓN LÓRCA/ÁGUILAS)

- Nombre y Apellidos:
- Nº Historia Clínica:
- Fecha elaboración informe:
- Emitido por:

I- DATOS DE INTERES

- Fecha Derivación:
- Programas Asignados tras valoración (PIR):
- Tutor:
- Derivaciones Previas si existieran: (fecha, etc)

II- INTERVENCIONES REALIZADAS

- TRABAJO SOCIAL:
- TERAPIA OCUPACIONAL:
- ENFERMERÍA:
- PSICOLOGÍA:

III- OBSERVACIONES

- Familia:
- Asistencia:
25% 50% 75% 100%
- Ingresos hospitalarios durante el periodo de asistencia a U.R (días de ingreso, fecha, motivo)
- Otros:

IV- MOTIVO DE ALTA

- Consecución de Objetivos
- Incorporación a otros recursos de rehabilitación:
- No existencia de recursos adecuados al paciente en la U.R
- Cambio de residencia
- Fallecimiento
- Decisión del usuario
- Otras (especificar):

V- PROPUESTAS/ORIENTACIONES DE LA U.R

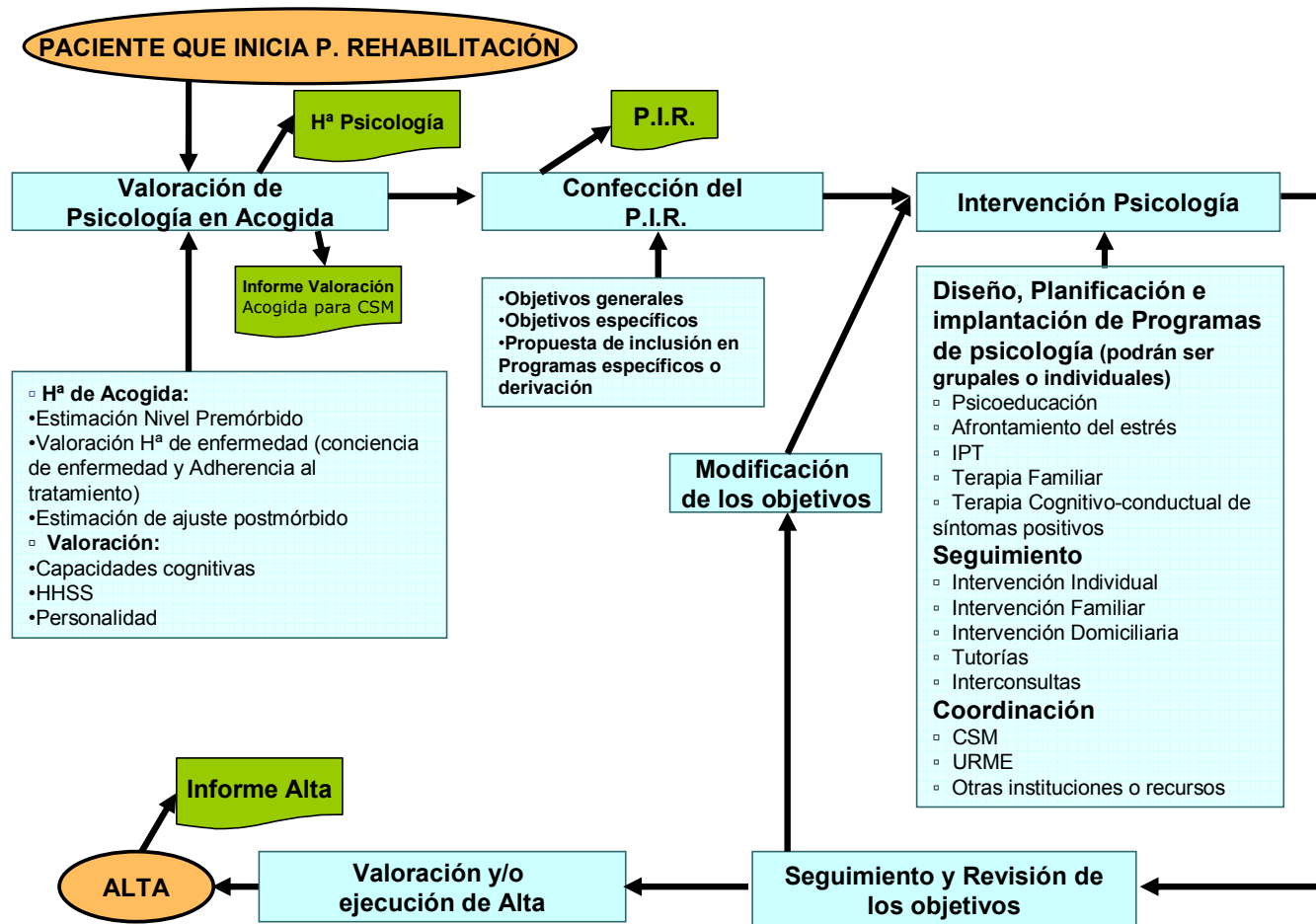
Fdo:

