



ESBORRANY



Marc avaluatiu del Model d'Atenció Sanitària Integrada per a persones en residències de Catalunya

Barcelona, gener de 2018



Autors i revisors

DC
PROV

Autors i revisors

Coordinadors del document:

Sebastià Santa Eugènia. Director del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i responsable del projecte de l'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials del PIAISS - (Departament de Salut).

Assumpció González-Mestre. Membre del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i del comitè operatiu del PIAISS (Departament de Salut).

Concepció Barbeta. Directora de la Residència Feixa Llarga - Direcció General de Protecció Social (Departament de Treball Afers Socials i Famílies).

En l'elaboració i revisió d'aquest document hi ha participat:

Corinne Zara. Gerent d'Acció Territorial del Medicament - Àrea del medicament (CatSalut).

Francesc Güell. Divisió de Planificació Operativa i Projectes (CatSalut).

Joan Carles Contel. Membre del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i del comitè operatiu del PIAISS (Departament de Salut).

Lidia Martí. Cap de Servei de recursos propis de la Direcció General de Protecció Social (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies).

Marta Expósito. Metge de Família – Equip d'Atenció Primària Vall de Tenes (Departament de Salut).

Mireia Massot. Atenció Primària zona Metropolitana Nord (Institut Català de la Salut).

Sara Pablo. Atenció Primària zona Metropolitana Nord (Institut Català de la Salut).

Sara Pasquina. Responsable de Recursos Humans de la Direcció General de Protecció Social (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies).

Toni Ponsa. Divisió de Planificació Operativa i Projectes (CatSalut).

Xavier Canals. Implantació Territorial de Projectes de Foment de la Inversió. (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies).

Secretaria tècnica d'everis. Empresa de consultoria de negoci que forma part del grup *NTT Data*.

Alguns drets reservats

© 2017, Generalitat de Catalunya.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Edita:

Generalitat de Catalunya

1a. edició:

Barcelona, setembre de 2017

Dipòsit legal:

DL X XXXX-201X

Imatges:

Les imatges presentades en el document han estat cedides per www.FreePik.es:

<http://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/corazon>> Corazón de fotografía creado por Whatwolf - Freepik.com

<http://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/tecnologia>>Tecnología de fotografía creado por Jannoon028 - Freepik.com

<http://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/fondo>>Fondo de fotografía creado por Waewkidja - Freepik.com

<http://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/corazon>>Corazón de fotografía creado por Whatwolf - Freepik.com

<http://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/fondo>>Fondo de fotografía creado por Mrsiraphol - Freepik.com

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de ...

URL:

Només en el cas que l'obra es pugui consultar per Internet. Si no és el cas, elimineu aquest camp.

Sumari

Autors i revisors

1. Introducció

2. Context, objectius i metodologia de treball

2.1 Pla PIAISS

2.2 Objectius

2.3 Metodologia de treball

3. Marc avaluatiu

3.1 Estructura

3.2 Relació d'indicadors

3.3 Detall dels indicadors

4. Properes passes

5. Annexes

5.1 Proposta d'indicadors tècnics

01



Introducció

DC
PROL

1. Introducció

En el marc del Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (en endavant, PIAISS), es posa de manifest la necessitat d'oferir una atenció integral i integrada, sanitària i social. Com a conseqüència, s'ha definit un nou Model d'Atenció Sanitària Integrada a persones en centres residencials, amb la finalitat d'abordar les seves necessitats i demandes sanitàries i socials.

Davant d'aquest procés de treball conjunt entre el Departament de Salut i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, és necessària la definició d'un marc avaluatiu estratègic que faciliti la presa conjunta de decisions per assegurar la màxima qualitat del model i la seva millora contínua.

Amb la finalitat de construir un marc avaluatiu global i de consens, s'ha comptat amb la participació i implicació d'un equip interdisciplinari que aporta expertesa i coneixement en l'avaluació de models i resultats. Addicionalment, i mitjançant una metodologia participativa, s'ha comptat amb l'opinió de professionals que han participat en la definició dels models que componen el Model d'Atenció Sanitària Integrada a les persones que viuen en residències: el Model d'Atenció Sanitària Integrada a les residències per a gent gran de gestió pròpia de la Direcció General de Protecció Social, a les residències de gestió delegada, places concertades i col·laboradores de la Direcció General de Protecció Social i el Model d'Atenció Farmacèutica per a les persones que viuen en residències de Catalunya.

Així doncs, aquest marc d'avaluació ha de representar el punt de partida per una valoració mitjançant el monitoratge d'indicadors que permetin conèixer l'estat de situació de les persones que viuen en les residències, així com posar de relleu bones pràctiques dutes a terme i detectar oportunitats de millora.

En aquest sentit, el present document recull 52 indicadors estratègics que valoren diferents perspectives del model. És a dir, s'ha dissenyat un marc avaluatiu complet que no es centri únicament en la revisió del procés assistencial, sinó que diagnostiqui l'estat de situació de les persones que viuen en residències, estimi la qualitat del model i els seus resultats en salut i realitzi un seguiment de l'ús que es fa dels serveis públics i del seu cost. De forma complementària, s'han identificat 50 indicadors de l'àmbit tècnic-operatiu els quals es recomana realitzar un seguiment individual per part de cada departament, equip d'atenció primària i de cada residència.



02



**Context, objectius
i metodologia de
treball**

DOC
PROL

2. Context, objectius i metodologia de treball

2.1 Pla PIAISS

Per definir una estratègia conjunta entre els àmbits Social i Sanitari, en el Pla de Govern 2013-2016 es fa palès que les necessitats sanitàries i socials de la població evolucionen i que el model d'atenció assistencial ha d'adaptar-s'hi. El Pla de Govern reforça el valor de l'atenció integral a les persones i de l'eficiència i la qualitat del model prestacional i estableix, entre els seus objectius, promoure l'encaix dels serveis sanitaris i socials. Així mateix, preveu la definició d'un model de xarxa de serveis centrat en l'atenció a les persones que garanteixi el contínuum assistencial i l'eficiència en l'ús dels recursos.

D'acord amb aquests objectius, mitjançant l'Acord de govern GOV/120/2013, de 3 de setembre, i posteriorment modificat per l'Acord de Govern 28/2014 de 25 de febrer, es va crear el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció dels serveis Sanitaris Socials.

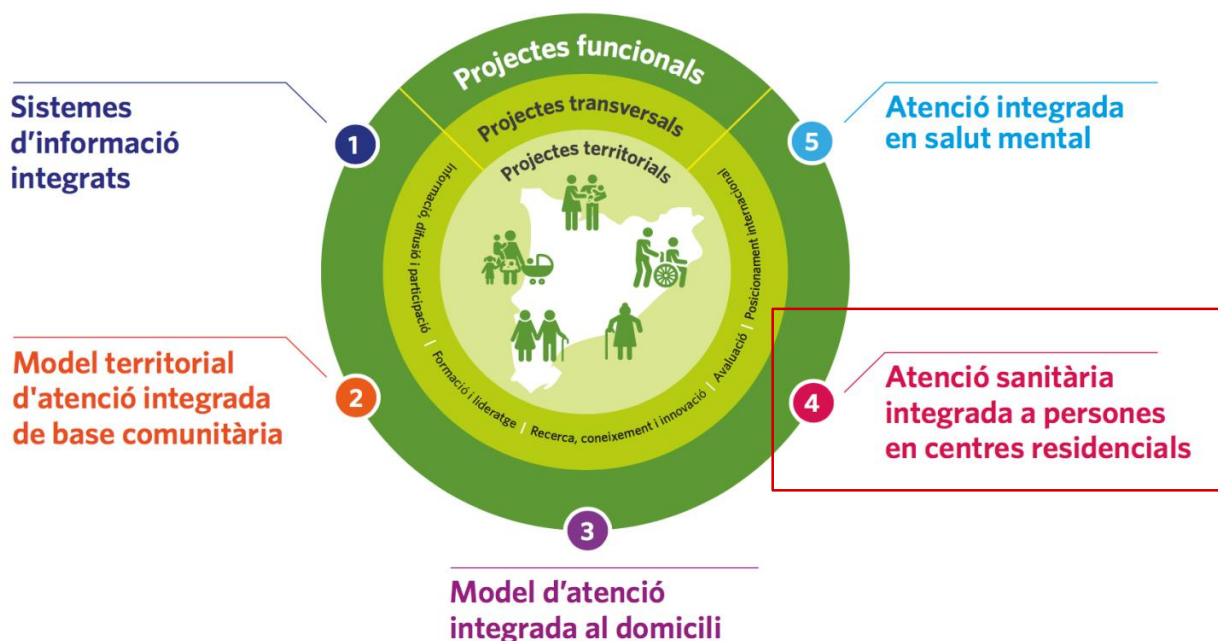
El PIAISS representa l'instrument d'acció per abordar una atenció centrada en les persones, integral i integrada, eficient i de qualitat. Per tal d'aconseguir-ho ha d'afavorir, per una banda, la implicació i la participació de tots els agents del sistema de salut i del sistema social. Per l'altra banda, ha de tenir en compte l'equitat i la sostenibilitat garantint que qualsevol persona, en qualsevol moment de la vida, sigui considerada en la seva globalitat. El Pla ha de vetllar per a que, promovent el nivell màxim d'autonomia personal possible, la persona tingui sempre un projecte vital de futur que es pugui desenvolupar a l'entorn familiar i social on viu.

En la nova etapa per al període 2017-2020, el PIAISS conserva els seus objectius inicials, recull i aprèn de les experiències dels seus primers anys de treball i es planteja noves fites. L'objectiu és construir un model d'atenció integrada dels serveis sanitaris i dels serveis socials, eficaç i sostenible, i al servei de les persones que conformen el país.

La implementació del model requereix estratègies departamentals i estratègies de dimensió territorial contemplant la multifactorialitat. El pla de treball del PIAISS s'estructura en base a tres àmbits d'actuació:

- ✓ Projectes funcionals
- ✓ Projectes de suport i transversals
- ✓ Projectes territorials

Estructura del PIAISS



El present document s'emmarca dins la línia d'actuació pel disseny i desenvolupament d'una atenció sanitària integrada a persones en centres residencials (línia 4 del gràfic d'estructura del PIAISS). Aquesta línia de treball del PIAISS es marca l'assoliment dels següents objectius:



Diagnosticar el model actual d'atenció sanitària a les residències.



Definir un Model d'Atenció Integrada social i sanitària a l'àmbit residencial que s'adapti a les necessitats actuals i futures de les persones.



Definir un Model d'Atenció Sanitària Integrada per a persones en residències que inclogui els diferents nivells assistencials i garanteixi una atenció personalitzada, segura i eficient.



Definir un Model d'Atenció Farmacèutica que sigui eficient, segur i que millori els resultats en salut i la qualitat de vida de les persones que viuen a les residències.



Garantir la integració i la interoperabilitat dels sistemes d'informació.

Garantir la màxima qualitat i millora contínua és un objectiu inherent a la definició del Model d'Atenció Integrada social i sanitària en l'àmbit residencial. En aquest sentit, l'objectiu del present document és establir el marc avaluatíu comú que esdevingui el mecanisme per a la presa de decisions estratègiques conjuntes per part del Departament de Salut i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

2. Context, objectius i metodologia de treball

2.2 Objectius

Abans d'establir una visió concreta dels propòsits que es persegueixen amb el present document, és important emfatitzar que el model d'avaluació definit té la finalitat de monitoritzar els objectius estratègics conjunts dels dos departaments en relació al nou model, fet que no eximeix la necessitat de que cada un d'ells segueixi monitoritzant de forma individual els seus propis indicadors. Es tracta d'un model d'avaluació estratègic necessari per conèixer la situació de les residències i poder prendre decisions al respecte. Així doncs, el seguiment operatiu de cada persona, professional i centre s'ha de seguir realitzant de forma individual amb els mecanismes establerts per cada departament, Aquests s'hauran de compartir en els Comitès de seguiment acordats en el marc del Model d'Atenció Sanitària Integrada.

A continuació es descriuen els objectius a assolir amb el present document, diferenciant la finalitat que es pretén aconseguir (objectiu estratègic), d'aquells resultats necessaris que permetin aconseguir-la (objectius específics).



Objectiu estratègic



Definir un model d'avaluació comú per tal de facilitar la presa de decisions estratègiques conjunta entre l'àmbit Social i l'àmbit Sanitari, garantint la **màxima qualitat i millora contínua** del nou **Model d'Atenció integrada social i sanitària a l'àmbit residencial**.



