

**II JORNADA de SALUT MENTAL
PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS:
Repte Organitzatiu i Tècnic**

TAULA 2: Els professionals de l'atenció a les persones



**Prioritats assistencials percebudes
VS
prioritats planificades**

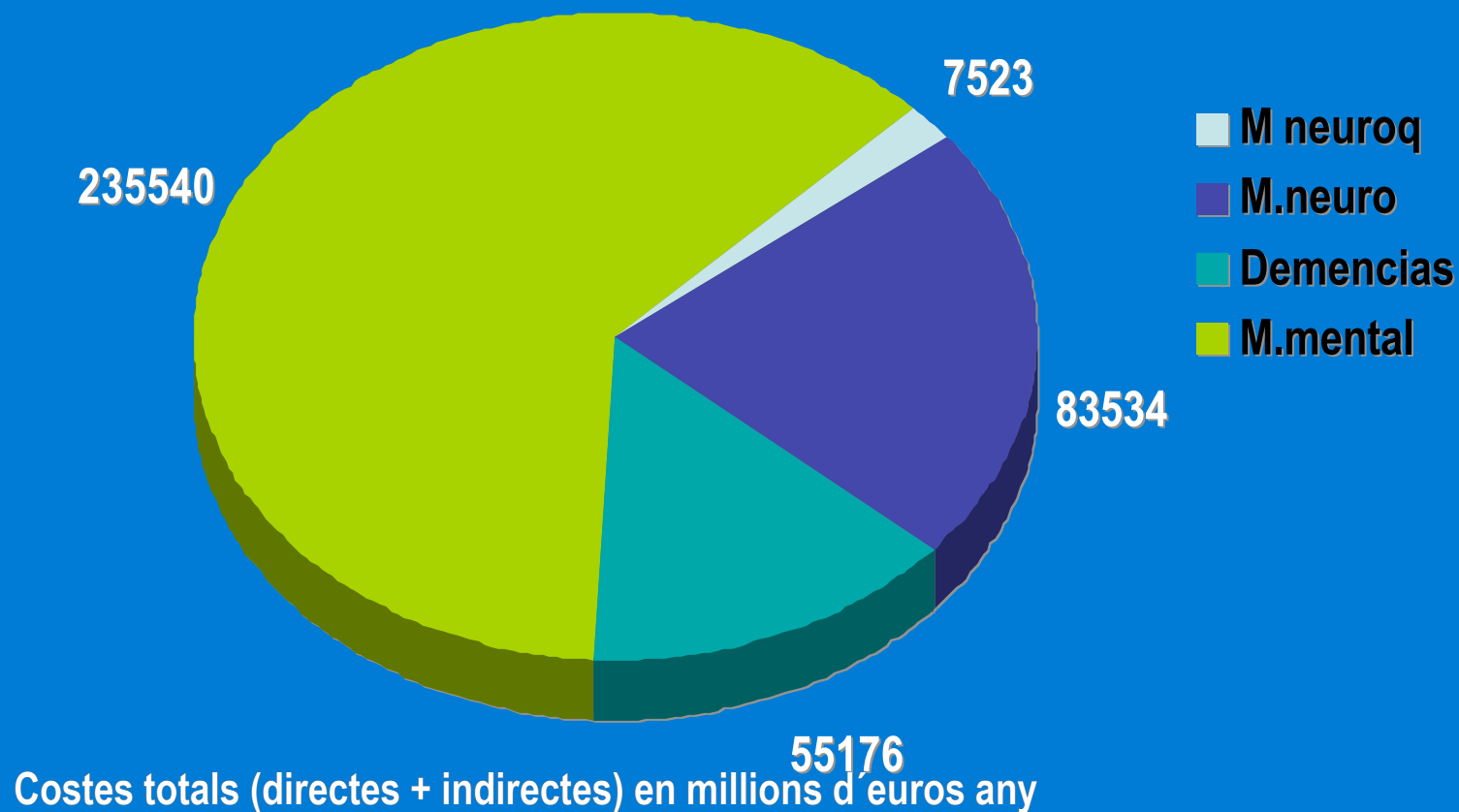
Emilio Rojo

*Coordinador de l'Àrea de Psiquiatria i Salut Mental de Granollers
Benito Menni CASM
Germanes Hospitalàries del SCJ*

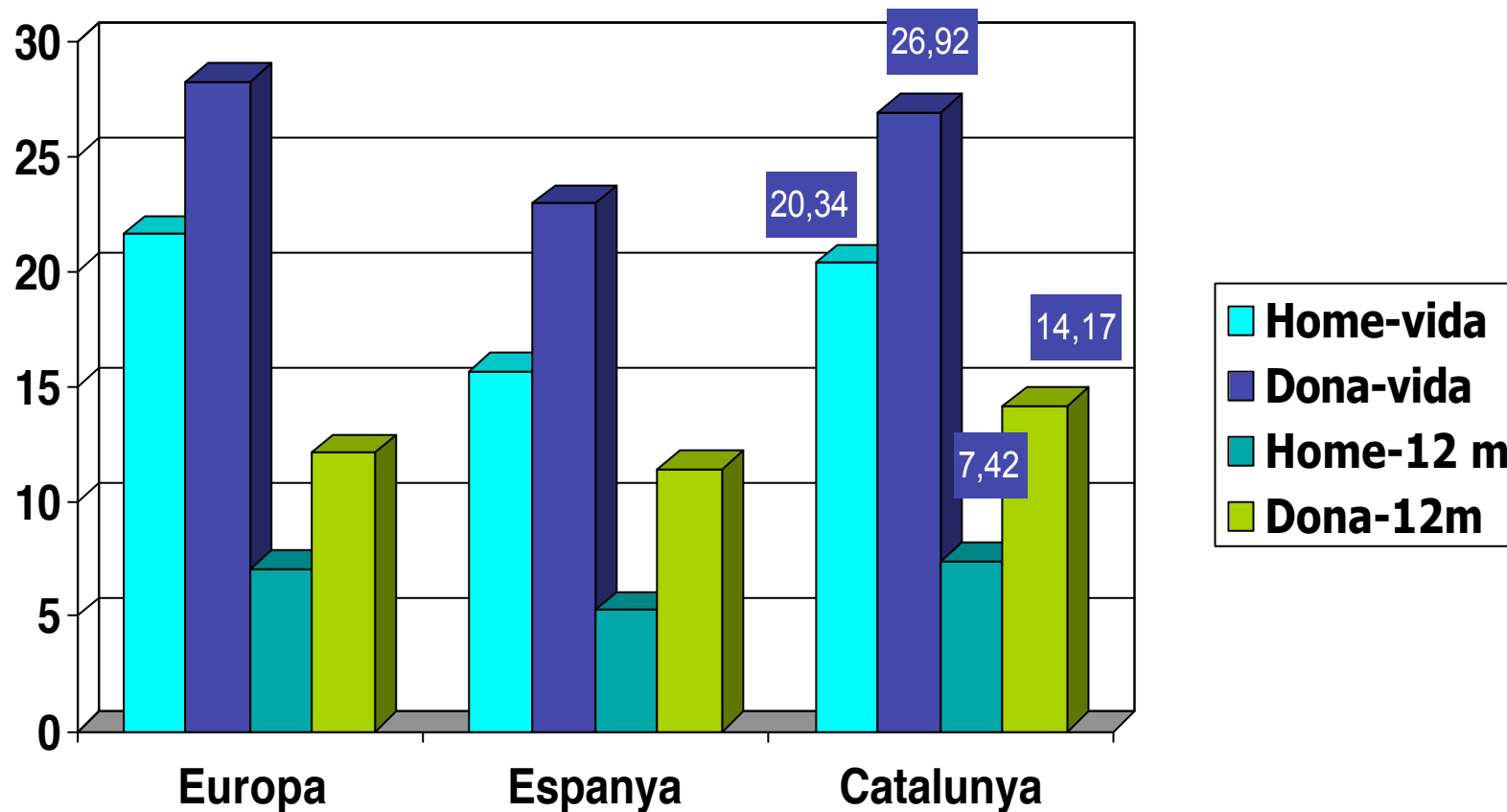
Dijous, 8 de novembre de 2007



Malalties del cervell en Europa



Prevalença vida i prevalença 12 mesos de qualsevol trastorn mental a Europa, Espanya i Catalunya (ESEMeD, 2002)