FACULTATIVO UR

ANEXO 2

Se presenta la actividad asistencial desarrollada por los miembros del equipo de la Unidad de Rehabilitación, en cada uno de los procesos anteriormente señalados.

INTERVENCIÓN PSICOLOGÍA



INTERVENCIÓN PSICOLOGÍA

PROPIETARIO: Psicólogo Clínico.

MISIÓN: Valoración de capacidades, habilidades e intereses del paciente, así como, obtención de otros datos relevantes de su funcionamiento psicosocial a través de este y su familia, que permita el establecimiento de los objetivos de intervención en la elaboración del PIR. La intervención en Programas específicos con ellos y/o sus familias, y el seguimiento hasta el alta o derivación a otros programas/recursos con la finalidad de conseguir el mayor grado de autonomía personal e integración social.

ALCANCE:

- Inicio: Valoración funcional del paciente y su familia
- Incluye: Elaboración del PIR, intervención en programas específicos y el seguimiento de los mismos, así como la coordinación con otros programas/recursos/instituciones.
- Final: Paciente dado de alta por consecución de objetivos y/o derivado a otros recursos/programas/instituciones o que son alta voluntaria.

ENTRADAS: Pacientes derivados del CSM del área de referencia o de la URME al Centro/Unidad de Rehabilitación

PROVEEDORES: Facultativos del CSM del área de salud de referencia, que realizan la propuesta de derivación a la Unidad/Centro de Rehabilitación. Facultativos de la URME que solicitan intervención específica.

SALIDAS: Pacientes dados de alta por consecución de objetivos y/o derivados a otros programas o recursos. Pacientes que son alta voluntaria en cualquier momento tras su derivación a UR.

CLIENTES: Pacientes con Trastorno mental severo y sus familias.

INDICADORES:

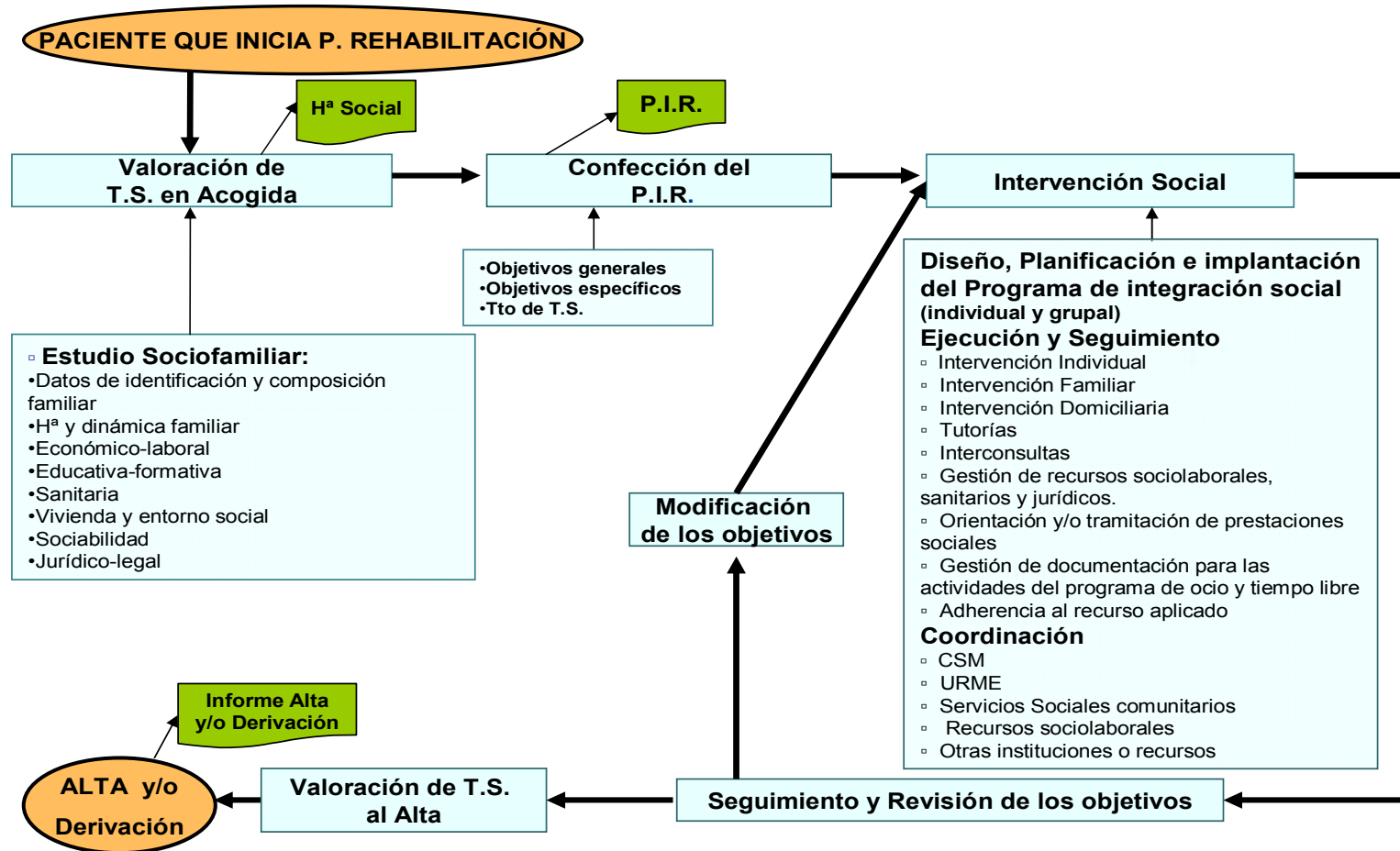
- 1.- % pacientes que participan en programa grupal psicología.
- 2.- % de pacientes que son alta voluntaria de un programa de intervención psicológica asignado en el P.I.R
- 3.-% de pacientes que son alta por consecución de objetivos de un programa de intervención psicológica asignado en el P.I.R.
- 4.- N° de familias que reciben programa de Intervención Familiar (multifamiliar o unifamiliar).
- 5.- % de pacientes que reciben programa de Intervenciones Domiciliarias.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Hª Rehabilitación. Escalas de Valoración. Test. Programa R.A.C.P.

RECURSOS:

- Humanos: Psicólogo Clínico.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina. Test y escalas de valoración. Hojas de registro de las distintas intervenciones.

INTERVENCIÓN T. SOCIAL



INTERVENCIÓN TRABAJO SOCIAL

PROPIETARIO: Trabajadora Social

MISIÓN: Valorar y atender la problemática sociofamiliar del paciente aplicando el proceso metodológico de trabajo social. Intervenir en los programas específicos del área social. Mantener la coordinación con los recursos sociosanitarios. Todo ello con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

ALCANCE:

- Inicio: Valoración sociofamiliar (paciente, familia, entorno)
- Incluye: Participar en la elaboración del PIR, intervención y seguimiento de programas específicos, así como la coordinación con otros recursos sociosanitarios.
- Final: Alta por criterio profesional o alta voluntaria.

ENTRADAS: Pacientes del área de referencia que son derivados del CSM o de la URME.

PROVEEDORES: Facultativos del CSM del área de salud de referencia, que realizan la propuesta de derivación a la Unidad/Centro de Rehabilitación y facultativos de la URME que proponen la derivación de pacientes del área de referencia, previa asignación de psiquiatra en el CSM, o que solicitan intervención específica.

SALIDAS: Altas por consecución de objetivos, derivación a otros programas/recursos o voluntaria. Abandono del paciente tras derivación a la U.R

CLIENTES: Pacientes con Trastorno mental severo y sus familias.