Objectius operatius



Identificar els indicadors a monitoritzar garantint que ofereixen una perspectiva global d'Atenció integrada social i sanitària a les persones que viuen en residències.



Detallar els aspectes clau de cada **indicador necessaris per a la seva correcte monitorització** (mètode de càlcul, estàndard, ...)

2. Context, objectius i metodologia de treball

2.3 Metodologia de treball

Per a la definició del marc d'avaluació del model d'Atenció Sanitària Integrada a les persones que viuen en residències es va crear un grup de treball de professionals tant de l'àmbit social com del sanitari que comptessin amb experiència en la matèria de valoració de models i monitoratge d'indicadors.

Fruït d'una primera sessió de treball del grup, es va consensuar la metodologia a seguir per a la definició del model d'avaluació. Un dels trets principals de la metodologia escollida és la seva voluntat de participació d'agents experts que haguessin col·laborat en la definició dels models que componen el Model d'Atenció Sanitària Integrada en l'àmbit residencial: el Model d'Atenció Sanitària Integrada a les residències per a gent gran de gestió pròpia de la Direcció General de Protecció Social, a les residències de gestió delegada, places concertades i col·laboradores de la Direcció General de Protecció Social i el nou Model d'Atenció Farmacèutica per a les persones que viuen en residències de Catalunya. Així doncs, es va comptar amb la seva participació en diverses fases del projecte, concretament per a seleccionar i prioritzar els indicadors que componen el marc avaluatiu.

En la figura "Metodologia del grup de treball per al disseny del marc avaluatiu" es descriu el pla de treball a seguir establert de forma consensuada. Es detalla per cada fase de treball el seu objectiu, les eines i mecanismes de suport utilitzats, i els seus principals resultats.

En les pàgines posteriors es descriuen en detall el conjunt d'activitats dutes a terme per a cada fase de treball definida.

Metodologia del grup de treball per al disseny del marc avaluatiu

Fase	Fase I: Anàlisi dels indicadors existents	Fase II: Selecció d'indicadors del model d'avaluació	Fase III: Priorització dels indicadors del model d'avaluació	Fase IV: Disseny del model d'avaluació
Objectiu	Recopilació, anàlisi i primer cribratge dels indicadors monitoritzats actualment per els diferents actors encarregats d'avaluar l'atenció sanitària a les residències.	Primera selecció d'indicadors als membres del grup de treball i els agents experts en atenció sanitària i farmacèutica a les residències.	Priorització dels indicadors a través d'una puntuació per atributs, per part dels membres del grup de treball i dels agents experts en atenció sanitària i farmacèutica a les residències.	Disseny i construcció dels indicadors, identificant-ne els seus aspectes clau i confeccionant-ne les seves respectives fitxes descriptives.
Mecanismes	BBDD d'indicadors de diferents actors (s'especifiquen en detall a les pàgines posteriors)	Eina d'enquestes online: <i>Survey Monkey</i>	Eina d'enquestes online: <i>Survey Monkey</i>	Fitxes descriptives
Resultats	Relació global d'indicadors (130 indicadors)	Relació d'indicadors seleccionats (96 indicadors)	Relació d'indicadors prioritzats (52 indicadors)	Marc avaluatiu del Model d'Atenció Sanitària Integrada per a persones en residències de Catalunya

2.3.1 Detall de les activitats dutes a terme per a la definició del marc avaluatiu del Model d'Atenció Sanitària Integrada per a persones que viuen en residències.

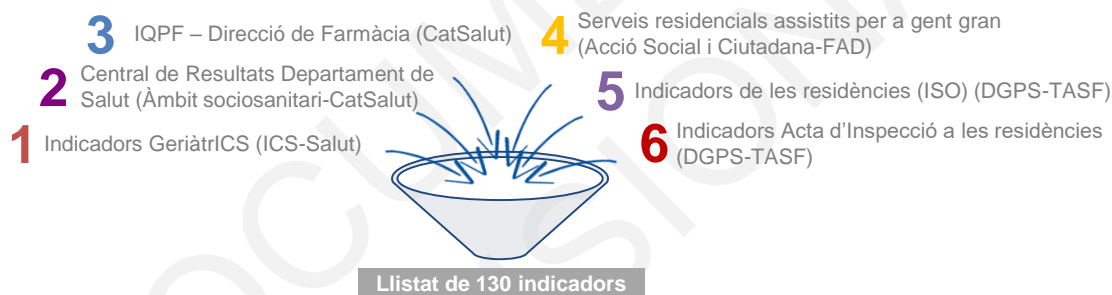
Fase I

Fase I: Anàlisi dels indicadors existents

Objectiu: Recopilació, anàlisi i primer cribratge dels indicadors monitoritzats actualment per els diferents actors encarregats d'avaluar l'atenció sanitària a les residències.

Activitats:

- ✓ Identificació de les fonts d'informació actuals que monitoritzen aspectes importants de l'atenció a les persones que viuen en residències.
- ✓ Recopilació dels indicadors actuals monitoritzats (més de 150 indicadors) dels diferents agents que participen a l'atenció sanitària integrada per a residències de Catalunya.
- ✓ Anàlisi i cribratge dels indicadors per a eliminar duplicitats i indicadors no alineats amb l'estratègia comuna d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en residències.



- ✓ Elaboració d'un llistat preliminar bàsic de 130 indicadors aproximadament.

Fase II

Fase II: Selecció d'indicadors del model d'avaluació

Objectiu: Primera selecció d'indicadors als membres del grup de treball i els agents experts en atenció sanitària i farmacèutica a les residències.

Activitats:

- ✓ Enviament de l'enquesta *online* per a la selecció dels 130 indicadors als integrants del grup de treball per a la definició del marc avaluatiu.
- ✓ Segmentació i enviament de l'enquesta:
 - 99 indicadors de l'àmbit de l'atenció sanitària a l'equip de professionals col·laboradors en la definició del Model d'Atenció Sanitària Integrada a les residències per a gent gran de gestió pròpia de la Direcció General de Protecció Social.
 - 38 indicadors de l'àmbit l'atenció farmacèutica a l'equip de professionals col·laboradors en la definició del model d'Atenció farmacèutica a les persones que viuen en residències a Catalunya.
- ✓ Selecció per part dels tres grups de professionals dels indicadors d'interès per al marc avaluatiu estratègic comú.
- ✓ Anàlisi dels resultats i definició dels criteris d'eliminació d'indicadors: es rebutgen aquells indicadors que han obtingut menys d'un 70% de les votacions. S'eliminen 34 indicadors.
- ✓ Elaboració del llistat d'indicadors seleccionats: 96 indicadors.


 Fase III

Fase III: Priorització dels indicadors del model d'avaluació

Objectiu: Priorització dels indicadors a través d'una puntuació per atributs, per part dels membres del grup de treball i dels agents experts en atenció sanitària i farmacèutica a les residències.

Activitats:

- ✓ Enviament d'enquesta *online* per a la priorització dels 96 indicadors resultants de la fase II als membres del grup i als agents experts. El mètode de priorització es basa en la puntuació (del 0 al 4) de tres atributs per a cada indicador:
 1. Importància de l'indicador per a l'atenció a la persona.
 2. Factibilitat de disposar de fonts d'informació, que siguin fiables i robustes.
 3. Clau per a un Model d'Atenció Integrada.
- ✓ Puntuació dels atributs dels indicadors per part dels membres del grup i dels agents experts.
- ✓ Tractament dels resultats obtinguts per a facilitar-ne l'anàlisi: càlcul de la mitjana dels tres atributs per cada un dels indicadors.
- ✓ Anàlisi de les dades i definició dels criteris de priorització: es rebutgen aquells indicadors els quals la mitjana resultant és inferior a 3.
- ✓ Revisió de la resta d'indicadors i la seva valoració, per tal de garantir la coherència de la selecció final d'indicadors.
- ✓ Elaboració del llistat final d'indicadors prioritzats: 52 indicadors.


 Fase IV

Fase IV: Disseny del model d'avaluació

Objectiu: Disseny i construcció dels indicadors, identificant-ne els seus aspectes clau i confeccionant-ne les seves respectives fitxes descriptives.

Activitats:

- ✓ Identificació dels aspectes clau dels indicadors, així com el seu mètode de càlcul, la seva justificació i les fonts de dades d'on extreure'l.
- ✓ Assignació de cada indicador a les diferents dimensions acordades.
- ✓ Confecció de les fitxes per a cada un dels 52 indicadors.
- ✓ Elaboració del document final del *Marc avaluatiu del Model d'Atenció Sanitària Integrada per a persones en residències de Catalunya*.

03



Marc avaluatiu

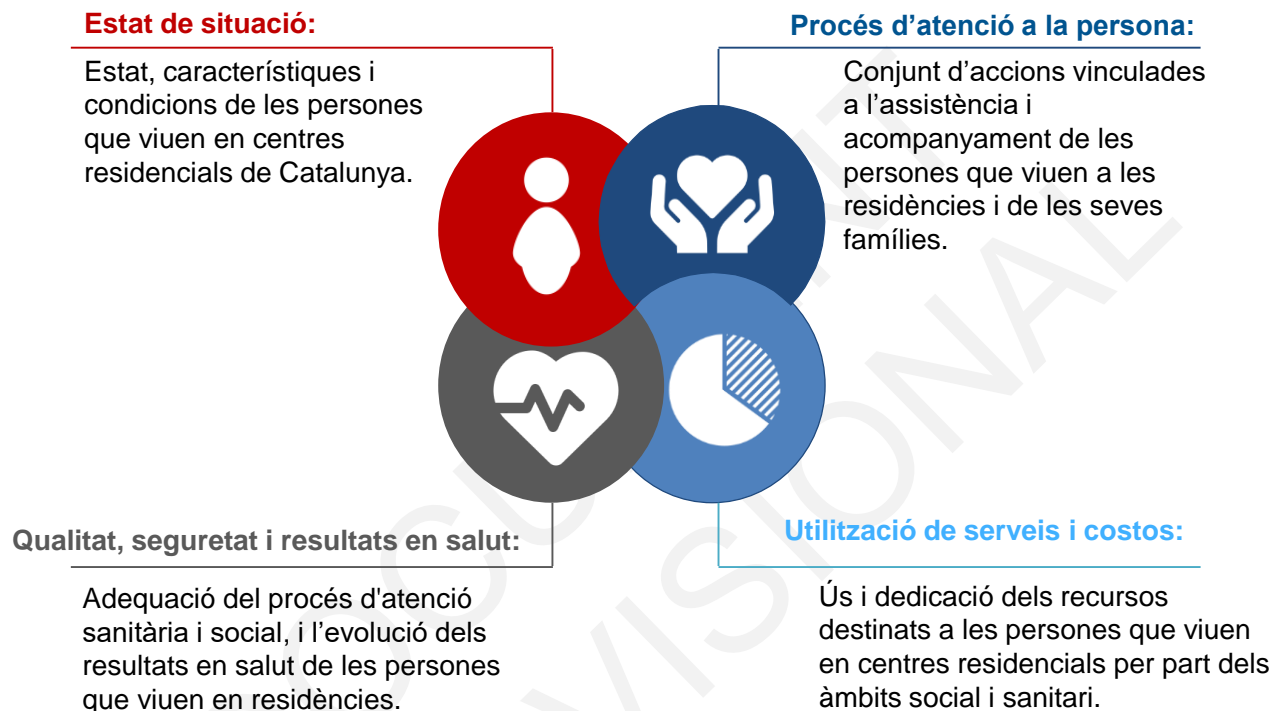
DC
PROL

3. Marc avaluatiu

3.1 Estructura

Per tal de crear un marc avaluatiu balancejat, s'han de tenir en compte grans àrees estratègiques del Model d'Atenció Sanitària Integrada, més enllà del procés d'atenció a la persona. En aquest sentit, s'han diferenciat quatre dimensions estratègiques que classifiquen els diferents indicadors segons el seu àmbit d'actuació i dels aspectes a tenir en compte en el procés d'avaluació:

Dimensions del model d'avaluació



En les següents pàgines es presenten dos apartats dirigits a presentar els indicadors finals seleccionats que compondran el marc avaluatiu del Model d'Atenció Sanitària Integrada de les persones que viuen en residències.



Llistat dels indicadors estratègics proposats per a realitzar un seguiment i monitoratge del Model d'Atenció Integrada social i sanitària a les persones que viuen en residències.

En aquest llistat s'indica el nom de l'indicador i el seu mètode de càlcul.