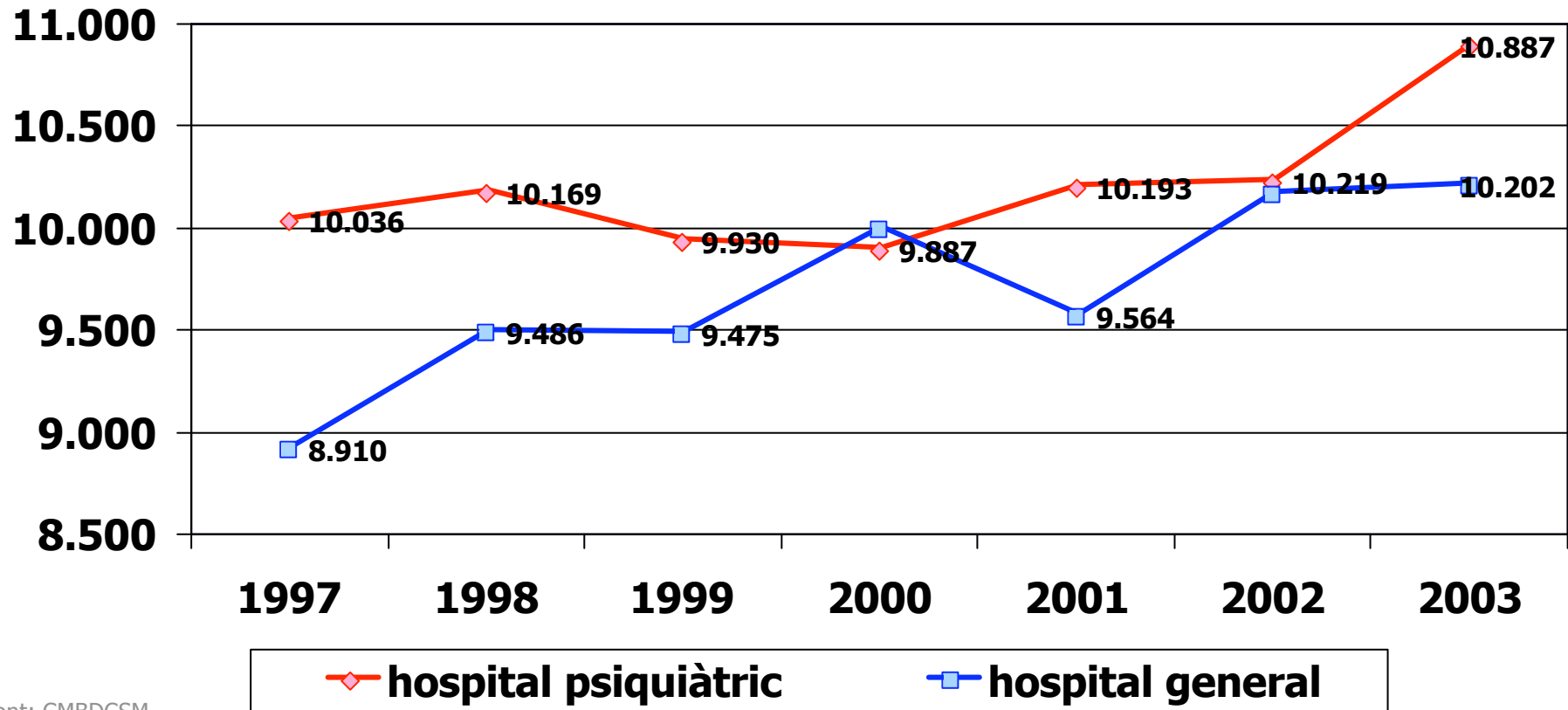
Recursos de salut mental i drogodependències a Catalunya 2005

(nombre i ràtios per població ajustada)

NIVELL ASSISTENCIAL	Infantil i juvenil (< 18 anys) 1.184.831 habitants (RCA 2004)		Adults (>18 anys) 5.771.323 habitants (RCA 2004)	
	N	Ratio	N	Ratio
Centres de salut mental (ràtio per 100.000 habitants població ajustada)	44 centres	3,71	69 centres	1,20
Hospitals de Dia (places per 10.000 habitants població ajustada)	256 places	2,16	422 places	0,73
Serveis de Rehabilitació Comunitària (places per 10.000 habitants població ajustada)			1.606 places	2,78
Hospitalització psiquiàtrica d'aguts / inclou URPI i UCA (llits per 10.000 habitants població ajustada)	89 llits	0,75	782 llits	1,35
Hospitalització psiquiàtrica de subaguts / inclou UCA, subaguts i Internament a la Comunitat (llits per 10.000 habitants població ajustada)	20 llits	0,17	512 llits	0,89
Hospitalització de Llarga estada psiquiàtrica (llits per 10.000 habitants població ajustada)			2.897 llits	5,02
Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) (ràtio per 100.000 habitants)			60 centres	0,95
Unitats Hospitalàries de Desintoxicació (UHD) (places per 100.000 habitants)			64 llits	1,01
Comunitats Terapèutiques (CT) (places per 100.000 habitants)			337 places	5,31

Evolució altes psiquiàtriques

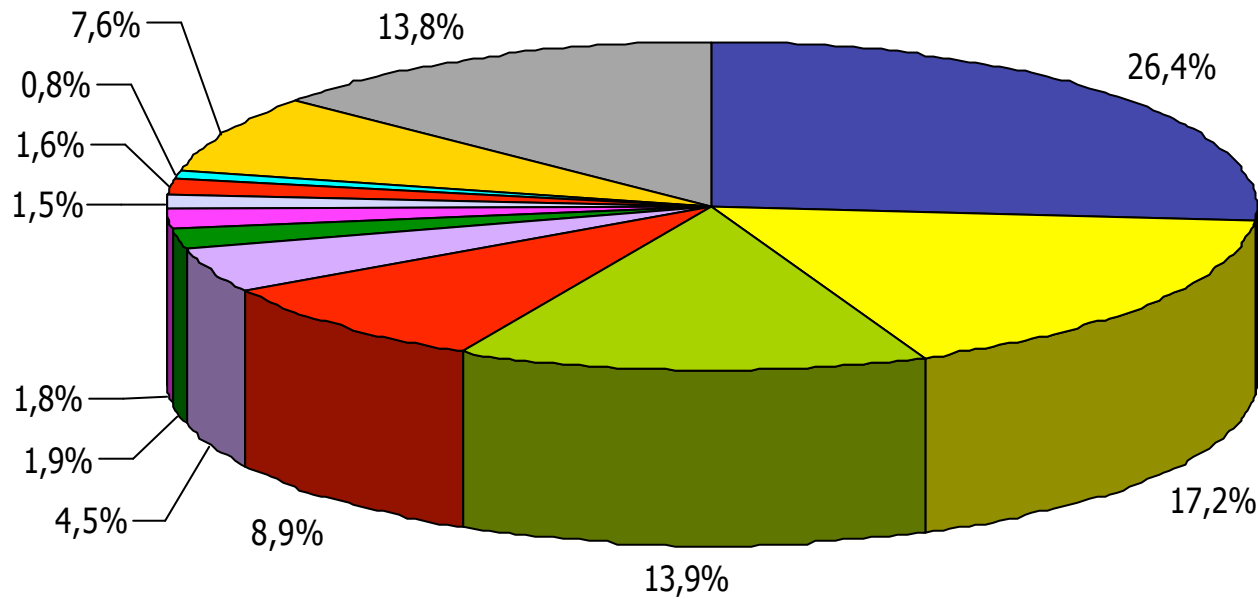
- aguts i subaguts -



Font: CMBDCSM

Diagnòstics més prevalents als CSMA.

Any 2003 (n = 144.744)



Trastorn neuròtic

Trastorns esquizofrènics

Altres psicosis no orgàniques

Trastorn de conducta

Reacció d'adaptació

Trastorns de la personalitat

Estats paranoïdes

Altres

Psicosis afectives

Trastorn depressiu

Síntomes i síndromes especials

desconegut o erroni



Missió

La Missió del Pla Director de salut mental i addiccions és decidir, planificar, executar i avaluar les accions més efectives i els recursos més apropiats per a la millora de la salut mental de la població, d'acord a un model de base comunitària i intersectorial en el que participin els diversos agents, que integri la promoció social dels factors de salut i la prevenció dels trastorns, i que inclogui el tractament, la rehabilitació, i la inserció òptims de les persones i grups de població que pateixen trastorns mentals i addiccions, i el suport a les seves famílies.

