

Plan Galego de Hospitalización a Domicilio

Estratexia HADO 2019-2023



Plan Galego de Hospitalización a Domicilio

Estratexia HADO 2019-2023

Plan galego de hospitalización a domicilio. Estratexia HADO 2019-2023
Depósito legal: C 853-2019

Edita: Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Servizo Galego de Saúde
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria
Subdirección Xeral de Avaliación Asistencial e Garantías

Lugar: Santiago de Compostela
Deseño e ilustracións: Felipe Iglesias Pernas
Impresión: Gráficas Roel



AUTORÍAS

Coordinadores:

Durán Parrondo, Carmen

Subdirectora Xeral de Avaliación Asistencial e Garantías. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

Hermida Porto, Leticia.

Médico de hospitalización a domicilio. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Rey Tristán, M^a Jesús.

Médico. Servizo de Análise e Avaliación Asistencial. Subdirección Xeral de Avaliación Asistencial e Garantías.

Autores:

Aldonza Torres, Marta.

Médico de atención primaria. Centro de Saúde de Padrón. Área sanitaria de Santiago de Compostela e A Barbanza.

Alonso Paz, Jorge.

Médico de urxencias. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés

Álvarez Hernández, Manuel.

Médico de hospitalización a domicilio. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. Área sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Andaluz Corujo, Luisa.

Traballadora Social. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Andión Campos, Eladio.

Médico. Xefe de servizo de Normalización e Integración da Información. Subdirección Xeral Avaliación Asistencial e Garantías.

Balea Vázquez, Lucía.

Enfermeira de hospitalización a domicilio/paliativos. Hospital público A Mariña. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Benito García, José Ignacio.

Médico de hospitalización a domicilio. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Área sanitaria de Vigo.

Carballada Rico, M.^a del Carmen.

Médico de hospitalización a domicilio. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. Área sanitaria de Ferrol.

Cerqueiro Pereira, Sara.

Médico. Dirección Xeral de Maiores e Persoas con Discapacidade. Consellería de Política Social.

Díaz López, Martín Mario.

Médico. Servizo de Normalización e Integración da Información. Subdirección Xeral Avaliación Asistencial e Garantías.

Fernández Fernández, José Luís.

Médico de hospitalización a domicilio. Hospital público A Mariña. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Ferreiro Broz, M.^a del Mar.

Subdirectora Xeral de Recursos Residenciais e de Atención Diúrna. Dirección Xeral de Maiores e Persoas con Discapacidade. Consellería de Política Social.

García Sixto, Montserrat.

Médico. Xefa de servizo de Análise e Avaliación Asistencial. Subdirección Xeral de Avaliación Asistencial e Garantías.

Gómez Ruíz, Rodrigo.

Subdirección Xeral de Avaliación Asistencial e Garantías.

Guerrero Caro, Sandra Milena.

Médico. Residencia do maior Nosa Señores dos Milagres. Lugo.

Hermida Porto, Leticia.

Médico hospitalización a domicilio. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Iglesias Gallego, Marina.

Médico hospitalización a domicilio. Hospital da Barbanza. Área sanitaria de Santiago de Compostela e A Barbanza.

Lamelo Alfonsín, Fernando.

Médico de hospitalización a domicilio. Complexo Hospitalario Universitario da Coruña. Área sanitaria da Coruña e Cee.

López Lazcano, Juan.

Médico. Xefe de sala da Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

López Triguero, Ángel Ramón.

Enfermeiro de hospitalización a domicilio/unidade de cuidados paliativos. Hospital do Salnés. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Malfeito Jiménez, Rocío.

Médico xeriatria. Complexo Hospitalario Universitario de Lugo. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Martín Rodríguez, M.^a Dolores.

Médico. Xefa de servizo de Sistemas de Calidade e Mellora Continua. Subdirección Xeral de Avaliación Asistencial e Garantías.

Otero Barros, María Teresa.

Médico. Técnico de calidade. Servizo de Sistemas de Calidade e Mellora Continua. Subdirección Xeral de Avaliación Asistencial e Garantías.

Piñeiro Davila, Silvia.

Enfermeira de hospitalización a domicilio. Hospital da Barbanza. Área sanitaria de Santiago de Compostela e A Barbanza.

Rodríguez González, Avelino.

Médico de medicina Interna. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Área sanitaria de Vigo.

Santos Guerra, Fernando.

Servizo de Xestión de Proxectos. Subdirección Xeral de Sistemas e Tecnoloxías da Información.

Suárez Luque, Silvia.

Farmacéutica. Xefa servizo de Xestión Sociosanitaria. Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial.

Valcárcel Rodríguez, Catalina.

Médico de hospitalización a domicilio. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago. Área sanitaria de Santiago de Compostela e A Barbanza.

Varela Vaamonde, José A.

Médico de hospitalización a domicilio. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Varela Meizoso, Oliva.

Enfermeira de atención primaria. Coordinadora do Centro de saúde Vite. Área sanitaria de Santiago de Compostela e A Barbanza.

Vila Iglesias, Isabel.

Enfermeira de hospitalización a domicilio. Complexo Hospitalario Universitario de Lugo. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Vizoso García, Aurora.

Supervisora de planta cirúrxica. Hospital público A Mariña. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

GRUPOS DE TRABAJO

Coordinadores:

Durán Parrondo, Carmen.

Hermida Porto, Leticia.

Rey Tristán, M^a Jesús.

Grupo xestión de pacientes susceptibles de Hospitalización a Domicilio:

Aldonza Torres, Marta.

Alonso Paz, Jorge.

Andaluz Corujo, Luisa.

Carballada Rico, Carmen.

Cerqueiro Pereira, Sara.

Ferreiro Broz, M.^a del Mar.

García Sixto, Montserrat.

Guerrero Caro, Sandra Milena.

Hermida Porto, Leticia.

Iglesias Gallego, Marina.

López Lazcano, Juan.

Malfeito Jiménez, Rocío.

Rodríguez González, Avelino.

Suárez Luque, Silvia.

Varela Meizoso, Oliva.

Vizoso García, Aurora.

Grupo Carteira de Servizos:

Álvarez Hernández, Manuel.

Balea Vázquez, Lucía.

Benito García, José Ignacio.

Carballada Rico, M.^a del Carmen.

Díaz López, Martín Mario.

Piñeiro Davila, Silvia.

Valcárcel Rodríguez, Catalina.

Varela Vaamonde, José A.

Grupo Calidade Asistencial e Investigación:

Benito García, José Ignacio.

Hermida Porto, Leticia.

Martín Rodríguez, M.^a Dolores.

Otero Barrós, María Teresa.

Vila Iglesias, Isabel.

Grupo Sistemas de Información:

Andión Campos, Eladio.

Iglesias Gallego, Marina.

Lamelo Alfonsín, Fernando.

López Lazcano, Juan.

López Triguero, Ángel Ramón.

Santos Guerra, Fernando.

Grupo Comunicación e Formación:

Fernández Fernández, José Luís.

García Sixto, Montserrat.

Gómez Ruíz, Rodrigo.

Hermida Porto, Leticia.

Vila Iglesias, Isabel.



Índice

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	10
1 PRÓLOGO	12
2 INTRODUCCIÓN	14
3 DEFINICIÓNS	18
4 MARCO LEGAL	22
5 MARCO CONCEPTUAL	24
6 PROPÓSITO	26
MISIÓN	
VISIÓN	
VALORES	
7 OBXECTIVO	28
8 PLAN PARA A NORMALIZACIÓN DA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE	30
SITUACIÓN ACTUAL	
EIXO 1. ESTABLECER OS MODELOS ASISTENCIAIS DE HADO	
EIXO 2. ORGANIZAR A ASISTENCIA	
EIXO 3. DEFINIR A CARTEIRA DE SERVIZOS DA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	
EIXO 4. HOMOXENEIZAR A REDE ASISTENCIAL DE HADO	
EIXO 5. DESENVOLVER OS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HADO	
EIXO 6. PROMOVER A FORMACIÓN E A INVESTIGACIÓN	
9 PLAN DE COMUNICACIÓN DA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE	68
EIXO 1. ACCIÓNS DE COMUNICACIÓN INTERNA	
EIXO 2. ACCIÓNS DE COMUNICACIÓN EXTERNA	
10 PLAN DE CALIDADE ASISTENCIAL E MELLORA CONTINUA	74
LIÑA ESTRATÉXICA 1. LIDERADO	
LIÑA ESTRATÉXICA 2. ESTRATEXIA	
LIÑA ESTRATÉXICA 3. PERSOAS	
LIÑA ESTRATÉXICA 4. ALIANZAS E RECURSOS	
LIÑA ESTRATÉXICA 5. PROCESOS	
LIÑA ESTRATÉXICA 6. PACIENTES E CIDADÁNS	
LIÑA ESTRATÉXICA 7. RESULTADOS NAS PERSOAS	
LIÑA ESTRATÉXICA 8. RESULTADOS NA SOCIEDADE	
LIÑA ESTRATÉXICA 9. RESULTADOS CLAVE	
LIÑA ESTRATÉXICA 10. SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS	
11 SISTEMA DE AVALIACIÓN	80
12 PLAN DE NECESIDADES: ORGANIZACIÓN E RECURSOS	82
EIXO 1. DOTACIÓN E ORGANIZACIÓN DOS RECURSOS HUMANOS	
EIXO 2. DOTACIÓN DE RECURSOS MATERIAIS	
13 DOCUMENTACIÓN CONSULTADA	86
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	
LIGAZÓNS DE INTERESE	
14 ANEXOS	90
ANEXO I: PLAN DE COMUNICACIÓN	
ANEXO II: PANEL DE INDICADORES	
ANEXO III: DOTACIÓN ECONÓMICA DO PLAN	

**A****Abreviaturas, siglas e acrónimos**

ACIS	Axencia de Coñecemento en Saúde.
AH	atención hospitalaria.
AP	atención primaria.
CAPNOR	catálogo de procedementos normalizados.
CIAP2	clasificación internacional de atención primaria, versión 2.
CIE-10	clasificación internacional de enfermidades, versión 10.
ECG	electrocardiograma.
HADO	hospitalización a domicilio.
EPOC	enfermidade pulmonar obstrutiva crónica.
FAQ	(Frequently Asked Questions) Lista de preguntas e respostas que xorden frecuentemente dentro dun determinado contexto e para un tema en particular.
ICC	insuficiencia cardíaca conxestiva.
IGE	Instituto Galego de Estatística.
INE	Instituto Nacional de Estatística.
INR	razón normalizada internacional.
IRAS	infección relacionada coa asistencia sanitaria.
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association.
NIC	(nursing interventions classification) clasificación de intervencións enfermeiras.
NOC	(nursing outcomes classification) clasificación de resultados de enfermaría.
PAC	punto de atención continuada.
PET	tomografía por emisión de positrons.
PICC	catéter central de inserción periférica.
PROA	programa de optimización de uso de antibióticos.
RUNA	repositorio institucional da Consellería de Sanidade-Sergas.
SIAC	sistema de información de análises complexas.
SINASP	sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente.
SNOMED CT	(systematized nomenclature of medicine—clinical terms) nomenclatura sistematizada de medicina—termos clínicos.
TAC	tomografía axial computarizada.
TELEA	plataforma de teleasistencia domiciliaria.
TIC	tecnoloxía de información e comunicación.
TVP	trombose venosa profunda.
UPP	úlceras por presión.
XPE	xestor de peticións electrónico.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

**Prólogo**

Os sistemas sanitarios atopámonos nun momento crucial. As novas demandas, focalizadas fundamentalmente cara a pacientes maiores cunha ou máis enfermidades crónicas, requiren unha transformación dos servizos e que estes sexan prestados no lugar máis próximo á persoa doente; cunha clara tendencia a que o domicilio sexa un lugar central nesta atención.

Tamén está cambiando o papel do paciente na xestión da súa enfermidade, implicándose cada vez máis nas decisións terapéuticas e nos coidados, coa expectativa de que se teñan máis en conta os seus valores, opinións e preferencias.

A hospitalización a domicilio como alternativa á convencional, pasa a ser un eixo fundamental na transformación da asistencia sanitaria, por achegar coidados de rango hospitalario ao domicilio do paciente de xeito efectivo e seguro. Ademais, está moi ben valorada polos pacientes e repercute positivamente na súa calidade de vida.

O Servizo Galego de Saúde está comprometido na abordaxe integral da cronicidade, a achega da sanidade ao domicilio do paciente e a incorporación das novas tecnoloxías como ferramenta facilitadora da calidade asistencial e seguridade do paciente.

Nesta liña de actuación enmárcase o presente Plan galego de hospitalización a domicilio, que pretende potenciar e consolidar este modelo asistencial no Servizo Galego de Saúde e garantir o seu desenvolvemento nos próximos anos.

Para afrontar satisfactoriamente os retos deste plan, tales como a normalización da carteira de servizos, o establecemento de novos modelos de atención e a organización dos circuitos asistenciais, contamos coa participación dun amplo grupo de profesionais de hospitalización a domicilio e doutros ámbitos da atención.

Traballamos xuntos coa ilusión de mellorar o modelo de hospitalización a domicilio que temos, para afrontar os retos presentes e futuros que a cidadanía está a demandar, seguir avanzando de xeito firme e seguro cara ao noso principal obxectivo: prestar unha atención da máxima calidade a todos os galegos.

Jesús Vázquez Almuiña
Conselleiro de Sanidade

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



Introdución

Na actualidade, os servizos sanitarios enfróntanse a importantes retos para dar resposta aos cambios derivados do progresivo envellecemento da poboación, o aumento dos pacientes crónicos, pluripatolóxicos e complexos, así como a crecente demanda asistencial e o cambio en valores e expectativas da cidadanía acerca dos coidados da súa saúde.

Cabe destacar que en España a poboación maior de 65 anos representa o 18,7% do total (INE 2017) e en Galicia elévase ata o 24,6% (IGE 2017), sendo esta taxa de envellecemento das máis altas de España e seis puntos superior á media europea. O aumento da idade media poboacional vai ligado ao indubidable protagonismo da cronicidade, que está a desprazar a patoloxía aguda en importancia, entre outros motivos polo elevado consumo de recursos sanitarios. Pola súa banda, o paciente está cambiando o seu papel na xestión da súa enfermidade, polo que é necesario implicalo nas decisións terapéuticas, así como ter en conta os seus valores, opinións e desexos. Esta evolución no perfil das enfermidades e pacientes fai cada vez máis importante garantir a continuidade asistencial, é dicir, dispensar a mesma calidade nos coidados con independencia do nivel ou ámbito asistencial.

O paciente está cambiando o seu papel na xestión da súa enfermidade, polo que é necesario implicalo nas decisións terapéuticas, así como ter en conta os seus valores, opinións e desexos.

Neste contexto e ante a necesidade dun cambio de paradigma, os servizos sanitarios iniciaron un progresivo proceso de ambulatorización da asistencia sanitaria, ao que contribuíron os avances tecnolóxicos e terapéuticos. Así, incrementáronse o número de intervencións cirúrxicas ambulatorias, potenciáronse os hospitais de día ou as unidades de curta estada, implantouse a telemedicina e fíxose imprescindible despregar unha estratexia que aborde alternativas á hospitalización convencional, que sexa capaz de garantir aos pacientes a mellor asistencia aos seus problemas de saúde co mínimo custo persoal e familiar, que teña un concepto transversal do proceso clínico e que sexa garante dunha transición adecuada entre a contorna hospitalaria e a domiciliaria, optimizando ademais a utilización dos recursos sanitarios. O modelo de hospitalización a domicilio (HADO) cumpre con estas características e sitúase, por tanto, como un dos eixos desta evolución de modelo sanitario.

A atención domiciliaria defínese como o conxunto de actividades asistenciais, sanitarias e sociais que se desenvolven no domicilio. A súa concepción é integral e baséase no correcto desenvolvemento e coordinación dos recursos asistenciais. A carteira de servizos deste tipo de atención depende do grao de medicalización, a necesidade de achegar tecnoloxías, a intensidade, duración e complexidade dos coidados así como do estado evolutivo da enfermidade. Tendo en conta estes criterios pódese diferenciar a atención domiciliaria hospitalaria e a proporcionada en atención primaria.



No que respecta á hospitalización a domicilio, pódese definir como unha alternativa asistencial que consiste nun modelo organizado capaz de dispensar un conxunto de atencións e coidados médicos e de enfermaría de rango hospitalario (proporcionados por profesionais da saúde e recursos materiais propios do hospital), tanto en calidade como en cantidade aos pacientes no seu domicilio, cando xa non precisan da infraestrutura hospitalaria pero aínda necesitan de vixilancia activa e asistencia complexa. Os coidados de rango hospitalario están definidos pola súa intensidade e complexidade (de xeito que, se non ingresa en hospitalización a domicilio, debería ingresar ou permanecer ingresado en hospitalización convencional) e o ingreso nesta modalidade de hospitalización caracterízase pola súa voluntariedade (xa que require a aceptación expresa do paciente).

Con base nesta definición e características da hospitalización a domicilio, é evidente que axuda a evitar ingresos hospitalarios e posibilita a alta precoz desde a hospitalización convencional. Pero, ademais, diferentes estudos e revisións poñen de manifesto que a asistencia sanitaria dispensada pola hospitalización a domicilio é efectiva, segura e eficiente, está moi ben valorada polos pacientes e repercute positivamente na súa calidade de vida. Isto, unido á calidade da atención prestada polo equipos multidisciplinares expertos que integran as unidades e o seu importante papel na continuidade asistencial, fai que esta alternativa hospitalaria estea a posicionarse como un modelo asistencial consolidado e de futuro.

Galicia, xunto coa Comunidade Valenciana, Cataluña e País Vasco, é unha das comunidades autónomas con maior presenza e desenvolvemento da hospitalización domiciliaria. O compromiso do Servizo Galego de Saúde coa atención á cronicidade e o recoñecemento expreso da atención domiciliaria como unha alternativa desexable queda recollido tanto na estratexia do Sergas 2014 e 2020 como na Estratexia Galega para a Atención a Persoas en Situación de Cronicidade. Ademais, o indubidable liderado tecnolóxico en saúde da nosa comunidade está a facer que a atención no domicilio do paciente sexa, cada vez máis, unha realidade.

Como parte deste compromiso nace este Plan galego de hospitalización a domicilio, no que participaron 32 profesionais do Servizo Galego de Saúde de distintos ámbitos e especialidades e que partiu dunha análise realizada no ano 2016, a través de grupos focais, con distintos profesionais de hospitalización a domicilio. Estruturouse en tres plans distintos: plan para a normalización da hospitalización a domicilio, de comunicación e de calidade asistencial e mellora continua. Ademais, o plan de normalización consta de 6 eixos estratéxicos co obxectivo de establecer os modelos asistenciais de HADO, organizar a súa asistencia, definir unha carteira común de servizos, homoxeneizar a rede asistencial, desenvolver os sistemas de información e promover a formación e a investigación.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



Definicións

Actividades: é cada unha das actuacións, procedementos, tratamentos ou coidados realizados polos profesionais da unidade de hospitalización a domicilio durante o transcurso dunha visita.

Autoadministración: administración dun fármaco polo propio paciente ou o seu coidador tras recibir indicacións e adestramento polo persoal de hospitalización a domicilio.

Benchmarking: técnica que consiste en tomar “comparadores”(benchmarks) para aqueles produtos, servizos e procesos de traballo que pertencen a organizacións que evidencien as mellores prácticas sobre a área de interese, co propósito de transferir o coñecemento das mellores prácticas e a súa aplicación.

Bomba elastomérica: dispositivo mecánico que permite a infusión dunha solución endovenosa ou subcutánea a un fluxo constante mediante a contracción dun compartimento elastomérico que a propulsa.

Bomba electrónica: dispositivo electrónico que permite a infusión endovenosa continua dunha solución por un tempo e a un fluxo determinado ou ben de forma descontinua dun volume fixado en horarios definidos. Unha vez programada, non require da intervención directa do paciente, do coidador nin do persoal da hospitalización a domicilio para a súa administración. Dispón de alarmas para alertar de fallos no sistema.

Coidador: persoa ou grupo de persoas con capacidade mínima suficiente para atender o paciente mentres permanece en réxime de hospitalización a domicilio e dispensarlle atención ás súas necesidades básicas e outros coidados delegados polo persoal sanitario. Debe estar de acordo co tipo de atención sanitaria, coñecer o equipo sanitario e poder enlazar con el para requirir a súa atención en caso necesario.

Curas complexas: conxunto de curas aplicadas ao enfermo que pola súa dificultade ou elevado requirimento de recursos non poden ser asumidas pola atención primaria.

Coidados paliativos: enfoque que mellora a calidade de vida de pacientes e familias que se enfrontan aos problemas asociados con enfermidades ameazantes para a vida, a través da prevención e alivio do sufrimento, por medio de identificación temperá e a impecable avaliación e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicosociais e espirituais.

Domicilio: lugar onde se traslada un paciente para ser atendido en réxime de hospitalización a domicilio. Pode ser un domicilio particular ou unha institución residencial.

Educación sanitaria: conxunto de indicacións e consellos en saúde que se dan ao enfermo e/ou ao coidador en beneficio do mantemento do seu estado de saúde.

Episodio: conxunto de todas as atencións proporcionadas durante o tempo no que un paciente permanece baixo a responsabilidade dunha unidade de hospitalización a domicilio, derivadas dunha única solicitude.

Hospitalización a domicilio (HADO): asistencia sanitaria de complexidade hospitalaria prestada no domicilio do paciente por un profesional/unidade sanitaria de atención hospitalaria en réxime de internamento/ingreso domiciliario.

Hospitalización convencional (HC): atención especializada en réxime de internamento/ingreso físico nunha cama dunha planta de hospital.

Hospital de día: modalidade asistencial alternativa á hospitalización na que se presta atención ao paciente no hospital mediante procedementos consistentes en técnicas e tratamentos complexos en réxime ambulatorio.

Hospitalización a domicilio en modelo de alta precoz: episodio de HADO precedido dun episodio en réxime de internamento/ingreso nunha cama dunha planta de hospital. Substitúe a parte final do episodio de hospitalización convencional.

Hospitalización a domicilio en modelo de evitación de ingreso: episodio de HADO non precedido dun episodio en réxime de internamento/ingreso nunha cama dunha planta de hospital. Substitúe un episodio completo de hospitalización convencional.

Modelo EFQM: modelo de calidade definido pola Fundación Europea para la Gestión de la Calidad.

Paciente crónico complexo (PCC): persoa cuxa xestión clínica é percibida como especialmente difícil polos seus profesionais referentes. Os criterios para incluír a un paciente neste grupo son:

- Criterios relacionados co propio paciente: perfil de morbilidade, semioloxía e tipo de crise, características evolutivas, consumo de recursos, especialmente en franxas de idade extremas.
- Criterios que dependen dos profesionais: multidisciplinariedade, transicións frecuentes, risco de exposición a criterios asistenciais discrepantes ou a situacións de incerteza clínica.

A Estratexia galega para atención de persoas en situación de cronicidade considera pacientes en situación de cronicidade aqueles que:

- Pacientes que teñen, polo menos, unha enfermidade de longa duración (>6 meses) e progresión lenta, cuxo fin ou curación é impredecible.
- Pacientes que teñen unha condición crónica, entendendo como tal a enfermidade ou un parámetro fisiolóxico que é permanente, que non ten curación, independentemente da forma de adquisición e que é de longa evolución.

Paciente crónico avanzado: paciente con complexidade asociada a un pronóstico de vida limitado, a unha aproximación paliativa presente, importante, crecente e finalmente, a unha planificación anticipada de decisións.

Paciente fráxil: paciente, con frecuencia ancián, no que concorren varias enfermidades cronicamente sintomáticas, con frecuentes reagudizacións, que repercuten negativamente sobre a súa situación funcional e que xeran unha importante demanda nos diferentes niveis asistenciais.

Plan de coidados: relación xerarquizada e temporalizada de coidados e técnicas previstas para responder ás necesidades asistenciais dun episodio de ingreso HADO.

Podcast: gravacións de audio ou vídeo orixinais, ou transmisións gravadas dun programa de televisión ou radio, unha conferencia, unha presentación ou calquera outro evento.

Soporte: modalidade asistencial consistente en asesorar outro profesional de forma presencial (consulta externa, visitas conxuntas, valoracións puntuais, etc.), telefónica ou outra. O profesional que solicita o soporte mantén a responsabilidade principal sobre o proceso ou enfermidade do paciente.

Subepisodio: conxunto de todas as atencións proporcionadas durante o tempo no que un paciente permanece baixo a responsabilidade dunha unidade de hospitalización a domicilio derivadas dunha única solicitude, sen contabilizar as atencións no hospital.

Tratamento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE): procedemento de administración de antimicrobianos por vía intravenosa en hospitalización a domicilio a pacientes con procesos infecciosos. Fai referencia ao tratamento administrado, á modalidade de administración e ao resto de coidados que garanten unha atención de rango hospitalario no domicilio.

Terapia de presión negativa: tratamento de feridas complexas baseado na aplicación de presión negativa sobre unha lesión co obxectivo de estimular a cicatrización e aspirar o exceso de exudado. Require dun equipo multidisciplinar experto e de supervisión continuada.

Visita: cada un dos contactos presenciais ou non, realizados entre os profesionais da unidade de hospitalización a domicilio e o paciente durante o transcurso dun episodio.

Voluntariedade: aceptación do paciente e o seu coidador para completar o seu episodio de hospitalización en réxime domiciliario. O ingreso en hospitalización a domicilio require da aceptación do paciente e/ou coidador, a quen se informa de que pode concluír o ingreso en réxime de hospitalización a domicilio ou solicitar o traslado a hospitalización convencional en calquera momento durante o transcurso do episodio de hospitalización a domicilio.