Descripció acurada de cada indicador detallant-ne els següents components:

- ✓ Nom de l'indicador
- ✓ Perspectiva
- ✓ Mètode de càlcul
- ✓ Justificació
- ✓ Definició de termes
- ✓ Comentaris

Cal recordar en aquest punt l'abast estratègic dels d'indicadors. La selecció s'ha realitzat amb la intenció d'establir un marc avaluatiu mínim necessari per a la presa de decisions estratègiques de forma conjunta entre el Departament de Salut i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Les capes tècniques no incloses en aquest model d'avaluació, però que també formen part de l'Atenció sanitària i social a les residències, hauran de seguir sent monitoritzades per cada Departament, equip d'atenció primària i per cada residència. Fruït del treball del grup, s'han identificat indicadors interessants de monitoritzar que es detallen a l'Annex d'aquest document.

Abast del model d'avaluació

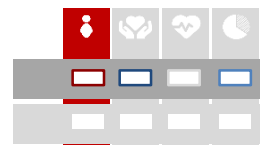
Perspectives



3. Marc avaluatiu

3.2 Relació d'indicadors

3.2.1 Perspectiva estat de situació

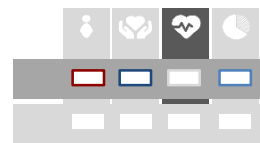


Indicador	Càlcul
01/ Taxa de rotació de la residència	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ persones que ingressen a una residència}}{\text{N}^{\circ} \text{ places disponibles residència}}$
02/ Proporció de persones amb grau II i III de dependència respecte les persones que viuen en residències	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de persones amb grau II i III de dependència}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}}$
03/ Prevalença de persones amb diagnòstic de deteriorament cognitiu o diagnòstic de demència	$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ persones amb codi de diagnòstic de demència} / \text{N}^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}) \times 100}{100}$
04/ Severitat del grau de deteriorament cognitiu valorat amb l'escala GDS (En valor absolut)	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ persones amb demència amb valoració GDS igual o superior a 6}}{\text{N}^{\circ} \text{ persones amb codi de diagnòstic de demència}}$
05/ Mitjana de l'índex de complexitat GMA (grau de morbiditat agrupat) dels usuaris de la residència	$\frac{\text{Sumatori de l'índex de complexitat GMAs de les persones que viuen en residències}}{\text{N}^{\circ} \text{ de persones que viuen en residències}}$
06/ Percentatge de persones que viuen en residències identificades amb la condició de PCC	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ persones PCC}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}}$
07/ Percentatge de persones que viuen en residències identificades amb la condició de MACA	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ persones MACA}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}}$
08/ Taxa de prevalença de persones amb Úlceres per pressió (UPP) diagnosticades i tipificades	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ persones amb úlceres per pressió (UPP)}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}} \times 100$
09/ Taxa de prevalença de persones amb úlceres vasculares o peu diabètic diagnosticades	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ persones amb úlcera vascular}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}}$
10/ Taxa de prevalença de persones amb incontinència urinària	$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ persones amb incontinència urinària}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}}) \times 100$
11/ Taxa de prevalença de persones amb trastorns de conducta	$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ persones amb trastorn conducta}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}}) \times 100$
12/ Taxa de prevalença de situació de persones grans que han patit maltractament	$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ persones amb situació maltractament o abús}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}}) \times 100$



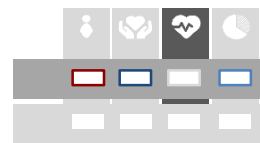
3.2.2 Perspectiva procés d'atenció a la persona

Indicador	Càlcul
01/ Taxa de cobertura de persones que viuen en residències amb la Valoració geriàtrica Integral realitzada	$(N^{\circ} \text{ persones que viuen en residències amb Valoració geriàtrica Integral realitzada} / N^{\circ} \text{ de persones ateses}) \times 100$ (taxa interanual - últims 12 mesos)
02/ Percentatge de persones amb el PIAI realitzats en l'últim any (respecte al total de persones que viuen en residències)	$(N^{\circ} \text{ persones amb PIAI elaborat durant últims 12 mesos} / N^{\circ} \text{ persones que viuen en residències}) \times 100$ (taxa interanual - últims 12 mesos)
03/ Percentatge de persones que viuen en residències identificades com a PCC amb el PIIC realitzat o actualitzat en els últims 12 mesos (PCC amb PIIC/Total PCC)	$(N^{\circ} \text{ persones amb condició PCC i PIIC elaborat correctament} / \text{Total persones amb condició PCC que viuen en residències}) \times 100$
04/ Percentatge de persones que viuen en residències amb MACA amb el PIIC realitzat o actualitzat en els últims 12 mesos (MACA amb PIIC/Total MACA)	$(N^{\circ} \text{ persones amb condició MACA i PIIC elaborat correctament} / \text{Total persones amb condició MACA que viuen en residències}) \times 100$
05/ Prevalença de persones amb valoració dolor realitzada	$(N^{\circ} \text{ persones amb valoració dolor} / N^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}) \times 100$.
06/ Prevalença de persones amb gèrmens multiresistents que han precisat tractament o que es te coneixement documentat que estan colonitzats o han estat infectats per gèrmens multiresistents	$(N^{\circ} \text{ persones amb MRSA, enterobacteries productores de BLEE i enterobacter, que han precisat tractament} / N^{\circ} \text{ persones que viuen en residències}) \times 100$
07/ Taxa de derivació a urgències que requereix d'ingrés hospitalari	$(N^{\circ} \text{ persones derivades a Ucies que han hospitalitzat} / N^{\circ} \text{ total de persones que han estat derivades a Ucies}) \times 100$
08/ Percentatge de persones que viuen en residències amb tractament amb Inhibidors de l'acetilcolinesterasa (IACE) i/o Memantina amb GDS-FAST igual o superior a 7b	$N^{\circ} \text{ persones amb tractament actiu de IACE i/o Memantina amb GDS igual o superior a 7b} / N^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}) \times 100$
09/ Percentatge de persones amb prescripció antipsicòtics	$(N^{\circ} \text{ persones amb prescripció antipsicòtics} / N^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}) \times 100$
10/ Percentatge de persones amb prescripció benzodiacepines	$(N^{\circ} \text{ persones amb tractament actiu de benzodiacepines} / N^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}) \times 100$

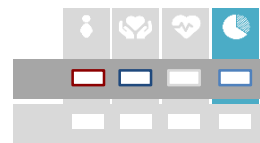


3.2.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut

	Indicador	Càlcul
01/	Taxa de caigudes de persones que viuen en residències amb caigudes registrades l'últim any	$(\text{N}^{\circ} \text{ persones que han patit caigudes} / \text{N}^{\circ} \text{ persones que viuen en residències}) \times 100$
02/	Taxa de persones amb contenció física	$(\text{N}^{\circ} \text{ persones amb subjecció física} / \text{N}^{\circ} \text{ persones que viuen en Residències}) \times 100$
03/	Taxa de contencions en usuaris amb deteriorament cognitiu	$(\text{N}^{\circ} \text{ persones amb deteriorament cognitiu i contenció física} / \text{N}^{\circ} \text{ persones amb deteriorament cognitiu}) \times 100$
04/	Taxa d'incidència de persones amb úlceres vasculars o peu diabètic: Nous casos de persones amb úlceres vasculars o peu diabètic que viuen en residències en el darrer any	$(\text{N}^{\circ} \text{ de nous casos de persones amb úlceres vasculars o peu diabètic en el darrer any} / \text{n}^{\circ} \text{ persones que viuen en residències}) \times 100$
05/	Taxa d'incidència de persones amb Úlceres per pressió (UPP): Taxa de noves UPP de persones que viuen en residències en el darrer any	$(\text{N}^{\circ} \text{ de nous casos de persones amb úlceres per pressió en el darrer any} / \text{n}^{\circ} \text{ persones que viuen en residències}) \times 100$
06/	Taxa d'incidència de persones amb contenció física	$(\text{N}^{\circ} \text{ de nous casos de persones amb contenció física en el darrer any} / \text{N}^{\circ} \text{ persones que viuen en residències}) \times 100$
07/	Taxa d'incidència de persones grans amb incontinència urinària: Taxa de nous casos de persones amb amb incontinència urinària	$(\text{N}^{\circ} \text{ de nous casos de persones amb incontinència urinària en el darrer any} / \text{N}^{\circ} \text{ persones ateses en el darrer any}) \times 100$
08/	Taxa d'incidència de persones grans que han patit maltractament: Taxa de nous casos de persones amb maltractament negligència o abús en el darrer any	$(\text{N}^{\circ} \text{ de nous casos de persones grans que han patit maltractament en el darrer any} / \text{N}^{\circ} \text{ persones ateses en el darrer any}) \times 100$
09/	Risc de fugida de les persones que viuen en residències	$(\text{N}^{\circ} \text{ de persones valorades amb risc de fugides} / \text{Total de persones que viuen en residències}) \times 100$
10/	Queixes i reclamacions expressades en relació a l'atenció sanitària per les persones que viuen en residències per persona	$\text{N}^{\circ} \text{ de queixes i reclamacions expressades per les persones usuàries} / \text{N}^{\circ} \text{ de persones que viuen en residències}$
11/	Suggeriments expressats en relació a l'atenció sanitària per les persones que viuen en residències per persona	$\text{N}^{\circ} \text{ de suggeriments expressats per les persones usuàries} / \text{N}^{\circ} \text{ de persones que viuen en residències}$
12/	Taxa de persones tractades amb fàrmacs per la demència respecte el total de persones amb demència	$\text{Número de persones que viuen en residències que reben tractament farmacològic per la demència} / \text{Total de persones que viuen en residències amb deteriorament cognitiu}$



	Indicador	Càlcul
13/	Persones amb diagnòstics de demència i prescripció activa antipsicòtics amb durada més gran de 3 mesos	$(N^{\circ} \text{ de persones amb prescripció activa d'antipsicòtics de durada } >3 \text{ mesos} / N^{\circ} \text{ de persones diagnosticades amb demència}) \times 100$
14/	Taxa de persones en residències tractats amb més de 10 fàrmacs	$\text{Persones amb més de 10 fàrmacs} / \text{Total de persones que viuen en residències}$
15/	Percentatge persones major o igual a 75 anys amb medicació inadequada	$(N^{\circ} \text{ persones més grans o iguals a 75 anys que viuen en residències amb medicació inadequada} / N^{\circ} \text{ de persones més grans de 75 anys que viu en residències}) \times 100$
16/	Percentatge adherència guia farmacoterapèutica	$(1 - (N^{\circ} \text{ de persones amb plans de medicació no adherits a la guia farmacoterapèutica} / \text{persones que viuen en residències})) \times 100$
17/	Taxa de cobertura vacunació antigripal de les persones que viuen en residències	$(N^{\circ} \text{ persones que han estat vacunades amb la vacuna antigripal} / N^{\circ} \text{ de persones que viuen en residències}) \times 100$
18/	Taxa de cobertura vacunal Pneumococ de les persones que viuen en residències	$(N^{\circ} \text{ persones que han estat vacunades amb la vacuna Pneumococ} / N^{\circ} \text{ de persones que viuen en residències}) \times 100$