INDICADORES:

- 1.- % pacientes que reciben intervención del trabajador social (individual y grupal).
- 2.- % % de intervenciones familiares
- 3.- % de intervenciones domiciliarias

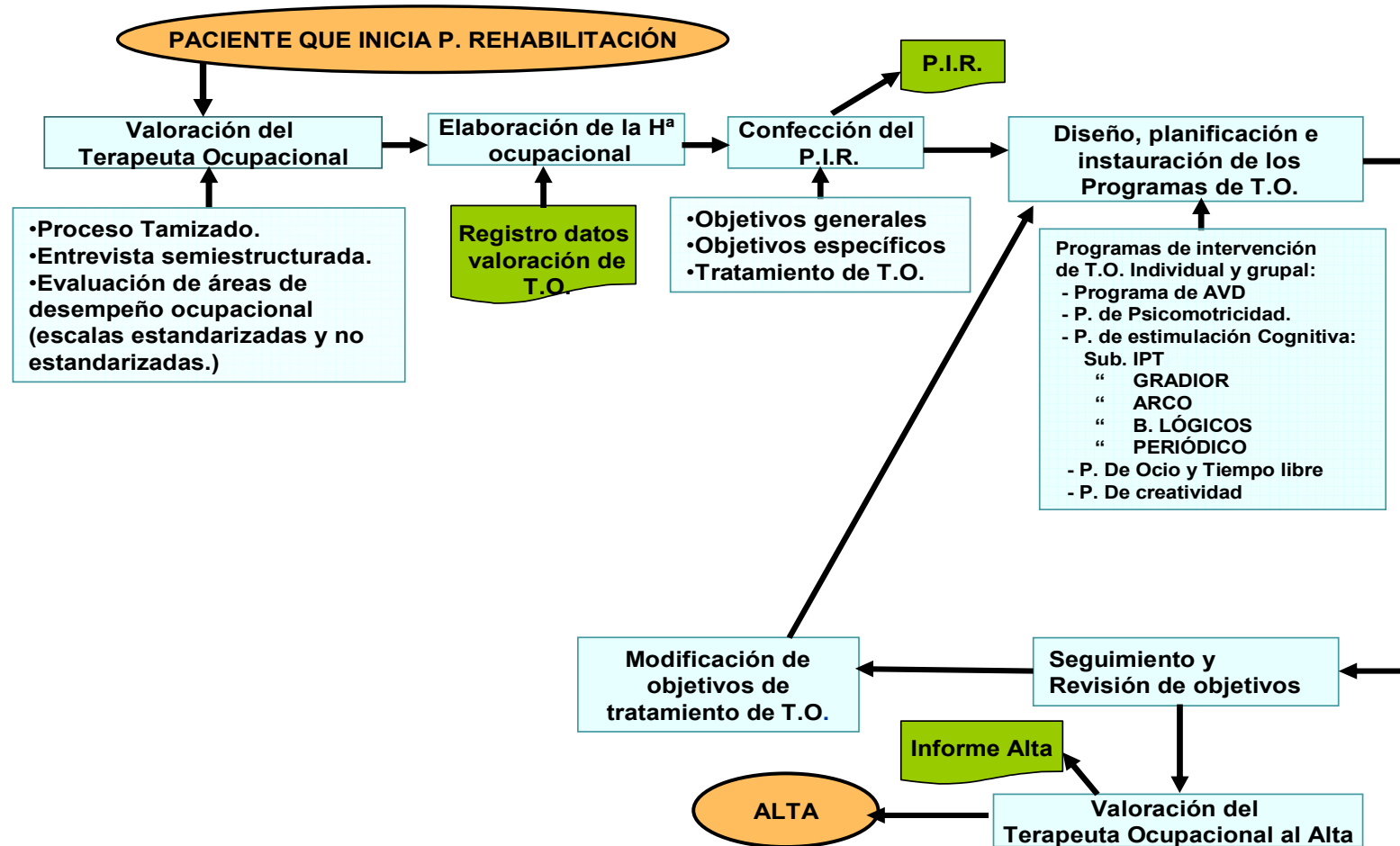
DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Hª Clínica e Hª De URA. Informe social. Registro de intervenciones y seguimiento.