Valoración de ingreso: proceso polo que o equipo de hospitalización a domicilio comproba que o episodio é tributario desta (cumpre todos os criterios de ingreso e ningún de exclusión); avalía o plan terapéutico previsto para o domicilio (nivel de complexidade idóneo) e solicita a aceptación do paciente e o seu coidador para ser atendido no seu domicilio (consentimento).

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



Marco legal

No ano 1985 publícase no *Boletín Oficial del Estado* (BOE nº 55, 5/3/85) o Regulamento xeral de estrutura, organización e funcionamento dos hospitais da Seguridade Social, no que se mencionan por primeira vez os servizos e unidades de hospitalización a domicilio dentro da División de Enfermería.

A Lei xeral de sanidade (BOE nº 102, 2974/86) cita expresamente a hospitalización a domicilio como unha das actuacións dependentes da Asistencia Sanitaria Especializada.

En 1987 publícase unha reforma do Regulamento sobre estrutura, organización e funcionamento dos hospitais xestionados polo Instituto Nacional da Saúde (BOE nº91, 16/4/87) na que se adscriben os servizos e unidades de hospitalización a domicilio á División Médica. Posteriormente, no ano 1989, o Ministerio de Sanidade e Consumo establece os requisitos mínimos que deberían cumprir as unidades de hospitalización a domicilio do territorio xestionado polo INSALUD, mais a progresiva transferencia de competencias sanitarias ás comunidades autónomas fixo pouco operativo dito documento.

Compre engadir, que a Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema nacional de saúde, establece como prestación de atención especializada o “apoio á atención primaria na alta hospitalaria precoz e, se é o caso, a hospitalización a domicilio”. Posteriormente, o Real decreto 1030/2006, do 15 de setembro, polo que se establece a carteira de servizos comúns do Sistema nacional de saúde, recolle a hospitalización a domicilio como prestación recoñecida.

No referente aos sistemas de información, o Real decreto 69/2015, do 6 de febreiro, polo que se regula o Rexistro de Actividade de Atención Sanitaria Especializada, determina a estrutura e características do rexistro de actividade en hospitalización a domicilio, considerándoa unidade de rexistro específica e modalidade asistencial propia.

Na nosa comunidade, no ano 1999, a Xunta de Galicia elabora un documento base para a regularización da hospitalización a domicilio nos hospitais do Sergas. Ademais, a Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia, recolle no seu título II a hospitalización domiciliaria como unha prestación sanitaria do sistema público de saúde de Galicia.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



Marco conceptual

A Estratexia Sergas 2014 formulaba, como un dos seus obxectivos, a necesidade de “potenciar os coidados domiciliarios de forma equitativa, facilitando aos pacientes unha atención integral no lugar axeitado, atendendo as súas necesidades, evitando estadias e visitas innecesarias aos centros hospitalarios e reforzando o papel do domicilio do paciente como lugar de atención”.

Co fin de acadar ese obxectivo, foron definidos, como elementos clave, potenciar e reforzar o papel das unidades de hospitalización a domicilio como unidades asistenciais prestadoras de coidados médicos e de enfermaría continuados en igual cantidade e calidade que no hospital, así como asistencia e apoio aos familiares do paciente. Avanzaba tamén a necesidade de desenvolver un enfoque integrador, tanto dos niveis asistenciais, como daqueles outros actores (servizos sociais, saúde pública, etc.) implicados no coidado da saúde.

A Estratexia Sergas 2020 avanza orientando a estrutura de prestación de servizos de hospitalización a domicilio cara ás necesidades dos pacientes

Posteriormente, a Estratexia 2020 do Servizo Galego de Saúde define a misión da organización e o seu obxectivo fundamental: “mellorar a saúde dos galegos”.

A terceira liña estratéxica “orientar a estrutura de prestación de servizos de cara ás necesidades dos pacientes e á atención á cronicidade” define o proxecto de “mellora e extensión da hospitalización a domicilio” establecendo criterios homoxéneos e definindo os procesos comúns para o conxunto do Servizo Galego de Saúde.

En resumo, a Estratexia Sergas 2020 avanza orientando a estrutura de prestación de servizos de hospitalización a domicilio cara ás necesidades dos pacientes, con dous obxectivos principais:

- mellorar e estender a hospitalización a domicilio a todo o ámbito xeográfico da nosa comunidade (accesibilidade de todos os pacientes á mellor alternativa asistencial para a súa saúde) e
- establecer criterios homoxéneos que garantan a equidade na asistencia en hospitalización a domicilio para a poboación galega.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

**Propósito***

Misión

As unidades de hospitalización a domicilio han proporcionar, no domicilio do paciente, asistencia integral e personalizada, con niveis diagnósticos, terapéuticos e/ou coidados similares aos dispensados no hospital, a pacientes susceptibles, co apoio do seu coidador.

Visión

Consolidar a hospitalización a domicilio como modalidade relevante do noso sistema sanitario. De implantación practicamente universal, adaptando a atención sanitaria á realidade de cada enfermo e ofrecendo a oportunidade de atención especializada no domicilio do paciente cos mellores resultados en eficacia e efectividade clínica, seguridade e satisfacción para o propio paciente e os seus familiares.

Valores

Os principais valores que identifican e caracterizan a hospitalización a domicilio son:

- **Humaniza a atención**, xa que proporciona como elemento de valor o escenario terapéutico idóneo, o domicilio do paciente; permite un trato personalizado e directo co paciente e a súa familia e adapta a atención á realidade de cada doente.
- **Presta unha atención centrada no paciente**, que deixa de ser un suxeito pasivo. Fomenta o autocoidado e empodera os familiares e coidadores na atención que se lle dispensa, dando maior autonomía e seguridade no manexo do paciente crónico complexo no domicilio, así como implicando e proporcionando formación aos doentes e aos seus coidadores para a etapa posterior á alta.
- **Fomenta a continuidade asistencial** dado que o seu ámbito de actuación está próximo á atención primaria pero non invade a súa área de competencia. Favorece ademais, a coordinación con atención primaria, así como a resposta ás necesidades desta en pacientes que requiran coidados complexos e sexan tributarios da hospitalización a domicilio, evitando así a institucionalización do paciente.
- **Proporciona atención multidisciplinar**, organizada e coordinada: a polivalencia e o perfil multidisciplinar dos profesionais das unidades de HADO son valores necesarios para desenvolver un modelo de atención experta e unha mellor resposta á diversidade de requirimentos asistenciais que se lle expoñen.
- **Proporciona atención experta**, próxima e segura para o paciente. Os resultados de eficacia clínica e os indicadores de seguridade son equiparables ou superiores aos das unidades de hospitalización convencional, ao que contribúe a baixa sobreindicación de tratamentos e de probas diagnósticas, así como a diminución da iatroxenia.
- **É unha modalidade de hospitalización moi satisfactoria** para o paciente e a súa familia. A proximidade na relación co enfermo e a súa contorna é percibida por este como un elemento de calidade e atención excelente.
- **Adáptase aos cambios** e a súa versatilidade propicia que sexa un servizo flexible. Ten capacidade para atender rapidamente unha realidade cambiante segundo as necesidades de cada centro. É un auténtico servizo de soporte asistencial transversal a todos os ámbitos asistenciais dunha área sanitaria (médicos, cirúrxicos, hospital de día, intervencionismo, urxencias, primaria, etc.).

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



Obxectivo

O obxectivo principal deste Plan é potenciar e consolidar a hospitalización a domicilio como un modelo asistencial do Servizo Galego de Saúde e garantir o seu desenvolvemento nos próximos cinco anos. Para iso, preténdese establecer criterios homoxéneos de atención na hospitalización a domicilio prestada na nosa comunidade, coa finalidade de:

- **Normalizar** os modelos asistenciais, carteira de servizos e fluxos de traballo para asegurar unha asistencia sanitaria de calidade, diminuindo a variabilidade, de xeito que todos os pacientes sexan atendidos do modo máis apropiado e eficiente.
- **Equiparar** a asistencia hospitalaria a domicilio coa dos pacientes ingresados en réxime de hospitalización convencional para todos os efectos, tanto administrativos como asistenciais, incluídas as prestacións farmacéuticas.
- **Substituír** o hospital nas súas distintas áreas asistenciais naqueles pacientes para quen, pola súa enfermidade ou estadio evolutivo, o domicilio en réxime de hospitalización é a mellor opción asistencial.
- **Colaborar** no desenvolvemento de programas de xestión de enfermidades para a atención de condicións crónicas que, pola súa complexidade, necesitan ser realizados ou tutelados por unidades hospitalarias específicas (programas de coidados paliativos, de atención xeriátrica a domicilio, etc.). O obxectivo fundamental é manter a estabilidade clínica de pacientes con elevada complexidade e/ou morbilidade.
- **Garantir** a equidade, propósito necesario e imprescindible en calquera servizo sanitario público.
- **Dar a coñecer** a hospitalización a domicilio do Servizo Galego de Saúde entre os profesionais sanitarios e pacientes.
- **Establecer** criterios de calidade que permitan a mellora continua da atención domiciliar prestada polo Servizo Galego de Saúde.

Estes obxectivos concretaranse co desenvolvemento e implantación dos plans establecidos neste documento.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



**Plan para a normalización
da hospitalización a domicilio
no Servizo Galego de Saúde**

Situación actual

A hospitalización a domicilio foi iniciada no Hospital Guido Montefiore de Nova York en 1947 polo Doutor E.M. Bluestone, co fin de desconxestionar o hospital, atopar un clima psicolóxico máis favorable para o enfermo e paliar as dificultades debidas á ausencia de seguro médico nos estratos máis baixos da sociedade, e posteriormente estendeuse a todo o país.

En España, baixo o nome de hospitalización a domicilio, iníciase no Hospital Provincial de Madrid en 1981. En 1983 púxose en marcha un plan piloto de hospitalización a domicilio no Hospital de Cruces (Bizkaia) que supuxo a primeira experiencia deste tipo dentro da rede xestionada polo Instituto Nacional da Saúde (INSALUD) e adquiriu en 1986 o recoñecemento de servizo de hospitalización a domicilio. Outros grandes hospitais crearon as súas unidades en anos posteriores: Virgen del Rocío en Sevilla (1984), Marqués de Valdecilla en Santander (1984) e General Yagüe en Burgos (1985).

A hospitalización a domicilio é unha das liñas estratéxicas do Servizo Galego de Saúde na medida en que é capaz de proporcionar aos pacientes unha asistencia hospitalaria experta, segura e eficiente no ámbito domiciliario.

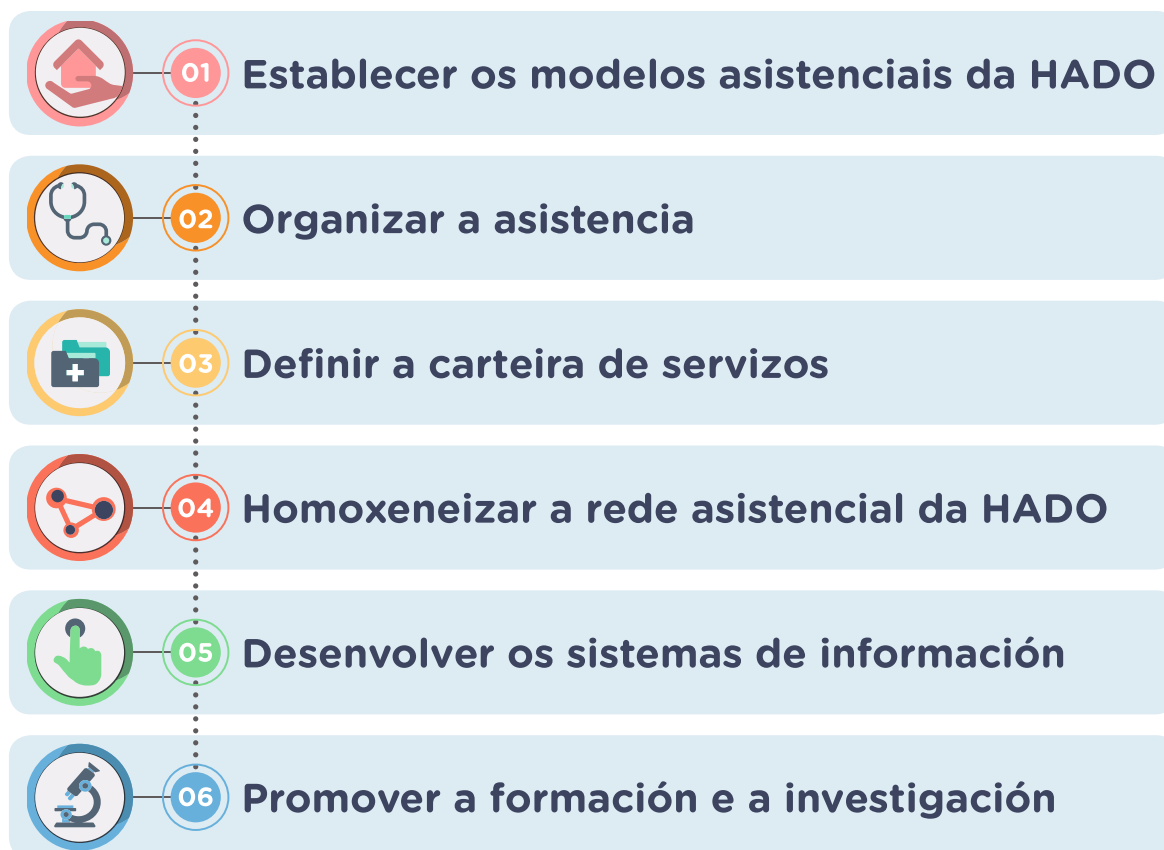
En Galicia, as primeiras unidades de hospitalización a domicilio creáronse nos hospitais Juan Canalejo na Coruña (1987) e Hospital Xeral de Vigo (1990).

Máis de 30 anos despois da aparición da primeira unidade na nosa comunidade autónoma, podemos concluír que a hospitalización a domicilio é unha modalidade asistencial consolidada, que presta servizo a un 75% dos galegos. Para acadar esta cobertura poboacional, as unidades de hospitalización a domicilio foron incrementándose, desde as dúas iniciais nos hospitais Juan Canalejo e Xeral de Vigo, ata as 15 unidades actuais e 45 equipos.

Este crecemento da hospitalización a domicilio non foi parello co desenvolvemento dun plan ou marco común que homoxeneizase e normalizase o funcionamento das distintas unidades de HADO do Servizo Galego de Saúde. En consecuencia, na actualidade, a asistencia hospitalaria a domicilio está adaptada á idiosincrasia da área sanitaria correspondente e, polo tanto, non se axusta a modelos asistenciais comúns nin a estruturas ou cobertura poboacional homoxéneas.

Como xa se comentou, a hospitalización a domicilio é unha das liñas estratéxicas do Servizo Galego de Saúde na medida en que é capaz de proporcionar aos pacientes unha asistencia hospitalaria experta, segura e eficiente no ámbito domiciliario. É necesario, polo tanto, desenvolver un modelo de hospitalización a domicilio sólido e garantista, capaz de interactuar cos distintos niveis asistenciais e dar continuidade ao proceso clínico-asistencial.

Para poder acadar estes obxectivos, a HADO debe ser capaz de xestionar a asistencia que dispensa e os procesos que a integran de forma áxil, dinámica e adaptada ás necesidades e tipoloxía da poboación galega. Este cambio concrétese no presente plan para a normalización da hospitalización a domicilio no Servizo Galego de Saúde, cuxos eixos estratéxicos se relacionan a seguir:



Eixo 1. Establecer os modelos asistenciais da HADO

OBXECTIVO ESTRATÉXICO: HOMOXENEIZAR A ATENCIÓN PRESTADA EN HADO

Co obxecto de estender a toda a poboación galega unha atención o máis apropiada e eficiente posible, homoxénea, estandarizada e de máxima calidade, establécense os modelos asistenciais da hospitalización a domicilio do Servizo Galego de Saúde.

Os ditos modelos defínense en función do grao de medicalización, incorporación de tecnoloxías, duración e complexidade dos coidados, así como da participación dos diferentes ámbitos asistenciais no proceso de atención.

Os modelos establecidos son os seguintes: modelo de hospitalización en domicilio, modelo de aplicación de técnicas/procedementos en domicilio, modelo de interconsulta e modelo de atención compartida/xestión da enfermidade.

Modelo de hospitalización (hospitalización en domicilio)

É un modelo asistencial similar ao realizado en hospitalización de agudos, proporcionando coidados de intensidade e complexidade hospitalaria no domicilio do paciente, de forma continua e durante un período de tempo limitado, sendo o responsable da atención sanitaria o equipo de hospitalización a domicilio.

Os pacientes subsidiarios deste modelo son aqueles que, tras o diagnóstico e estabilización da súa enfermidade, requiren coidados hospitalarios durante un tempo determinado (habitualmente días) ata poderen recibir a alta. A atención pode iniciarse a demanda ou de xeito programado.

Beneficianse deste modelo de atención:

- Pacientes crónicos complexos con reagudización da súa enfermidade (insuficiencia cardíaca crónica, enfermidade pulmonar obstrutiva crónica, enfermidades neurodexenerativas, etc.)
- Pacientes que requiren curas complexas (por exemplo curas con sistemas de baleiro).
- Pacientes paliativos oncolóxicos ou non oncolóxicos de alta complexidade.
- Pacientes estables con proceso infeccioso e necesidade de antibioterapia intravenosa ou de administración hospitalaria (infeccións urinarias, pé diabético sobreinfectado, osteomielite, úlceras de evolución tórpida, etc.).

Neste caso, a derivación á HADO pode realizarse desde atención primaria e centros residenciais, así como desde os distintos servizos e unidades hospitalarias (urxencias, hospital de día, consultas externas, plantas de hospitalización, etc.). Este modelo facilita a alta precoz do paciente e contribúe a evitar ingresos en réxime de hospitalización convencional, o que ten como consecuencia a diminución da estadía hospitalaria e evitación de posibles complicacións inherentes á hospitalización.

Modelo de aplicación de técnicas/procedementos en domicilio

Este modelo establécese para a aplicación no domicilio de procedementos terapéuticos ou diagnósticos de rango hospitalario e que, polo tanto, non poden ser asumidos pola atención primaria. É unha atención de carácter puntual, periódica e/ou programada na que o equipo da HADO ten a responsabilidade sobre o paciente o tempo que dure o procedemento.

Poden ser subsidiarios deste modelo de atención os pacientes que teñen estabilizada a súa enfermidade e que requiren a aplicación dunha técnica ou procedemento complexo, como por exemplo:

- Pacientes en programas de nutrición enteral ou parenteral.
- Pacientes que precisen soporte hemoterápico programado que presentan importantes problemas de mobilidade.
- Pacientes que precisen paracentese ou outras técnicas invasivas que presentan importantes problemas de mobilidade.
- Pacientes que precisen ventilación mecánica non invasiva.

Ademais, é de especial interese no caso de enfermidades pouco prevalentes que requiren tecnoloxía complexa. A derivación á HADO permite a estes pacientes abandonaren o hospital e melloraren a súa calidade de vida contando, en todo momento, cun equipo especializado tanto no que se refire ao coñecemento das técnicas e manexo de aparellos como na toma de decisións terapéuticas.



Modelo de interconsulta

Este modelo establécese para a realización de valoracións clínicas a petición de profesionais sanitarios de atención primaria e hospitalaria, que teñen nese momento a responsabilidade asistencial do paciente.

Préstase unha atención puntual e a demanda.

Pódese realizar unha interconsulta para todo paciente para o cal o profesional sanitario responsable precise asesoramento. Estas consultas adoitan referirse á xestión de pacientes complexos, como por exemplo:

- Pacientes que requiren coidados paliativos e/ou control da dor.
- Pacientes con enfermidades infecciosas ou enfermidades crónicas avanzadas.
- Pacientes a tratamento con nutrición enteral.
- Pacientes que requiren curas complexas.

Modelo de atención compartida/xestión da enfermidade

Este modelo establece unha atención continuada e coordinada con atención primaria, con integración de procesos asistenciais. O obxectivo é que os pacientes sexan atendidos por un equipo multi e interdisciplinario que asume a responsabilidade de prestar unha atención integral, que actúa con criterios compartidos e que prioriza as súas actuacións en función dos beneficios esperados para o paciente; e que traslada a este unha mensaxe única.

Os pacientes susceptibles de ser atendidos nesta modalidade son aqueles cuxa enfermidade está estabilizada pero que necesitan seguimento clínico compartido entre o equipo de atención primaria e o de hospitalización a domicilio. Neste modelo, a solicitude de atención compartida pode ser realizada por ambos os equipos asistenciais e a atención é programada e periódica.

Os pacientes que se beneficiarían deste modelo son principalmente:

- Pacientes crónicos complexos.
- Anción frágil.
- Pacientes oncolóxicos ou non oncolóxicos que requiren coidados paliativos.
- Pacientes cun proceso infeccioso.
- Pacientes que precisen coidados transicionais.

Dentro deste modelo de atención compartida, existen dúas modalidades:

- **Paciente non ingresado en HADO** e que non é candidato a ingresar en ningún dos outros modelos asistenciais, pero que a súa enfermidade ou estado clínico é subsidiario dun seguimento continuo por parte do equipo de atención primaria e dun seguimento de soporte periódico por parte do equipo da HADO, podéndose dar a situación de visitas conxuntas de valoración do paciente e toma de decisións terapéuticas. Esta atención compartida, require ser programada por ambos os dispositivos de maneira protocolizada e consensuada.
- **Paciente ingresado en HADO** no que o equipo de atención primaria participa na asistencia domiciliaria, para garantir a continuidade dos coidados en determinadas patoloxías do paciente, tanto se son previas ao ingreso en HADO como de novo diagnóstico tras este.

Este modelo de atención compartida prevese tamén nos centros residenciais con equipos sanitarios propios.

Eixo 2. Organizar a asistencia

Para establecer a correcta organización da asistencia sanitaria en hospitalización a domicilio é necesario definir e normalizar os criterios de ingreso e derivación de pacientes, definir os circuitos asistenciais entre os distintos niveis de atención e establecer os procesos e procedementos de xestión necesarios para cada caso.

OBXECTIVO ESTRATÉXICO 1: ESTABLECER CRITERIOS DE ENTRADA DO PACIENTE

O tipo de patoloxía que pode ser atendida en HADO é moi amplo, dado que é posible completar o proceso clínico-asistencial de múltiples enfermidades no domicilio do paciente. Por outra banda, o éxito da atención proporcionada pola HADO depende en gran medida da selección adecuada dos pacientes que son candidatos a este tipo de hospitalización, polo que é importante determinar os criterios de ingreso.

Tipo de paciente/patoloxía

Os grupos de pacientes atendidos con maior frecuencia son:

Pacientes con patoloxía cirúrxica

Son pacientes que, tras un procedemento cirúrxico realizado no hospital, precisan dunha atención que, polas súas características, inicialmente non é asumible no ámbito da atención primaria de saúde. Pódese distinguir:

- **Cirurxía de curta estadaía ou alta precoz:** o obxectivo neste tipo de patoloxías é que o paciente poida ser remitido ao seu domicilio nun prazo inferior ás 48 horas, reducindo así estadaías hospitalarias postoperatorias. Inclúense pacientes con:
 - Drenaxes que precisan control e seguimento.
 - Terapia analxésica con bomba electrónica.
- **Patoloxía cirúrxica complicada:** o obxectivo de seguimento deste tipo de pacientes é evitar estadaías hospitalarias prolongadas e innecesarias. Neste apartado están incluídos pacientes con:
 - Complicacións da ferida cirúrxica.
 - Patoloxía médica aguda concomitante ou descompensación de enfermidade previa.
- **Cirurxía de transplante:** o papel da HADO requirirá o desenvolvemento de protocolos consensuados cos servizos implicados a fin de garantir o tratamento e os coidados específicos deste tipo de pacientes.

Pacientes con patoloxía médica

- **Patoloxía médica aguda:** trátase de pacientes agudos estables con diagnóstico confirmado e cun tratamento pautado que se pode desenvolver no domicilio do paciente. Entre as enfermidades que se inclúen neste grupo pódese destacar:
 - Enfermidades infecciosas que precisan de tratamento antibiótico intravenoso e controis clínicos frecuentes: pneumonías, pielonefrite, celulite, infeccións urinarias complexas, abscesos abdominais, bronquiectasias sobreinfectadas, neutropenia febril, osteomielite, endocardite, etc.
 - Trombose venosa profunda.

- Atención de pacientes con tratamentos antineoplásicos: soporte domiciliario das súas complicacións como anemia, neutropenia febril, etc.
- Outras enfermidades que precisen de tratamentos, técnicas e/ou procedementos hospitalarios.
- **Patoloxía médica crónica agudizada:** neste tipo de pacientes é especialmente importante a coordinación entre os distintos niveis asistenciais co obxectivo de diminuír os reingresos hospitalarios. Os pacientes que máis frecuentemente reúnen condicións de ingreso en HADO son aqueles afectos das seguintes patoloxías:
 - Patoloxía cardiorrespiratoria: insuficiencia cardíaca, enfermidade pulmonar obstrutiva crónica e outras broncopatías crónicas, etc.
 - Patoloxía neurolóxica: demencias e outras enfermidades neurodexenerativas.
 - Hepatopatías crónicas.
 - Outros: atención ao ancián fráxil, enfermo pluripatolóxico, etc.
- **Patoloxía crónica avanzada e/ou pacientes oncolóxicos con necesidade de atención paliativa:**
 - Coidados paliativos e/ou coidados ao final da vida: casos complexos, de difícil manexo ou con necesidade de soporte especial.
 - Controis sintomáticos, da exacerbación de procesos crónicos e prevención de complicacións.
 - Pacientes con ciclos de medicación intravenosa hospitalaria.