3.2.4 Perspectiva utilització de serveis i costos

	Indicador	Càlcul
01/	Numero de visites per pacient Infermeria de l'equip d'Atenció Primària a persones que viuen en residències	Nº visites infermeria a persones que viuen en residències en els últims 12 mesos / Nº persones que viuen en residències
02/	Numero de visites per pacient del Metge/essa de l'equip d'Atenció Primària a persones que viuen en residències	Nº visites metge/essa a persones que viuen en residències en els últims 12 mesos / Nº persones que viuen en residències
03/	Taxa d'utilització dispositius d'urgències globals per residència	(Nº persones que han anat a Urgències en els últims 12 mesos / Nº persones que viuen en residències) x 100
04/	Taxa d'utilització dispositius d'urgències d'Atenció Primària (ACUT, CUAP) per residència	Nº persones que han utilitzat els dispositius d'Urgències ACUT, CUAP per residència en els últims 12 mesos / Nº persones que viuen en residències
05/	Taxa d'utilització dispositius d'urgències hospitalàries per residència	(Nº persones que han anat a Urgències hospitalàries en els últims 12 mesos / Nº persones que viuen en residències) x 100
06/	Taxa bruta d'ingressos hospitalaris (inclou programats i urgents)	(Nº persones amb algun ingrés en els últims 12 mesos / Nº persones que viuen en residència) x 100
07/	Taxa d'hospitalització en centres sociosanitaris	(Persones que viuen en residències que ingressen a sociosanitari en els últims 12 mesos / Nº persones que viuen en residències) x 100
08/	Taxa hospitalitzacions potencialment evitables per un conjunt de condicions cròniques	(Nº persones amb com a mínim un ingrés urgent per un conjunt de malalties cròniques (codis inclosos en indicador IQP-20 MSIQ) en els últims 12 mesos / Nº persones que viuen en residències) x 100
09/	Cost de farmàcia per persona	Cost de farmàcia global de les persones que viuen en residències / Persones que viuen en Residència
10/	Variació del cost de farmàcia per persona que viu en residències del cost de farmàcia per persona que viu en residències	((Cost de farmàcia per persona que viu en residències del període actual - cost de farmàcia per persona que viu en residències del període anterior) / cost de farmàcia per persona que viu en residències del període anterior) x 100
11/	Import líquid Absorbents d'Incontinència Urinària (AIU) per persona amb incontinència urinària	Import líquid Apòsits d'Incontinència Urinària (AIU) / Nº de persones amb incontinència urinària
12/	Variació de l'import Absorbents d'Incontinència Urinària (AIU) per persona	((Import AIU per resident del període actual - import AIU per resident del període anterior) / import AIU per resident del període anterior) x 100

3. Marc avaluatiu

3.3 Detall dels indicadors

En el present apartat s'ofereix detall per a cada indicador, descrivint-ne els seus aspectes clau segons la següent fitxa:

A	
Percentatge de persones amb el PIIC realitzats en l'últim any (respecte al total de persones que viuen en residències)	
B	Fórmula: $(N^{\circ} \text{ persones amb PIIC elaborat durant últims 12 mesos} / N^{\circ} \text{ persones que viuen en residències}) \times 100$
C	Estàndard: 70%
D	Justificació: S'ha d'elaborar un Programa d'Intervenció Individualitzat i Compartit (PIIC) per a cada persona identificada com a pacient crònic complex (PCC) o com a persona amb malaltia crònica avançada (MACA) a la residència per tal de garantir la màxima seguretat i qualitat en l'atenció a la persona quan és atesa per professionals no referents. A través del PIIC, els equips professionals poden disposar de la informació essencial de cada cas, la qual cosa afavoreix que puguin prendre millors decisions, adequant l'atenció i la intensitat dels suports a les potencialitats i necessitats de la persona.
E	Definició de termes: El Programa d'Intervenció Individualitzat i Compartit (PIIC) és el Pla d'atenció específic per a una persona identificada com a pacient crònic complex (PCC) o com a persona amb malaltia crònica avançada (MACA), i les disposa en un entorn compartit d'informació (HC3). El document té en compte les seves necessitats físiques, psicològiques i socials, i ha estat consensuat entre els diferents professionals sanitaris i socials i el pacient, o la seva família. Representa sobretot un acte de comunicació entre professionals, on aquells que millor coneixen la persona sintetitzen i ofereixen la informació més rellevant del cas. D'aquesta manera, quan la persona és atesa per professionals no referents, aquests poden disposar, mitjançant el PIIC, de la informació essencial del cas, la qual cosa afavoreix que puguin prendre millors decisions, més congruents amb les necessitats, els valors i les preferències de la persona.
F	Fonts de dades: Documentació d'atenció individual de la persona usuària.
G	Comentari

A Nom de l'indicador
Títol descriptiu de l'indicador

B Fórmula
Mètode de càlcul per a resoldre l'indicador¹.

C Estàndard
Nivell desitjable d'acompliment de l'indicador. La definició dels estàndards haurà de partir de l'acord entre els dos Departaments.

D Justificació
Explicació del motiu pel que l'indicador s'ha de monitoritzar.

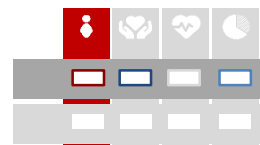
E Definició de temes
Descripció dels aspectes contemplats a l'indicador.

F Fonts de dades
Instruments d'on s'adquireix i es recol·lecten les dades i la informació

G Comentari
En els casos que apliqui, observacions addicionals a tenir en compte.

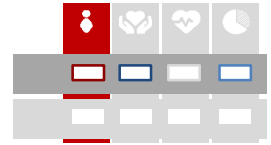
¹En aquest apartat es presenten els codis de població dels Sistemes d'Informació de l'Institut Català de la Salut referents en Indicadors de Residències, a l'espera de trobar una relació amb els codis utilitzats pel Departament de Treball Afers Socials i Famílies.

A les residències pròpies del TASF que encara no utilitzen l'ECAP, caldrà tenir en compte els codis del Resiplus o altres sistemes propis d'informació de la residència.



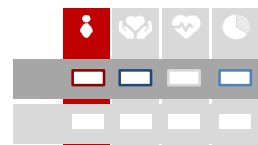
3.3.1 Perspectiva estat de situació (continuació)

Taxa de rotació de la residència	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones que ingressen a una residència.</p> <p>Denominador: n^o places disponibles residència.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	<p>El servei d'acolliment residencial és de caràcter temporal o permanent per a les persones grans que hi ingressen. Els centres i els seus professionals tenen l'objectiu de facilitar un entorn substitutiu de la llar, adequat i adaptat a les necessitats d'assistència, i afavorir la recuperació i el manteniment del màxim grau d'autonomia personal i social. Per tal d'analitzar el succés d'aquesta atenció, així com mantenir un seguiment del percentatge de rotació de les persones que ingressen i marxen del centre al llarg dels últims 12 mesos, es monitoritza l'indicador.</p>
Definició de termes:	<p>Taxa de rotació: La taxa de rotació és la variació de persones en el centre en els últims 12 mesos, entesa com la proporció de persones que marxen del centre respecte el total de places disponibles a la residència.</p>
Fonts de dades:	<p>En el cas de les residències de gestió pròpia: Resiplus. En el cas de les altres tipologies de residències, altres sistemes informàtics propis que utilitzin per comptabilitzar aquestes dades.</p>



3.3.1 Perspectiva estat de situació (continuació)

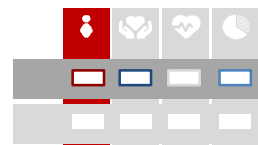
Proporció de persones amb grau II i III de dependència respecte les persones dependents	
Fórmula:	<p>Numerador: nº de persones amb grau II i III de dependència.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	L'atenció a les persones en situació de dependència, un col·lectiu de població cada cop més important i extens a causa dels canvis demogràfics i socials, s'ha convertit en un repte per a les residències, i la promoció de l'autonomia personal ha esdevingut una de les seves prioritats.
Definició de termes:	<p>Dependència: La dependència és l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, malaltia o discapacitat, i lligades a la falta d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, els cal l'atenció d'una o altres persones.</p> <p>Grau II, Dependència severa: Persona que necessita ajuda per a diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia, però no requereix la presència permanent d'una persona cuidadora o té necessitats d'ajuda extensa per a la seva autonomia personal. (De cinquanta a setanta-quatre punts al Barem de Valoració de la Dependència).</p> <p>Grau III, Gran dependència: Persona que necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària unes quantes vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia mental o física, necessita la presència indispensable i contínua d'una altra persona o té necessitat d'ajuda generalitzada per a la seva autonomia personal. (Igual o major a setanta-cinc punts al Barem de Valoració de la Dependència).</p>
Fonts de dades:	Relació de l'explotació de repositoris centrals de dependència del TASF, amb TIS o CIPS de persones que consta que estan institucionalitzades del Departament de Salut adjudicades a residència.



3.3.1 Perspectiva estat de situació (continuació)

Persones amb diagnòstic de deteriorament cognitiu o diagnòstic de demència

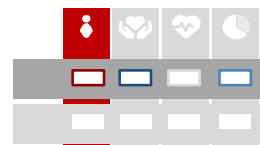
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones amb codi de diagnòstic de demència (identificades amb els codis CIM10: F00, F01, F02, F03 o G30).</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	<p>Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)</p>
Justificació:	<p>Incrementa significativament el número de persones amb demència i trastorn mental sever en els últims anys. Les persones amb diagnòstic de demència es troben en una situació de dependència, fet que comporta una necessitat d'incrementar els recursos en salut de les residències, tan a nivell de personal com material en la seva atenció sanitària.</p>
Definició de termes:	<p>Deteriorament cognitiu: El deteriorament cognitiu és la manca de memòria i altres capacitats com el raonament i el llenguatge, que pateixen algunes persones durant el seu envelliment, i que adquireixen característiques periòdiques en el temps, esdevenint una demència. Es considera que una persona usuària té deteriorament cognitiu quan l'alteració cognitiva consta en un informe mèdic o compleix els criteris de demència (DSM-IV, NINCDS/ADRA, ICD 10...).</p> <p>Demència: La demència és la pèrdua o debilitament de les facultats mentals, generalment greu i progressiu, a causa de l'edat o d'una malaltia, que es caracteritza per alteracions de la memòria, la raó i trastorns en la conducta.</p>
Fonts de dades:	<p>ECAP, altres sistemes d'informació de l'Atenció Primària o de sistemes d'informació de les pròpies residències. Aquest indicador és obligatori per a la inspecció de la residència, així la mateixa és responsable de l'extracció d'aquestes dades.</p>



3.3.1 Perspectiva estat de situació (continuació)

Severitat del grau de deteriorament cognitiu valorat amb l'escala GDS (En valor absolut)

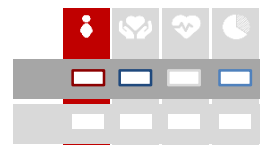
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones amb demència amb valoració GDS igual o superior a 6.</p> <p>Denominador: n^o persones amb codi de diagnòstic de demència (identificades amb els codis CIM10: F00, F01, F02, F03 o G30).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	<p>Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)</p>
Justificació:	<p>Cal recollir, a l'inici de l'atenció i de manera periòdica, dades objectives relacionades amb l'evolució de la persona en les àrees funcional, cognitiva i afectiva. Aquesta informació permet identificar àrees d'intervenció i avaluar l'efectivitat dels programes portats a terme al centre.</p>
Definició de termes:	<p>Escala de valoració de deteriorament global (GDS) de Reisberg: L'escala GDS de Reisberg avalua el deteriorament cognitiu de les persones en 7 nivells segons la seva severitat, sent 1 la fase de normalitat sense alteració cognitiva i 7 la fase terminal amb un deteriorament molt greu.</p> <p>Demència: La demència és la pèrdua o debilitament de les facultats mentals, generalment greu i progressiu, a causa de l'edat o d'una malaltia, que es caracteritza per alteracions de la memòria, la raó i trastorns en la conducta.</p>
Fonts de dades:	<p>ECAP amb la codificació diagnòstica i l'ompliment de l'escala GDS de Reisberg que permeti saber grau de severitat de la malaltia de forma anual.</p> <p>Aquest indicador és obligatori per a la inspecció de la residència, així la mateixa és responsable de l'extracció d'aquestes dades.</p>



3.3.1 Perspectiva estat de situació (continuació)

Mitjana de l'índex de complexitat GMA (grau de morbiditat agrupat) dels usuaris de la residència	
Fórmula:	<p>Numerador: sumatori de l'índex de complexitat GMAs de les persones que viuen en residències.</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Gairebé el 50% de les persones que viuen en residències es classifiquen a les categories de màxima complexitat clínica (GMA 4) o alt risc (GMA 3), fet que influeix directament en l'activitat i necessitats assistencials que requereixen els centres.
Definició de termes:	<p>Multimorbiditat: Es defineix¹ multimorbiditat com qualsevol combinació d'una malaltia crònica amb com a mínim una altra malaltia (aguda o crònica) o un determinant biopsicosocial (associat o no) o un factor de risc. Qualsevol determinant psicosocial, qualsevol factor de risc, la xarxa social, la càrrega generada per les malalties, l'ús de recursos sanitaris i les estratègies d'afrontament del pacient poden funcionar com a modificadors dels efectes de multimorbiditat. La multimorbiditat pot modificar els resultats en salut i conduir cap a una major discapacitat o una menor qualitat de vida o fragilitat.</p> <p>Índex de complexitat GMA: És l'indicador de morbiditat adaptat a l'entorn sanitari espanyol, que permet classificar la població 6 grups de morbiditat, dividits en 5 nivells de complexitat, més un grup de població sana.</p>
Fonts de dades:	Informació codificada de forma automàtica a l'ECAP i actualitzada cada 3-6 mesos, i altres sistemes informació d'Atenció Primària, o informació GMAs sumnistrada per Unitat Informació i Coneixement de Catsalut.