Valors

l'Equitat territorial en l'accés i en els serveis, l'Atenció integral i coordinada, que impliqui el treball en equip multidisciplinar, la Humanització i la qualitat de l'acció sanitària, realitzada per professionals competents, tot prenent el ciutadà com a centre de l'atenció,
la Gestió eficient dels recursos de tal manera que es garanteixi l'eficiència i la sostenibilitat del sistema així com la seva avaluació, l'Ètica professional i de les organitzacions sanitàries, la Recerca i la Innovació constants, la Dignificació de l'atenció a la salut mental i les drogodependències i el Compromís amb la societat.

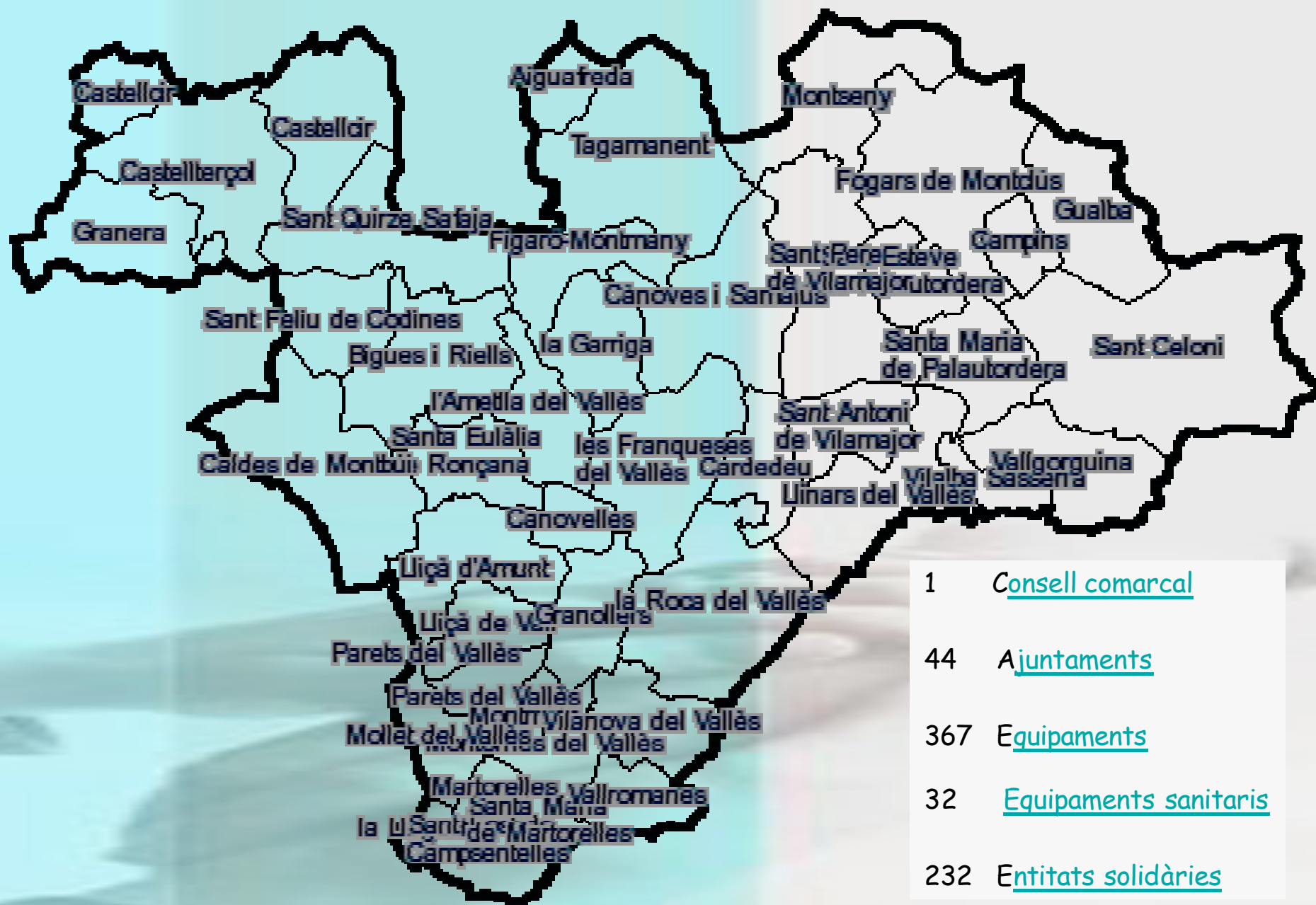
BENITO MENNI CASM



MISIÓN:

Prevención, cura y rehabilitación de los enfermos mentales, disminuidos físicos y psíquicos, psicogeríatricos y otras enfermedades según necesidad, siendo la persona que sufre el centro de nuestra misión, y a la que se subordinan todos los recursos para atenderle de manera integral generando valor hospitalario en el Vallés Oriental





Àrea Població	Baix Vallès	Granollers	Baix Montseny	Total
2005	95.734	224.304	44.256	364.294
2010	105.970	254.431	51.354	411.755
2015	112.326	276.875	56.926	446.127

Creixement amb immigrants (principalment magrebis amb fills nascuts aquí, equatorians i d'Europa de l'Est) i parelles joves. Tots usuaris de sanitat pública, gran nombre de naixements i piràmide de població amb extrems: gent vella i molt jove.

Taula 2. Serveis de base territorial amb referència de proximitat. Etapa adulta³²

Serveis	Criteris	Elements qualitius d'adaptació en el territori
Atenció Primària de Salut (APS)	Equip multidisciplinari de suport a l'Atenció Primària de Salut, compost per psiquiatre, psicòleg i infermera ³³	<ul style="list-style-type: none"> • Territoris "especials" de disgregació i/o dispersió rural
Centres de salut mental	Equip multidisciplinari, compost per psiquiatre, psicòleg, infermeria, treballador social i administratiu ³⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Dispersió geogràfica i ruralitat. Distància i sistemes de comunicació (xarxes de carreteres, etc.) • Taxes de prevalença i incidència variables per factors sociodemogràfics.
Centre d'Atenció i Seguiment a les drogodependències (CAS)	Equip multidisciplinari, compost per psiquiatre, psicòleg, infermeria, treballador social, auxiliar clínic i administratiu ³⁵	
Pla de Serveis Individualitzats (PSI)	<input type="checkbox"/> Equip assistencial de PSI36	<ul style="list-style-type: none"> • Alternatives territorials
Hospital de Dia	<input type="checkbox"/> 1 plaça x 10.000 habitants de 18 o més anys. <input type="checkbox"/> Caldria diferenciar d'una manera clara les dues tipologies de recurs i la seva cartera de serveis: <input type="checkbox"/> a) recurs alternatiu a l'internament <input type="checkbox"/> b) recurs d'atenció ambulatoria intensiva	<ul style="list-style-type: none"> • Territoris especials: comunitats terapèutiques. • Transport sanitari accessible en territoris especials

³² En aquesta relació de serveis assistencials de base territorial, amb referència de proximitat no s'han inclòs els recursos socials específics per a drogodependents (centres de dia, comunitats terapèutiques i pisos) a l'espera del desplegament de la futura Llei de serveis socials.

³³ S'estima una dedicació mitjana orientativa d'1 psiquiatre, 1,25 psicòleg i 0,75 infermeres (120 hores setmanals de professional) per 100.000 habitants de població general. [1,2 psiquiatres, 1,5 psicòlegs i 0,9 infermeres per 100.000 habitants de 18 o més anys]

³⁴ S'estima una dedicació mitjana orientativa de 5 psiquiatres, 3,5 psicòlegs, 4 infermeres i 2 treballadors socials (580 hores setmanals de professional + 2 administratius per centre) per 100.000 habitants de població general. [5 psiquiatres, 4,2 psicòlegs, 4,8 infermeres i 2,4 treballadors socials per 100.000 habitants de 18 o més anys]

³⁵ S'estima una dedicació mitjana orientativa de 0,9 psiquiatres, 2,5 psicòlegs, 0,9 infermeres, 0,9 treballadors socials i 0,9 auxiliars clínics (244 hores setmanals de professional + 2 administratius per centre) per 100.000 habitants de població general. [1,1 psiquiatres, 3 psicòlegs, 1,1 infermeres, 1,1 treballadors socials i 1,1 auxiliars clínics per 100.000 habitants de 18 o més anys]

³⁶ S'estima una dedicació recomanada de 1,8-2 coordinadors de programes individualitzats per 100.000 habitants de població general.