Outras patoloxías

Dentro deste apartado inclúense programas específicos que se desenvolven con protocolos hospitalarios, como son:

- Programas de nutrición parenteral domiciliaria.
- Programas de hemoterapia e derivados (en coordinación cos servizos de hematoloxía dos hospitais).
- Programas de ventilación mecánica domiciliaria.

Criterios de ingreso

A derivación dun paciente á hospitalización a domicilio pode ser realizada desde o ámbito hospitalario (urxencias, consultas externas, hospital de día, plantas de hospitalización), así como desde o ambulatorio (atención primaria e centros residenciais). A dita derivación realizarase tras a correspondente avaliación da situación clínica e necesidades do paciente e a posterior selección da modalidade asistencial do ingreso en HADO. Atendendo a obxectivos de seguridade, adecuación e información, establécense unha serie de criterios para o ingreso en HADO:

- Paciente que precise atención hospitalaria: se o paciente non é ingresado en HADO precisaría ingreso en hospitalización convencional.
- Paciente con diagnóstico establecido ou alta sospeita diagnóstica: paciente que, estando clinicamente estable, permanece ingresado no hospital (planta de hospitalización ou servizo de urxencias) pendente de realizar algunha proba diagnóstica ou de recibir o resultado.
- Situación clínica que non suxira a necesidade de precisar cirurxía urxente ou ingreso nas unidades de coidados críticos, nun breve período de tempo.

- Existencia de condicións sociofamiliares adecuadas cun coidador principal ou institución responsable: para que unha persoa poida ser considerada coidador principal deberá ter dispoñibilidade para coidar o paciente e capacidade para comprender e executar os coidados encomendados. Esta persoa colaborará nos coidados básicos do paciente (aseo, alimentación,...) e co equipo de HADO no desenvolvemento de determinadas tarefas técnicas que requiren un adestramento e unha aprendizaxe específica (seguridade). O coidador principal deberá ser identificado no momento da valoración de ingreso do paciente.
- Aceptación por parte do paciente e do coidador: o ingreso no servizo de hospitalización a domicilio é voluntario e require a aceptación expresa do paciente e coidador (información).

Criterios de rexeitamento

Un paciente non debe ingresar en HADO nas seguintes situacións:

- Diagnóstico non establecido: nos casos en que a falta de diagnóstico se vexa como dificultade para un adecuado manexo do doente no domicilio.
- Situación clínica inestable: pacientes subsidiarios de medidas terapéuticas máis complexas, como cirurxía ou coidados intensivos ou que precisen de coidados continuados de difícil adecuación no domicilio.
- Desacordo/non aceptación do paciente: o ingreso en HADO é voluntario. Se o paciente non quere ingresar nesta modalidade non se poderá realizar dita actividade.
- Falta de coidador principal: un paciente que viva só ou acompañado de alguén que non lle poida prestar a axuda necesaria non é subsidiario de ingreso en hospitalización a domicilio.
- Situación sociosanitaria inadecuada: deben valorarse as condicións da vivenda e do seu contorno, así como a existencia dun teléfono accesible. O problema social nunca debe ser a causa de inclusión dun paciente nestes servizos (adecuación).
- Non se dan as condicións xeográficas, horarias e/ou técnicas que posibiliten a atención sen comprometer a seguridade dos pacientes.
- Rexeitamento pola institución responsable: afecta casos de pacientes que viven en centros residenciais.
- Melloría clínica no momento da valoración: cando no momento en que se fai a valoración do paciente a súa situación clínica mellorou e non precisa o tratamento ou coidados de rango hospitalario que motivaron a solicitude de ingreso en HADO.
- Éxito acontecido entre a solicitude de ingreso e a valoración.

OBXECTIVO ESTRATÉGICO 2: DEFINIR CIRCUÍTO ASISTENCIAIS

A reorganización do modelo de atención pasa necesariamente por eliminar as barreiras que actualmente dificultan a integración real de todos os ámbitos asistenciais do sistema sanitario.

Con este obxectivo, e atendendo aos modelos ou esquemas asistenciais definidos para a hospitalización a domicilio, defínense e procedeméntanse os circuitos asistenciais de xestión de pacientes en HADO que garanten a continuidade do proceso.

O modelo de atención compartida propónse como o modelo organizativo máis adecuado para a asistencia a pacientes con enfermidade estable, que necesitan seguimento ao longo do tempo.



Figura 1: Integración asistencial.

Circuíto asistencial atención primaria-HADO

Modelo de hospitalización en domicilio e para a aplicación de técnicas e procedementos

O equipo de atención primaria, despois da avaliación adecuada do paciente no seu domicilio, pode solicitar o ingreso en HADO se se cumpren os criterios de ingreso establecidos.

A solicitude de ingreso pode realizarse nas distintas modalidades asistenciais de HADO, con base nas necesidades e características clínicas do paciente. Así, pode solicitarse un ingreso no modelo de hospitalización en domicilio ou ben para a realización dunha técnica, procedemento ou administración de medicamentos de carácter hospitalario (modelo de aplicación de técnicas/procedementos en domicilio).

O equipo de HADO, despois da valoración do paciente, pode aceptar ou rexeitar o ingreso, así como modificar ou propoñer outro modelo asistencial. Tamén pode pospoñer o ingreso ata que se dean as condicións adecuadas para a atención axeitada do paciente.

Modelo de atención compartida/xestión da enfermidade

No caso do modelo de atención compartida/xestión da enfermidade, a solicitude pode partir do equipo de atención primaria. A finalidade será establecer, co equipo de HADO, unha planificación asistencial e terapéutica que garanta a atención coordinada, programada e periódica para pacientes con enfermidade estable que necesitan seguimento ao longo do tempo.

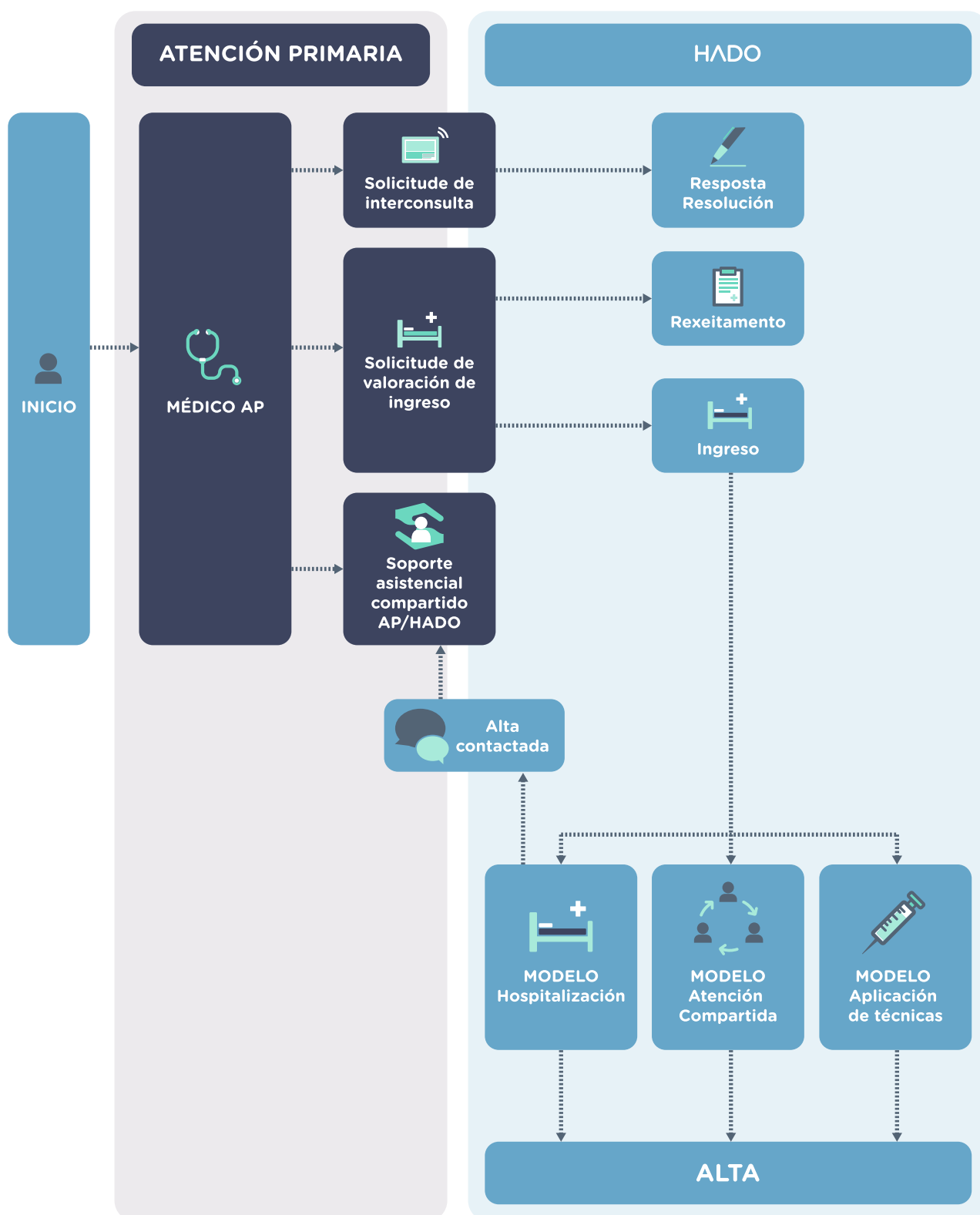


Figura 2: Circuito asistencial atención primaria-HADO.

Inversamente, o proceso de atención pode ser iniciado polo equipo de HADO, que solicita a participación do equipo de atención primaria, xeralmente para a continuación de coidados postalta de hospitalización a domicilio.

En ambas as situacións os equipos acordarán un plan de seguimento con visitas no domicilio, conxuntamente ou por separado, programadas para tal fin e axendadas nos sistemas de soporte e rexistro de actividade asistencial.

A información clínica será rexistrada na historia clínica electrónica do paciente como soporte de información compartida, sen prexuízo da necesaria comunicación entre os profesionais por outras vías.

Por outra banda, débese ter en conta que a maior parte dos pacientes que van ser dados de alta dende HADO, requiren continuidade de coidados. Para evitar a ruptura no proceso asistencial establécese a xestión da alta contactada, que supón o contacto co equipo de atención primaria co obxectivo de compartir a información clínica do paciente, planificar os coidados e acordar visitas programadas conxuntas. A alta contactada é de especial utilidade en pacientes con patoloxía crónica complexa ou que precisan coidados transicionais.

O equipo de HADO responsable da alta do paciente solicitará unha primeira visita domiciliar do equipo de atención primaria, que preferentemente será realizada de maneira conxunta. Nesa visita, os profesionais de ambos os ámbitos asistenciais consensuarán a asignación da continuidade de coidados e a de visitas sucesivas, atendendo a criterios clínicos axustados ás necesidades de cada paciente.

Modelo de interconsulta

No referente ao modelo de interconsulta, as peticións partirán do equipo de atención primaria a través da ferramenta electrónica dispoñible para tal efecto (xestor de peticións electrónicas). O equipo de HADO dará resposta á interconsulta tras a valoración do caso clínico, manténdose en calquera caso a responsabilidade asistencial do paciente no equipo de atención primaria.

Da resolución da interconsulta pódese derivar a necesidade de ingreso en HADO do paciente en calquera das modalidades asistenciais (incluíndo a atención compartida).

Este circuíto asistencial é similar no caso do equipo sanitario dunha institución residencial, establecéndose neste caso o fluxo asistencial entre HADO e os profesionais sanitarios dese ámbito.

Circuíto asistencial atención hospitalaria - HADO

Para o ámbito de hospitalización

Modelo de hospitalización en domicilio e para a aplicación de técnicas e procedementos

O equipo de HADO, a través dunha solicitude de ingreso, é requirido para a valoración dun paciente ingresado nunha planta de hospitalización. Do resultado dela pódese producir un ingreso do paciente no modelo de hospitalización a domicilio ou no de aplicación de técnicas ou procedementos. Tamén se pode rexeitar a solicitude de ingreso ou pospoñela ata que se reúnan as condicións idóneas para a atención do paciente.

Nos casos en que se decida a conveniencia do ingreso en HADO, procederase ao traslado do paciente ao seu domicilio a través do transporte indicado en función da súa situación clínica e programarase a atención correspondente polo equipo de HADO. Cómpre engadir que se trata dun traslado intrahospitalario.

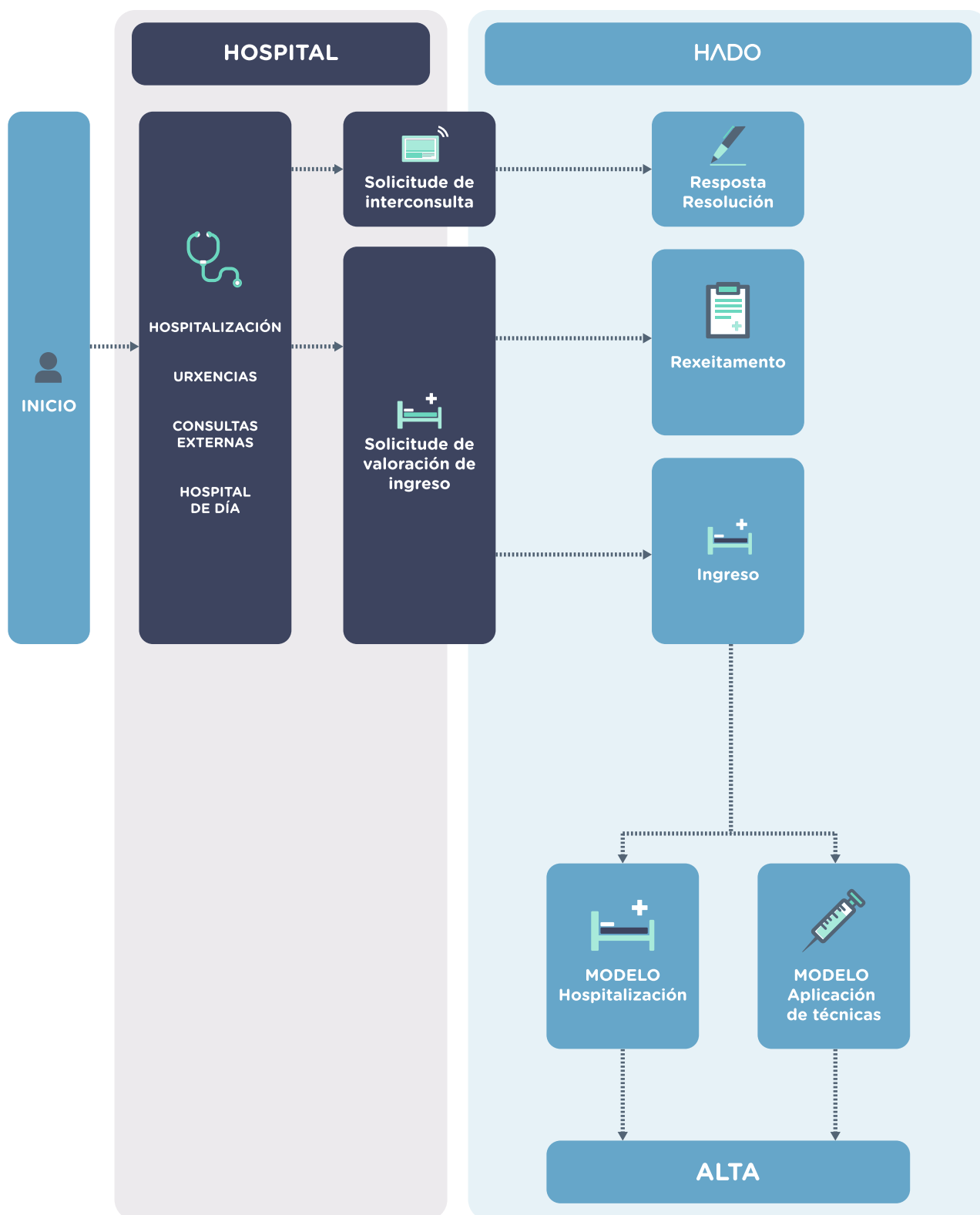


Figura 3: Circuito asistencial atención hospitalaria – HADO.

Na actualidade o reto que se presenta é mellorar o circuíto asistencial no caso do fluxo inverso, é dicir, o paciente ingresado en HADO que debe ser trasladado a outra unidade/servizo de hospitalización. Tal e como se comentou anteriormente, trátase dun traslado interno e, polo tanto, deberá establecerse un circuíto normalizado, áxil e eficiente, que evite o paso innecesario do paciente polo servizo de urxencias do hospital, previo ao ingreso na planta de hospitalización.

Modelo de interconsulta

No ámbito de hospitalización convencional é frecuente a consulta ao equipo de HADO como experto en determinados campos clínicos, atendendo ao modelo asistencial de interconsulta. Nestes casos, as peticións partirán dos profesionais hospitalarios a través da ferramenta electrónica dispoñible para tal efecto. O equipo de HADO dará resposta á interconsulta tras a valoración do caso clínico. Ao igual que as interconsultas procedentes do ámbito ambulatorio, pódese derivar dela, a necesidade dun ingreso en HADO en calquera das modalidades asistenciais.

O fluxo asistencial inverso, é dicir, a solicitude de interconsulta por parte do equipo de HADO a outra unidade/servizo de hospitalización (ben para valoración clínica especializada ou ben para a realización puntual de probas/procedementos) debe seguir a mesma canle que calquera outro servizo/unidade do hospital. A única diferenza radica en que os profesionais encargados de resolver as interconsultas deberán indicar o lugar propicio, día e hora para trasladar o paciente, xa que este non se atopa ingresado nunha planta de hospitalización convencional.

Para o ámbito de urxencias

Os profesionais sanitarios do servizo de urxencias, ao igual que no caso anterior, poden realizar unha solicitude de valoración de ingreso en HADO. Do resultado desta valoración pode derivar a aceptación ou rexeitamento do ingreso ou pospoñer o ingreso ata que se reúnan as condicións necesarias para a atención axeitada do paciente.

Nos casos en que se decida a conveniencia do ingreso en HADO, procederase ao traslado do paciente ao seu domicilio mediante o transporte indicado en función da súa situación clínica.

No caso inverso, é dicir, cando un paciente ingresado en HADO precise unha atención puntual no servizo de urxencias, esta será tramitada como unha interconsulta e non xera alta en HADO, a pesar do desprazamento do paciente ao hospital.

É obxectivo da organización restrinxir as atencións no servizo de urxencias dos pacientes previamente ingresados en HADO a aqueles casos absolutamente necesarios nos que está indicada a atención específica e propia deste servizo. No que respecta ao modelo de interconsulta, é aplicable o descrito para o ámbito de hospitalización.

Para os ámbitos de consultas externas e hospital de día

No caso da consulta externa hospitalaria, o circuíto asistencial é bidireccional. Os profesionais que consultan un paciente, poden solicitar unha valoración de ingreso en HADO (modelo de hospitalización en domicilio ou aplicación de técnicas) ou ben axuda puntual do equipo de HADO como consulta de soporte (interconsulta) ou consulta externa de soporte de coidados paliativos.

Ademais, un paciente ingresado en HADO pode ser atendido en consulta externa do hospital (citas programadas).

O circuíto asistencial entre hospital de día e HADO establécese habitualmente para os pacientes que reciben tratamentos endovenosos ou terapias hospitalarias. Neste casos, a atención no hospital de día non xera unha alta en HADO.

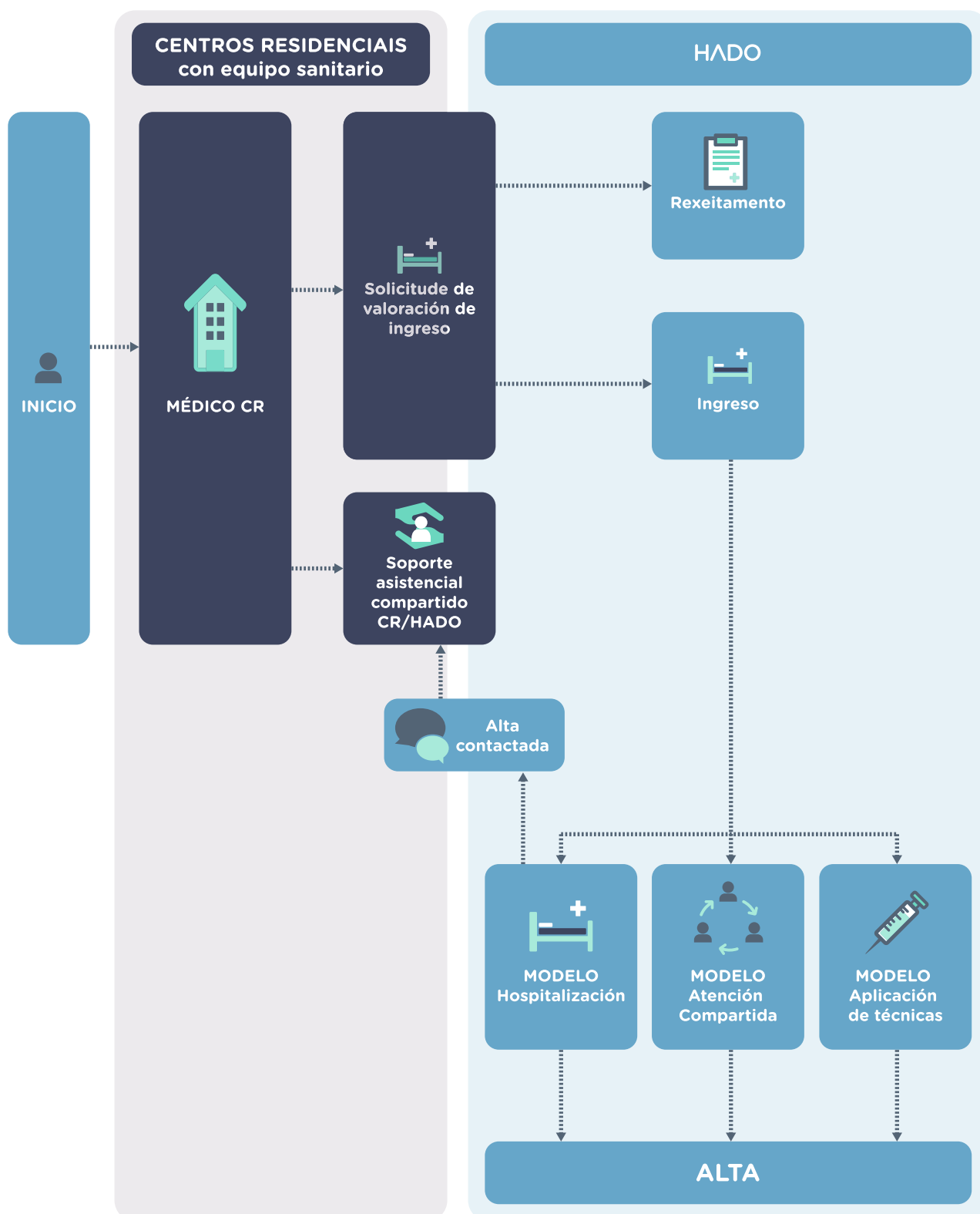


Figura 4: Circuito asistencial HADO - centros residenciales.

Circuíto asistencial HADO-centros residenciais

Os centros residenciais de atención a persoas maiores, como se recolle na súa propia regulación (Orde do 18 de abril de 1996 pola que se desenvolve o Decreto 243/1995, do 28 de xullo, no relativo á regulación das condicións e requisitos específicos que deben cumprir os centros de atención a persoas maiores) deben prestar unha asistencia sanitaria integral a todos os residentes, a través de servizos propios ou concertados, segundo o caso.

Os centros residenciais teñen un papel cada vez máis destacado no coidado das persoas maiores, as cales, desde un punto de vista de atención sanitaria, adoitan ser pacientes crónicos e pluripatolóxicos. A atención dos pacientes nun ámbito residencial pode ser unha oportunidade, xa que o feito de que convivan nunha institución cunhas infraestruturas e medios propios pode facilitar a atención do paciente in situ, sen necesidade de desprazamento a institucións sanitarias.

Para definir un circuíto asistencial, cómpre diferenciar entre os centros residenciais que contan con persoal sanitario propio e aqueles nos que o persoal sanitario de referencia é o equipo de atención primaria.

Recursos residenciais sen profesional/equipo sanitario no centro

Nestes casos, o equipo de referencia é o de atención primaria, polo que o circuíto non difire do circuíto asistencial atención primaria-HADO.

Como para todo paciente que ingresa en HADO, deberá identificarse a figura do coidador principal.

Recursos residenciais con profesional/equipo sanitario de referencia no centro

Cando o paciente reside nun centro residencial con persoal sanitario propio, o médico do centro pode solicitar directamente a asistencia sanitaria na modalidade de hospitalización en domicilio, aplicación de técnicas e procedementos ou atención compartida/xestión da enfermidade.

O equipo de HADO, despois da valoración do paciente e atendendo aos criterios establecidos, pode aceptar, rexeitar ou pospoñer o ingreso. Cómpre engadir que un paciente que reside nun centro residencial debe contar, como calquera outro paciente que ingresa en HADO, coa presenza dun coidador principal.