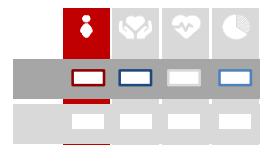
¹Referència bibliogràfica: Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, et al. (2015) *The European General Practice Research Network Presents the Translations of Its Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine in Ten European Languages*. PLoS ONE 10(1): e0115796. doi:10.1371/journal.pone.0115796



3.3.1 Perspectiva estat de situació (continuació)

Percentatge de persones que viuen en residències identificades amb la condició de PCC	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones PCC.</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La realitat observada a les residències és la tendència a la complexitat dels pacients crònics, fet que implica canvis en l'atenció sanitària que garanteixin la qualitat de vida i seguretat de les persones que hi viuen.
Definició de termes:	<p>PCC:</p> <p>La condició de PCC correspon a la població amb malalties cròniques d'alt i moderat risc, amb pacients que comporten una gestió clínica complexa.</p>
Fonts de dades:	Codificació per identificació de PCC a l'ECAP o en altres sistemes d'informació de l'Atenció Primària.

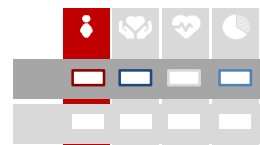
DOCUMENT
PROVINCIAL



3.3.1 Perspectiva estat de situació (continuació)

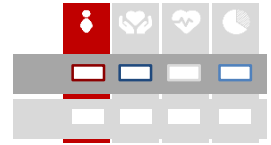
Percentatge de persones que viuen en residències identificades amb la condició de MACA	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones MACA. Denominador: n^o total persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La realitat observada a les residències és la tendència a la complexitat dels pacients crònics, fet que implica canvis en l'atenció sanitària que garanteixin la qualitat de vida i seguretat de les persones que hi viuen.
Definició de termes:	<p>MACA: La condició de MACA correspon a persones amb patologies cròniques de màxima complexitat, amb un pronòstic de vida limitat, altes necessitats mèdiques amb orientació pal·liativa i planificació de decisions avançades.</p>
Fons de dades:	Codificació per identificació de MACA a l'ECAP o en altres sistemes d'informació de l'Atenció Primària.

DOCUMENT
PROVISIONAL



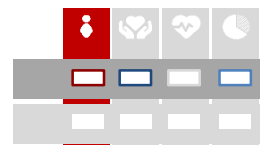
3.3.1 Perspectiva estat de situació (continuació)

Taxa de prevalença de persones amb Úlceres per pressió (UPP) diagnosticades i tipificades	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones amb úlceres per pressió (UPP) (identificades amb el codi CIM10: L89).</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Les úlceres per pressió (UPP) són un problema de salut pública i una complicació per a tots els àmbits assistencials de les residències, ja que afecten diàriament moltes persones dels centres, comportant repercussions molt importants en la seva qualitat de vida i l'entorn social.
Definició de termes:	<p>Úlcera per pressió:</p> <p>L'úlcera per pressió és una lesió de la pell en les zones del cos on l'os pressiona la pell contra una superfície exterior. Els pacients que més acostumen a patir aquest tipus de ferides són els malalts crònics i enllitats, perquè en la majoria d'aquests casos, no es poden recol·locar tot sols si hi ha una pressió així.</p>
Fons de dades:	<p>Diagnòstic d'UPP codificat a l'ECAP o altres sistemes d'informació d'Atenció Primària.</p> <p>Aquest indicador és obligatori per a la inspecció de la residència,, així la mateixa és responsable de l'extracció d'aquestes dades.</p>



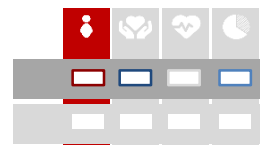
3.3.1 Perspectiva estat de situació (continuació)

Taxa de prevalença de persones que viuen en residències amb úlceres vasculares o peu diabètic diagnosticades	
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones amb úlcera vascular o peu diabètic diagnosticat (identificades amb els codis CIM10: I83 i L98.4)</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Les úlceres vasculares o peu diabètic són un problema de salut pública i una complicació per a tots els àmbits assistencials de les residències, ja que afecten diàriament moltes persones dels centres, comportant repercussions molt importants en la seva qualitat de vida i l'entorn social.
Definició de termes:	<p>Úlcera vascular: Les úlceres vasculares són lesions a la pell produïdes per la mala circulació i que triguen molt a curar-se. Poden fer mal, picar o no produir cap molèstia. Quan s'infecten poden ocasionar febre, dolor i malestar general. Les poden patir persones que tinguin problemes de circulació, però especialment les hipertenses, diabètiques, fumadores o les persones grans. La profunditat de l'úlcera vascular pot oscil·lar des de l'afectació de les capes més superficials de la pell fins a la del teixit muscular i ossi. En aquests casos, solen ser cròniques i resistents a la teràpia.</p> <p>Peu diabètic: El peu diabètic es refereix a la presència d'infecció, ulceració o destrucció dels teixits del peu associada amb neuropatia perifèrica i/o malaltia arterial perifèrica de les extremitats inferiors de les persones amb diabetis.</p>
Fonts de dades:	Diagnòstic d'UVASC codificat a l'ECAP o altres sistemes d'informació d'Atenció Primària.



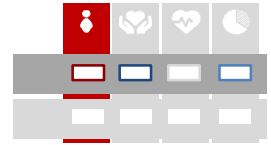
3.3.1 Perspectiva estat de situació (continuació)

Taxa de prevalença de persones amb incontinència urinària	
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones amb incontinència urinària (identificades amb els codis CIM10: R32, N39.4 i N39.3).</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La incontinència és un dels problemes que interfereix greument en l'autonomia de les persones grans i que els afecta l'autoestima. Per això cal dur a terme activitats per prevenir, detectar i millorar les incontinències. La valoració de la incontinència de manera periòdica permet detectar, de manera oportuna, els casos que poden beneficiar-se d'un programa de rehabilitació i de control d'esfínters.
Definició de termes:	<p>Incontinència urinària:</p> <p>Es coneix com incontinència urinària qualsevol pèrdua involuntària d'orina.</p>
Fonts de dades:	<p>Diagnòstic d'incontinència codificat a l'ECAP.</p> <p>Aquest indicador és obligatori per a la inspecció de la residència, així la mateixa és responsable de l'extracció d'aquestes dades.</p>



3.3.1 Perspectiva estat de situació (continuació)

Taxa de prevalença de persones amb trastorns de conducta	
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones amb trastorn conducta diagnosticat (identificades amb l'NPI).</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	L'envelliment de la població de les residències comporta un augment de les persones amb deteriorament cognitiu i demències en aquestes. Aquestes malalties van acompanyades sovint de trastorns de conducta, que necessiten de més professionals per tal d'adaptar les necessitats assistencials de la residència a les alteracions en el comportament i actuacions dels pacients.
Definició de termes:	<p>Trastorn de conducta:</p> <p>El trastorn de la conducta és un trastorn del comportament, que es caracteritza per comportaments antisocials que violen els drets d'altres i els estàndards i regles socials apropiats a l'edat.</p>
Fonts de dades:	<p>Diagnòstic de trastorns de conducta amb l'NPI (neuropsychiatric inve) codificat a l'ECAP.</p> <p>Aquest indicador és obligatori per a la inspecció de la residència, així la mateixa és responsable de l'extracció d'aquestes dades.</p>



3.3.1 Perspectiva estat de situació (continuació)

Taxa de prevalença de situació de persones grans que han patit maltractament	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones amb situació maltractament o abús (identificades amb els codis CIM10: Y07, Y07.0, Y07.1, Y07.2, Y07.8, Y07.9, Y07.3, T74.8, T74.9 i T74).</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Els/les professionals que assisteixen en l'atenció de les persones han de vetllar per promoure els seus drets. Aquest fet implica identificar, protegir i promoure els drets de les persones en un marc ètic. Això suposa que el centre ha de crear un entorn afavoridor per a l'atenció, amb un tracte digne i respectuós per a les persones que han patit maltractament.
Definició de termes:	<p>Maltractament: És maltractament a una persona gran l'acció que provoca algun dany o angoixa greu, que pot perjudicar la integritat física, psíquica, patrimonial, fins i tot l'autonomia personal o algun altre dret fonamental. L'acció pot ser repetida o aïllada, i pot consistir també en la falta de resposta adequada a les necessitats de la persona gran. Implica algú amb qui tenim relació: un familiar (parella, fills, etc.) o algú de fora la família (cuidadors, personal de residències, etc.), una persona de qui s'espera un tracte normal, de respecte mutu i fins i tot de confiança.</p> <p>Hi ha diferents formes de maltractament: físic, psicològic, econòmic, per negligència, per abandonament o per abús sexual.</p>
Fonts de dades:	Documentació d'atenció individual de la persona usuària.



3.3.2 Perspectiva procés d'atenció a la persona

Taxa de cobertura de persones que viuen en residències amb la Valoració geriàtrica Integral realitzada en els últims 12 mesos	
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3) amb Valoració geriàtrica Integral realitzada durant els últims 12 mesos.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	És necessari recollir al començament de l'atenció de les persones a la residència, les dades relacionades amb les seves característiques i necessitats. Conseqüentment, cal fer una reavaluació, de manera periòdica, de l'estat de les persones usuàries amb la finalitat de donar resposta a les necessitats emergents i a les expectatives que puguin tenir.
Definició de termes:	<p>Valoració integral:</p> <p>La valoració integral completa conté, com a mínim, la valoració de les àrees següents:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estat de salut i de les necessitats de la persona usuària. 2. Àrea funcional. 3. Capacitats cognitives i estat emocional. 4. Àrea social. 5. Creences i valors.
Fonts de dades:	Variables relacionades amb dimensions de la Valoració Integral a l'ECAP ¹ .
Comentari:	<p>Les valoracions periòdiques, com a mínim, s'han de fer de manera anual o cada vegada que hi hagi canvis significatius en la situació de la persona. Cada equip consensuarà el que considera canvis significatius per decidir si cal fer una reavaluació completa de la situació de la persona.</p> <p>S'aconsella, sempre que sigui possible, fer la valoració integral inicial durant les tres primeres setmanes des de l'ingrés, amb la finalitat d'identificar els suports que la persona necessita i començar a introduir-los.</p>

1. Es proposa la integració de les valoracions geriàtriques PIAI-PIIC.



3.3.2 Perspectiva procés d'atenció a la persona (continuació)

Percentatge de persones amb el PIAI realitzats en l'últim any (respecte al total de persones que viuen en residències)	
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones amb PIAI elaborat durant últims 12 mesos.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Cada persona ha de tenir un PIAI que permeti adequar l'atenció sanitària i social dels professionals de les residències a les seves necessitats.
Definició de termes:	<p>Pla Individualitzat d'Atenció Integral (PIAI):</p> <p>El PIAI recull les valoracions dels professionals, informació sobre la persona i els objectius i propostes que configuraran el full de ruta per atendre les seves necessitats i donar-li suport en el projecte de vida.</p>
Fonts de dades:	<p>Documentació d'atenció individual de la persona Usuari de cada Residència.</p> <p>Aquest indicador és obligatori per a la inspecció de la residència, així la mateixa és responsable de l'extracció d'aquestes dades.</p>
Comentari:	<p>En quedaran excloses les persones usuàries que faci menys de sis setmanes que han ingressat a la residència.</p> <p>Es considera que un pla interdisciplinari d'atenció individualitzada (PIAI) és correcte quan l'equip l'elabora conjuntament i amb la participació de la persona usuària i/o família o representant legal sempre que sigui possible</p> <p>El PIAI inicial s'ha de fer, com a màxim, durant les primeres sis setmanes d'estada al centre. La reavaluació es fa quan hi ha canvis significatius en el pla d'atenció de la persona o com a mínim un cop cada any. Cal deixar constància de la data dels canvis.</p> <p>Es recomana que, si hi ha la possibilitat de fer preingrés, a partir de la informació recollida s'estableixi, abans de l'ingrés, un primer pla d'atenció inicial (PIAI) amb els suports bàsics que la persona necessita per ser atesa mentre l'equip interdisciplinari elabora el PIAI consensuat. Si no, en les primeres 24 hores d'estada al centre, s'hauria de recollir la informació clau per poder prestar les atencions bàsiques que la persona necessita.</p>



3.3.2 Perspectiva procés d'atenció a la persona (continuació)

Percentatge de persones que viuen en residències identificades com a PCC amb el PIIC realitzat o actualitzat en els últims 12 mesos (PCC amb PIIC/Total PCC)	
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones amb condició PCC i PIIC elaborat correctament.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3) amb condició PCC.</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Cada persona resident amb condició PCC ha de tenir un PIIC ben elaborat, i actualitzat periòdicament amb criteris mínims de qualitat, que permeti adequar l'atenció a les seves necessitats i garanteixi la màxima seguretat i qualitat en l'atenció a la persona a la residència.
Definició de termes:	<p>PCC: La condició de PCC correspon a la població amb malalties cròniques d'alt i moderat risc, amb pacients que comporten una gestió clínica complexa.</p> <p>Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit (PIIC): El PIIC és el pla d'atenció específic per a una persona identificada com a pacient crònic complex (PCC) o com a persona amb malaltia crònica avançada (MACA), i les disposa en un entorn compartit d'informació (HC3). El document té en compte les seves necessitats físiques, psíquiques i socials, i ha estat consensuat entre els diferents professionals sanitaris i socials i el pacient, o la seva família. Representa sobretot un acte de comunicació entre professionals, on aquells que millor coneixen la persona sintetitzen i ofereixen la informació més rellevant del cas. D'aquesta manera, quan la persona és atesa per professionals no referents, aquests poden disposar, mitjançant el PIIC, de la informació essencial del cas, la qual cosa afavoreix que puguin prendre millors decisions, més congruents amb les necessitats, els valors i les preferències de la persona.</p>
Fonts de dades:	ECAP o altres sistemes d'informació de l'Atenció Primària.