Programa R.A.C.P. Protocolos de derivación de cada recurso/programa

RECURSOS:

- Humanos: Trabajador Social
- Materiales: Programa informático y demás material oficina

INTERVENCIÓN T. OCUPACIONAL



INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

PROPIETARIO: Terapeuta Ocupacional.

MISIÓN: Valoración del déficit y capacidades funcionales del usuario; plantear los objetivos del tratamiento para la elaboración del PIR; desarrollar las intervenciones rehabilitadoras individuales y grupales oportunas y tutorización de casos, todo ello encaminado a conseguir la máxima independencia posible del paciente.

ALCANCE:

- Inicio: Valoración funcional del paciente.
- Incluye: Elaboración PIR, intervención en programas de rehabilitación y evaluación de los mismos, así como la coordinación con recursos comunitarios.
- Final: Paciente que ha conseguido los objetivos marcados y dado de alta. Alta voluntaria.

ENTRADAS: Pacientes del CSM del área de referencia que son derivados al Centro/Unidad de Rehabilitación

PROVEEDORES: Facultativos del CSM del área de salud de referencia, que realizan la propuesta de derivación a la Unidad/Centro de Rehabilitación.

SALIDAS: Pacientes dados de alta por conseguir los objetivos o derivados otros programas o recursos. Pacientes que antes de terminar su tratamiento ocupacional abandonan la U.R.

CLIENTES: Pacientes con Trastorno mental severo y sus familias.

INDICADORES:

- 1.- % de pacientes que participa en cada programa grupal de terapia ocupacional.
- 2.- % de pacientes que participa en cada programa individual de terapia ocupacional.
- 3.- % de pacientes que reciben visitas domiciliarias de los terapeutas ocupacionales.
- 4.- % de pacientes que abandonan el tratamiento ocupacional.
- 5.- % de pacientes que finalizan el tratamiento ocupacional.

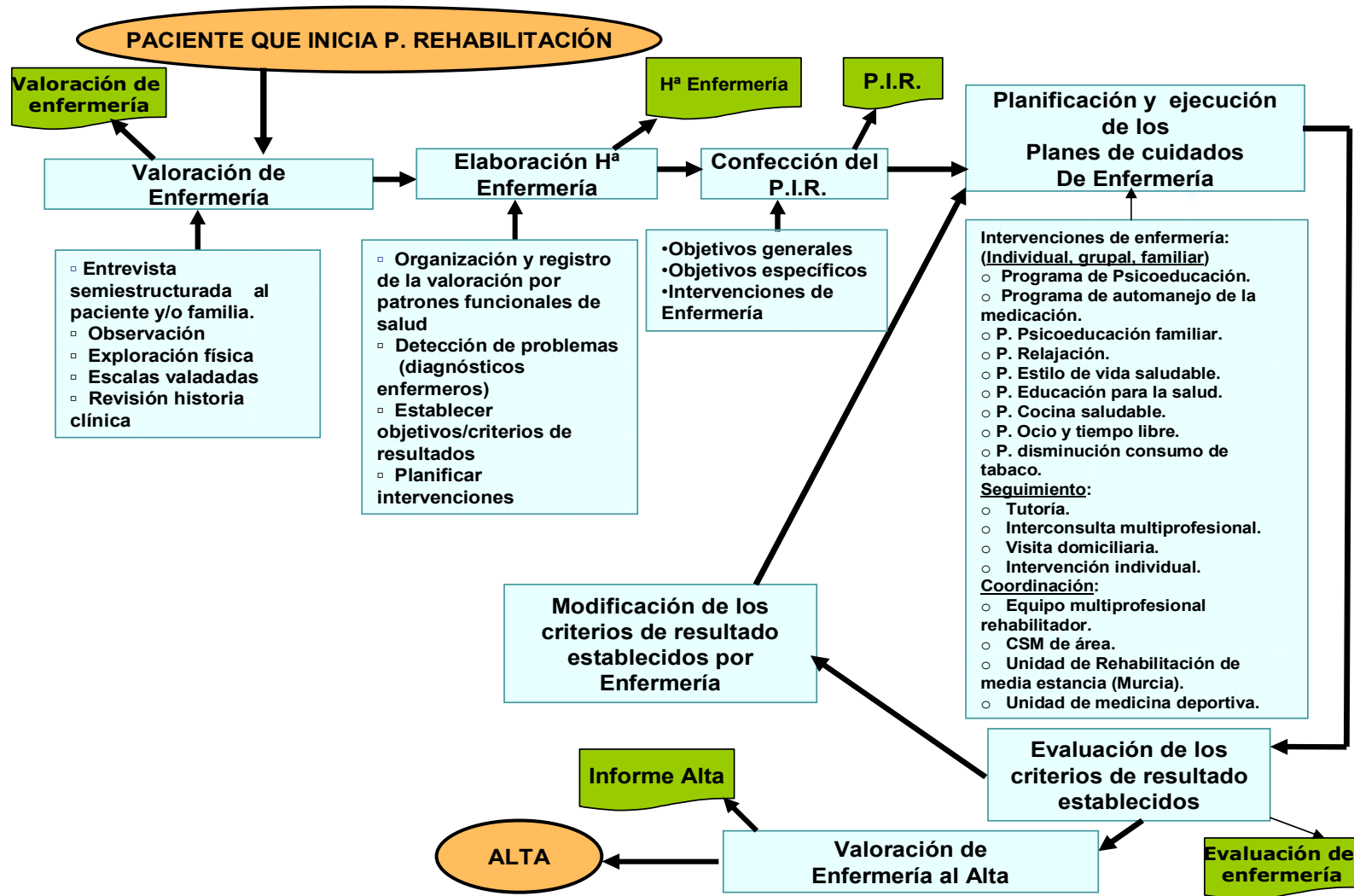
DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Valoraciones funcionales y ocupacionales. H^a Ocupacional.