Distribució entre diferents poblacions

EAP CALDES DE MONTBUI	18.937
EAP CARDEDEU	29.632
EAP GRANOLLERS 1-OEST (CANOVELLES)	19.639
EAP GRANOLLERS 2-NORD (LES FRANQUESES)	23.082
EAP GRANOLLERS 3-CENTRE	24.769
EAP GRANOLLERS 4-SUD (SANT MIQUEL)	14.807
EAP LA GARRIGA	22.781
EAP MONTORNES-MONTMELO	26.230
EAP SANT CELONI	25.449
EAP VALL DEL TENES	27.054
EAP LA ROCA	6.700
EAP LA LLAGOSTA	13.142
EAP MOLLET 1-EST (CAN PANTIQUET)	25.414
EAP MOLLET 2-OEST (PLANA LLEDÓ)	20.863
EAP PARETS DEL VALLES	14.152
EAP SANT FOST DE CAMPSENTELLES	11.810

Total

324.461

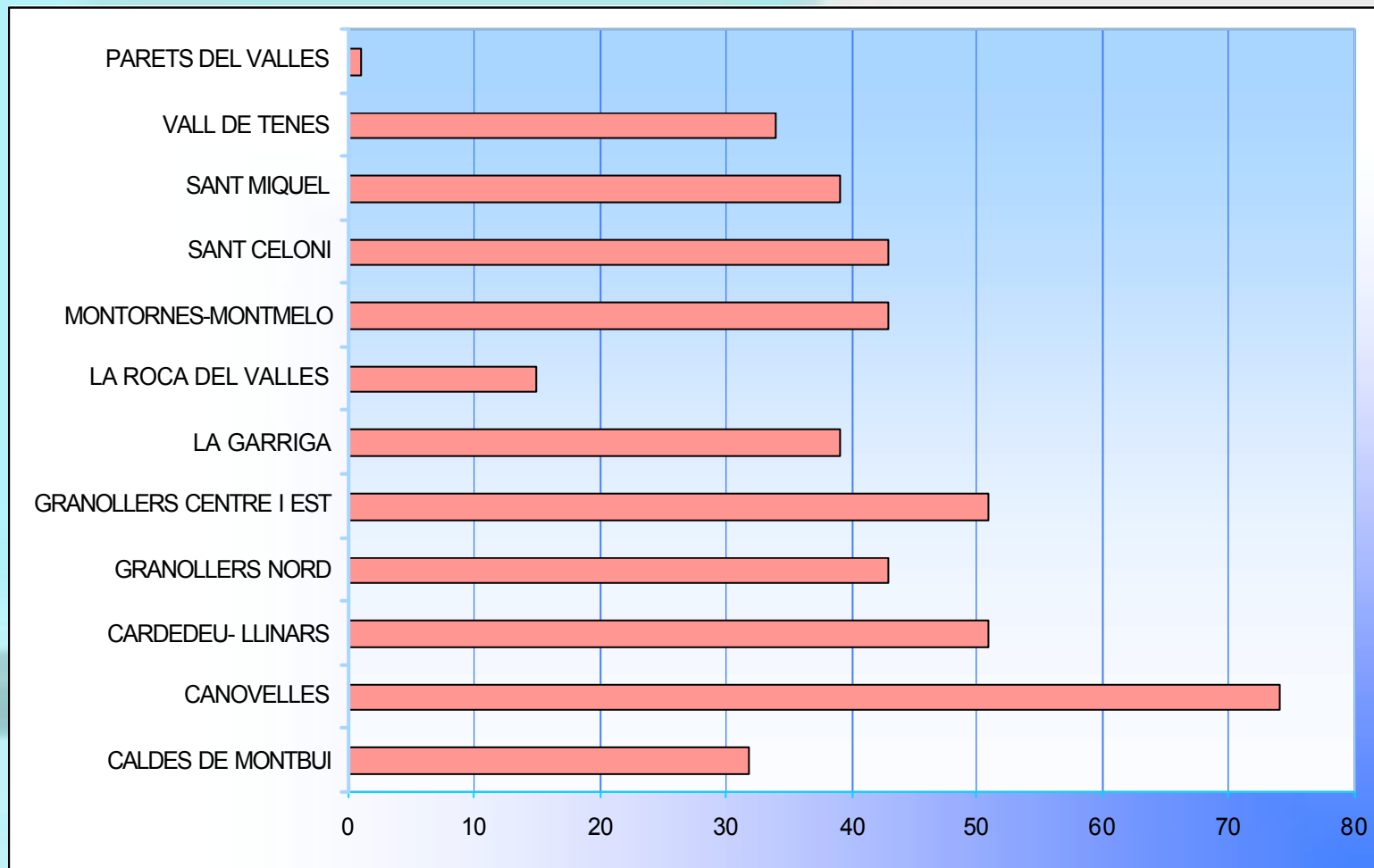
VISTES TOTALS PER SERVEI (Gener-Novembre 2006)

UP_DESC	MG	INF	EXTRA	Núm.
EAP CALDES DE MONTBUI	64.371	38.842	9.682	6.362
EAP CARDEDEU	89.776	51.896	14.947	4.439
EAP GRANOLLERS 1-OEST (CANOVELLES)	69.285	51.756	9.817	3.270
EAP GRANOLLERS 2-NORD (LES FRANQUESES)	79.257	30.670	11.221	2.759
EAP GRANOLLERS 3-CENTRE	72.354	25.942	10.678	1.934
EAP GRANOLLERS 4-SUD (SANT MIQUEL)	48.657	22.875	7.505	1.156
EAP LA GARRIGA	71.194	48.523	10.304	700
EAP MONTORNES-MONTMELO	96.119	61.874	15.732	655
EAP SANT CELONI	78.636	76.263	11.532	535
EAP VALL DEL TENES	94.108	81.436	14.449	453
				382
EAP LA LLAGOSTA	62.156	22.551	6.524	367
EAP MOLLET 1-EST (CAN PANTIQUET)	68.662	57.361	11.985	254
EAP MOLLET 2-OEST (PLANA LLEDÓ)	58.461	51.068	9.553	230
EAP PARETS DEL VALLES	46.089	20.304	7.017	183
EAP SANT FOST DE CAMPSENTELLES	45.504	21.092	5.253	150
				146