3.3.2 Perspectiva procés d'atenció a la persona (continuació)

Percentatge de persones que viuen en residències identificades com a MACA amb el PIIC realitzat o actualitzat en els últims 12 mesos	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones amb condició MACA i PIIC elaborat correctament</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3) amb condició MACA.</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Cada persona resident amb condició MACA ha de tenir un PIIC ben elaborat, i actualitzat periòdicament amb criteris mínims de qualitat, que permeti adequar l'atenció a les seves necessitats i garanteixi la màxima seguretat i qualitat en l'atenció a la persona a la residència.
Definició de termes:	<p>MACA: La condició de MACA correspon a persones amb patologies cròniques de màxima complexitat, amb un pronòstic de vida limitat, altes necessitats mèdiques amb orientació pal·liativa i planificació de decisions avançades</p> <p>Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit (PIIC): El PIIC és el pla d'atenció específic per a una persona identificada com a pacient crònic complex (PCC) o com a persona amb malaltia crònica avançada (MACA), i les disposa en un entorn compartit d'informació (HC3). El document té en compte les seves necessitats físiques, psíquiques i socials, i ha estat consensuat entre els diferents professionals sanitaris i socials i el pacient, o la seva família. Representa sobretot un acte de comunicació entre professionals, on aquells que millor coneixen la persona sintetitzen i ofereixen la informació més rellevant del cas. D'aquesta manera, quan la persona és atesa per professionals no referents, aquests poden disposar, mitjançant el PIIC, de la informació essencial del cas, la qual cosa afavoreix que puguin prendre millors decisions, més congruents amb les necessitats, els valors i les preferències de la persona.</p>
Fonts de dades:	ECAP o altres sistemes d'informació de l'Atenció Primària.



3.3.2 Perspectiva procés d'atenció a la persona (continuació)

Prevalença de persones amb valoració dolor realitzada	
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones amb valoració dolor. Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Per tal d'assegurar la seguretat i benestar de les persones que viuen en residències, és necessari realitzar periòdicament valoracions de dolor. D'aquesta manera, es podrà garantir que l'atenció sanitària que està rebent està millorant el seu estat i condicions de vida o si es podria canviar alguna cosa per tal de evitar el seu malestar.
Definició de termes:	<p>Per al càlcul de la valoració del dolor es poden utilitzar les següents escales:</p> <p>Escala Visual Analògica (EVA): Escala que permet mesurar la intensitat del dolor que descriu el pacient amb la màxima reproductibilitat entre els observadors. Consisteix en una línia horitzontal de 10 centímetres, en els extrems de la qual es troben les expressions extremes d'un símptoma. En l'esquerre s'ubica l'absència o menor intensitat i en el dret la més intensitat. Es demana al pacient que marqui en la línia al punt que indiqui la intensitat i es mesura amb un regle mil·límetrat. La intensitat s'expressa en centímetres o mil·límetres.</p> <p>Escala DOLOPLUS: Escala que permet avaluar el dolor en pacients amb demència a través de gestos, verbalitzacions i llenguatge corporal.</p> <p>Escala PAINAD: Escala que permet avaluar el dolor en pacients amb demència.</p>
Fonts de dades:	Codificació d'escales a l'ECAP o altres sistemes d'informació de l'Atenció Primària.



3.3.2 Perspectiva procés d'atenció a la persona (continuació)

Prevalença de persones amb gèrmens multiresistents que han precisat tractament o que es té coneixement documentat que estan colonitzats o han estat infectats per gèrmens multiresistents	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones infectats amb gèrmens multiresistents diagnosticats, amb MRSA, enterobacteries productores de BLEE i enterobacter, que han precisat tractament.</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La prevalença de gèrmens multiresistents a les residències és una de les principals causes d'infeccions a les persones que viuen als centres. L'objectiu de monitoritzar i controlar la presència d'aquests gèrmens és garantir el compliment per part de tots els àmbits assistencials que tracten al pacient, de les normes de control d'infeccions, per tal de prevenir-les i així evitar possibles derivacions a l'hospital.
Definició de termes:	<p>Gèrmens multiresistents:</p> <p>Microorganismes que es resisteixen a dos o més grups antimicrobians, habitualment utilitzats en antibiòtics per al tractament de les infeccions. Aquesta resistència té rellevància clínica, ja que comporta l'empitjorament de salut dels pacients i afavoreix l'aparició i resistència d'infeccions.</p>
Fonts de dades:	Registre VINCAT.



3.3.2 Perspectiva procés d'atenció a la persona (continuació)

Taxa de derivació a urgències que requereix d'ingrés hospitalari	
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones derivades a Ucies que han hospitalitzat.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3) que han estat derivades a Ucies.</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Una derivació a urgències amb el temps necessari, pot reduir les hospitalitzacions de les persones que viuen en residències. Taxes baixes indiquen una millor qualitat de la prevenció per part de tots els professionals que intervenen en l'atenció de les persones.
Definició de termes:	<p>Derivació:</p> <p>Es considera una derivació el transport del pacient a altres centres sanitaris per a la realització d'interconsultes, proves, tractaments, etc... quan la residència no es troba en capacitat de realitzar un servei.</p>
Fonts de dades:	Registre de derivació des de ECAP o altres sistemes d'informació d'Atenció Primària i ingrés hospitalari a través de les dades del CMBD-AH. L'ingrés s'ha d'haver donat amb un temps de menys de 24h des de la derivació. <i>Proposta de futur: agregat de dades d'Atenció Primària i Hospital / Atenció Primària (CUAP + PAC) / Hospital. I dades residència.</i>



3.3.2 Perspectiva procés d'atenció a la persona (continuació)

Percentatge de persones que viuen en residències amb tractament amb Inhibidors de l'acetilcolinesterasa (IACE) i/o Memantina amb GDS-FAST igual o superior a 7b	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones amb tractament actiu de IACE i/o Memantina amb GDS-FAST igual o superior a 7b (identificades amb els codis lace / Memantina: Re2496, Re2588, Re3259, Re0444, Re3114, Re2048, Re3364, Re3290, Re3276, Re0520).</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Saber quin impacte té la demència a les residències i si el tractament amb fàrmacs d'aquesta és adequat, és essencial per tal de garantir una atenció integrada a les persones grans.
Definició de termes:	<p>Inhibidors de l'acetilcolinesterasa (IACE): Medicament per tractar la malaltia d'Alzheimer que inhibeix la degradació de l'acetilcolina, el neurotransmissor en la unió neuromuscular. La inhibició produïda per aquests fàrmacs augmenta la disponibilitat d'acetilcolina per estimular els receptors d'acetilcolina i així facilita l'activació i contracció muscular.</p> <p>Memantina: Medicament per tractar la malaltia d'Alzheimer, que actua sobre el sistema glutamatèrgic mitjançant el bloqueig dels receptors NMDA de glutamat.</p>
Fonts de dades:	<p>Història Clínica Compartida (HC3).</p> <p>Part: Pla terapèutic individual.</p> <p>Registre del medicament al SIRE.</p>



3.3.2 Perspectiva procés d'atenció a la persona (continuació)

Percentatge de persones amb prescripció antipsicòtics	
Fórmula:	<p>Numerador: N^o persones amb prescripció d'antipsicòtics en el seu Pla terapèutic durant els últims 12 mesos.</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La utilització d'antipsicòtics s'ha associat a l'increment de caigudes, inclòs després d'ajustar per la variable malaltia crònica o altres factors de confusió.
Definició de termes:	<p>Antipsicòtic:</p> <p>Psicofàrmac o agent que té una acció calmant global sobre el sistema nerviós, emprat especialment en el tractament de les psicosis i dels estats maníacs.</p>
Fonts de dades:	SIRE (Aplicació Farmàcia CatSalut).

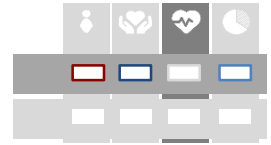
DOCUMENT
 PROVISORI



3.3.2 Perspectiva procés d'atenció a la persona (continuació)

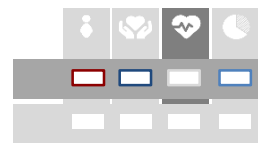
Percentatge de persones amb prescripció benzodiacepines	
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones amb tractament actiu de benzodiacepines en el seu Pla Terapèutic.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La utilització d'ansiolítics i hipnòtics s'ha associat a l'increment de caigudes, inclòs després d'ajustar per la variable malaltia crònica o altres factors de confusió.
Definició de termes:	<p>Benzodiazepines:</p> <p>Fàrmacs més àmpliament utilitzats per al tractament dels trastorns d'ansietat, que actuen sobre el sistema nerviós central i tenen efectes sedants i somnífers, ansiolítics, anticonvulsius, amnèsics i relaxants musculars.</p>
Fonts de dades:	SIRE (Aplicació Farmàcia CatSalut).

DOCUMENT
PROVISIONAL



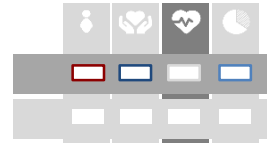
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut

Taxa de caigudes de persones que viuen en residències amb caigudes registrades l'últim any	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones que han patit caigudes (identificades amb el codi CIM10: W19.9).</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Les caigudes són l'accident més habitual entre la gent gran. Els centres han de tenir una estructura que ajudi a prevenir-les i un sistema de control per tal d'avaluar la incidència i el perfil de persones usuàries que cauen. És fonamental detectar i gestionar el risc per millorar la seguretat de les persones usuàries. La valoració sistemàtica del risc de caigudes ajuda a activar mesures preventives.
Definició de termes:	<p>Caiguda:</p> <p>Es reconeix com una caiguda la pèrdua de suport o equilibri que pateix una persona. Quan hi ha hagut una caiguda, cal valorar-ne la incidència i també identificar si les causes han estat per un tema estructural, de l'entorn, de tipus organitzatiu o si la persona que ha caigut tenia un risc alt de fer-ho. D'aquesta manera és possible establir un programa preventiu en funció dels factors de risc existents.</p>
Fons de dades:	Variable de caigudes a l'ECAP o sistemes de registres de les residències. Aquest indicador és obligatori per a la inspecció de la residència, així la mateixa és responsable de l'extracció d'aquestes dades.