Así mesmo, o médico do centro pode realizar unha interconsulta a HADO no marco da xestión de casos complexos. O equipo de HADO dá resposta á consulta e o equipo sanitario do centro residencial mantén a responsabilidade asistencial do paciente.

No referente ao modelo de atención compartida/xestión da enfermidade, a solicitude pode partir do médico do centro residencial ou ben do propio equipo de HADO, que require a participación do equipo sanitario do centro co fin de establecer unha atención coordinada, programada e periódica para pacientes con enfermidade estable que necesitan seguimento ao longo do tempo. Ambos os equipos acordarán un plan de seguimento do paciente con visitas no centro residencial, preferentemente conxuntas e programadas para tal fin.

A información clínica será rexistrada na historia clínica electrónica do paciente como soporte de información compartida.

Por último, establécese a xestión da alta contactada entre os profesionais de ambos os ámbitos no momento da alta de hospitalización a domicilio, co fin de garantir a continuidade na atención do proceso clínico do paciente.

Circuíto de continuidade asistencial (061-punto de atención continuada)

Este circuíto establécese co obxectivo de garantir a continuidade asistencial dos pacientes ingresados en HADO na modalidade asistencial de hospitalización en domicilio, así como na de atención compartida/xestión da enfermidade.

Nestes casos, o equipo responsable da asistencia sanitaria do paciente informará o coidador, de que unha vez terminado o horario de cobertura da hospitalización a domicilio poderán chamar o 061 en caso de necesitar asesoría ou asistencia médica urgente.

Para facilitar a coordinación de HADO coa central de coordinación do 061, esta disporá do censo actualizado de pacientes ingresados en HADO, así como da información sobre a situación clínica do paciente, a través da historia clínica electrónica. Desta maneira, poderán valorar as necesidades do paciente no momento da chamada.

A resolución da consulta sanitaria telefónica ao 061 realizada polo paciente o seu coidador poderá consistir en:

- Facilitar consello médico/de enfermaría telefónico, sen que sexa precisa a mobilización de ningún recurso.
- O médico coordinador considera que é precisa a visita domiciliar do médico e/ou enfermeiro do punto de atención continuada, co obxectivo de valorar o paciente e resolver a situación no domicilio, evitando, se é posible, o seu traslado ao hospital.
- Traslado urgente ao hospital, adecuando o recurso mobilizado á situación clínica do paciente (ambulancia asistencial ou ambulancia medicalizada).

Mobilizaranse ambulancias do 061 ao domicilio, por solicitude do equipo de HADO, cando a situación do paciente ingresado no domicilio requira un traslado urgente ao hospital (traslado intrahospitalario). Nestes casos, o persoal de HADO facilitará ao 061 o destino e o paciente será trasladado a hospitalización evitando, se é posible, o paso por urgencias cando non sea ese o ámbito de destino.

OBXECTIVO ESTRATÉXICO 3: NORMALIZAR A XESTIÓN DOS PROCESOS DE INGRESO, TRASLADO E ALTA EN HADO

Solicitude de valoración do paciente

A hospitalización a domicilio iníciase coa solicitude de valoración do paciente por parte dun facultativo de atención primaria, de atención hospitalaria ou dun centro residencial.

En determinados casos a solicitude de valoración de ingreso pode partir do propio facultativo de HADO, como por exemplo, na administración periódica de tratamentos de uso hospitalario, controis evolutivos, transfusións periódicas, etc.

A solicitude motivada será tramitada directamente dende a historia clínica do paciente, estando a información clínica accesible para o equipo de HADO que asume a petición.

Resposta e conclusión da valoración

Despois da valoración do paciente, o profesional de HADO responderá a solicitude determinando o ingreso ou rexeitamento, cabendo tamén a resposta provisional “en espera” (para aqueles pacientes que precisan resolver unha condición previa ao ingreso, por exemplo realizar unha proba). En ambos os casos (ingreso ou rexeitamento) motivará a resposta segundo os criterios establecidos.

Procedemento de traslado do paciente a domicilio

Cando o paciente ingresa en HADO desde o ámbito hospitalario, este terá que trasladarse ao seu domicilio para continuar coa asistencia nel. En función da situación clínica, o paciente pode trasladarse polos seus propios medios ou ben en transporte sanitario non urxente. Neste caso, a solicitude do recurso debe tramitarse como traslado intrahospitalario, xa que o paciente está hospitalizado.

A xestión do transporte sanitario non urxente deberá ter en conta as necesidades do paciente, así como as condicións de atención establecidas por parte do equipo de HADO. Así, se requirise asistencia no mesmo día do ingreso, é conveniente que o traslado sexa considerado prioritario, o que permite a continuidade asistencial.

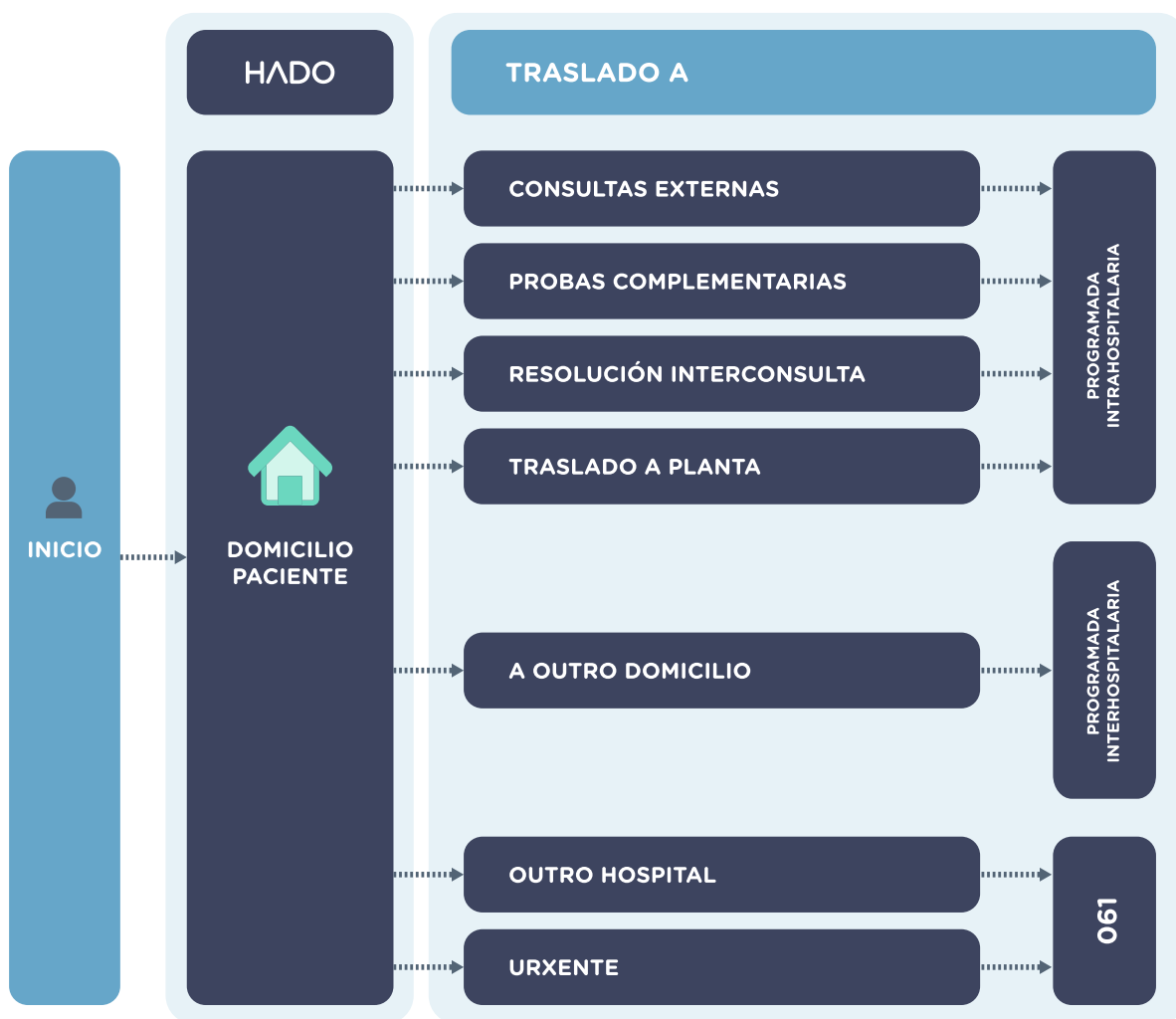


Figura 4: Procedemento de traslado do paciente.

Procedemento de traslado do paciente dende o domicilio ao hospital

Os pacientes que están ingresados en HADO poden precisar, en diversos momentos da súa estada, ser trasladados ao hospital ou centro de especialidades para atencións sanitarias en consulta externa, para realización de probas complementarias, para resolución dunha interconsulta solicitada polo equipo de hospitalización a domicilio, ou ben poden necesitar un traslado urxente ou programado para ingreso noutra modalidade de atención.

No caso de traslado urxente, alertarase o 061 que, dependendo da gravidade do paciente e de acordo co equipo de HADO, mobilizará o recurso máis adecuado (ambulancia asistencial ou medicalizada, segundo os requirimentos previstos no anexo II do Decreto 52/2015, do 5 de marzo).

Nos outros casos, e tendo en conta a situación clínica do paciente, solicitarase un transporte sanitario non urxente de forma programada, tramitado como traslado intrahospitalario.

Procedemento de alta

Todo paciente que ingresa en HADO xera unha alta ao final do proceso. A dita alta debe ser rexistrada na historia clínica, tanto no curso clínico como no informe de alta.

Son causas posibles de alta:

- Resolución do proceso: a situación clínica do paciente é a adecuada para a alta e seguimento por atención primaria.
- Traslado a urxencias: o paciente ingresa no servizo de urxencias ben por indicación do equipo de HADO, 061, puntos de atención continuada ou por petición propia do paciente fóra do horario de cobertura. Compre engadir que os pacientes ingresados en HADO que se trasladan a urxencias e retornan ao domicilio nas seguintes 24 horas non xeran alta de HADO.
- Ingreso noutra modalidade: ingreso que se programa para realizar técnicas hospitalarias, ingresos programados ou nos casos de claudicación familiar/paciente.
- Alta voluntaria: o paciente solicita a alta voluntaria da unidade.
- Traslado a outro hospital: traslado a outro hospital diferente ao actual.
- Paso a consultas externas: o paciente é derivado para seguimento en consultas externas.
- Paso á modalidade de atención compartida: o paciente é dado de alta na modalidade de hospitalización en HADO pero continúa a asistencia na modalidade de atención compartida, de forma limitada no tempo, co equipo de atención primaria ou co equipo sanitario responsable no centro residencial.
- Éxito: o paciente falece no domicilio.
- Outros motivos.

Eixo 3. Definir a carteira de servizos da hospitalización a domicilio

OBXECTIVO ESTRATÉXICO: NORMALIZACIÓN DA CARTEIRA DE SERVIZOS

Unha carteira de servizos no ámbito sanitario é o conxunto de prestacións e procesos organizativos dos que poden beneficiarse os usuarios e o seu obxectivo é garantir unha atención integral, continuada e en condicións de equidade que supoña melloras na saúde da poboación dende unha perspectiva biopsicosocial e baseada na evidencia científica.

No caso da hospitalización a domicilio, esta debe adaptarse ao modelo asistencial prestado e á tipoloxía de pacientes atendidos, tendo en conta as características que definen estas prestacións (complexidade, intensidade e carácter transitorio). Ademais, a carteira de servizos proposta non é unha relación de actividades e procedementos estática no tempo, senón que ten un período de vixencia determinado e precisará modificacións en función dos avances científicos e técnicos.



Desenvolvemento da actividade en hospitalización a domicilio

As funcións e actividades dos equipos de hospitalización a domicilio teñen a súa contorna natural no domicilio do paciente, aínda que parte delas poden desenvolverse nos centros hospitalarios. Esta epígrafe estruturouse tendo en conta esta dobre contorna, así como os procesos fundamentais que integran o traballo habitual de hospitalización a domicilio e o tipo de atención que se presta no domicilio do paciente.

1. No centro hospitalario:

- Valoración da solicitude de ingreso (médico/enfermaría):

Iniciase coa recepción dunha solicitude de ingreso en HADO e remata coa decisión médica pertinente (ingreso ou rexeitamento do mesmo). Consiste na valoración polo equipo de HADO do paciente remitido para ingreso, co fin de establecer o cumprimento dos criterios de ingreso, avaliar clinicamente o paciente e, en caso de ingreso, facilitar os posteriores coidados e asegurar o traslado do paciente ao domicilio. Pola súa banda, os profesionais de enfermaría realizan a identificación e rexistro dos problemas e necesidades de coidados que se requiren ata a chegada ao domicilio.

- Planificación do ingreso no domicilio:

Conxunto de actividades que desenvolve o equipo de HADO, en colaboración cos distintos servizos hospitalarios e outros externos, para coordinar o ingreso de novos pacientes na unidade. Inclúe as actividades de coordinación do ingreso, preparación e entrega de medicación e material sanitario.

- Solicitude e xestión de probas diagnósticas e de consultas hospitalarias:

En determinadas ocasións, os pacientes ingresados en HADO requiren dunha proba diagnóstica ou consulta médica de rango hospitalario, que non pode ser realizada no domicilio. Nestes casos, o médico de HADO pode tramitar a derivación oportuna para, por exemplo, a realización de probas radiolóxicas, endoscopias, analíticas xerais, probas específicas, etc.

- Comunicación/coordinación con outros profesionais que atenden o paciente para unificar criterios de actuación, compartir información, etc.

- Preparación da alta (alta médica/alta de enfermaría):

Avaliación das necesidades para trasladar a atención e os coidados do paciente dende a unidade de HADO a outro nivel ou recurso asistencial, independentemente da circunstancia da alta.

- Interconsulta hospitalaria ao equipo de HADO:

Todas aquelas intervencións que realizan os equipos de HADO a petición doutros servizos de hospitalización, para atención complementaria dun paciente, avaliación de complicacións ou necesidade de valoración diagnóstica adicional.

- Consulta externa de soporte de coidados paliativos:

As unidades de hospitalización a domicilio, incorporan na súa carteira de servizos a atención a pacientes con enfermidade crónica avanzada e con necesidade de atención paliativa, tal como se recolle no Plan Galego de Coidados Paliativos. No momento actual, algúns centros hospitalarios do Servizo Galego de Saúde, contan na súa carteira de servizos cunha consulta externa de soporte de coidados paliativos.

2. No domicilio do paciente:

- Valoración da solicitude de ingreso. Visita inicial do equipo de HADO:

Iniciase coa recepción dunha proposta de ingreso en HADO e remata coa decisión médica pertinente (ingreso ou rexeitamento). Consiste na valoración polo equipo de HADO do paciente remitido para ingreso, co fin de establecer o cumprimento dos criterios de ingreso, avaliar clinicamente o paciente e, en caso de ingreso, facilitar os posteriores coidados.

No que respecta á primeira visita realizada por enfermaría, compre destacar as seguintes actividades:

- Valoración inicial de enfermaría en domicilio: valoración integral do estado de saúde do paciente, co obxecto de identificar os diagnósticos e problemas de enfermaría para a súa priorización, elaborar o plan de coidados e iniciar a intervención.
 - Manexo ambiental do domicilio: medidas para adaptar o domicilio ás necesidades de coidado do paciente.
 - Ensinanza ao coidador principal dos coidados básicos de hixiene, alimentación e mobilización do paciente. Adestramento específico na práctica das actividades necesarias para o desenvolvemento do proceso en domicilio.
 - Subministro de material sanitario e medicación hospitalaria.
 - Avaliar e comprobar a adherencia ao tratamento e o manexo do plan de coidados establecidos.
 - Toma de constantes.
- Visitas de control ou sucesivas do equipo de HADO. Seguimento do paciente:
 - Visita básica: atención domiciliaria programada a un paciente ingresado por iniciativa do propio equipo de HADO ou ben incluída na programación establecida no modelo asistencial de atención compartida.
 - Visita básica máis procedemento: igual que no caso anterior, préstase unha atención domiciliaria programada a un paciente ingresado pero, ademais, realízase, no mesmo acto, un procedemento ou técnica diagnóstica ou terapéutica.

- Visita urxente do equipo de HADO:

Visita domiciliaria non programada a un paciente ingresado, por iniciativa do paciente/familiar ou doutro profesional sanitario. A prestación desta actividade realizarase durante as 24 horas, ben polo equipo de HADO, ben polos equipos de atención continuada coordinados a través do 061. En ocasións esta visita requirirá da realización dalgún procedemento e/ou técnica diagnóstica/terapéutica, así como a mobilización dos recursos asistenciais oportunos para a mellor atención do paciente.

- Interconsulta en domicilio:

Ten as mesmas características que unha interconsulta hospitalaria pero para a súa resolución requírese da valoración do paciente no seu domicilio. Nestas visitas domiciliarias, o equipo de HADO avalía clinicamente os pacientes non ingresados, a petición de profesionais de consultas externas hospitalarias, hospital de día ou atención primaria.

A interconsulta pode ser resolta ou ben requirir dun ingreso en HADO, dunha asistencia compartida ou da derivación do paciente a outro ámbito terapéutico.

- Visita de dó:

Visita realizada polo equipo de HADO aos familiares, uns días despois do pasamento do paciente, para axudar ao adecuado desenvolvemento do dó.

3. Consultas telefónicas, electrónicas e teleasistencia domiciliaria:

Durante o ingreso dun paciente en hospitalización a domicilio, é fundamental a comunicación fluída con este e/ou os seus cuidadores. Así, é necesario establecer distintas vías que faciliten a dita comunicación, destacando, a día de hoxe, a consulta telefónica, aínda que a electrónica e a teleasistencia domiciliaria se debuxan como alternativas a medio prazo.

No referente ás consultas telefónicas, estas poden ser programadas ou a demanda. O primeiro tipo de consulta fai referencia ás que son iniciativa dun profesional de HADO, mentres que as denominadas a demanda parten do propio paciente ou os seus cuidadores, tanto se o paciente está ingresado en HADO como se non (pacientes crónicos con programación periódica).

Como xa se comentou, a carteira de servizos é dinámica, polo que poderán ser definidas e incluídas neste apartado as actividades dos profesionais de HADO que deriven do control e atención de pacientes a través das novas plataformas tecnolóxicas. Por outra banda, a actividade realizada será recollida polos sistemas de información corporativos.

4. Proceso de remuda:

Trátase de todos os contactos entre os profesionais de HADO e os de atención primaria, centros residenciais, traballo social, etc., antes de que se produza a alta en HADO, co obxectivo de garantir a continuidade asistencial, aínda que tamén se prevé para a resolución conxunta de casos e transferencia da información clínica.

Catálogo de procedementos

Neste epígrafe relaciónanse os procedementos e/ou técnicas diagnósticas e terapéuticas que integran a carteira de servizos de hospitalización a domicilio sen prexuízo daqueles novos que se poderán incorporar como consecuencia do avance no coñecemento científico e o desenvolvemento de novas técnicas.

A diferenciación do profesional que realiza os distintos procedementos que se recollen a continuación (médico e enfermaría) non é categórica, xa que na práctica asistencial o seu desempeño é realizado por ambos.

Por outra banda, estes procedementos poderán ser desenvolvidos na modalidade de atención compartida cos profesionais de atención primaria.

Diagnósticos:

Médicos

- » Ecografía clínica diagnóstica básica.
- » Paracentese, toracocentese e artrocentese (diagnóstica e/ou evacuadora).
- » Punción lumbar.
- » Aspiración de abscesos para cultivos.
- » Control e valoración de drenaxes.
- » Biopsias.
- » Monitorización non invasiva (holter, electrocardiografía, tensión arterial, pulsioximetría).

Enfermaría

- » Electrocardiografía.
- » Control de constantes.
- » Pulsioximetría.
- » Espirometría.
- » Monitorización glicemia.
- » Control e valoración de drenaxes.
- » Extraccións analíticas:
 - Hematoloxía.
 - Bioquímica, inmunoloxía, hormonas.
 - Análise de ouriños.
 - Estudos anatomopatolóxicos.
 - Niveis plasmáticos de medicamentos.
 - Líquido articular.
 - Gasometría.
 - Estudos de coagulación.
 - Outros.
- » Estudos microbiolóxicos e probas invasivas complementarias.
- » Preparación para estudos radiolóxicos.
- » Valoración nutricional.
- » Aplicación de escalas de valoración estandarizadas (valoración cognitiva, valoración da dor, valoración funcional, etc.)

Terapéuticos:

Médicos

- » Recambio de catéter de sonda suprapúbica.
- » Administración, control e educación sanitaria do manexo de inhaladores, nebulizadores, aerosois e oxixenoterapia.
- » Ventilación mecánica invasiva e non invasiva.
- » Capnografía.
- » Adaptación ao aparello de tos asistida (cough assist).
- » Infiltracións articulares.
- » Transfusións de sangue e hemoderivados (sempre segundo protocolos establecidos co servizo de hematoloxía do centro).
- » Tratamentos endovenosos: inserción e coidados das vías subcutáneas e venosa (periféricas e centrais: catéteres curtos, medios, centrais de inserción periférica (PICC), centrais de inserción subclavia e xugular, centrais tunelizados e reservorios). Educación sanitaria para o autocoidado.

- » Extracción de tapóns auditivos.
- » Taponamento nasal.
- » Prescrición, control e adecuación da medicación. Valoración e axuste da polifarmacia.
- » Extracción manual de fecalomas.
- » Programa de nutrición parenteral.
- » Soporte de diálises peritoneal.
- » Soporte de nutrición enteral.

Enfermaría

- » Recambio de sondas e cánulas.
- » Recambio de sonda de gastrostomía percutánea.
- » Sondaxe nasogástrica.
- » Sondaxe uretral e lavados vesicais.
- » Sondaxe rectal.
- » Manexo de ostomías: seguimento e educación sanitaria do paciente ostomizado (colostomía, ileostomía, gastrostomía, gastroenterostomía, traqueostomía, ureterostomía, nefrostomía).
- » Administración, control e educación sanitaria para o manexo de inhaladores, nebulizadores, aerosois e oxigenoterapia.
- » Extracción de tapóns auditivos.
- » Tratamentos endovenosos:
 - inserción e coidados das vías subcutáneas e venosas periféricas.
 - coidados de vías venosas centrais: catéteres curtos, medios, catéteres centrais de inserción periférica, centrais de inserción subclavia e xugular, centrais tunelizados e reservorios).
- » Manexo de catéter epidural.
- » Formación e adestramento para a autoadministración de medicación por vía subcutánea e intravenosa (por vía periférica e vía central).
- » Formación e adestramento no manexo de infusores e bombas de infusión.
- » Transfusións de sangue e hemoderivados (sempre segundo protocolos establecidos co servizo de hematoloxía do centro).
- » Sangrías terapéuticas.
- » Control e manexo de anticoagulación pautada.
- » Administración de enemas de limpeza con sonda rectal.
- » Control e cura de drenaxes (círúxicas, biliare, pleurais, peritoneais,...).
- » Curas de feridas simples e complexas e desbridamento cirúrxico cortante.
- » Uso e seguimento de sistemas de terapia de presión negativa.
- » Aspiración de secrecións.
- » Fisioterapia respiratoria.
- » Control, administración e subministración de medicación.

Educación sanitaria e apoio psicosocial:

- Valoración integral do paciente psicopatolóxico, xeriátrico e con patoloxías crónicas.
- Promoción e educación para a saúde, incluíndo as vacinacións.
- Planificación compartida de coidados.
- Educación sanitaria, no ámbito familiar do paciente, para o seu coidado (aseo, nutrición, control de pel e mucosas, cambios posturais, manexo da boca seca, soño-vixilia, etc.).
- Educación sanitaria específica ao paciente e/o coidador para o manexo das vías endovenosas e subcutánea, nutrición enteral e parenteral, coidado de curas simples e complexas, administración de medicamentos vía parenteral (endovenosa e subcutánea), manexo de insulinas, etc.
- Asesoramento para a realización do documento de instrucións previas e toma de decisións conxuntas.
- Xestión de axuda psicosocial.

Coidados paliativos e/ou coidados de final de ciclo vital:

- Control de síntomas: dor, urinarios, gastrointestinais e outros.
- Coidados e confort do paciente: cambios posturais, coidados da boca, prevención de úlceras por presión, nutrición, etc.
- Apoio psicolóxico e espiritual ao paciente/familia.
- Adestramento familiar e acompañamento ao paciente e á familia.
- Instauración de sedación. Control/revisión da sedación e acompañamento.
- Axuda e asesoramento para o rexistro de vontades anticipadas (documento de instrucións previas).
- Acompañamento no dó.

Eixo 4. Homoxeneizar a rede asistencial de HADO

OBXECTIVO ESTRATÉGICO: DEFINIR AS CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURAIS DA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

A asistencia ao paciente no ámbito domiciliario establécese como unha aposta de futuro do Servizo Galego de Saúde. Co obxectivo de poder ofertar á poboación de Galicia un acceso equitativo a unha hospitalización a domicilio de calidade, considérase necesario normalizar a rede asistencial do modo máis apropiado e eficiente posible. Con todo, as particularidades territoriais e poboacionais de Galicia obrigan a adaptar os recursos e o modelo asistencial dos distintos servizos de hospitalización a domicilio, en función da dispersión/concentración poboacional e da complexidade da poboación asignada.

Neste epígrafe preténdese definir as características estruturais, organizativas e funcionais das unidades de hospitalización a domicilio do Servizo Galego de Saúde, tendo en conta que se deberán adecuar á idiosincrasia de cada área sanitaria, así como que o seu desenvolvemento será realizado paulatinamente nos próximos anos e en función dos recursos dispoñibles.