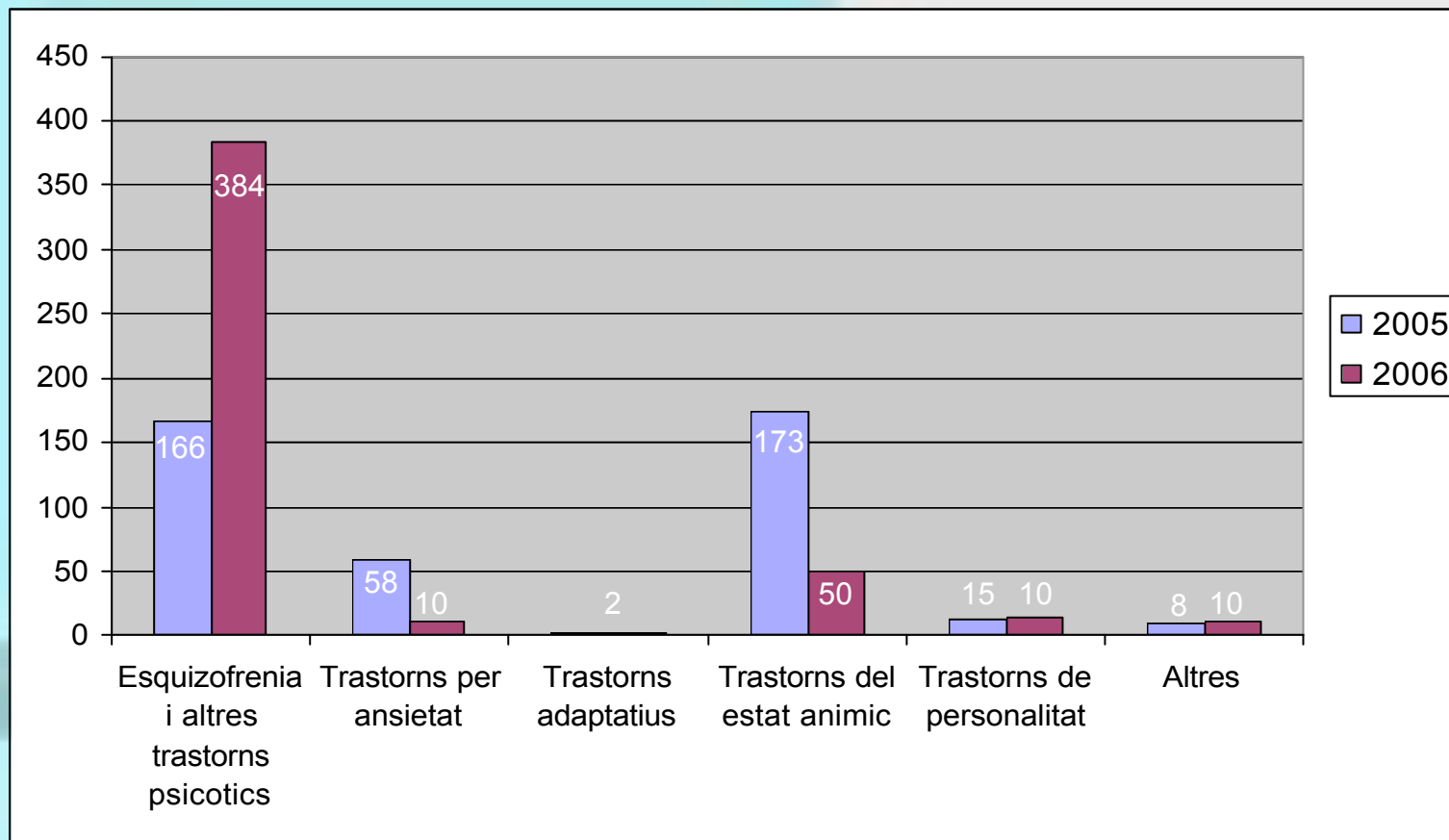
DIAGNÒSTICS ACTIUS MÉS FREQUENTS (TOT EL SAP)

CODI		Núm.
F41.2	TRASTORNS MIXTOS D'ANSIETAT I DEPRESSIÓ	6.362
F32	EPISODI DEPRESSIU	4.439
F41.9	TRASTORN D'ANSIETAT, INESPECÍFIC	3.270
F33	TRASTORN DEPRESSIU RECURRENT	2.759
F41.1	TRASTORN D'ANSIETAT GENERALITZAT	1.934
F34.1	DISTÍMIA	1.156
F43.2	TRASTORNS D'ADAPTACIÓ	700
F51.0	INSOMNI NO ORGÀNIC	655
F20	ESQUIZOFRÈNIA	535
F43	REACCIÓ A L'ESTRÈS GREU I TRASTORNS D'ADAPTACIÓ	453
F60	TRASTORNS ESPECÍFICS DE LA PERSONALITAT	382
F31	TRASTORN AFECTIU BIPOLAR	367
F40	TRASTORNS FÒBICS D'ANSIETAT	254
F41	ALTRES TRASTORNS D'ANSIETAT	230
F42	TRASTORN OBSESSIVO-COMPULSIU	183
F51	TRASTORNS NO ORGÀNICS DEL SON	150
F40.0	AGORAFÒBIA	146

DERIVACIONS PER ABS 2006



Descripció per diagnòstics



PREVALENCIA TR MENTALES	Tasa /100 hab	Pre Vallès O	Estimación visitas (anual TMS, DIS) (/100)	Estimación Visitas totales TMS (anual)	Estimación ingresos (anual, DIS) (/100)	Estimación Ingresos totales (anual)
Cualquier trastorno	19,1 (0,4)	85950	35,20	30254		
Cualquier tr mental (menos det cognitivo y drogas)	13,7 (0,4)	61650	44,00	27126		
Trastorno por sustancias psicoactivas	6,0 (0,3)	27000	24,80	6696	6	12
Esquizofrenia	0,9 (0,1)	4050	96,20	3896	40	200
Trastornos afectivos	5,8 (0,3)	26100	61,00	15921	24	44
Trastornos por ansiedad	8,9 (0,3)	40050	162,00	64881	18,00 (TAn+T Ad)	3,6
Personalidad antisocial	0,8 (0,1)	3600	34,60	12456	10 (Todos T P)	2
Deterioro cognitivo grave	1,3 (0,1)	5850	13,20	772	2	0,4
Sin trastorno		364050	9,00	40500		

PREVALENCIA TR MENTALES	Tasa /100 hab	Pre Vallès O	Estimación visitas (anual TMS, DIS) (/100)	Estimación Visitas totales TMS (anual)	Estimación ingresos (anual, DIS) (/100)	Estimación Ingresos totales (anual)
Cualquier trastorno	19,1 (0,4)	85950	35,20	30254		
Cualquier tr mental (menos det cognitivo y drogas)	13,7 (0,4)	61650	44,00	27126		
Trastorno por sustancias psicoactivas	6,0 (0,3)	27000	24,80	6696	6	12
Esquizofrenia	0,9 (0,1)	4050	96,20	3896	40	200
Trastornos afectivos	5,8 (0,3)	26100	61,00	15921	24	44
Trastornos por ansiedad	8,9 (0,3)	40050	162,00	64881	18,00 (TAn+T Ad)	3,6
Personalidad antisocial	0,8 (0,1)	3600	34,60	12456	10 (Todos T P)	2
Deterioro cognitivo grave	1,3 (0,1)	5850	13,20	772	2	0,4
Sin trastorno		364050	9,00	40500		

PREVALENCIA TR MENTALES	Tasa /100 hab	Pre Vallès O	Estimación visitas (anual TMS, DIS) (/100)	Estimación Visitas totales TMS (anual /100)	Estimación ingresos (anual, DIS) (/100)	Estimación Ingresos totales (anual)
Cualquier trastorno	19,1 (0,4)	85950	35,20	30254		
Cualquier tr mental (menos det cognitivo y drogas)	13,7 (0,4)	61650	44,00	27126		
Trastorno por sustancias psicoactivas	6,0 (0,3)	27000	24,80	6696	6	12
Esquizofrenia	0,9 (0,1)	4050	96,20	3896	40	200
Trastornos afectivos	5,8 (0,3)	26100	61,00	15921	24	44
Trastornos por ansiedad	8,9 (0,3)	40050	162,00	64881	18,00 (TAn+ T Ad)	3,6
Personalidad antisocial	0,8 (0,1)	3600	34,60	12456	10 (Todos T P)	2
Deterioro cognitivo grave	1,3 (0,1)	5850	13,20	772	2	0,4
Sin trastorno		364050	9,00	40500		

1000 evolució bona

4000 malalts

2000 evolució regular

1000 evolució dolenta

Quines necessitats? Quins objectius? Que tasques i eines?
Que professionals? Quines estructures? Que trajectories?

4000 malalts

1000 malalts, evol bona. Menys necessitats

Risc vital, malestar, incapacitat

Seguretat, milloria psicopatologica, recuperació autonomia, creixement personal

Ingres, visites, habilitats professionals, psicofarmacs,
programes e intervencions psicoeducatives, familiars, socials,
rehabilitadores, prelaborals i laborals, entrenament cuidadors, altres...

Psiquiatres, metges, infermeria, psiclegs, treballadors socials, laborterapeutas,
Educadors socials, administratives, *mossos i altres*.

Unitat d'Aguts, Subaguts, Hosp Dia, centre rehabilitador, CSMA, EAP

TASQUES ESTANDARITZADES

Que trajectoria?

Quines necessitats? Quins objectius? Que tasques i eines?
Que professionals? Quines estructures? Que trajectories?

4000 malalts

1000 malalts, evol dolenta. Moltes necessitats

Risc vital, malestar, incapacitat

Seguretat, estabilitat psicopatologica,
ajuda i adaptació en les funcions afectades, creixement personal

Ingressos, visites multiples, habilitats professionals, psicofarmacs,
rehabilitadores, programes de suport basic i autocuidado, habits de salut,
intervencions psicoeducatives, familiars, socials, entrenament cuidadors, altres...