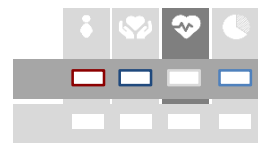
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Percentatge de persones amb contenció física	
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones per a les quals s'indiquin, o s'hagin indicat, mesures de contenció física o immobilització durant els últims 12 mesos.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Cal ajudar a crear un entorn cultural, social i físic que limiti les contencions físiques i les immobilitzacions a les situacions en què, per motius de salut, estiguin indicades i justificades, sabent que han de ser l'últim recurs que cal aplicar. Cal assegurar el bon ús de la mesura mitjançant el registre dels seguiments de les persones amb contenció física.
Definició de termes:	<p>Contenció física:</p> <p>La contenció física és la teràpia consistent en la supressió de tota possibilitat de moviment d'una part mòbil de l'organisme o de la seva totalitat per afavorir-ne la guarició, utilitzada en l'agitació psicomotora o en el control dels impulsos.</p> <p>L'expedient assistencial de la persona usuària ha de contenir els apartats següents:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factor/s de risc que motiva/en la contenció física o immobilització de la persona. • Prescripció tenint en compte les recomanacions que hi ha en aquest sentit (tipus, durada, periodicitat, indicació del material homologat que cal utilitzar, etc.). • Constància de la informació i consentiment de la persona i/o família. • Seguiment de la valoració de les necessitats específiques. • Revaluació de la prescripció mèdica de manera periòdica, depenent del factor de risc. <p>Es comprovarà, si el tipus de contencions utilitzades són homologades.</p>
Fonts de dades:	Documentació d'atenció individual de la persona usuària. Sistemes de registres de les residències. Aquest indicador és obligatori per a la inspecció de la residència, així la mateixa és responsable de l'extracció d'aquestes dades.



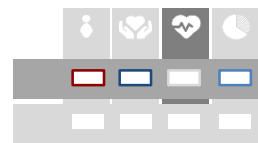
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Percentatge contencions en usuaris amb deteriorament cognitiu	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones amb deteriorament cognitiu i contenció física.</p> <p>Denominador: n^o persones amb deteriorament cognitiu.</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Cal ajudar a crear un entorn cultural, social i físic que limiti les contencions físiques i les immobilitzacions a les situacions en què, per motius de salut, estiguin indicades i justificades, sabent que han de ser l'últim recurs que cal aplicar. Cal assegurar el bon ús de la mesura mitjançant el registre dels seguiments de les persones amb contenció física amb deteriorament cognitiu diagnosticat.
Definició de termes:	<p>Contenció física: La contenció física és la teràpia consistent en la supressió de tota possibilitat de moviment d'una part mòbil de l'organisme o de la seva totalitat per afavorir-ne la guarició, utilitzada en l'agitació psicomotora o en el control dels impulsos.</p> <p>Deteriorament cognitiu: El deteriorament cognitiu és la manca de memòria i altres capacitats com el raonament i el llenguatge, que pateixen algunes persones durant el seu envelliment, i que adquireixen característiques periòdiques en el temps, esdevenint una demència. Es considera que una persona usuària té deteriorament cognitiu quan l'alteració cognitiva consta en un informe mèdic o compleix els criteris de demència (DSM-IV, NINCDS/ADRA, ICD 10...).</p>
Fonts de dades:	<p>Documentació d'atenció individual de la persona usuària.</p> <p>Sistemes de registres de les residències.</p> <p>Aquest indicador és obligatori per a la inspecció de la residència, així la mateixa és responsable de l'extracció d'aquestes dades.</p>



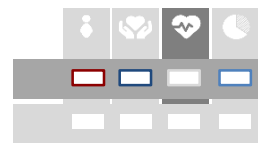
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Taxa d'incidència de persones amb úlceres vasculars o peu diabètic: Nous casos de persones amb úlceres vasculars o peu diabètic que viuen en residències en el darrer any	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o de nous casos de persones amb úlceres vasculars o peu diabètic en el darrer any.</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Les úlceres vasculars o peu diabètic són un problema de salut pública i una complicació per a tots els àmbits assistencials de les residències, ja que afecten diàriament moltes persones dels centres, comportant repercussions molt importants en la seva qualitat de vida i l'entorn social. La monitorització d'aquest indicador promocionarà la prevenció de nous casos d'úlceres vasculars i peus diabètics.
Definició de termes:	<p>Úlcera vascular: Les úlceres vasculars són lesions a la pell produïdes per la mala circulació i que triguen molt a curar-se. Poden fer mal, picar o no produir cap molèstia. Quan s'infecten poden ocasionar febre, dolor i malestar general. Les poden patir persones que tinguin problemes de circulació, però especialment les hipertenses, diabètiques, fumadores o les persones grans. La profunditat de l'úlcera vascular pot oscil·lar des de l'afectació de les capes més superficials de la pell fins a la del teixit muscular i ossi. En aquests casos, solen ser cròniques i resistents a la teràpia</p> <p>Peu diabètic: El peu diabètic es refereix a la presència d'infecció, ulceració o destrucció dels teixits del peu associada amb neuropatia perifèrica i/o malaltia arterial perifèrica de les extremitats inferiors de les persones amb diabetis.</p>
Fonts de dades:	Història Clínica Compartida (HC3).



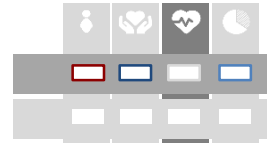
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Taxa d'incidència de persones amb Úlceres per pressió (UPP): Taxa de noves UPP de persones que viuen en residències en el darrer any	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o de nous casos de persones amb úlceres per pressió en el darrer any (identificades amb el codi CIM10: L89).</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Les úlceres per pressió (UPP) són un problema de salut pública i una complicació per a tots els àmbits assistencials de les residències, ja que afecten diàriament moltes persones dels centres, comportant repercussions molt importants en la seva qualitat de vida i l'entorn social. La monitorització d'aquest indicador promocionarà la prevenció de nous casos d'úlceres per pressió.
Definició de termes:	<p>Úlcera per pressió:</p> <p>L'úlcera per pressió és una lesió de la pell en les zones del cos on l'os pressiona la pell contra una superfície exterior. Els pacients que més acostumen a patir aquest tipus de ferides són els malalts crònics i enllitats, perquè en la majoria d'aquests casos, no es poden recol·locar tot sols si hi ha una pressió així.</p>
Fonts de dades:	<p>Història Clínica Compartida (HC3).</p> <p>Aquest indicador és obligatori per a la inspecció de la residència, així la mateixa és responsable de l'extracció d'aquestes dades.</p>



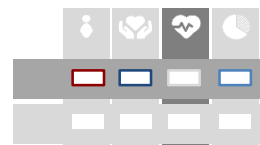
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Taxa d'incidència de persones amb contenció física	
Fórmula:	<p>Numerador: nº de nous casos de persones per a les quals s'indiquin, o s'hagin indicat, mesures de contenció física o immobilització durant els últims 12 mesos.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Cal ajudar a crear un entorn cultural, social i físic que limiti les contencions físiques i les immobilitzacions a les situacions en què, per motius de salut, estiguin indicades i justificades, sabent que han de ser l'últim recurs que cal aplicar. Cal assegurar el bon ús de la mesura mitjançant el registre dels seguiments de les persones amb contenció física.
Definició de termes:	<p>Contenció física:</p> <p>La contenció física és la teràpia consistent en la supressió de tota possibilitat de moviment d'una part mòbil de l'organisme o de la seva totalitat per afavorir-ne la guarició, utilitzada en l'agitació psicomotora o en el control dels impulsos.</p> <p>L'expedient assistencial de la persona usuària ha de contenir els apartats següents:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factor/s de risc que motiva/en la contenció física o immobilització de la persona. • Prescripció tenint en compte les recomanacions que hi ha en aquest sentit (tipus, durada, periodicitat, indicació del material homologat que cal utilitzar, etc.). • Constància de la informació i consentiment de la persona i/o família. • Seguiment de la valoració de les necessitats específiques. • Revaluació de la prescripció mèdica de manera periòdica, depenent del factor de risc. <p>Es comprovarà, si el tipus de contencions utilitzades són homologades.</p>
Fonts de dades:	Variable de deteriorament cognitiu o demència a l'ECAP.



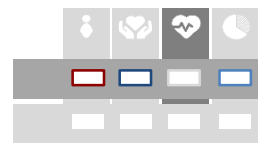
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Taxa d'incidència de persones grans amb incontinència urinària: Taxa de nous casos de persones amb incontinència urinària	
Fórmula:	<p>Numerador: nº de nous casos de persones amb incontinència urinària en el darrer any (identificades amb els codis CIM10: R32, N39.4 i N39.3).</p> <p>Denominador: nº persones ateses en el darrer any.</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La incontinència és un dels problemes que interfereix greument en l'autonomia de les persones grans i que els afecta l'autoestima. Per això cal dur a terme activitats per prevenir, detectar i millorar les incontinències. Cal realitzar un seguiment de l'ús d'apòsits d'incontinència urinària per garantir que es recepta únicament en aquelles persones que realment presenten un quadre d'incontinència urinària.
Definició de termes:	<p>Incontinència urinària:</p> <p>Es coneix com incontinència urinària qualsevol pèrdua involuntària d'orina.</p>
Fonts de dades:	Documentació d'atenció individual de la persona usuària.



3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Taxa d'incidència de persones grans que han patit maltractament: Taxa de nous casos de persones amb maltractament negligència o abús en el darrer any	
Fórmula:	<p>Numerador: nº de nous casos de persones grans que han patit maltractament en el darrer any (identificades amb els codis CIM10: Y07, Y07.0, Y07.1, Y07.2, Y07.8, Y07.9, Y07.3, T74.8, T74.9 i T74).</p> <p>Denominador: nº persones ateses en el darrer any.</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Els/les professionals que assisteixen en l'atenció de les persones han de vetllar per promoure els seus drets. Aquest fet implica identificar, protegir i promoure els drets de les persones en un marc ètic. Això suposa que el centre ha de crear un entorn afavoridor per a l'atenció, amb un tracte digne i respectuós per a les persones que han patit maltractament en el darrer any. La monitorització d'aquest indicador permetrà detectar nous casos de maltractament en un futur.
Definició de termes:	<p>Maltractament: És maltractament a una persona gran l'acció que provoca algun dany o angoixa greu, que pot perjudicar la integritat física, psíquica, patrimonial, fins i tot l'autonomia personal o algun altre dret fonamental. L'acció pot ser repetida o aïllada, i pot consistir també en la falta de resposta adequada a les necessitats de la persona gran. Implica algú amb qui tenim relació: un familiar (parella, fills, etc.) o algú de fora la família (cuidadors, personal de residències, etc.), una persona de qui s'espera un tracte normal, de respecte mutu i fins i tot de confiança.</p> <p>Hi ha diferents formes de maltractament: físic, psicològic, econòmic, per negligència, per abandonament o per abús sexual.</p>
Fonts de dades:	Documentació d'atenció individual de la persona usuària.



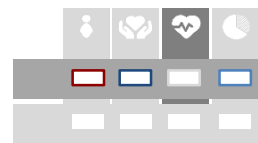
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Risc de fugida de les persones que viuen en residències	
Fórmula:	<p>Numerador: nº de persones valorades amb risc de fugides.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La detecció de riscos és fonamental per activar les mesures preventives pertinents. Una bona gestió dels riscos és clau per disminuir la morbimortalitat sobreafegida que puguin representar per a les persones usuàries del servei residencial, i també per reduir els costos tan importants que impliquen. Cal tenir en compte que la millora de la seguretat prové de les interaccions dels components que minimitzen l'aparició dels errors i maximitzen la probabilitat d'interceptar-los abans que apareguin.
Definició de termes:	<p>Risc de fugida:</p> <p>Es reconeix com a risc de fugida el dany potencial per a les persones grans que pot sorgir per el seu escapament del centre.</p>
Fonts de dades:	Documentació d'atenció individual de la persona usuària. Sistemes de registres de les residències.