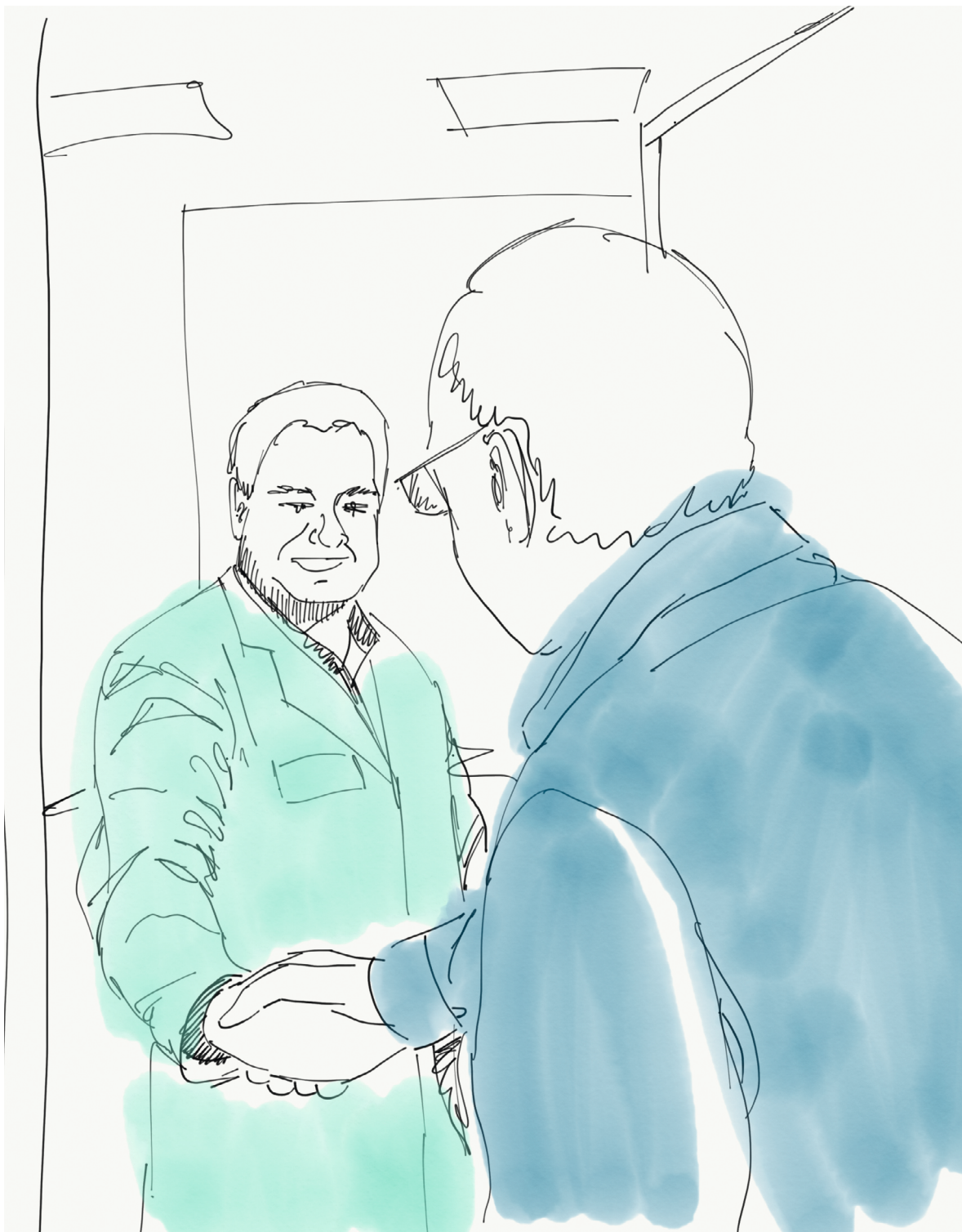
As características comúns das unidades de HADO que se establecen como óptimas e que serán acadadas progresivamente, son as seguintes:

- Os profesionais dos equipos de hospitalización a domicilio constituiranse como unidades ou servizos, con dependencia funcional directa da estrutura directiva correspondente da área sanitaria, do mesmo xeito que calquera outro servizo hospitalario.
- É necesario traballar cara a un modelo de hospitalización a domicilio que potencie a atención experta, próxima e de calidade. A este modelo pode contribuír a acreditación e validación competencial dos profesionais sanitarios de HADO, así como a dotación dunha categoría profesional propia independente doutros servizos clínicos.
- De maneira óptima, considérase que un equipo de hospitalización a domicilio constitúeno un médico e dous profesionais de enfermaría. Con todo, esta dotación será dimensionada en función do número de equipos que constitúen a unidade, o horario de cobertura de HADO e as necesidades asistenciais obxectivables.
- A xestión da atención domiciliar hospitalaria terá como obxectivo acadar a cobertura da poboación de referencia da área sanitaria, en calquera das modalidades asistenciais de HADO. Así, organizarase a estrutura das unidades/servizos de HADO, adecuando o número e distribución dos equipos ás características propias da área de influencia do/s centros sanitarios correspondentes. Como referencia, pódese establecer como ratio idónea un equipo por cada 40-50.000 habitantes.

A dispersión xeográfica e poboacional característica de Galicia dificulta a extensión deste tipo de atención á totalidade da poboación. Por este motivo, poderase considerar a oportunidade de contar con unidades satélites de HADO nos lugares mais afastados, dimensionándoas en función das necesidades asistenciais. Por outra banda, a implantación de novas ferramentas e tecnoloxías, como a consulta electrónica ou a teleasistencia, pode facilitar a atención dos pacientes que residen nestas zonas.

- A xestión da actividade asistencial dos profesionais de HADO deberá ter en conta as características xeográficas e poboacionais da área de referencia, así como a complexidade dos pacientes atendidos ou o tipo de procedemento/técnica.

Dada a dificultade de estandarizar os tempos necesarios para a correcta atención dos pacientes ingresados en HADO, propuxéronse distintas fórmulas para avaliar a complexidade da asistencia e dimensionar as axendas ou actividade dos equipos de HADO. Sirva de orientación, a aplicación dun coeficiente de ponderación a cada modelo asistencial ou establecer un número de pacientes por equipo que oscile entre os 10-12 pacientes.



Eixo 5. Desenvolver os sistemas de información de HADO

Para poder estender unha hospitalización a domicilio de calidade a toda a poboación de Galicia, é necesario dispoñer dun sistema de información que considere as características propias dun ámbito asistencial que se caracteriza pola singularidade de desenvolver a maior parte da súa actividade fóra do hospital, no domicilio do paciente.

Os sistemas de información de HADO deben permitir que a información poida ser xerada e recuperada no domicilio do paciente pero, ademais, deben garantir que esa información poida ser compartida entre os distintos profesionais sanitarios e ámbitos que participan na atención.

Por todo iso, o Servizo Galego de Saúde vén de implementar accións de mellora nos sistemas de información -modificando funcionalidades das aplicacións informáticas corporativas- e no equipamento dos profesionais de HADO e dotándoos dos dispositivos físicos electrónicos necesarios para facilitar a integración no ámbito domiciliario.

O desenvolvemento dun sistema de información específico, adecuado e potente debe ser considerado un dos eixos estratéxicos deste plan para facer fronte aos retos actuais e futuros que presenta a hospitalización a domicilio.

OBXECTIVO ESTRATÉXICO 1: DISPOÑER DAS FERRAMENTAS QUE PERMITAN A XESTIÓN DA INFORMACIÓN CLÍNICO-ASISTENCIAL DOS PACIENTES DE HADO

A historia clínica electrónica en domicilio

A historia clínica electrónica do Servizo Galego de Saúde é a ferramenta fundamental dos sistemas de información que fai posible a confluencia e integración dos diferentes ámbitos asistenciais. Permite, ademais, o acceso e manexo da información clínica do paciente agrupada arredor dun proceso asistencial, no que participan todos os profesionais compartindo un único soporte.

O desenvolvemento da actividade asistencial no domicilio do paciente obriga a dispoñer de ferramentas que permitan o soporte da historia clínica fóra do ámbito do hospital. A Historia Clínica en Movilidad (HCEMOV) do Servizo Galego de Saúde foi deseñada para unificar, concentrar, coordinar e compartir a información clínica xerada nese ámbito, cumprindo con ese obxectivo.

Para a correcta utilización de HCEMOV é necesario que os profesionais de HADO dispoñan de dispositivos físicos fáciles de transportar e interconectados, que permitan o acceso á historia clínica electrónica en mobilidade. Así, a información clínica xerada durante a atención domiciliaria estará inmediatamente dispoñible para o resto dos profesionais que participen na atención, garantindo a integración e a continuidade asistencial e mellorando a calidade desta e a seguridade do paciente.

A optimización da historia clínica electrónica en mobilidade levará a progresiva incorporación de novas funcionalidades destinadas a mellorar a atención sanitaria no domicilio, como o rexistro automático de medicións de constantes vitais (temperatura, tensión arterial, pulsioximetría, frecuencia cardíaca e respiratoria, etc.), a integración automática de probas diagnósticas e incluso a posibilidade de impresión dos informes clínicos.

Sistema de información para a xestión do fluxo asistencial do paciente

As ferramentas desenvolvidas en relación coas novas tecnoloxías da información permitirán aos profesionais de HADO xestionar o fluxo asistencial do paciente dende o propio lugar no que se presta a atención, a través dun módulo específico de hospitalización a domicilio na historia clínica electrónica.

As utilidades e o funcionamento deste sistema de información descríbese a continuación:

Solicitud de valoración de ingreso en HADO:

Un profesional de calquera ámbito asistencial poderá solicitar a valoración, para o ingreso dun paciente en HADO, directamente dende a historia clínica electrónica.

No momento que existe unha solicitude de valoración de ingreso para un paciente, o médico do equipo de HADO recibirá un aviso automático de que ten pacientes pendentes de valorar e poderá acceder á información clínica do paciente. Valorado o paciente, o médico de HADO resolverá a solicitude no mesmo soporte de información compartida.

Todo o procedemento será realizado dende a propia historia clínica electrónica, dentro ou fóra dos centros sanitarios e a información xerada estará inmediatamente dispoñible para todos os profesionais participantes, garantindo a rastrexabilidade do proceso asistencial.

Procedemento de ingreso en HADO:

Como foi sinalado, a solicitude de valoración para o ingreso de pacientes en HADO será resolta directamente dende a historia clínica electrónica. De ser aceptado o ingreso, éste realizarase de xeito automático e quedará rexistrado na historia clínica electrónica, así como nos sistemas de información administrativos e de xestión do centro hospitalario:

- Sistemas de información de laboratorio.
- Sistemas de información e xestión de probas diagnósticas.
- Prescrición electrónica de medicación hospitalaria e extrahospitalaria.
- Plataforma de teleasistencia domiciliaria.
- Calquera outro sistema de información.

Xestión da interconsulta:

A Petición electrónica é a funcionalidade da historia clínica electrónica a través da cal un profesional pode realizar unha interconsulta a outro durante o proceso asistencial dun paciente.

O Xestor de Peticións Electrónico (XPE) é a ferramenta que permite xestionar na propia historia clínica solicitudes de probas ou consultas desde os hospitais ou os centros de saúde de todo o Servizo Galego de Saúde.

Utilizando esta ferramenta electrónica, os profesionais dos equipos de atención primaria poderán solicitar una interconsulta ao equipo de HADO dende un episodio de atención rexistrado na historia clínica electrónica. Pola súa parte, o equipo de HADO responderá a consulta na historia clínica. Toda a información asociada a esa atención, dende os datos administrativos ao informe clínico asistencial derivado da consulta, quedarán recollidos na historia do paciente e tanto o profesional petionario como o responsable da resolución da consulta poderán coñecer en todo momento en que punto do proceso se atopa a solicitude.

A xestión electrónica da interconsulta posibilitará a comunicación entre os equipos de HADO e os equipos de atención primaria na aplicación do modelo asistencial de interconsulta, garantindo a comunicación entre os dous niveis asistenciais.

As interconsultas entre hospitalización a domicilio e outros servizos do hospital serán tramitadas dende o nodo de interconsulta hospitalaria da historia clínica electrónica, sen prexuízo do desenvolvemento de novas funcionalidades neste ámbito.

Atención/xestión compartida:

A aplicación do modelo asistencial de atención compartida contará co seu propio soporte nos sistemas de información, ben a través do xestor de peticións electrónicas ou ben a través doutras ferramentas de soporte que se deseñen para garantir o adecuado desenvolvemento e mantemento deste modelo asistencial.

Rexistro da atención de enfermaría:

A historia clínica electrónica facilitará a agrupación da información arredor dos procesos asistenciais, permitindo facer un seguimento integral do paciente. A nova historia clínica electrónica contará con funcionalidades que permitirán aos profesionais de enfermaría o acceso e rexistro de plans de coidados, rexistro de vías, repositorio de variables clínicas, xestión de ordes médicas, escalas, etc.



OBXECTIVO ESTRATÉGICO 2: DISPOÑER DA INFORMACIÓN NECESARIA PARA A ATENCIÓN CONTINUADA DO PACIENTE

Os profesionais da Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 e dos puntos de atención continuada (PAC) prestan atención sanitaria aos pacientes ingresados en hospitalización a domicilio, fóra do horario de cobertura destas unidades. Co fin de garantir a continuidade asistencial e a seguridade do paciente, é necesario dispoñer de sistemas de información corporativos axeitados e que a atención prestada por calquera profesional sexa rexistrada neles. A continuación, detállanse as ferramentas informáticas que contribúen a esa finalidade.

Sistemas de notificacións de asistencia e rexistro clínico-asistencial

Rexistro na historia clínica electrónica:

A historia clínica electrónica é a ferramenta de rexistro da atención sanitaria do paciente. Para que a asistencia sexa compartida, continuada e segura e o sistema de notificacións funcione, é imprescindible o rexistro na historia clínica electrónica da atención prestada polo de equipo do 061 ou do punto de atención continuada.

Notificación automática ao 061 do censo de pacientes ingresados en HADO:

O 061 contará en todo momento cun censo actualizado de pacientes ingresados en HADO.

O ingreso en HADO dun novo paciente será notificado automaticamente aos sistemas de información do 061 no momento en que o médico de HADO acepta a solicitude de ingreso na historia clínica electrónica. No caso de que un paciente ingresado en HADO precise contactar co 061, o profesional que atende a chamada terá constancia de que se trata dun paciente ingresado nesa modalidade asistencial.

Notificación automática do contacto co 061 dun paciente ingresado en HADO:

Por outra banda, o equipo de HADO contará con información sobre os pacientes ingresados que precisaron atención fóra do seu horario de cobertura. Cando o 061 rexistre a atención a un paciente ingresado en HADO, o sistema de notificacións enviará un aviso automático á historia clínica electrónica, que poderá ser visualizado polo equipo de HADO.

A plataforma de teleasistencia domiciliaria - TELEA

Telea é a plataforma de teleasistencia domiciliaria que o Servizo Galego de Saúde pon á disposición dos pacientes crónicos para mellorar o seu seguimento terapéutico. Facilita o acceso telemático do paciente a diversos servizos asistenciais e permite o control clínico no domicilio. Estas características fan que Telea sexa particularmente útil no ámbito da hospitalización a domicilio.

Así, a plataforma de teleasistencia TELEA propónse como unha ferramenta facilitadora da xestión dos autocoidados do paciente, da comunicación entre o paciente/coidador co equipo de HADO e da comunicación entre os distintos profesionais que interveñen na asistencia, xa que permite:

- Dispoñer dun portal para o paciente/coidador para a xestión dos autocoidados dende o domicilio. Poden rexistrar variables clínicas obtidas por automedida (peso, tensión arterial, glicemia, saturación de oxíxeno, etc.), así como escalas de valoración e cuestionarios en relación coa evolución da súa enfermidade, quedando o resultado da información dispoñible para os profesionais responsables da súa atención.

- Dispoñer de información permanente para o seguimento asistencial, xa que o equipo sanitario recibirá unha notificación cando un paciente ingresado realiza un novo rexistro. Tamén recibirán notificación o 061 e o equipo de atención primaria.
- Establecer mensaxería asíncrona entre o paciente/coidador e o equipo sanitario, ao que pode facer consultas, comunicar cambios no seu estado de saúde o calquera cuestión de interese.
- Establecer atención compartida: o profesional asignado na plataforma como responsable do coidado do paciente pode asignar outros profesionais para a atención, de xeito que pode configurar un equipo compartido de profesionais que participan na asistencia.
- Realizar televisitas: a plataforma permite a realización de televisitas a través de videoconferencia directa co paciente/coidador e acceso telefónico directo entre o paciente e o equipo de HADO.
- Notificar alertas: existirá un centro de notificación de alertas e avisos asociados a pacientes en teleseguimento.
- Potenciar o papel do coidador do paciente, que pode interactuar co sistema transmitindo e recibindo información do paciente, resolvendo dúbidas e adecuando a atención ás súas propias necesidades.

OBXECTIVO ESTRATÉXICO 3: NORMALIZACIÓN DA INFORMACIÓN CLÍNICO ASISTENCIAL

Normalización da información clínica:

A historia clínica é o documento fundamental na relación médico paciente, onde todos os datos clínicos do paciente quedan fielmente reflectidos; o profesional sanitario ten o deber e o dereito irrenunciabes de redactala.

Por outra banda, os sistemas de información deben contar cun rexistro de información clínica estruturada e normalizada, resultado de dotar os problemas de saúde e situacións clínicas dunha semántica comprensible, controlada e comunicable, para que poida ser compartida e universalmente comprendida.

Neste contexto, a historia clínica electrónica do Servizo Galego de Saúde normaliza a información clínica coa integración dos sistemas de clasificación internacionalmente aceptados e establecidos para o rexistro dos problemas de saúde ou procesos de enfermidade (CIE 10, CIAP2, SNOMED,...) e para a planificación de coidados de enfermaría (NANDA, NOC, NIC).

A normalización da información clínica é imprescindible para que esta resulte inequivocamente comprensible e comparable, pero tamén para a posterior realización de estudos estatísticos poboacionais, no marco da investigación, planificación sanitaria e outros.

Normalización da información da actividade asistencial:

- Identificación e rexistro da actividade asistencial:

O Catálogo de procedementos normalizados (CAPNOR) é o instrumento do sistema público de saúde de Galicia que ordena un conxunto de actividades diagnósticas e/ou terapéuticas definidas en función de criterios apropiados á xestión da demanda asistencial. A clasificación normaliza e agrupa os procedementos diagnósticos e terapéuticos, pero tamén os actos administrativos e actividades de consultoría, identificadas de forma unívoca (código) e referente único e común para todos os centros do Servizo Galego de Saúde.

En hospitalización a domicilio, o Catálogo de procedementos normalizados será empregado para rexistrar as actividades que solicitan os profesionais nas peticións electrónicas, para a organización e programación da actividade asistencial e para a captura dos datos de actividade realizada e a súa posterior análise nos sistemas de información e de xestión asistencial.

A identificación con CAPNOR das actividades asistenciais no ámbito de HADO permitirá sistematizar o proceso de programación, avaliar os resultados nos diferentes centros da rede pública e difundir indicadores de calidade e os prazos de realización do proceso asistencial.

- Conxunto mínimo básico de datos (CMBD). Codificación clínica da actividade asistencial:

O conxunto mínimo básico de datos á alta hospitalaria é o núcleo de información mínima común sobre os episodios de hospitalización que se establece como base para a xestión, a planificación e a avaliación dos coidados e servizos sanitarios, así como para a investigación epidemiolóxica e clínica.

O Real decreto 69/2015, por el que se regula o Rexistro de Actividade de Atención Sanitaria Especializada, establece a hospitalización a domicilio como unha das modalidades hospitalarias incluídas no ámbito de aplicación do rexistro. A codificación clínica dos episodios de alta en hospitalización a domicilio iniciouse en Galicia no ano 2014 coa clasificación CIE9-MC (9ª edición) e a partir de 2016 coa clasificación CIE10-ES.

A codificación dos episodios de alta de hospitalización en HADO visualízase na historia clínica electrónica do paciente xunto cos episodios do ámbito de hospitalización convencional.

OBXECTIVO ESTRATÉXICO 4: ANÁLISE DA INFORMACIÓN PARA A XESTIÓN DA ACTIVIDADE

Os sistemas de información de análises complexas (SIAC) do Servizo Galego de Saúde dispoñen da información necesaria para cuantificar e manter os indicadores establecidos.

Dentro deste sistema de información, a área analítica de hospitalización con ingreso (SIAC HOS) permite a explotación e análise da información de hospitalización a domicilio. Os indicadores resultantes son os instrumentos de medida da actividade e consecución de obxectivos no marco de análises complexas para o deseño e avaliación das estratexias da organización.

Os sistemas de análises complexas para HADO permiten combinar indicadores de episodios e subepisodios, indicadores da área analítica, indicadores da área analítica de visitas e actividades CAPNOR, xunto coa información extraída da codificación diagnóstica e terapéutica de todos os episodios de hospitalización.

Coa posta en marcha do Plan galego de hospitalización a domicilio, este sistema de información deberá adecuarse aos indicadores establecidos nel, coa finalidade de servir como un instrumento máis na mellora continua da actividade desenvolvida en hospitalización a domicilio.

Eixo 6. Promover a formación e a investigación

OBXECTIVO ESTRATÉGICO 1: FACILITAR A FORMACIÓN ACTUALIZADA A TODOS OS PROFESIONAIS

A calidade e a eficiencia do Servizo Galego de Saúde dependen, en gran medida, das competencias dos seus profesionais. O continuo perfeccionamento e a adquisición de novos coñecementos, capacidades e habilidades contribúen a manter e optimizar o excelente nivel dos servizos sanitarios.

Neste senso, a formación amósase como unha das ferramentas máis adecuadas para mellorar e adecuar, pola vía da capacitación profesional, os servizos sanitarios ás demandas da poboación.

No que respecta á hospitalización a domicilio, considérase fundamental o desenvolvemento de dúas liñas de actuación:

- Facilitar a formación/capacitación dos profesionais de HADO.
- Apoiar e facilitar a docencia nas unidades de HADO: pregrao e posgrao.

Facilitar a formación/capacitación

No marco do Real decreto 639/2015, regúlanse os diplomas de acreditación e os diplomas de acreditación avanzada. Estes diplomas teñen carácter oficial, reserva de denominación e validez en todo o territorio nacional. Ademais, incorpóranse ao Rexistro Estatal de Profesionais Sanitarios, coa finalidade de seguir incrementando as garantías de seguridade na asistencia prestada aos pacientes.

A normativa indica que hai dous tipos de diplomas: acreditación e acreditación avanzada.

Na actualidade están a traballar coordinadamente o Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social, as comunidades autónomas e as sociedades científicas, no borrador dun diploma de acreditación para os profesionais que desempeñen as súas funcións en unidades de hospitalización a domicilio.

Unha vez que estean definidas as competencias e a unidade funcional de coñecemento do dito diploma, e coa finalidade de facilitar aos profesionais de hospitalización a domicilio o acceso á dita formación competencial, o Servizo Galego de Saúde, a través dos responsables de seguimento do Plan para a normalización da hospitalización a domicilio, realizará as seguintes actividades:

- unha enquisa dirixida a todos os profesionais de hospitalización a domicilio, co obxecto de establecer as necesidades de formación que completen o deseño curricular do diploma de acreditación.
- Desenvolvemento dun itinerario formativo específico que cubra as necesidades detectadas, tanto teóricas como prácticas.

Apoiar e facilitar a docencia: pregrao e posgrao

A formación sanitaria en ciencias da saúde ten carácter regulado e oficial. O seu obxectivo é dotar os profesionais sanitarios dos coñecementos, técnicas e habilidades necesarios que garantan unha elevada calidade asistencial e unha atención ao usuario integral e eficiente.

Os programas formativos de especialistas en ciencias da saúde son elaborados pola Comisión Nacional da especialidade correspondente e aprobados polo Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social.

Neles establécense os obxectivos e as competencias que adquirirá o especialista en formación a través dos cursos contidos no programa.

Neste sentido os responsables do seguimento do plan estratéxico traballarán en coordinación cos responsables dos programas docentes do sistema público galego en dúas liñas de traballo:

- consolidar a inclusión de rotacións nas unidades de hospitalización a domicilio, no marco dos programas docentes das especialidades de medicina interna, pneumoloxía, xeriatria, medicina de familia e enfermaría familiar e comunitaria.
- Incluír formación específica prego e posgrao en hospitalización a domicilio, así como rotacións dos estudantes de medicina e enfermaría por estas unidades, xa que resulta imprescindible que os estudantes de ciencias da saúde consideren a HADO como unha alternativa á hospitalización convencional eficaz, segura e eficiente.

OBXECTIVO ESTRATÉXICO 2: PROMOVER A INVESTIGACIÓN

No contexto actual de reorientación da sanidade cara ás novas necesidades da poboación, é onde a hospitalización a domicilio adquire maior relevancia. De aí a importancia de contar con proxectos de investigación que poñan en valor este modelo de atención e proporcionen un maior coñecemento do seu impacto na saúde dos pacientes e nos custos e consumo de recursos, así como na satisfacción dos usuarios.

A evidencia científica que ofrecen os estudos publicados a día de hoxe, orienta cara á validez da hospitalización a domicilio como alternativa á hospitalización convencional.