Psiquiatres, metges, infermeria i auxiliars, psicolegs, treballadors socials,
laborterapeutas, educadors socials, administratives, voluntaris,
personal de seguretat i cura, altres.

Unitat d'Aguts, Subaguts, Mille, Hosp Dia, centre dia, centre rehabilitador,
PSI, CSMA, EAP, Residencies, Pisos

TASQUES ESTANDARITZADES

Que trajectoria?

1000 evolució bona

4000 malalts

2000 evolució regular

1000 evolució dolenta

Variabilitat de la pràctica clínica

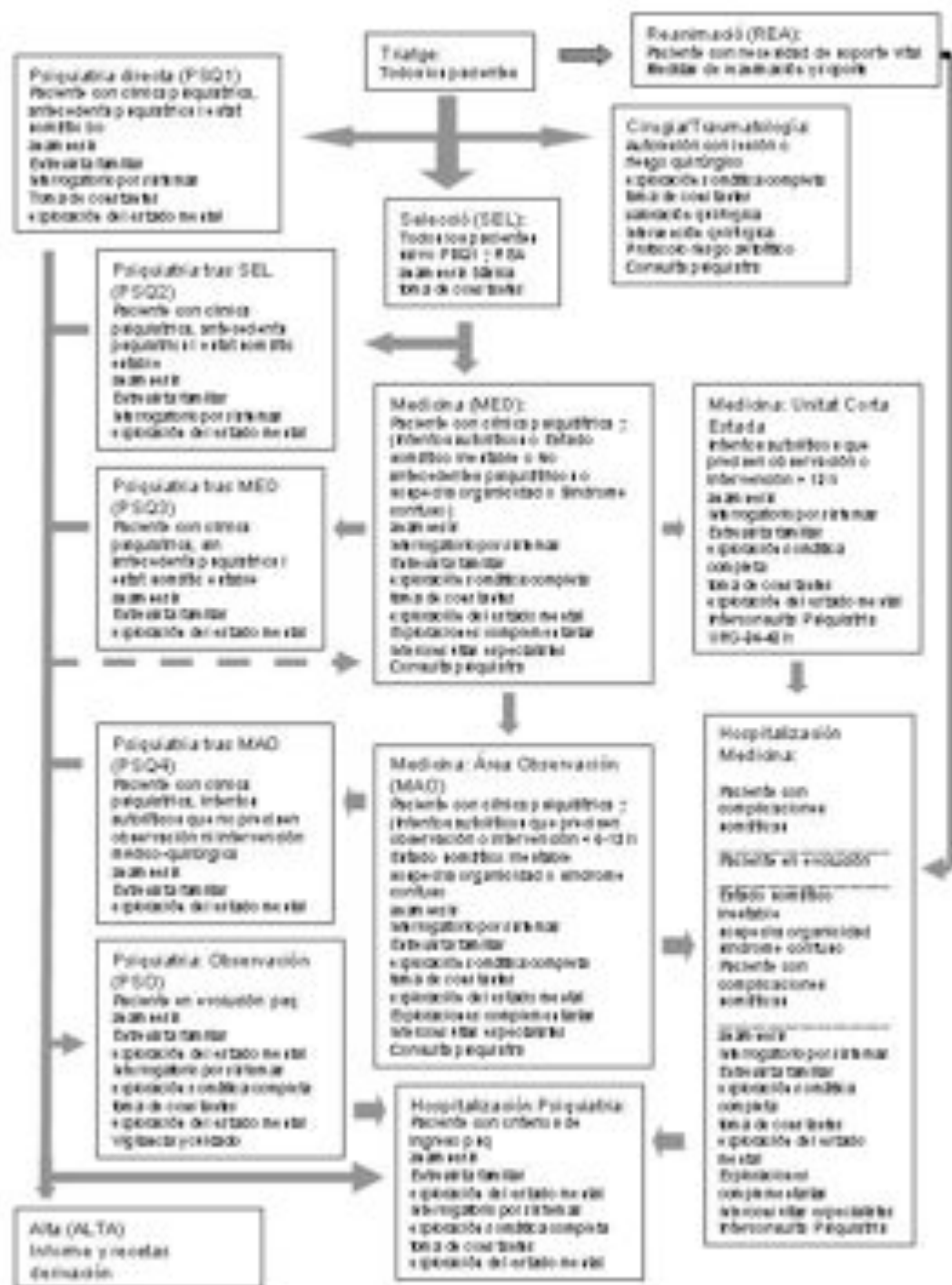
Diferències en incidència-prevalença

Diferències en estructura i finançament

Diferències en l'ús i valoració dels
procediments

Objetivo estratégico	Objetivo Operativo	Nº	Acción	Coment
Aumentar la calidad percibida	Optimizar continuidad asistencial	30	Profesional referente	Responsabilidad longitudinal
Aumentar la calidad percibida	Optimizar continuidad asistencial	117	Continuidad cuidados enfermería	Responsabilidad longitudinal
Conseguir mejor relación coste/efectividad en la prescripción de fármacos	Cumplir 100% Objetivos SCS, cobro variable	53	Establecimiento medidas correctoras	Guía psicofármacos
Conseguir mejor relación coste/efectividad en la prescripción de fármacos	Crecimiento gasto < 5% anual, ajustado por actividad	41	Desarrollar protocolos y guías	Trayectorias clínicas Guía psicofármacos
Conseguir mejor relación coste/efectividad en la prescripción de fármacos	Crecimiento gasto < 5% anual, ajust por actividad	91	Estudios coste/efectividad	
Optimizar calidad asistencial	Diversos	var	Mejora continua, ISO, plan Informático, unidosis	Contabilidad analítica Responsabilidad individual, autocontrol
Optimizar calidad asistencial	Mejorar coordinación interequipamientos	94	Reuniones periódicas bimensuales	Grupos de trabajo
Optimizar calidad asistencial	Mejorar indicadores de gestión clínica y proceso	70	Implantación guías clínicas integradas PSQ-ENF	Trayectorias clínicas
Potenciar la investigación	Implementar investigación, 1 línea, artículos	var	Plan funcional Investigación	Investigación para la asistencia y la gestión

Objetivo estratégico	Objetivo Operativo	Nº	Acción	Coment
Aumentar la calidad percibida	Optimizar continuidad asistencial	30	Profesional referente	Responsabilidad longitudinal
Aumentar la calidad percibida	Optimizar continuidad asistencial	117	Continuidad cuidados enfermería	Responsabilidad longitudinal
Conseguir mejor relación coste/efectividad en la prescripción de fármacos	Cumplir 100% Objetivos SCS, cobro variable	53	Establecimiento medidas correctoras	Guía psicofármacos
Conseguir mejor relación coste/efectividad en la prescripción de fármacos	Crecimiento gasto < 5% anual, ajustado por actividad	41	Desarrollar protocolos y guías	Trayectorias clínicas Guía psicofármacos
Conseguir mejor relación coste/efectividad en la prescripción de fármacos	Crecimiento gasto < 5% anual, ajust por actividad	91	Estudios coste/efectividad	
Optimizar calidad asistencial	Diversos	var	Mejora continua, ISO, plan Informático, unidosis	Contabilidad analítica Responsabilidad individual, autocontrol
Optimizar calidad asistencial	Mejorar coordinación interequipamientos	94	Reuniones periódicas bimensuales	Grupos de trabajo
Optimizar calidad asistencial	Mejorar indicadores de gestión clínica y proceso	70	Implantación guías clínicas integradas PSQ-ENF	Trayectorias clínicas
Potenciar la investigación	Implementar investigación, 1 línea, artículos	var	Plan funcional Investigación	Investigación para la asistencia y la gestión



Tasques Basiques 1

MOTIVO DE INGRESO:

CAMBIOS DE TRATAMIENTO EN AMBIENTE CONTROLADO
INICIO DESCOMPENSACIÓN PSICÓTICA
NECESIDAD DE OBSERVACIÓN

Condiciones:

Paciente autónomo en autocuidados, sin comorbilidad somática inestable
Con vivienda habitual conocida y soporte social y familiar básico favorable

DIA 1-2: INGRESO UNIDAD AGUDOS:

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN EM Y O.SINDROMICA
SOLICITUD PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
PAUTA TRATAMIENTO
NECESIDADES Y CUIDADOS DE ENFERMERIA
ENTREVISTA FAMILIAR
VALORACIÓN SOCIAL
PLAN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