Programa R.A.C.P. Protocolos de derivación de cada recurso/programa.

RECURSOS:

- Humanos: Terapeuta Ocupacional.
- Materiales: Programa informático y demás material oficina, Test y valoraciones, Hojas de registro de las intervenciones, material fungible y no fungible.

INTERVENCIÓN ENFERMERÍA



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

PROPIETARIO: Enfermera especialista salud mental

MISIÓN: Administración de cuidados dirigidos al paciente familia y/ comunidad, a través de la valoración y detección de sus necesidades biopsicosociales, emitiendo un diagnóstico enfermero. Colaboración en la elaboración del P.I.R. Planificación y puesta en marcha de las intervenciones propias y necesarias para conseguir el mayor grado de independencia e integración social del paciente y su familia.

ALCANCE:

- Inicio: Momento en el que recibimos en la unidad de rehabilitación la propuesta de derivación del paciente, procedente del CSM de referencia.
- Incluye: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidados individualizados.
- Final: Paciente dado de alta por enfermería, tras consecución de objetivos marcados en plan de cuidados. Alta voluntaria (abandono o desistimiento).

ENTRADAS: Pacientes derivados a unidad de rehabilitación procedentes del CSM del área III o de la URME.

PROVEEDORES: Facultativos del CSM del área de salud de referencia, que realizan la propuesta de derivación a la Unidad de Rehabilitación. Facultativos de la URME que solicitan intervención específica.

SALIDAS: Pacientes dados de alta por consecución de objetivos y/o derivados a otros programas o recursos. Pacientes que son alta voluntaria en cualquier momento tras su derivación a UR.

CLIENTES: Pacientes con Trastorno mental severo y sus familias.

INDICADORES:

- 1.- % Pacientes que reciben atención de enfermería (individual y grupal).
- 2.- % Pacientes dados de alta por consecución de objetivos en plan de cuidados de enfermería.
- 3.- % Pacientes que son alta voluntaria en plan de cuidados de enfermería.
- 4.- % Familias que reciben programa de intervención familiar dentro de su plan de cuidados de enfermería.
- 5.- % Pacientes que reciben programa de intervención domiciliaria dentro de su plan de cuidados de enfermería.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Hª rehabilitación, Hª de enfermería (valoración de enfermería por patrones funcionales de salud y registro del plan de cuidados), P.I.R, escalas validadas, evaluación de enfermería. Informe de alta de enfermería.

RECURSOS:

- Espacio: consulta de enfermería, salas de grupo.
- Humanos: Enfermera especialista salud mental.
- Materiales: ordenador, material administrativo, material para asistencia sanitaria, material bibliográfico, cursos de formación.