Así, nunha revisión sistemática observouse que os pacientes ingresados en hospitalización a domicilio, na modalidade de alta precoz, non presentaban diferenzas en canto á mortalidade e a taxa de readmisión hospitalaria en comparación coa hospitalización convencional. Os autores tamén realizaron unha análise comparativa dos custos e satisfacción dos pacientes e, aínda que no primeiro caso non atoparon diferenzas significativas, si observaron unha satisfacción significativamente maior nos pacientes en hospitalización a domicilio na modalidade de alta temperá. Este maior grao de satisfacción dos pacientes e dos seus coidadores foi tamén observado noutro estudo, no que se comparaba a modalidade de hospitalización a domicilio (substitutiva do ingreso hospitalario) respecto á hospitalización convencional, en pacientes anciáns con pneumonía, celulite e exacerbacións de enfermidade pulmonar obstrutiva crónica e insuficiencia cardíaca.

Doutra banda, realizáronse estudos do impacto da hospitalización a domicilio no manexo de determinadas patoloxías con resultados que suxiren que esta modalidade podería ser beneficiosa en canto á diminución das readmisións hospitalarias por insuficiencia cardíaca, a duración da estada e o grao de dependencia no ictus ou o custo sanitario na enfermidade pulmonar obstrutiva crónica.

Con todo, e a pesar de ser estudos baseados en ensaios clínicos aleatorizados, a calidade da evidencia aínda é entre moderada e baixa. Ademais, trátase de estudos que avalían diferentes poboacións, estruturas organizativas e intervencións que orixinan resultados heteroxéneos que complican a análise profunda dos programas de hospitalización a domicilio.

Debido a todo o anterior, é imprescindible deseñar estratexias que permitan a investigación a través da aplicación de diferentes metodoloxías (ensaios clínicos multicéntricos e estudos observacionais), para continuar avanzando no coñecemento da hospitalización a domicilio, en canto á súa eficacia, seguridade clínica e eficiencia comparada coa hospitalización convencional e á súa efectividade no contexto da



práctica clínica habitual (investigación de resultados en saúde). Estas estratexias deberán promover a investigación e a análise de diferentes resultados en saúde, como resultados clínicos, resultados centrados nos usuarios (paciente e familiares/coidadores) e económicos.

Polo tanto, as liñas de investigación focalizaranse de forma prioritaria nas seguintes áreas:

Investigación de resultados clínicos

Co obxectivo de avaliar os beneficios terapéuticos da hospitalización a domicilio, a súa eficacia e efectividade clínica, a través de ensaios clínicos, estudos observacionais e estudos baseados na práctica clínica habitual (resultados en saúde). Orientarase á análise de obxectivos de relevancia clínica como mortalidade e morbilidade (exacerbacións, complicacións, reingresos, recidivas, etc.) en función de factores clave como as características dos pacientes, as patoloxías máis frecuentemente atendidas ou as características do centro de atención primaria, centro residencial ou do hospital que solicita derivación (para neutralizar a eficiencia atribuíble a cada centro).

Investigación centrada nos usuarios

Coa finalidade de obter información dos resultados percibidos polo paciente e os seus familiares ou coidadores. Focalizarase en avaliar o seu grao de satisfacción mediante unha enquisa normalizada e validada para detectar áreas de mellora e establecer as accións correctoras ou modificadoras pertinentes. A enquisa deberá ser multidimensional para abarcar todas aquelas áreas de importancia para o paciente: coordinación, información, tempos de atención, trato recibido polos profesionais, resultados clínicos (manexo da dor), seguridade do paciente, valoración global, etc. Poderanse elaborar enquisas específicas para determinadas patoloxías e/ou as diferentes modalidades de hospitalización a domicilio.

A elaboración e validación da enquisa normalizada de satisfacción dos pacientes/coidadores, será a liña prioritaria de acción das unidades de HADO do Servizo Galego de Saúde. Esta enquisa será realizada con periodicidade anual e estableceranse as áreas de mellora con base nos seus resultados.

Investigación mediante técnicas cualitativas (grupos focais con profesionais e pacientes)

- Valoración da experiencia dos pacientes/coidadores respecto á HADO, avaliar as súas necesidades e preferencias e identificar os obstáculos que poidan dificultar o desenvolvemento deste modelo de atención.
- Valoración da experiencia dos profesionais dos servizos hospitalarios e ambulatorios que interactúasen con HADO así como dos propios equipos de hospitalización a domicilio.

Investigación orientada a avaliar a calidade e seguridade da asistencia prestada a través da hospitalización a domicilio

Co obxectivo de identificar e analizar os puntos críticos para a seguridade do paciente e as áreas de mellora na asistencia e así establecer as medidas necesarias para proporcionar unha atención máis segura e de maior calidade.

Investigación orientada á análise das actividades asistenciais, procedementos e técnicas desenvolto en hospitalización a domicilio e dos seus custos

Co obxectivo de identificar as variables relacionadas co consumo de recursos nesta modalidade asistencial.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



**Plan de comunicación da
Hospitalización a Domicilio do
Servizo Galego de Saúde**

Nun sentido académico, a comunicación é a acción consciente de intercambiar información entre dous ou máis participantes co fin de transmitir ou recibir información ou opinións distintas. É, polo tanto, unha ferramenta que permite compartir valores entre grupos de interese.

Un plan de comunicación debe ser o marco que encadre e coordine as diferentes accións de comunicación (interna e externa) dunha organización. Debe planificar todos os aspectos dela dun xeito coordinado, establecendo a información que se vai transmitir, o momento no que se debe difundir, as persoas emisoras e destinatarias e a canle máis apropiada en cada situación.

Debe permitir que unha organización se comunique entre si, comunique ben a súa mensaxe ao exterior e que ao mesmo tempo estea ben comunicada con outras organizacións.

Aínda que un enfoque integral da comunicación abarca varias dimensións, non é menos certo que cada organización adapta ás súas necesidades específicas en cada momento, agrupándoas en áreas que lle permitan desenvolve-la dun xeito máis eficaz.

En relación coa hospitalización a domicilio do Servizo Galego de Saúde, o plan de comunicación deseñado está orientado a ampliar o coñecemento que da hospitalización a domicilio teñen os profesionais da organización (comunicación interna), fomentando a relación de cooperación entre as unidades de hospitalización a domicilio e outros servizos da organización, sen esquecer a importancia da comunicación coa cidadanía (comunicación externa).

Para o desenvolvemento deste plan requírense os seguintes recursos:

- Un equipo multidisciplinar coordinado desde a dirección xeral de Asistencia Sanitaria capaz de planificar e xerar contidos.
- Estructuras directivas da organización que poidan dar soporte técnico aos contidos.
- Outros recursos que permitan levar a cabo as liñas de acción deseñadas.

Metodoloxía de priorización:

Co obxectivo de orientar o equipo de traballo sobre a incidencia duns elementos sobre outros, propúxose a seguinte priorización con base en dous criterios:

- Impacto na imaxe de hospitalización a domicilio: trátase do posible incremento da satisfacción dos profesionais e directivos coa implantación das devanditas accións.
- Facilitade de levar a cabo: determina a simplicidade ou a complexidade para a posta en marcha de cada unha das accións analizadas.



Figura 6: Criterios de priorización das accións de comunicación.

Aínda que este plan de comunicación está orientado a ampliar o coñecemento que da hospitalización a domicilio teñen os profesionais da organización (comunicación interna) sen esquecer a comunicación coa cidadanía (comunicación externa), nun primeiro momento a maior parte das accións están orientadas cara á comunicación interna.

Eixo 1. Accións de comunicación interna

Dentro da comunicación interna, este plan sostense sobre dous alicerces estratéxicos: o equipo de hospitalización a domicilio e todos os profesionais do Servizo Galego de Saúde.

A comunicación orientada cara ao equipo de hospitalización a domicilio agrúpase en catro accións que axuden a crear unha estrutura e imaxe de pertenza. A comunicación orientada cara a todos os profesionais do Servizo Galego de Saúde agrúpase en seis accións que axudan a coñecer e potenciar a imaxe de HADO co resto de profesionais e directivos, segundo se recolle na seguinte figura e no anexo I:

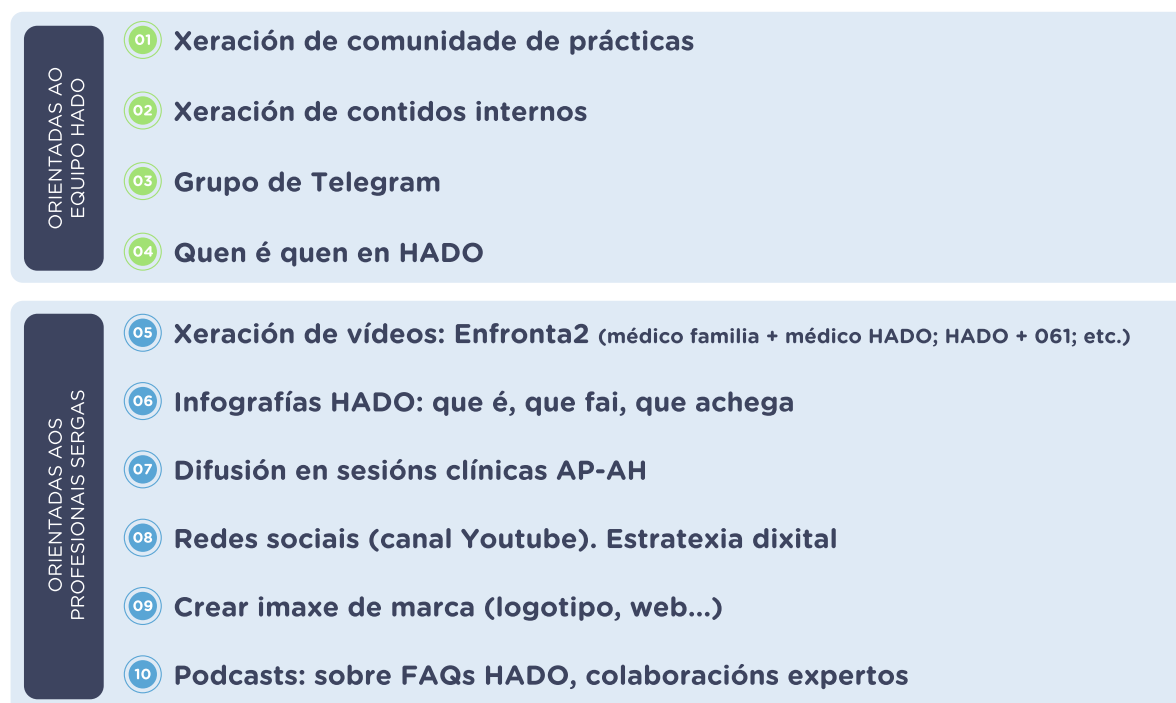


Figura 7: Accións de comunicación interna.

A continuación amósase o mapa de priorización no que se sitúan o conxunto de elementos propostos:

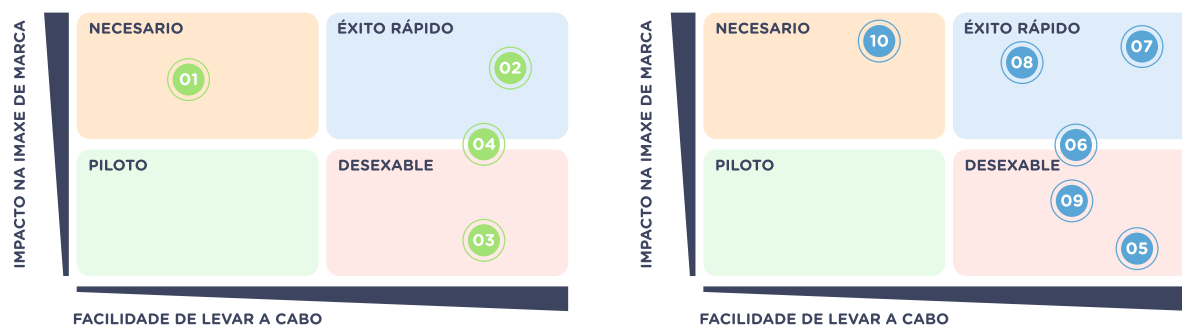


Figura 8: Mapa de priorización das accións de comunicación interna.

OBXECTIVO ESTRATÉXICO 1: DESENVOLVER ACCIÓNS INTERNAS DE COMUNICACIÓN ORIENTADAS AO EQUIPO DE HADO

Xeración de comunidade de prácticas:

Ten como obxectivo desenvolver contornas que favorezan un punto de encontro único para todos os profesionais que levan a cabo o seu traballo nas unidades de hospitalización a domicilio do Servizo Galego de Saúde.

Xeración de contidos internos:

Difundir protocolos, procedementos normalizados de traballo, guías clínicas e calquera outro documento para que sexan coñecidos e aplicados polos profesionais.

Grupos de Telegram:

Utilizar ferramentas e canles de comunicación que permitan compartir en tempo real información relevante e de calidade sobre o traballo desenvolvido polos grupos de traballo internos ou captar e compartir información externa relevante.

Quen é quen en HADO:

Ten como obxectivo identificar e difundir cada un dos roles e profesionais que traballan na rede de HADO e identificar as capacidades e competencias específicas de cada un dos membros dos equipos.

OBXECTIVO ESTRATÉXICO 2: DESENVOLVER ACCIÓNS INTERNAS ORIENTADAS AOS PROFESIONAIS DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

Xeración de vídeos entre profesionais (ENFRONTA2):

Teñen como obxectivo poñer en valor o papel da hospitalización en domicilio dentro da organización sanitaria, así como a destacar a visión holística dela, todo iso a través das experiencias persoais dos profesionais implicados.

Infografías HADO (que é, que fai, que achega):

Teñen como obxectivo describir e dar a coñecer a HADO desde unha perspectiva multidisciplinar.

Difusión en sesións clínicas interdisciplinares:

Teñen como obxectivo impulsar a difusión do valor da hospitalización a domicilio entre profesionais de diferentes niveis asistenciais.

Redes sociais. Estratexia dixital:

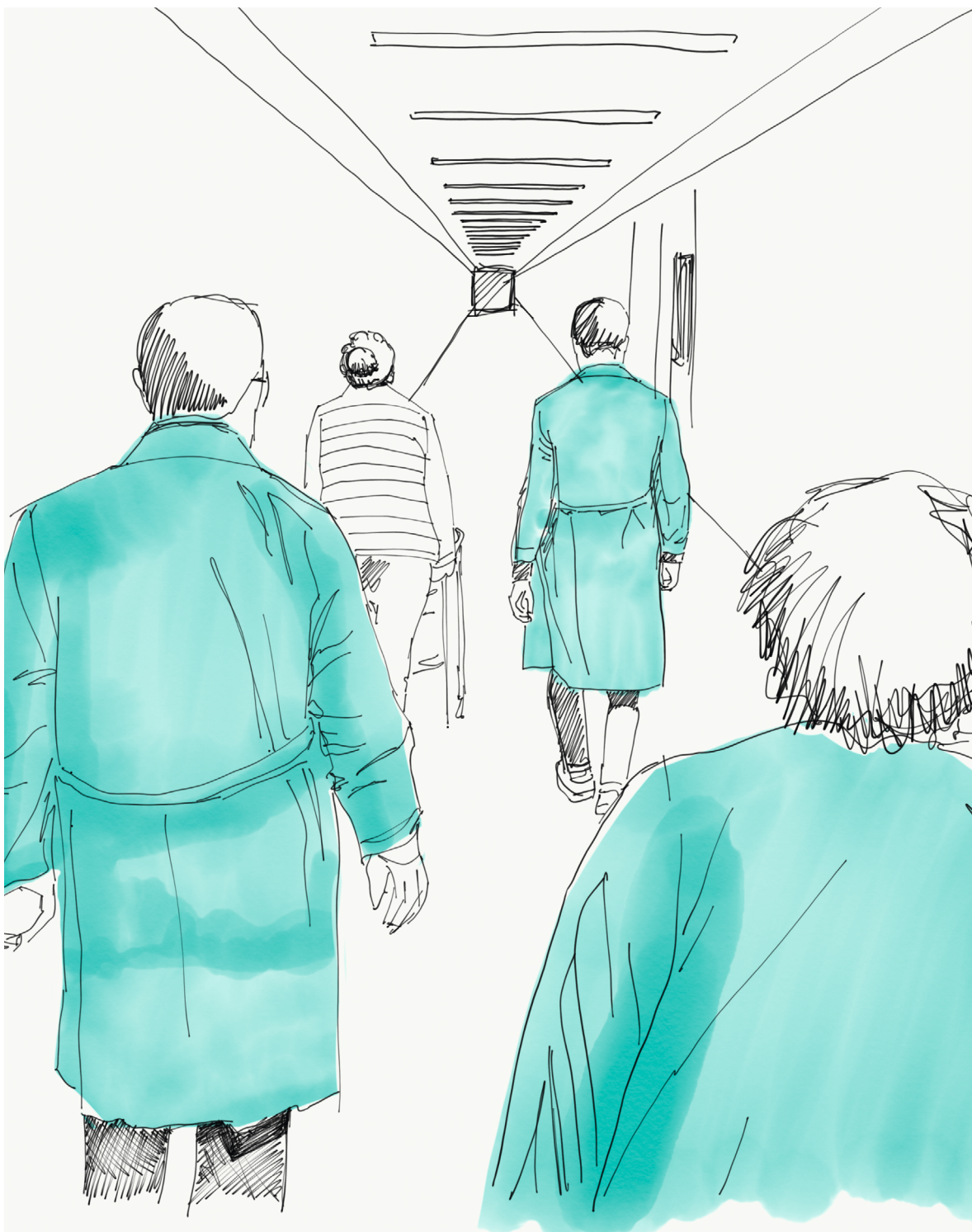
Ten como obxectivo impulsar una estratexia dixital para canalizar e prescribir todos os contidos xerados desde os grupos de traballo de HADO.

Crear imaxe de marca (logotipo):

Co obxectivo de reforzar, unificar e trasladar unha imaxe da hospitalización a domicilio do Servizo Galego de Saúde que a identifique dentro e fóra da organización.

Podcast: sobre preguntas frecuentes sobre hospitalización a domicilio, colaboracións con expertos:

Harmonizar cada un dos protocolos internos de funcionamento para dalos a coñecer. Reforzar e trasladar os elementos clave de hospitalización a domicilio.



Eixo 2. Accións de comunicación externa

A percepción e coñecemento que ten a cidadanía sobre as unidades e equipos de hospitalización a domicilio do Servizo Galego de Saúde é satisfactoria. Non obstante, dentro das accións de mellora continua da organización debe figurar a difusión da información actualizada sobre os servizos ofertados e, polo tanto, é necesario desenvolver accións de comunicación que faciliten á cidadanía un coñecemento actualizado da hospitalización a domicilio.

OBXECTIVO ESTRATÉXICO: DESENVOLVER ACCIÓNS EXTERNAS DE COMUNICACIÓN DIRIXIDAS Á CIDADANÍA

Difundir a imaxe de marca (logotipo):

Co obxectivo de reforzar, unificar e trasladar unha imaxe da hospitalización a domicilio do Servizo Galego de Saúde que a identifique fóra da organización.

Colaborar coa Escola Galega de Saúde para Cidadáns:

Esta colaboración pode contribuír a difundir á cidadanía as prestacións dispensadas polos equipos de hospitalización a domicilio e o seu funcionamento, o que contribuír á mellorar a toma de decisións nos seus procesos de saúde-enfermidade.

Elaborar un manual de acollida para os pacientes:

Un manual de acollida ten como obxectivo principal proporcionar información aos pacientes, familiares e coidadores sobre o funcionamento dun servizo sanitario e falicitar a relación cos profesionais deste. No caso da hospitalización a domicilio, este manual recollerá os aspectos organizativos xerais das actividades desenvolvidas, a carteira de servizos, os teléfonos de contacto e calquera outra información que poida ser de interese.

Crear a comunidade de hospitalización a domicilio en É-Saúde:

É-Saúde é a ferramenta do Sergas de comunicación co cidadá, accesible desde calquera lugar e dispositivo electrónico que lle permite o acceso a servizos e contidos de saúde personalizados.

Co obxectivo de dar a coñecer os servizos e contactos de HADO á poboación, propónse a creación dunha comunidade interactiva non marco de É- Saúde.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



**Plan de calidade asistencial
e mellora continua**

Calquera sistema de atención sanitaria ten como obxectivo garantir unha atención de calidade, segura, eficiente e centrada no paciente. Para iso é necesario analizar os procesos de atención ao paciente e establecer os requisitos de calidade que deben cumprir, identificando os puntos críticos e os riscos para a seguridade do paciente, que deben ser analizados e avaliados para identificar e priorizar as accións de tratamento necesarias para eliminarlos ou, de non ser posible, establecer os controis e barreiras necesarias para minimizar a súa frecuencia e o seu impacto no paciente.

O modelo corporativo de xestión integrada da calidade do Servizo Galego de Saúde susténtase sobre tres alicerces que son fundamentais para garantir unha atención de calidade, segura, equitativa, eficiente e centrada no paciente: a xestión da calidade asistencial, a xestión de riscos para a seguridade do paciente e a atención ao paciente e ao cidadán.

Tendo como obxectivo prioritario impulsar unha atención sanitaria de excelencia centrada nos pacientes e empregando o modelo europeo de xestión baseado na excelencia (EFQM) como referencia, elabórase o plan de calidade de hospitalización a domicilio do Servizo Galego de Saúde, como guía de actuación que contén as dez liñas estratéxicas de excelencia na xestión da calidade (as nove primeiras baseadas no modelo EFQM e a décima no sistema de seguridade e xestión de riscos sanitarios do Servizo Galego de Saúde). A estrutura do plan inclúe, polo tanto:

- Cinco liñas facilitadoras, que indican como debe actuar a organización: liderado, estratexia, alianzas, recursos e, por último, xestión de recursos humanos e xestión de procesos.
- Tres liñas que reflicten os resultados obtidos: resultados na xestión de recursos humanos, resultados na sociedade e resultados clave.
- Dúas liñas transversais a toda a organización e ás liñas anteriores: os pacientes e cidadáns como eixo central do sistema e a seguridade dos pacientes, que debe estar presente en todos os procesos da organización.

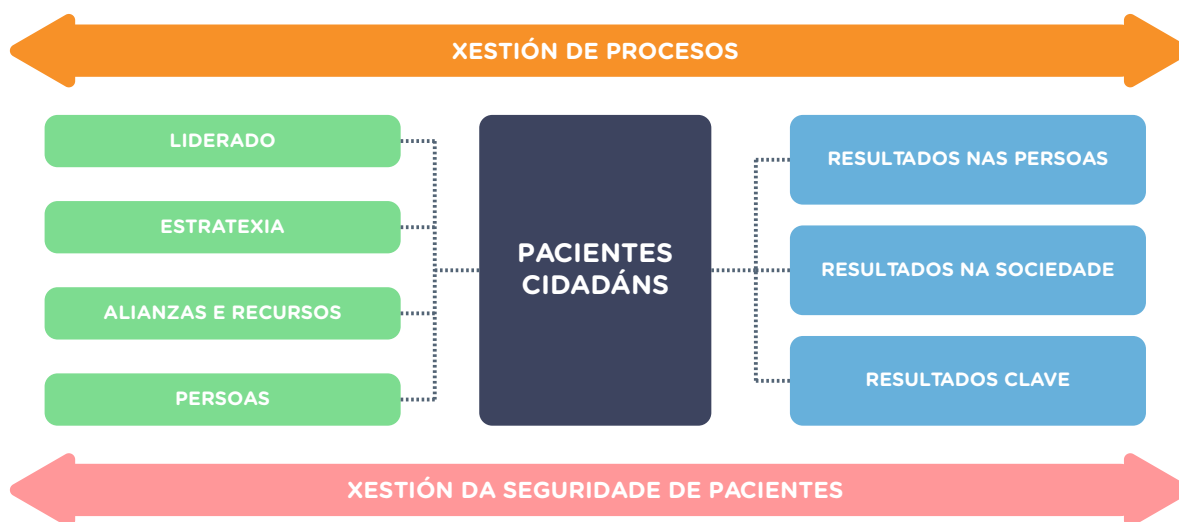


Figura 9: Estrutura do plan de calidade de hospitalización a domicilio.

Por outro lado, este plan de calidade adopta a metodoloxía de mellora continua, de tal maneira que as unidades de hospitalización a domicilio poderán autoavaliarse e comparar o seu desempeño en xestión da calidade entre elas e con outras organizacións similares, mediante a análise dos indicadores de seguimento

LIÑAS ESTRATÉXICAS DO PLAN DE CALIDADE DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Liña estratéxica 1. Liderado

Esta liña céntrase no papel dos directivos e mandos intermedios como líderes que orientan a organización e a focalizan no paciente, fomentando o traballo en equipo, impulsando o cambio e a innovación e comprometéndose na actualización dos coñecementos do equipo.

Obxectivos dos líderes:

- Desenvolver a misión, visión, valores e principios éticos das unidades de hospitalización a domicilio, actuar como modelo de referencia e definir, supervisar, revisar e impulsar a mellora e o rendemento do sistema de xestión por procesos.
- Implicarse cos grupos de interese das unidades de hospitalización a domicilio.
- Reforzar unha cultura de calidade entre as persoas que traballan nas unidades de hospitalización a domicilio, asegurarse de que a organización sexa flexible e xestionar os cambios de maneira eficaz.

Liña estratéxica 2. Estratexia

As unidades de hospitalización a domicilio deben definir a súa estratexia, plans, obxectivos e procesos mostrando como se adecuan, desde as directrices que establece o Plan galego de hospitalización a domicilio.

Obxectivos:

- Desenvolver as políticas enmarcadas no Plan galego de hospitalización a domicilio.
- Comunicar, implantar, revisar e avaliar anualmente a estratexia e as súas políticas.
- Identificar as necesidades e expectativas dos seus grupos de interese.