DIA 2-4: HOSPITALIZACIÓN UNIDAD AGUDOS:

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN EM
LECTURA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
PAUTA TRATAMIENTO
NECESIDADES Y CUIDADOS DE ENFERMERIA
PLAN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

DIA 3-5: ALTA UNIDAD AGUDOS:

REDACCIÓN INFORMES ALTA
HOJA DERIVACIÓN HOSPITAL DE DIA

DIA 6: INGRESO HOSPITAL DE DIA:

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN EM, O.SINDROMICA
PAUTA TRATAMIENTO
NECESIDADES Y CUIDADOS DE ENFERMERIA
PLAN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
ENTREVISTA FAMILIAR

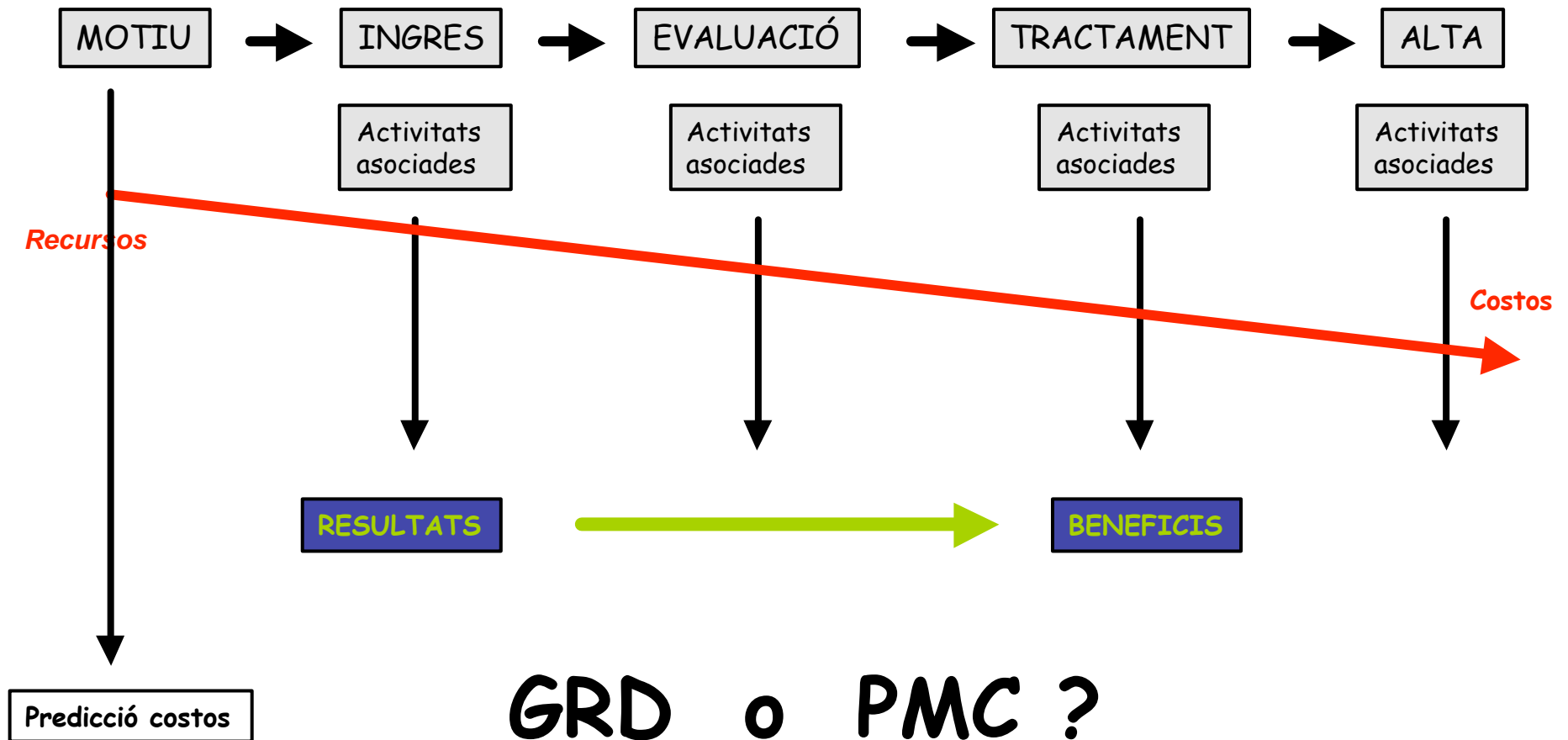
DIA 2-5: HOSPITALIZACIÓN:

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN EM
PAUTA TRATAMIENTO
NECESIDADES Y CUIDADOS DE ENFERMERIA
PLAN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
VALORACION SOCIAL

DIA 6: ALTA HOSPITAL DE DIA:

REDACCIÓN INFORMES ALTA
HOJA DERIVACIÓN CSMA

BENITO MENNI GRANOLLERS



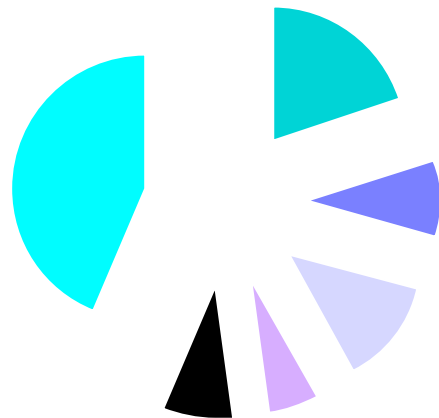
GRD o PMC ?

Dispositius
Diagnòstics
Protocols

Activitats
Problemes
Trajectories clíniques



ESTUDIO PRELIMINAR



- Estudio prevalencia enero-junio 2004
- Diagnósticos médicos psiquiatría
- N=412

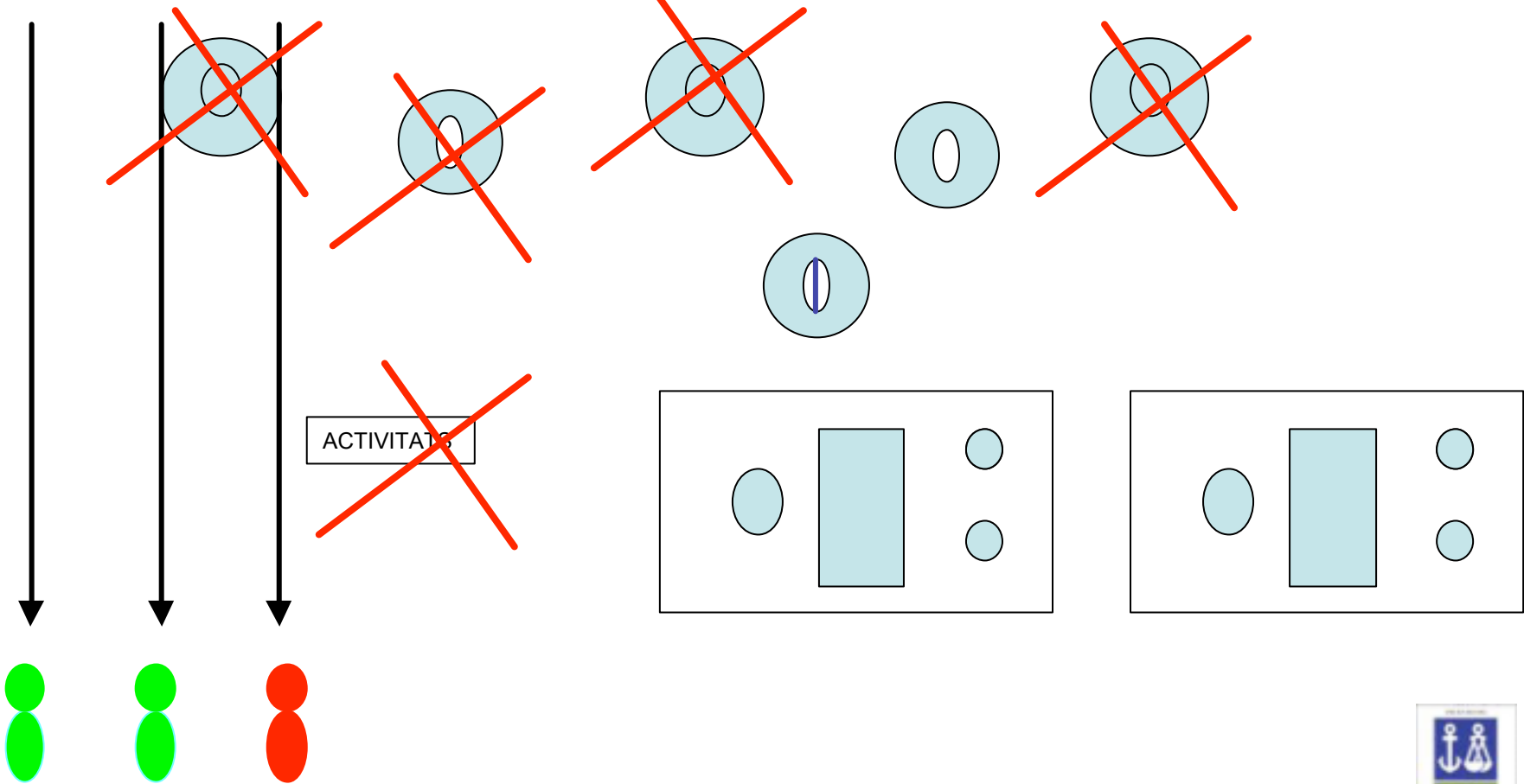
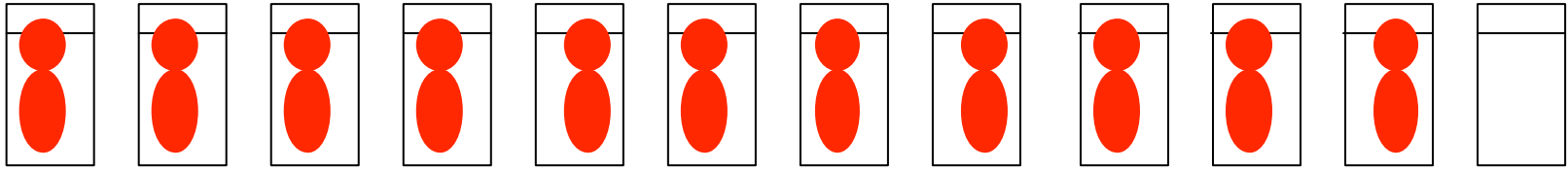
PLAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO ESQUIZOFRENIA

A.V. ENTORNO SEGURO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN
DIAGNÓSTICO NANDA	CÓDIGO NOC	CÓDIGO NIC
TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO 00130	CONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO 1403	DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD 5820 MANEJO DE LAS ALUCINACIONES 6510 MANEJO DEL DELIRIO 6440 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD 6486 RESTRICCIÓN DE ZONAS DE MOVIMIENTO 6420
	ORIENTACIÓN COGNITIVA 0901	ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD 4820 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS 4510
MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD 00099	CONDUCTA DE BÚSQUEDA DE LA SALUD 1603	APOYO EN TOMA DE DECISIONES 5250 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD 4480 EDUCACIÓN SANITARIA 5510 POTENCIACIÓN DE LA CONCIENCIA DE SÍ MISMO 5390 PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS 4500
MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO PERSONAL 00078	CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO 1601	ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES 4410 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA 4360 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO 5230
	CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO 1813	MANEJO DE LA MEDICACIÓN 2380 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS 5616 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD 5602

PATOLOGÍAS PREVALENTES

DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA	Nº ESQZ	% ESQZ	Nº ADAP	% ADAP	Nº DUAL	% DUAL	Nº DEPRE	% DEPRE	Nº MANIA	% MANÍA	% TOTAL POBL	POBL EXCEP ESQZ %
Trastorno procesos pensamiento	50	60%	1	2.80%	2	5.10%	12	48%	14	63.60%	38.50%	23.50%
Mantenimiento inefectivo de la salud	33	39.70%	2	5.50%	0	0%	0	0%	0	0%	17%	1.60%
Mantenimiento inefectivo del régimen terapéutico	18	21.70%	0	0	1	2.60%	3	12%	0	0%	10.70%	2.40%
Deterioro de la comunicación	43	51.80%	8	22.20 %	1	2.60%	7	28%	4	18.2%	30.70%	16.20%
Déficit de autocuidado baño-higiene	30	36.1%	3	8.30%	4	10.20 %	3	12%	2	9%	20.40%	9.70%
Deterioro patrón del sueño	65	78.30%	12	33.30 %	16	41%	9	3%	18	81.80%	58.50%	44.70%
Deterioro interacción social	15	18%	4	11.10 %	0	0%	5	20%	2	9%	12.60%	8.90%

MALALTIES, PROBLEMES O MALALTS?



ALVAREZ JF et al. Nuevos sistemas de gestión de costes en el ámbito sanitario. Revista de administración sanitaria, 1999, 3: (11):135-145.

ASENJO, M.A. Las Claves de la Gestión Hospitalaria, Barcelona, Ediciones Gestion 2000 S.A., 1999.

AVERILL R.F et al. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (grds). Sigesa, 1995.

BEN-TOVIM, D. Et al. A case-mix for mental health services: The development of the mental health and substance abuse components of the Australian national diagnosis-related groups. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 30, 4, 450-456, 1996.

BAKER JJ & BOYD GF. Activity Based Costing in the Operating Room at Valley View Hospital. J Health care Financ, 1997, 24:1-9.

BISBE J . La contabilidad analítica como instrumento para la toma de decisiones desde la perspectiva del gestor clínico. En Lola Ruiz: Claves para la gestión clínica. Ed mcgraw-hill. Madrid 2004.

CASAS, M. GRD. Una guía práctica para médicos. Cuadernos de Gestión clínica, lasist S.A., 1995. CALORE KA & Iezzoni I. Disease Staging and pmcs. Can they improve drgs?. Med Care 1987; 25:724-737.

FREIMAN MP et al. An Analysis of DRG-based Reimbursement for Psychiatric Admissions to General Hospitals. Am J Psychiatry 1987, 144:5.

JENKS et al. Evaluating and improving the measurement of hospital Case Mix. Health Care Fin Rev, 1984, An sup:1-11 KOVESS, V. & SOYRIS, D. The introduction of medical data into hospitals data base and the prospective payment in Psychiatry: Feasibility and consequences. L'encephale, 20, 1, 37-45, 1994.

MEISE, U., HINTERHUBER, H. Inpatient Coverage Based on Diagnosis-related Groups (LKF) Financial Losses for Psychiatry? Neuropsychiatrie, 12, 4, 177-186, 1998.

Para que un SCP sea una buena medida y herramienta debe asociarse al patrón de recursos hospitalarios consumidos.

Los sistemas existentes han sido desarrollados con criterios y objetivos distintos, basándose en síntomas, diagnósticos o enfermedades, con una distinta intensidad, complejidad o pronóstico y asociados a recursos, resultados o a la obtención de valor (Casas, 1995).

De esta forma se desarrolló la lista A de la CPHA (Comisión on Professional and Hospital Activities) con 7960 categorías finales, el DS (Disease Staging) que aplicando estadios de gravedad y pronóstico a cada diagnóstico dio lugar a la CDS (Coded Disease Staging). Otros sistemas son el PMC (Patient Management Categories) o el AS_SCORE (Age System State Complications Response). Los anteriores eran de difícil aplicación en algunas unidades específicas, lo que dio lugar al sistema APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) válido prácticamente sólo para Unidades de vigilancia intensiva y Urgencias. Para considerar el valor predictivo del consumo de recursos se diseñó el PSI (Patient Severity Index) y su versión automatizada (Computarizad Severity Index (CSI).

Los GRD (Grupos Relacionados con el Diagnóstico), Los GRD Se basaron en las categorías diagnósticas mayores (CMD) de la CIE-9-MC, dando lugar alrededor de 400 grupos dependiendo de la versión y ha demostrado una gran utilidad en los procesos quirúrgicos programados, de los que unos 20 grupos hacen referencia a ingresos en unidades de psiquiatría de corta estancia.

Los GRD presentan grandes problemas de uso en psiquiatría (Freiman et al 1987, Taube et al 1984, Ben-Tovin et al 1996, Meise & Hinterhuber 1998, Bisbe 2004).

La falta de pruebas objetivas concluyentes a nivel de diagnóstico etiológico se agrava





Moltes Gràcies!!!