Liña estratéxica 3. Persoas

Esta liña céntrase na definición dunha política de persoal aliñada coas necesidades do sistema e dos profesionais, principal activo das unidades de hospitalización a domicilio.

Obxectivos da organización:

- Planificar e definir os procesos de xestión das persoas e aliñalos coa estratexia e a estrutura, coas novas tecnoloxías e os procesos clave.
- Identificar, desenvolver e manter o coñecemento e a capacidade dos seus profesionais.
- Fomentar a implicación e a participación dos profesionais das unidades de hospitalización a domicilio nos grupos de mellora e establecer mecanismos de recoñecemento aos traballadores.

Liña estratéxica 4. Alianzas e recursos

A mellora da eficiencia e a sustentabilidade do sistema sanitario require da correcta xestión dos recursos cos que conta a organización e do desenvolvemento das alianzas externas (con outros hospitais, recursos residenciais e establecementos sociosanitarios, a universidade, provedores, empresas aíns ao sector, concellos e entidades locais) que engadan valor á mesma e melloren a participación cidadá.

Obxectivos da unidade de hospitalización a domicilio:

- Planificar e xestionar as alianzas externas para que os seus procesos funcionen de maneira eficaz e sustentable e ser un referente na responsabilidade social corporativa.
- Planificar a xestión sustentable dos recursos e favorecer a seguridade na contorna do paciente.
- Xestionar a tecnoloxía, a información e o coñecemento para apoiar a toma de decisións.

Liña estratéxica 5. Procesos

A definición de procesos asistenciais implica organizar, describir e realizar toda a actividade en función do circuíto que debe seguir o paciente desde a súa entrada no sistema sanitario ata a súa saída. Isto é determinante en hospitalización a domicilio, xa que no proceso de atención participan profesionais de diferentes niveis asistenciais.

A xestión por procesos constitúe unha estratexia crítica para a mellora da calidade, para a integración efectiva entre niveis asistenciais e para diminuír a variabilidade na práctica clínica, centrando a asistencia no paciente.

Obxectivos da unidade de hospitalización a domicilio:

- Definir, documentar e xestionar os seus procesos estratéxicos, clave e de apoio; e establecer os mecanismos de avaliación e mellora continua.

Liña estratéxica 6. Pacientes e cidadáns

A Estratexia do Servizo Galego de Saúde 2020 ten como obxectivo alcanzar e manter un modelo sanitario centrado no paciente, familiares e coidadores que garanta os seus dereitos, prestando unha asistencia segura e de calidade, potenciando a súa participación no sistema e incrementando a súa accesibilidade a el.

Obxectivos da unidade de hospitalización a domicilio:

- Avaliar a percepción dos pacientes respecto á atención recibida e xestionar os resultados obtidos.
- Xestionar a información que recibe de pacientes e cidadáns.
- Velar polo respecto aos dereitos sanitarios de pacientes, familiares e coidadores.
- Ter en conta os aspectos que fan referencia á intimidade e confort do paciente e familiar/coidador, dando o soporte necesario.

Liña estratéxica 7. Resultados nas persoas

O grao de satisfacción dos traballadores mídese fundamentalmente a partir de enquisas de satisfacción e de clima laboral, que, xunto cos indicadores do rendemento, constitúen as principais ferramentas para avaliar a efectividade do enfoque do proceso de xestión e desenvolvemento das persoas. Os resultados obtidos débense empregar tamén para definir os obxectivos e a estratexia da unidade de hospitalización a domicilio.

Obxectivos das unidade de hospitalización a domicilio:

- Avaliar e xestionar a percepción dos traballadores respecto ás súas expectativas, nivel de motivación e grao de satisfacción.
- Establecer unha política adecuada de xestión de recursos humanos.

Liña estratéxica 8. Resultados na sociedade

En consonancia co modelo EFQM, os indicadores encamiñados a medir o impacto da estratexia das unidades de hospitalización a domicilio na sociedade, deberán facer referencia aos tres ámbitos da responsabilidade social corporativa: sustentabilidade ambiental, social e económica.

Obxectivos da unidade de hospitalización a domicilio:

- Actuar como un axente social activo e comprometido coa súa contorna.
- Medir e mellorar a percepción que ten a sociedade respecto da súa actuación como axente comunitario de saúde destacado.
- Reducir ao mínimo o impacto ambiental das súas actividades, propiciando o desenvolvemento sustentable e a preservación e mantemento dos recursos naturais.

Liña estratéxica 9. Resultados clave

As unidades de hospitalización a domicilio deben promover as accións necesarias para consolidar unha cultura organizativa de xestión da calidade que avance na mellora continua dos servizos que prestan. Para iso deben analizar os seus resultados clave para avaliar tendencias, establecer relacións de causalidade e coñecer o impacto que estes resultados poden ter sobre outros indicadores. Ademais, a comparación destes resultados cos doutras organizacións similares (benchmarking) permitirá compartir boas prácticas para a mellora.

Obxectivos da unidade de hospitalización a domicilio:

- Medir e mellorar os resultados clave dos seus procesos estratéxicos, operativos e de soporte.

Liña estratéxica 10. Seguridade do paciente e xestión de riscos sanitarios

A seguridade do paciente é un obxectivo consolidado e común a todos os sistemas de atención sanitaria que constitúe unha dimensión clave da calidade asistencial. Mellorar a seguridade supón incrementar a calidade asistencial en todas as súas dimensións.

Para conseguir unha atención segura e de calidade é necesario identificar e implantar boas prácticas, baseadas na evidencia científica.

Obxectivos das unidades de hospitalización a domicilio:

- Ser líderes na xestión de riscos para a seguridade de pacientes:
 - Implantar os procedementos para a identificación, análise, avaliación e tratamento dos riscos para conseguir unha atención segura dos pacientes.
 - Fomentar a participación e formación dos profesionais, pacientes, familiares e coidadores na xestión dos riscos relacionados coa seguridade do paciente identificados nos procesos de hospitalización a domicilio e aqueles cos que interactúan.
 - Elaborar o mapa de riscos da unidade, así como a listaxe de eventos sentinela.
 - Revisar polo menos un proceso crítico ao ano.
 - Notificar e analizar os incidentes relacionados coa seguridade do paciente utilizando a ferramenta informática SINASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente).

- Implantar os procedementos de prevención e control das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria (IRAS):
 - Hixiene de mans e uso adecuado de luvas.
 - Prevención da infección relacionada con dispositivos (catéter venoso central e periférico, reservorios, ventilación mecánica, sonda uretral/vesical, etc.), infección de sitio cirúrxico e infección por xermes multirresistentes.
 - Identificación e tratamento precoz da sepse.
 - Procedementos para a limpeza, desinfección e esterilización de materiais e equipos.
- Identificar inequivocamente os pacientes (paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto) e as mostras, estudos, probas diagnósticas e documentos do paciente.
- Facer un uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios:
 - Implantar o programa de optimización do uso de antibióticos (PROA) para mellorar o prognóstico dos pacientes, minimizar os eventos adversos, controlar a aparición de resistencias e garantir o uso de tratamentos custo-eficaces.
 - Conciliar a medicación do paciente co ingreso e coa alta da hospitalización no domicilio.
 - Implantar procedementos para garantir o uso seguro dos medicamentos de alto risco e de medicamentos de aspecto e nomes parecidos.
- Mellorar a comunicación e garantir a continuidade asistencial:
 - Incluír no programa de sesións clínicas a revisión de incidentes relacionados coa seguridade do paciente.
 - Informar a todas as partes interesadas sobre os resultados da análise das notificacións realizadas no SINASP e as accións de mellora implantadas, así como dos indicadores de seguimento do desempeño dos procesos da unidade relacionados coa seguridade do paciente.
- Implantar boas prácticas para minimizar os riscos relacionados cos coidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento:
 - Prevención de caídas e lesións asociadas.
 - Prevención de úlceras por presión.
 - Seguridade nas contencións mecánicas.
 - Prevención da malnutrición.
 - Prevención da broncoaspiración.
 - Detección e asistencia ao paciente fráxil.
 - Prevención da deterioración cognitiva.
 - Abordaxe integral da dor.
 - Prevención do suicidio.
 - Prevención de reaccións alérxicas ao látex.
 - Prevención da trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar.
 - Prevención das hemorraxias en pacientes de risco como anticoagulados, poscirúrxicos e sometidos a procedementos invasivos.
- Implantar os procedementos necesarios para garantir o uso seguro dos equipamentos e unha xestión segura dos residuos sanitarios.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



Sistema de avaliación

Para a avaliación e seguimento dos eixos e liñas estratéxicas establecidas no Plan galego de hospitalización a domicilio, defínense os indicadores que se recollen no anexo II.

Transcorrido un ano desde a súa implantación, analizarase o cumprimento dos obxectivos, co obxecto de avaliar o plan, detectar áreas de mellora e determinar os estándares para cada un dos indicadores.

Panel de indicadores

Liderado

- Organización
- Necesidades e expectativas das partes interesadas
- Memoria de actividade

Estratexia

- Obxectivos de calidade
- Cadro de mando de HADO

Persoas

- Formación dos traballadores de HADO

Alianzas e recursos

- Mantemento preventivo / correctivo
- Caducidade da medicación / funxible

Procesos

- Mapa de procesos
- Procedementos operativos

Pacientes e cidadáns

- Satisfacción do paciente
- Participación do paciente/cidadán

Resultados nas persoas

- Satisfacción dos profesionais de HADO
- Participación na mellora

Resultados na sociedade

- Formación de pacientes/cidadanía
- Innovación e investigación

Resultados clave

- Solicitudes de ingreso
- Valoracións da proposta de ingreso
- Tempo medio de resposta á solicitude de ingreso
- Ingresos totais
- Pacientes ingresados
- Interconsultas
- Tempo medio de resposta á interconsulta
- Atención compartida

- Visitas totais
- Visitas médicas
- Visitas de enfermaría
- Visitas conxuntas
- Actividades
- Consultas presenciais
- Consultas telefónicas
- Estadía media das altas
- Porcentaxe de ocupación
- Porcentaxe de altas con procedementos ou técnicas
- Visitas de dó

Seguridade do paciente e xestión de riscos sanitarios

- Incidentes relacionados coa seguridade do paciente no SINASP
- Formación en xestión de riscos clínicos
- Acolida do paciente ingresado en HADO
- Valoración do risco de UPP en HADO
- Plan de coidados en pacientes con risco de UPP
- Incidencia acumulada de UPP en HADO
- Pacientes en HADO con valoración do risco de caída
- Plan de coidados en pacientes en HADO con risco de caída
- Incidencia acumulada de caídas en HADO
- Valoración da dor en pacientes en HADO
- Valoración do risco de trombose venosa profunda
- Pacientes con bacterias multirresistentes en HADO
- Reaccións transfusionais en HADO

Sistemas de información

- Historia clínica en mobilidade
- Utilización das ferramentas electrónicas (I)
- Utilización das ferramentas electrónicas (II)
- Utilización das ferramentas electrónicas (III)
- Codificación

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



**Plan de necesidades:
organización e recursos**

Tal e como se recolle neste Plan, para acadar o obxectivo de ofertar a toda a poboación de Galicia un acceso equitativo a unha hospitalización a domicilio de calidade, os 365 días do ano, compre homoxeneizar a rede asistencial de HADO.

Tendo en conta as características comúns establecidas como óptimas para as unidades de HADO e a heteroxeidade das mesmas no momento actual, establécese o seguinte plan de necesidades, organización e recursos.

• **EIXO 1: DOTACIÓN E ORGANIZACIÓN DOS RECURSOS HUMANOS**

- Obxectivo estratéxico 1: ofertar a hospitalización a domicilio a toda a poboación de Galicia.
- Obxectivo estratéxico 2: proporcionar atención os 365 días do ano.

• **EIXO 2: DOTACIÓN DE RECURSOS MATERIAIS**

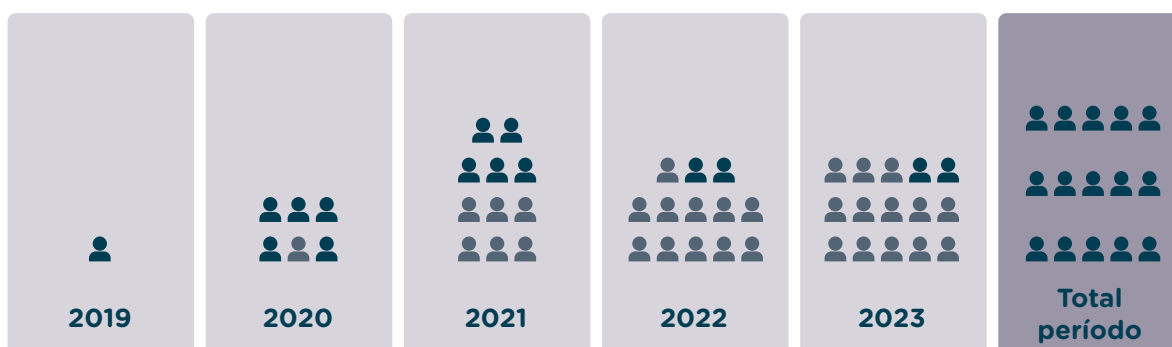
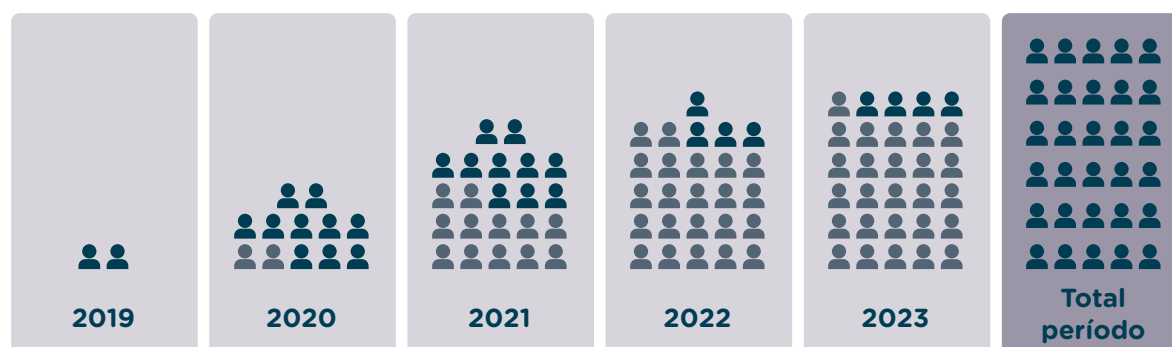
- Obxectivo estratéxico: dotar dos recursos materiais necesarios ás unidades de hospitalización a domicilio.



Figura 10: Incorporación progresiva de novos equipos de hospitalización a domicilio (HADO) e dotación de vehículos.

TÁBOA 1: INCREMENTO DE EQUIPOS E PERSOAL NO PERÍODO DE APLICACIÓN DO PLAN.

ANO	NOVOS EQUIPOS	DOTACIÓN RECURSOS HUMANOS	
		Persoal médico	Persoal enfermaría
2019	1	1	2
2020	5	5	10
2021	5	5	10
2022	2	2	4
2023	2	2	4
TOTAL PERÍODO	15	15	30

Persoal médico

Persoal de enfermaría


Eixo 1. Dotación e organización dos recursos humanos

OBXECTIVO ESTRATÉXICO 1: OFERTAR A HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO A TODA A POBOACIÓN DE GALICIA

Para garantir a asistencia sanitaria de toda a poboación de Galicia por hospitalización a domicilio, segundo o establecido neste documento, é necesario ampliar a rede asistencial de HADO con 15 novos equipos adicionais (un profesional médico e dous de enfermaría por equipo) facendo un total de 60 equipos en Galicia ao final do período establecido para o desenvolvemento do Plan (ano 2023), cunha implantación progresiva tal e como se recolle na táboa 1.

OBXECTIVO ESTRATÉXICO 2: PROPORCIONAR ATENCIÓN OS 365 DÍAS DO ANO

A atención de hospitalización a domicilio ampliarase, progresivamente, aos 365 días do ano. Para acadar este obxectivo será necesario que as unidades de HADO adapten a súa estrutura e organización dos recursos humanos en función da idiosincrasia da súa área sanitaria, podéndose establecer as quendas correspondentes do persoal de enfermaría así como contemplar as gardas médicas os fins de semana e días festivos.

Compre engadir, que a continuidade asistencial será garantida fora do horario das unidades de hospitalización a domicilio polo 061 e os puntos de atención continuada.

Eixo 2. Dotación de recursos materiais

OBXECTIVO ESTRATÉXICO: DOTAR DOS RECURSOS MATERIAIS NECESARIOS ÁS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Todas as unidades de HADO deberán dispoñer dunhas instalacións axeitadas para o desenvolvemento da súa actividade, en función do número de profesionais que as compoñan.

Tamén, disporase do equipamento sanitario necesario para a valoración e diagnóstico dos pacientes así como cos medios tecnolóxicos para o desenvolvemento da súa actividade.

Ademais, a progresiva incorporación dos novos equipos de HADO irá parella á adquisición de vehículos oficiais convenientemente autorizados e rotulados para a realización dos desprazamentos aos domicilios (ata un total de 15). Os vehículos serán automóviles eléctricos ou con combustibles menos contaminantes e de menor efecto invernadoiro que os actuais. No primeiro suposto crearanse nos hospitais estacións de recarga con paneis fotovoltaicos que se financiarán, co apoio do Instituto enerxético de Galicia (INEGA), con fondos europeos de eficiencia enerxética. Este é un primeiro paso para que o Servizo Galego de Saúde inicie a transformación dos seus medios de transporte cara a vehículos máis sustentables co medio ambiente.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



Documentación
consultada

Bibliografía consultada:

- Anna Vila, PhD, Eulalia Villegas, PhD, Jordi Cruanyes, PhD, Rosa Delgado, PhD, Rosa-Ana Sabate, PhD, Josep Ortega, PhD, Cristina Araguas, PhD, and Carlos Humet, PhD, on behalf of the Program for the Care of Patients with Multimorbidity. Cost-Effectiveness of a Barcelona Home Care Program for Individuals with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2015; 63:1017-102.
- Bayona Huguet J., Limón Ramírez E, Cegri Lombardo F. Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Aten Primaria* 2018. 50(5):264---266.
- Consellería de Sanidade. Estratexia Sergas 2020 sanidade pública ao servizo do paciente. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2010 Disponible en: https://www.Sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/Sergas ESTRATEXIA_2020_280316_gal.pdf
- Consellería de Sanidade. Plan Galego de Cuidados Paliativos. 2ª ed. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2006. [consultado 30 Outubro 2018]. Disponible en: <https://extranet.Sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF1-277.pdf>
- Conselleria de Sanitat. Catálogo de procedimientos del Hospital a Domicilio. Versión 2005. Catálogos SIE. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2006.
- Corrales-Nevado D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enf Clin.* 2014; 24(1):51-58.
- Escarrabill J. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Aten Primaria* 2002.30 de septiembre. 30(5):304-309.
- Gonçalves-Bradley DC, Iltis S, Doll H, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; Issue 6. Art. No.: CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub4.
- Hernández A.; Martínez JM. Marketing sanitario Evolución-Revolución. Editores: Escuela Superior de Gestión Comercial y Marketing, ESIC. 2014.
- Ho YL, Hsu TP, Chen CP, et al. Improved cost-effectiveness for management of chronic heart failure by combined home-based intervention with clinical nursing specialists. *J Formos Med Assoc* 2007;106:313-9.
- Langhorne P, Taylor G, Murray G, et al. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patient's data. *Lancet* 2005;365:501-506.
- Lef B, Burton L, Made S, et al. Satisfaction with hospital at home care. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1355-1363.
- March C. et al. Marketing y Comunicación Interna en Hospitales y Atención primaria. Opinión de los profesionales y Gestores. Editora Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada 2002.
- Ministerio de sanidad, política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud: actualización 2010-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Disponible en: <https://publicacionesoficiales.boe.es>
- Mira J.J. La Comunicación Interna en el hospital [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500714/n10.8_Comunicación__n_Interna_Hospital.pdf
- Puig-Junoy J, Casas A, Font-Planells J, et al. The impact of home hospitalization on healthcare costs of exacerbations in COPD patients. *Eur J Health Econ* 2007;8:325-32.

- Sainz de Vicuña J.M. El plan de marketing en la práctica. Editorial ESIC. Madrid 1996.
- Servizo Galego de Saúde. Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. Documento de traballo (2013).
- Shepperd S, Iliffe S. Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha da modificación significativa máis recente: 24 de maio de 2005.
- Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio. Proyecto HAD 2020. Una propuesta para consolidar la HAD en España. Madrid, 9 de junio de 2016 (documento borrador). Disponible en <http://www.sehad.org/proyecto-had2020/presentacion.html>
- Steward S, Marley J, Horowitz J. Effects of a multidisciplinary, home based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. Lancet 1999;354:1077-83.
- Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. Avaliación estratexia Sergas 2014. A sanidade Pública ao servizo do paciente; 2015. Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Avaliacion_Estratexia_Sergas_2014.pdf
- Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade; 2018. Disponible en: <https://www.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2717-ga.pdf>

Lexislación consultada:

- Boletín Oficial del Estado (BOE nº 55, 5/3/85) o “Reglamento Xeral de Estrutura, Organización e Funcionamento dos Hospitais da Seguridade Social”.
- Lei 1/2018, do 2 de abril, pola que se modifica a Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Referencia: BOE-A-1986-10499(BOE nº 102, 2974/86). <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/com>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Referencia: BOE-A-2003-10715. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/com>
- Orde do 18 de abril de 1996 pola que se desenvolve o Decreto 243/1995 do 28 de xullo, no relativo á regulación das condicións e requisitos específicos que deben cumprir os centros de atención a persoas maiores.
- Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, polo que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Referencia: BOE-A-1987-9351. TEXTO CONSOLIDADO. Última modificación: 9 de enero de 1999.
- Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Especializada. Referencia: BOE-A-2015-1235. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/02/06/69>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Referencia: BOE-A-2006-16212. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/com>

- Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
- Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. Referencia «BOE» núm. 179, de 28 de julio de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/07/10/639>

Ligazóns de interese:

- SEHAD. Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio. <http://www.sehad.org/>

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



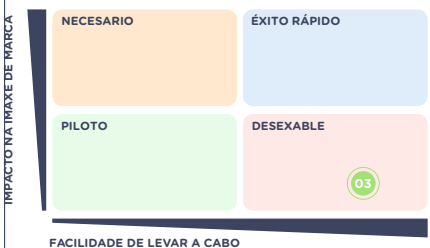
Anexos

ANEXO I: PLAN DE COMUNICACIÓN

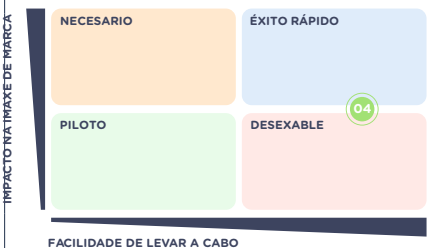
1. Xeración Comunidade de Práctica (persoais, temas)				
RESPONSABLE		OBXECTIVO		
Nome e apelidos		Desenvolver contornas e dinámicas que favorezan un punto de encontro único para todos os profesionais que levan a cabo o seu traballo nas unidades de hospitalización a domicilio na rede do Sistema público de saúde de Galicia.		
Xustificación		Criterios de avaliación do elemento		
A variabilidade tanto de estrutura como de funcionamento das unidades, require xerar contornas comúns de traballo que axuden a crear: • Sentido de pertenza • Sentido de equipo • Especialización e uniformidade		Propoñerase a creación dun portal ou rede social colaborativa estruturada por seccións de traballo (glosario, protocolos, investigación, formación, difusión, contidos, etc..), compostas por grupos de traballo representativos das unidades das áreas sanitarias. Avaliaranse: • Nº de grupos creados • Nº de contidos • Grao de participación e achegas realizadas		
Impacto/Facilidade de implementación		RECURSOS		
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN		
	Sistemas de Información	Valorar alternativas para a xestión da comunidade		
		Entrar en proxecto de Código 100		
	Prazo execución desde a reunión			
	Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral
	Periodicidade da medición			
	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual

2. Xeracións de contidos internos (protocolos...)				
RESPONSABLE		OBXECTIVO		
Nome e apelidos		Estandarizar e homoxeneizar protocolos de actuación.		
Xustificación		Criterios de avaliación do elemento		
Ausencia de protocolos conxuntos de actuación. Oportunidade de elaboración de protocolos por grupos de traballo utilizando novas dinámicas colaborativas: • Realización, estandarización e consenso de protocolos con ferramentas multimedia		Definiranse e priorizaranse conxuntamente os protocolos que se vaian realizar. Unha vez priorizados crearanse grupos de traballo expertos no proceso, con representación das áreas sanitarias, para a súa elaboración dixital. Os procesos serán presentados e consensuados polo grupo para o seu despregamento. Avaliarase: • Nº de procesos elaborados • Nº de procesos escalados		
Impacto/Facilidade de implementación		RECURSOS		
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN		
	Sistemas de Información	Utilización de app de formación de ACIS (ARELA), para deseño de protocolos		
		Apoio e soporte da Subdirección Xeral para o deseño dos protocolos		
	Prazo execución desde a reunión			
	Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral
	Periodicidade da medición			
	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual

3. Grupos de Telegram

RESPONSABLE	OBJECTIVO			
Nome e apelidos	Usar ferramentas e canles de comunicación que permitan compartir en tempo real información relevante e de calidade sobre o traballo desenvolvido polos grupos de traballo internos ou captar e compartir información externa relevante.			
Xustificación	Criterios de avaliación do elemento			
Dado o elemento nuclear de mobilidade da HADO, perséguese buscar unha ferramenta que permita: - Compartir información de alta calidade - En tempo real - Accesible desde o móbil	Propoñerase a creación dunha canle propia en Telegram para subir e compartir información. Avaliaranse: - Nº de membros de canle - Nº de contidos achegados e dinamizados - Grao de participación e achegas realizadas			
Impacto/Facilidade de implementación	RECURSOS			
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN		
	Sistemas de Información	Creación dunha canle en Telegram.		
		Prazo execución desde a reunión		
	Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral
	Periodicidade da medición			
	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual

4. Quen é quen en HADO

RESPONSABLE	OBJECTIVO			
Nome e apelidos	Identificar a cada un dos roles e profesionais que traballan en HADO. Identificar as capacidades e competencias específicas de cada un dos membros dos equipos.			
Xustificación	Criterios de avaliación do elemento			
Necesidade de identificar cada un dos roles que interactúan en HADO: - Visión compartida - Pensamento global e de equipo - Centrar obxectivos	Crearase un grupo específico de traballo encargado de definir as tipoloxías de perfís HADO. Unha vez identificadas, buscaranse profesionais representativos cos que se traballará a elaboración de documentación de consenso. Avaliaranse: - Nº de contidos creados - Difusión dos contidos			
Impacto/Facilidade de implementación	RECURSOS			
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN		
	Sistemas de Información	Elaboración de videos de presentación		
		Prazo execución desde a reunión		
	Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral
	Periodicidade da medición			
	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual

5. Xeración de vídeos entre profesionais: ENFRONTA2

RESPONSABLE	OBJECTIVO			
Nome e apelidos	Poñer en valor o papel da HADO dentro da organización e a súa visión holística. Relatarse desde as experiencias persoais dos profesionais implicados o alto valor fornecido pola HADO.			
Xustificación	Criterios de avaliación do elemento			
Necesidade de conectar distintos profesionais e roles que interactúan no proceso da HADO: - Compartir experiencias - Compartir vivencias - Enfoque dinámico e interactivo	Propoñerase a xeración de vídeos tipo diálogos entre dous profesionais para compartir e afrontar unha mesma situación desde perspectivas paralelas (diálogo entre un médico/a de familia e profesional HADO; traballador/a social e HADO, etc). Crearase unha canle propia en Youtube para subir e compartir os vídeos. Avaliaranse: - Nº de vídeos creados - Nº de visitas e presenza nas intranets corporativas das áreas sanitarias			
Impacto/Facilidade de implementación	RECURSOS			
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN		
	Sistemas de Información	Xeración propia de vídeos		
		Prazo execución desde a reunión		
	Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral
	Periodicidade da medición			
	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual

6. Infografías HADO: que é, que fai, que achega

RESPONSABLE	OBXECTIVO				
Nome e apelidos	Poñer en valor o papel da HADO dentro da organización e a súa visión holística. Describir e dar a coñecer o valor da HADO desde unha perspectiva multidisciplinar.				
Xustificación	Criterios de avaliación do elemento				
Necesidade de dar a coñecer e poñer en valor a HADO: • Que é • Que fai • Que achega	Propoñerase a xeración de infografías descritivas do valor da HADO. Avaliaranse: • Nº de infografías creadas • Nº de visitas e presenza nas intranets corporativas das áreas sanitarias				
Impacto/Facilidade de implementación	RECURSOS				
IMPACTO NA IMAXE DE MARCA NECESARIO ÉXITO RÁPIDO PILOTO DESEXABLE 06 FACILIDADE DE LEVAR A CABO	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN			
	Interno/Externo	Deseño de que se quere			
		Elaboración das infografías			
	Prazo execución desde a reunión				
	Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral	
	Periodicidade da medición				
	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual	

7. Difusión en sesións clínicas AP - AH

RESPONSABLE	OBXECTIVO			
Nome e apelidos	Impulsar unha estratexia global de difusión interna en todas as áreas sanitarias para dar a coñecer ao profesional o valor da HADO.			
Xustificación	Criterios de avaliación do elemento			
Utilizar sesións clínicas e novos formatos para que sexan os propios profesionais os que contén que é e que fai a HADO.	Propoñeráse a xeración dunha presentación dinámica común de consenso que será utilizada polos profesionais en todas as áreas sanitarias. Avaliaranse: - Nº de sesións clínicas realizadas. - Impacto das sesións. Efectividade e mellora da coordinación profesional.			
Impacto/Facilidade de implementación	RECURSOS			
IMPACTO NA IMAXE DE MARCA NECESARIO PILOTO ÉXITO RÁPIDO DESEXABLE 07 FACILIDADE DE LEVAR A CABO	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN		
	Interno	Presentación base		
		Planificación anual de sesións clínicas		
	Prazo execución desde a reunión			
	Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral
	Periodicidade da medición			
	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual

8. Redes Sociais (canle YouTube). Estratexia dixital

RESPONSABLE	OBXECTIVO			
Nome e apelidos	Impulsar unha estratexia dixital para canalizar e prescribir todos os contidos xerados desde os grupos de traballo da HADO.			
Xustificación	Criterios de avaliación do elemento			
Necesidade de utilizar canles dixitais para difundir internamente os contidos xerados. Traballar nunha proposta común de estratexia dixital.	Propoñerase a xeración dunha canle de YouTube, conta de Twitter. Avaliaranse: - Nº de contidos subidos - Impacto dos contidos			
Impacto/Facilidade de implementación	RECURSOS			
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN		
	Interno	Deseño da estratexia (grupo de traballo)		
		Xestión e seguimento de redes		
	Prazo execución desde a reunión			
	Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral
	Periodicidade da medición			
	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual

9. Crear imaxe de marca

RESPONSABLE	OBXECTIVO				
Nome e apelidos	Reforzar a imaxe e solidez do proxecto cunha imaxe de marca ou logo que a identifique dentro da organización.				
Xustificación	Criterios de avaliación do elemento				
Unificar e trasladar unha imaxe única do proxecto da HADO para visualizar o impacto do proxecto dentro da organización.	Propoñerase a xeración dunha imaxe de marca. Avaliaranse: · Creación de imaxe de marca · Difusión e uso estandarizado				
Impacto/Facilidade de implementación	RECURSOS				
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN			
	Interno/Externo	Deseño da estratexia (grupo de traballo)			
		Deseño da imaxe de marca			
	Prazo execución desde a reunión				
	Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral	
	Periodicidade da medición				
	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual	

10. Podcast: sobre FAQs HADO, colaboracións con expertos

RESPONSABLE	OBXECTIVO				
Nome e apelidos	Harmonizar cada un dos protocolos internos de funcionamento para dalos a coñecer. Reforzar e trasladar os elementos clave da HADO.				
Xustificación	Criterios de avaliación do elemento				
Utilizar o podcast como método para que sexa o propio profesional o que conte diferentes elementos da organización da HADO (protocolos, estrutura, dúbidas, etc..).	Propoñerase a xeración de podcast mensuais, poderase contar con colaboracións puntuais de profesionais referentes externos que acudan ao Sergas por motivos profesionais. Avaliaranse: · N.º de contidos creados · Impacto xerado				
Impacto/Facilidade de implementación	RECURSOS				
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN			
	Interno/Externo	Deseño da estratexia (grupo de traballo)			
		Gravación podcast			
	Prazo execución desde a reunión				
	Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral	
	Periodicidade da medición				
	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual	

ANEXO II: PANEL DE INDICADORES

LIÑA DE ACCIÓN: LIDERADO

NOME	Organización.
DESCRICIÓN	A unidade de hospitalización a domicilio dispón dun organigrama aprobado, vixente, publicado e coñecido por todos os traballadores. Están documentadas as funcións, competencias e responsabilidades dos profesionais.
FONTE DE DATOS	Auditoría documental.

LIÑA DE ACCIÓN: LIDERADO

NOME	Necesidades e expectativas das partes interesadas.
DESCRICIÓN	As unidades de hospitalización a domicilio identifican e documentan os grupos de interese e desenvolven sistemas para coñecer as súas necesidades e expectativas.
FONTE DE DATOS	Auditoría documental.

LIÑA DE ACCIÓN: LIDERADO

NOME	Memoria de actividade.
DESCRICIÓN	A unidade de hospitalización a domicilio elabora unha memoria de actividade con periodicidade anual.
FONTE DE DATOS	Auditoría documental.

LIÑA DE ACCIÓN: ESTRATEXIA

NOME	Obxectivos de calidade.
DESCRICIÓN	A planificación de obxectivos e accións de mellora dos procesos clave da unidade de hospitalización a domicilio están aprobados formalmente pola dirección e recollida nos acordos de xestión da unidade.
FONTE DE DATOS	Auditoría documental.

LIÑA DE ACCIÓN: ESTRATEXIA

NOME	Cadro de mando de HADO.
DESCRICIÓN	A unidade de hospitalización a domicilio dispón dun cadro de mando de indicadores que permite o seguimento da actividade, recursos e calidade asistencial.
FONTE DE DATOS	Atenea-HADO.

LIÑA DE ACCIÓN: PERSOAS

NOME	Formación dos traballadores de HADO.
DESCRICIÓN	A unidade de hospitalización a domicilio identifica e clasifica o coñecemento e as competencias dos seus traballadores a partir dos cales desenvolve un plan de formación anual, aprobado polo coordinador da unidade, e avalía a efectividade das accións formativas impartidas.
FONTE DE DATOS	Auditoría documental e de rexistros.

LIÑA DE ACCIÓN: ALIANZAS E RECURSOS

NOME	Mantemento preventivo/correctivo.
DESCRICIÓN	A unidade de hospitalización a domicilio dispón dun plan de mantemento, preventivo e correctivo de equipamentos.
FONTE DE DATOS	Auditoría documental e de rexistros.

LIÑA DE ACCIÓN: ALIANZAS E RECURSOS

NOME	Caducidade da medicación/funxible.
DESCRICIÓN	A unidade de hospitalización a domicilio dispón dun procedemento para a revisión da conservación e caducidades da medicación e material funxible.
FONTE DE DATOS	Auditoría documental e de rexistros.

LIÑA DE ACCIÓN: PROCESOS

NOME	Mapa de procesos.
DESCRICIÓN	As unidades de hospitalización a domicilio dispoñen dun mapa de procesos documentado, diferenciando os procesos clave, estratéxicos e de apoio.
FONTE DE DATOS	Auditoría documental e de rexistros.

LIÑA DE ACCIÓN: PROCESOS

NOME	Procedementos operativos.
DESCRICIÓN	A unidade de Hospitalización a Domicilio sistematiza, documenta e implanta os seguintes procedementos: procedementos asistenciais das patoloxías máis prevalentes que ingresan na unidade.
FONTE DE DATOS	Auditoría documental e de rexistros.

LIÑA DE ACCIÓN: PACIENTES E CIDADÁNS

NOME	Satisfacción do paciente
DESCRICIÓN	Porcentaxe de pacientes de HADO enquisados, que se mostran satisfeitos ou moi satisfeitos coa atención recibida, no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de pacientes de HADO satisfeitos ou moi satisfeitos coa atención recibida}}{\text{Número de pacientes enquisados}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Enquisas de satisfacción.

LIÑA DE ACCIÓN: PACIENTES E CIDADÁNS

NOME	Participación do paciente / cidadán.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de queixas, reclamacións e agradecementos pola atención prestada a pacientes atendidos en HADO dentro do período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de queixas e reclamacións pola atención prestada a pacientes de HADO}}{\text{Número de pacientes atendidos}} \times 100$ $\frac{\text{Número de agradecementos pola atención prestada a pacientes de HADO}}{\text{Número de pacientes atendidos}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Servicio on line de reclamacións e suxestións (Queres).

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS NAS PERSOAS

NOME	Satisfacción dos profesionais de HADO
DESCRICIÓN	A unidade de HADO realiza unha enquisa de satisfacción periódica aos seus traballadores. Contabiliza o porcentaxe de profesionais de HADO satisfeitos ou moi satisfeitos, dentro do período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de profesionais da unidade de hospitalización a domicilio satisfeitos ou moi satisfeitos}}{\text{Número total de enquisas respondidas}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Enquisas de clima laboral dirixidas aos profesionais das unidades de hospitalización a domicilio.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS NAS PERSOAS

NOME	Participación na mellora
DESCRICIÓN	A organización mide a participación dos seus traballadores en equipos de mellora: porcentaxe de traballadores das unidades de HADO que participan nos equipos de mellora no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de traballadores das unidades de hospitalización a domicilio que participan en equipos de mellora}}{\text{Número total de profesionais das unidades de hospitalización a domicilio}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Documentación e rexistros da unidade de hospitalización a domicilio, unidade con competencias en materia de calidade e recursos humanos da Área Sanitaria.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS NA SOCIEDADE

NOME	Formación de pacientes / cidadanía.
DESCRICIÓN	Contabiliza as actividades informativas ou formativas realizadas, dirixidas a pacientes, familiares e coidadores de HADO, dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	Documentación e rexistros da unidade de hospitalización a domicilio.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS NA SOCIEDADE

NOME	Innovación e investigación.
DESCRICIÓN	Número de publicacións científicas dos profesionais da unidade de HADO incluídas en RUNA, dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	Rexistros da unidade de hospitalización a domicilio e RUNA.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Solicitudes de ingreso.
DESCRICIÓN	Número de solicitudes de ingreso en HADO dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	Base de datos de TELEA.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Valoracións da proposta de ingreso.
DESCRICIÓN	Número de valoracións da proposta de ingreso en HADO dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	Base de datos de TELEA / SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Tempo medio de resposta á solicitude de ingreso.
DESCRICIÓN	Número de días transcorridos desde a data da solicitude de ingreso en HADO ata a data de resposta, das respostas emitidas dentro do período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de días transcorridos desde a solicitude de ingreso en HADO ata a resposta emitida}}{\text{Número de respostas emitidas}}$
FONTE DE DATOS	Base de datos de TELEA.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Ingresos totais.
DESCRICIÓN	Número de ingresos en HADO dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Pacientes ingresados.
DESCRICIÓN	Número de pacientes ingresados en HADO na data de remate do período de estudo.
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Interconsultas.
DESCRICIÓN	Número de interconsultas resoltas por HADO dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS / Base de datos de XPE.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Tempo medio de resposta á interconsulta.
DESCRICIÓN	Número de días transcorridos desde a data da solicitude da interconsulta a HADO ata a data resposta, das respostas emitidas dentro do período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de días transcorridos desde a solicitude de interconsulta a HADO ata a resposta emitida}}{\text{Número de respostas emitidas}}$
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS / Base de datos de XPE.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Atención compartida.
DESCRICIÓN	Número de pacientes incluídos no modelo asistencial de atención compartida dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	Base de datos de XPE / SIAC.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Visitas totais.
DESCRICIÓN	Número de visitas de HADO dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Visitas médicas.
DESCRICIÓN	Número de visitas médicas de HADO dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Visitas de enfermería.
DESCRICIÓN	Número de visitas de enfermería de HADO dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Visitas conxuntas.
DESCRICIÓN	Número de visitas conxuntas (médico e enfermería) de HADO dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Actividades.
DESCRICIÓN	Número e tipo de actividades CAPNOR de HADO dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Consultas presenciais.
DESCRICIÓN	Número de consultas presenciais realizadas dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Consultas telefónicas.
DESCRICIÓN	Número de consultas telefónicas realizadas dentro do período de estudo.
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Estadía media das altas.
DESCRICIÓN	Número de días transcorridos desde a data de ingreso ata a data de alta, dos episodios de alta de HADO dentro do período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de estadias das altas en HADO}}{\text{Número de episodios de alta en HADO}}$
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Porcentaxe de ocupación.
DESCRICIÓN	Número de estadias dos episodios ingresados en HADO e dos episodios de alta en HADO, por cada 100 estadias teóricas posibles dentro do período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de estadias de episodios ingresados en HADO} + \text{Número de estadias das altas de HADO}}{\text{Número de camas de HADO} \times \text{Días naturais}} \times 100$
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Porcentaxe de altas con procedementos ou técnicas.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de altas de HADO nas que se realizou algún procedemento ou técnica, dentro do período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de altas de HADO nas que se realiza algún procedemento ou técnica}}{\text{Número de altas totais de HADO}} \times 100$
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE

NOME	Visitas de dó.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de altas de HADO con visita de dó, do total de altas por éxitus, dentro do período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de altas de HADO con visita de dó}}{\text{Número de altas de HADO con motivo de saída éxitus}} \times 100$
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Incidentes relacionados coa seguridade do paciente no SINASP.
DESCRICIÓN	Incidentes relacionados coa Seguridade do Paciente notificados no SINASP nos que se identifica a unidade de hospitalización a domicilio como área principal onde ocorren os incidentes.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de incidentes notificados no SINASP nos que se identifica a unidade de hospitalización a domicilio como área principal onde ocorren os feitos}}{\text{Número total de incidentes notificados no SINASP}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Xestores SINASP de cada hospital e/ou Subdirección de Calidade da Área Sanitaria.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Formación en xestión de riscos clínicos.
DESCRICIÓN	Cuantificación de sesións clínicas realizadas para aprender dos incidentes de seguridade do paciente identificados. Obxectivo: ≥ 1 trimestral.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de sesións clínicas para aprender dos incidentes de seguridade do paciente identificados}}{\text{Número total de sesións clínicas realizadas}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Registros documentais das sesións da unidade de HADO. Auditoría documental de verificación.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Acollida do paciente ingresado en HADO.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de pacientes aos que se entregou o manual de acollida do paciente ao ingreso na unidade de hospitalización a domicilio, no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO aos que se entrega manual de acollida}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Rexistros Unidade Hospitalización a Domicilio.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Valoración do risco de UPP en HADO.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de pacientes con valoración do risco de úlceras por presión (UPP), no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con valoración do risco UPP}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Plan de coidados en pacientes con risco de UPP.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de pacientes con risco de UPP e aplicación dun plan de coidados, no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con risco UPP e aplicación de plan de coidados}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con risco UPP}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Incidencia acumulada de UPP en HADO.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de pacientes que desenvolven UPP novas durante o seu ingreso na unidade de hospitalización a domicilio, no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO que desenvolven UPP novas intraunidade (\geq 48 \text{ h ingreso})}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO (\geq 48 \text{ h ingreso})}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Pacientes en HADO con valoración do risco de caída.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de pacientes con valoración do risco de caída, no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con valoración do risco de caída}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Plan de cuidados en pacientes en HADO con risco de caída.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de pacientes con risco de caídas e aplicación dun plan de cuidados, no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con risco caída e aplicación de plan de cuidados}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con risco de caída}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Incidencia acumulada de caídas de pacientes en HADO.
DESCRICIÓN	Pacientes/caídas durante o ingreso na unidade de hospitalización a domicilio, no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO que sofren caídas } (\geq 48 \text{ h ingreso})}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO } (\geq 48 \text{ h ingreso})}$
FONTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Valoración da dor en pacientes en HADO.
DESCRICIÓN	Valoración da dor como 5ª constante nas primeiras 24 horas despois do ingreso en HADO, no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con valoración da dor na gráfica de constantes nas primeiras 24 horas do ingreso}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Valoración do risco de trombose venosa profunda.
DESCRICIÓN	Valoración do risco de trombose venosa profunda (TVP), no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con valoración do risco de TVP}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Pacientes con bacterias multirresistentes en HADO.
DESCRICIÓN	Bacterias multirresistentes (BMR) (≥ 48 horas ingreso infección + contaminación), no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO } (\geq 48 \text{ h}) \text{ con BMR (infección + colonización)}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO } (\geq 48 \text{ h})} \times 100$
FONTE DE DATOS	Servizo Microbioloxía/Medicina preventiva/S.X. de Avaliación Asistencial e Garantías.

LIÑA DE ACCIÓN: SEGURIDADE DO PACIENTE E XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS

NOME	Reaccións transfusionais en HADO.
DESCRICIÓN	Reaccións transfusionais, no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO transfundidos que sofren reaccións transfusionais}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO transfundidos}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Rexistro de hemovixilancia.

LIÑA DE ACCIÓN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

NOME	Historia clínica en mobilidade.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de profesionais de HADO con acceso á historia clínica en mobilidade (HCEMOV) no período do estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de profesionais dos equipos de HADO que figuran como usuarios de HCEMOV}}{\text{Número total de profesionais de HADO}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Base de datos de HCPRO.

LIÑA DE ACCIÓN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

NOME	Utilización das ferramentas electrónicas I.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de ingresos realizados en HADO utilizando as diferentes ferramentas electrónicas no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de ingresos realizados por HADO directamente desde os soportes electrónicos}}{\text{Número total de ingresos en HADO}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Base de datos de TELEA.

LIÑA DE ACCIÓN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

NOME	Utilización das ferramentas electrónicas II.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de interconsultas realizadas a través do xestor de peticións electrónico, no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de interconsultas realizadas por HADO a través do xestor de peticións electrónico}}{\text{Número total de interconsultas}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Base de datos de XPE.

LIÑA DE ACCIÓN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

NOME	Utilización das ferramentas electrónicas III.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de solicitudes de atención compartida realizadas a través do xestor de peticións electrónico, no período de estudo.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de solicitudes de atención compartida a través do xestor de peticións electrónico}}{\text{Número total de solicitudes de atención compartida}} \times 100$
FONTE DE DATOS	Base de datos de XPE.

LIÑA DE ACCIÓN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

NOME	Codificación.
DESCRICIÓN	Porcentaxe de codificación CIE-10 ES anual en HADO.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de altas de hospitalización a domicilio codificadas}}{\text{Número total de altas de hospitalización a domicilio no período}} \times 100$
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS.

ANEXO III: DOTACIÓN ECONÓMICA DO PLAN

Recursos humanos

Nas seguintes táboas descríbese o orzamento necesario para acadar a cobertura da poboación de referencia das áreas sanitarias do Servizo Galego de Saúde, en calquera das modalidades asistenciais de HADO, así como a súa ampliación aos 365 días do ano.

TÁBOA 1: ORZAMENTO PARA A DOTACIÓN DE 15 NOVOS EQUIPOS DE HADO.

(Un equipo está constituído por un profesional médico e dous de enfermaría).

ANO	NOVOS EQUIPOS	DOTACIÓN RECURSOS HUMANOS		TOTAL ORZAMENTO
		Persoal médico	Persoal enfermaría	
2019	1	1	2	67.309
2020	5	5	10	673.092
2021	5	5	10	673.092
2022	2	2	4	269.237
2023	2	2	4	269.237
TOTAL PERÍODO	15	15	30	1.951.966

TÁBOA 2: ORZAMENTO PARA A AMPLIACIÓN DA ATENCIÓN DE HADO AOS 365 DÍAS.

Ampliación da atención horaria	ORZAMENTO
Gardas médicas localizadas e quendas de persoal de enfermaría	426.918 €

TÁBOA 3: ORZAMENTO TOTAL DE RECURSOS HUMANOS.

Dotación de 15 novos equipos de HADO e ampliación da atención aos 365 días do ano.

ANO	2019	2020	2021	2022	2023
ORZAMENTO	122.036 €	1.045.283 €	673.092 €	269.237 €	269.237 €
TOTAL ORZAMENTO: 2.378.885 €					

Recursos materiais

O orzamento estimado para a dotación do equipamento sanitario dos 15 novos equipos de HADO é de 45.000 euros (electrocardiógrafo portátil, pulsioxímetro, tensiómetro, fonendoscopio, etc.).

Cómpre engadir que se estima un custo para o aluguer dos vehículos de 6.000 euros ao ano por vehículo. As estacións de recarga con paneis fotovoltaicos financiaranse, co apoio do Instituto Enerxético de Galicia, con fondos europeos de eficiencia enerxética.

Nas seguintes táboas detállanse os orzamentos estimados para a dotación de equipamento sanitario e vehículos dos 15 novos equipos de HADO.

TÁBOA 4: ORZAMENTO NECESARIO PARA A DOTACIÓN DE EQUIPAMENTO AOS NOVOS EQUIPOS DE HADO.

ANO	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL PERÍODO
NÚMERO DE EQUIPOS	1	5	5	2	2	15
ORZAMENTO	3.000 €	15.000 €	15.000 €	6.000 €	6.000 €	45.000 €

TÁBOA 5: ORZAMENTO NECESARIO PARA O ALUGUER DE VEHÍCULOS PARA OS NOVOS EQUIPOS DE HADO.

ANO	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL PERÍODO
NÚMERO DE EQUIPOS	1	5	5	2	2	15
ORZAMENTO	6.000 €	30.000 €	30.000 €	12.000 €	12.000 €	90.000 €

TÁBOA 6: ORZAMENTO TOTAL DOS RECURSOS MATERIAIS.

Equipamento sanitario e vehículos para os novos equipos de HADO.

ANO	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL PERÍODO
NÚMERO DE EQUIPOS	1	5	5	2	2	15
ORZAMENTO	9.000 €	45.000 €	45.000 €	18.000 €	18.000 €	135.000 €

Orzamento total

Na seguinte táboa detállase o orzamento total do plan de necesidades (recursos humanos e materiais) para a dotación de 15 novos equipos de HADO e ampliación da atención aos 365 días do ano.

TÁBOA 7: ORZAMENTO TOTAL DO PLAN DE NECESIDADES: RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS.						
ANO	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL PERÍODO
NÚMERO DE EQUIPOS	1	5	5	2	2	15
ORZAMENTO	131.036 €	1.090.283 €	718.092 €	287.237 €	287.237 €	2.513.885 €