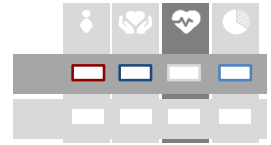
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Queixes i reclamacions expressades en relació a l'atenció sanitària per les persones que viuen en residències per persona	
Fórmula:	<p>Numerador: nº de queixes i reclamacions expressades per les persones usuàries.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	El centre ha de tenir organitzat un sistema de recepció, seguiment i resolució de les queixes i reclamacions, de tal manera que pugui quedar constància escrita del motiu. Tanmateix es registren les actuacions empreses per solucionar el problema que origina la queixa.
Definició de termes:	<p>Queixa: Expressió del ressentiment o disgust per l'atenció sanitària rebuda en un centre o a través d'un servei sanitari que no l'ha satisfet.</p> <p>Reclamació: Expressió de l'opinió de l'usuari en relació amb un acte o procés assistencial, com a conseqüència de l'atenció sanitària rebuda en un centre que no l'ha satisfet, i de la qual l'usuari espera una resposta i/o actuació.</p> <p>Sistemes de gestió de les queixes i reclamacions: Sistema que haurà de tenir en compte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocol de gestió de les reclamacions que explíciti: <ul style="list-style-type: none"> - Com s'informa la persona usuària i familiar o referent social sobre el sistema de gestió de les reclamacions. - La metodologia i els mecanismes de recollida definits. - Les estratègies per fomentar la participació de les persones usuàries, de les famílies o referents socials i de la comunitat (escolta activa, grups focals, etc.). - Els temps de resposta estipulats. • Sistema de registre de les reclamacions realitzades al centre, amb especificació de les respostes donades i dels dies transcorreguts des que es va formular la reclamació fins que es va emetre la resposta. <p>Informe anual amb propostes de millora efectuades a partir de l'anàlisi de les reclamacions.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe anual de l'avaluació del grau d'acompliment de les millores proposades durant l'any anterior.
Fonts de dades:	Documentació del centre. Sistema de registre de queixes i suggeriments de les residències.
Comentari:	<p>Taxa trimestral (últims 3 mesos)</p> <p>De manera complementària, es comprovarà que les persones usuàries coneixen el sistema.</p>



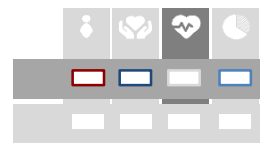
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Suggeriments expressats en relació a l'atenció sanitària per les persones que viuen en residències per persona	
Fórmula:	<p>Numerador: nº de suggeriments expressats per les persones usuàries.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	El centre ha de tenir organitzat un sistema de recepció, seguiment i resolució dels suggeriments, de tal manera que pugui quedar constància escrita del motiu. Tanmateix es registren les actuacions empreses per solucionar el problema que origina el suggeriment.
Definició de termes:	<p>Sistema de gestió dels suggeriments: Sistema que haurà de tenir en compte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocol de gestió dels suggeriments que expliciti: <ul style="list-style-type: none"> - Com s'informa la persona usuària i familiar o referent social sobre el sistema de gestió dels suggeriments. - La metodologia i els mecanismes de recollida definits. - Les estratègies per fomentar la participació de les persones usuàries, de les famílies o referents socials i de la comunitat (escolta activa, grups focals, etc.). - Els temps de resposta estipulats. • Sistema de registre dels suggeriments realitzats al centre, amb especificació de les respostes donades i dels dies transcorreguts des que es va formular el suggeriment fins que es va emetre la resposta. <p>Informe anual amb propostes de millora efectuades a partir de l'anàlisi dels suggeriments.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe anual de l'avaluació del grau d'acompliment de les millores proposades durant l'any anterior.
Fonts de dades:	Documentació del centre. Sistema de registre de queixes i suggeriments de les residències.
Comentari:	<p>Taxa trimestral (últims 3 mesos)</p> <p>De manera complementària, es comprovarà que les persones usuàries coneixen el sistema.</p> <p>Aquest indicador és obligatori pel sistema ISO.</p>



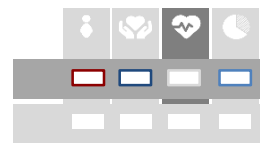
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Taxa de persones tractades amb fàrmacs per la demència respecte el total de persones amb demència	
Fórmula:	<p>Numerador: número de persones que viuen en residències que reben tractament farmacològic per la demència.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències amb deteriorament cognitiu (identificades amb els codis CIM10: F00, F01, F02, F03 o G30).</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La identificació dels fàrmacs inapropiats (que poden produir efectes adversos greus), o evitables (d'eficàcia no demostrada o que no són necessaris) en les persones amb demència permet minimitzar els riscos associats, efectes adversos i millorar la salut del pacient.
Definició de termes:	<p>Demència:</p> <p>La demència és la pèrdua o debilitament de les facultats mentals, generalment greu i progressiu, a causa de l'edat o d'una malaltia, que es caracteritza per alteracions de la memòria, la raó i trastorns en la conducta.</p>
Fonts de dades:	ECAP.



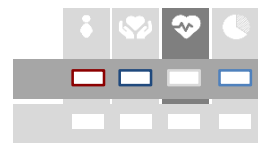
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Persones amb diagnòstics de demència i prescripció activa antipsicòtics amb durada més gran de 3 mesos	
Fórmula:	<p>Numerador: nº de persones amb prescripció activa d'antipsicòtics de durada >3 mesos.</p> <p>Denominador: nº de persones diagnosticades amb demència (identificades amb els codis CIM10: F00, F01, F02, F03 o G30).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La utilització d'antipsicòtics s'ha associat a l'increment de caigudes, inclòs després d'ajustar per la variable malaltia crònica o altres factors de confusió.
Definició de termes:	<p>Demència: La demència és la pèrdua o debilitament de les facultats mentals, generalment greu i progressiu, a causa de l'edat o d'una malaltia, que es caracteritza per alteracions de la memòria, la raó i trastorns en la conducta.</p> <p>Antipsicòtic: L'antipsicòtic és el psicofàrmac o agent que té una acció calmant global sobre el sistema nerviós, emprat especialment en el tractament de les psicosis i dels estats maníacs.</p>
Fonts de dades:	ECAP (Dades de prescripció).



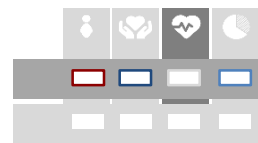
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Taxa de persones en residències tractats amb més de 10 fàrmacs	
Fórmula:	<p>Numerador: persones amb més de 10 fàrmacs (exclosos els col·liris i les pomades).</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	<p>La polimediació constitueix una preocupació dels serveis de salut atès el nombre creixent de persones en aquesta situació i els problemes que se'n deriven, especialment en la població més envellida. La polimediació s'associa amb l'ús inapropiat de medicaments i amb d'altres problemes com ara la disminució de l'adherència terapèutica, el major risc d'efectes adversos o un increment de les interaccions medicamentoses. Controlar l'exposició poblacional als medicaments contribueix a un ús racional del medicament alhora que genera sinèrgies positives en la despesa.</p>
Definició de termes:	<p>Polimediació:</p> <p>Un pacient polimedicat és aquella persona amb una o diverses malalties cròniques que pren més de deu medicaments, diàriament i de forma continuada, durant un període igual o superior a sis mesos.</p>
Fonts de dades:	ECAP (Dades de prescripció).



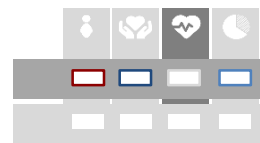
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Percentatge persones major o igual a 75 anys amb medicació inadequada	
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones més grans o iguals a 75 anys que viuen en residències amb medicació inadequada d'acord amb la Guia Farmacoteràpèutica.</p> <p>Denominador: nº de persones més grans de 75 anys que viuen en residències.</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La identificació dels fàrmacs inapropiats (que poden produir efectes adversos greus), o evitables (d'eficàcia no demostrada o que no són necessaris) en les persones amb demència permet minimitzar els riscos associats, efectes adversos i millorar la salut del pacient.
Definició de termes:	<p>Conciliació de la medicació: Procés formal d'obtenir una llista completa de la medicació del pacient previ al seu ingrés hospitalari i comparar-la amb la que se li ha prescrit l'inici del mateix, els trasllats i l'alta hospitalària, evitant duplicitats, interaccions o contraindicacions entre els dos tractaments. Les discrepàncies trobades s'han de comentar amb el prescriptor i, si es requereix, s'han de corregir. Els canvis realitzats s'han de documentar i comunicar adequadament al següent responsable sanitari del pacient i al mateix pacient. És un procés que requereix temps i dedicació, però el resultat optimitza la despesa farmacèutica i evita problemes de salut a pacients polimedicats. El sistema sanitari millora la qualitat assistencial en garantir la seguretat i suposa un ús més racional del medicament a través de la conciliació terapèutica.</p> <p>NOTA: Es considera medicació inadequada segons la llista del CatSalut.</p>
Fonts de dades:	ECAP (Dades de prescripció) i SIRE (Dades de facturació).



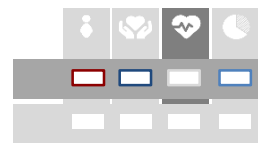
3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

Percentatge adherència guia farmacoterapèutica	
Fórmula:	<p>Numerador: (1 - (Nº de persones amb plans de medicació no adherits a la guia farmacoterapèutica.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	<p>L'indicador mesura l'ús de medicaments de forma adequada i el correcte seguiment de les pautes terapèutiques, amb l'objectiu de garantir que suposin una veritable millora per a les persones que viuen en residències. Aquesta valoració es realitza d'acord amb el Programa d'Harmonització Farmacoterapèutica dels Medicaments d'Atenció Primària i Comunitària (PHF-APC).</p> <p>En el context de les malalties cròniques, la manca d'adherència és un tema prioritari de salut pública a causa a les seves conseqüències negatives: fracassos terapèutics, majors taxes de hospitalització i augment dels costos sanitaris.</p>
Definició de termes:	<p>Adherència:</p> <p>És definida com el grau en què el comportament del pacient coincideix amb les recomanacions acordades entre el professional sanitari i el pacient. Per tant, ressalta tant la participació activa del pacient com la responsabilitat del metge per crear un clima de diàleg que faciliti la presa de decisions compartides.</p> <p>La població atesa en centres residencials, pateix en general diferents patologies, associades o no a l'edat, que impliquen un tractament farmacològic continuat. Aquest tractament, requereix de la constància per escrit a l'hora de la prescripció, planificació i administració dels diferents fàrmacs per tal de garantir l'atenció correcta i evitar el risc que comporta una mala o incorrecta administració. Tot i haver-hi una persona responsable dels medicaments (infermer/a), el personal cuidador o auxiliar ha de ser conscient de la importància de la seva labor en aquest apartat de les cures.</p>
Fonts de dades:	SIRE.



3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

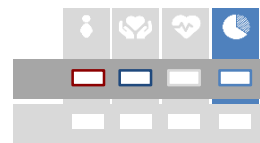
Taxa de cobertura vacunació antigripal de les persones que viuen en residències en els últims 12 mesos	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o de persones amb vacunació antigripal en els últims 12 mesos.</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La vacuna antigripal és una de les mesures més efectives dirigides a la gent gran. En la gent gran vacunada que presenten la malaltia, la vacunació disminueix la gravetat del procés i el nombre de complicacions, i redueix substancialment el risc d'hospitalització i mort.
Definició de termes:	<p>Vacunació antigripal:</p> <p>Mesura preventiva que pretén reduir la mortalitat i les complicacions en les persones més vulnerables ocasionades per la malaltia. La vacuna contra la grip es recomana a les persones majors de 60 anys, a determinats malalts amb patologies cròniques o al personal d'institucions tancades o de col·lectius estratègics.</p>
Fonts de dades:	ECAP o altres sistemes d'informació de l'Atenció Primària.



3.3.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut (continuació)

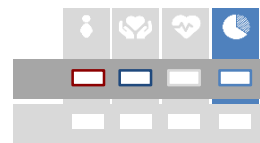
Taxa de cobertura vacunal Pneumococ de les persones que viuen en residències

Fórmula:	<p>Numerador: nº de persones amb vacunació Pneumococ (identificades a l'ECAP amb el Vacu_desc_curta = Pn* o Vacu_cod = P00111, P00102, P00106, P00097).</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Una vacunació Pneumococ pot reduir els episodis d'agudització de l'MPOC i la reducció de la funció pulmonar. La qualitat de la prevenció pot influir en la taxa d'hospitalitzacions per MPOC.
Definició de termes:	<p>Vacuna antipneumocòccica:</p> <p>Barreja d'antígens capsulars de diferents soques del pneumococ, i té com a finalitat la profilaxi de les malalties causades per aquest microorganisme. Les malalties d'etiologia pneumocòccica són una causa important de morbiditat i mortalitat en els casos afectats, principalment per sèpsia, pneumònia o meningitis).</p>
Fonts de dades:	ECAP o altres sistemes d'informació de l'Atenció Primària.



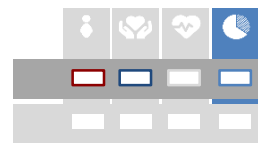
3.3.3 Perspectiva d'utilització de serveis i costos

Numero de visites per pacient Infermeria de l'equip d'Atenció Primària a persones que viuen en residències	
Fórmula:	<p>Numerador: nº visites infermeria d'AP a persones que viuen en residències en els últims 12 mesos (identificades amb els codis CIM10 Visita: 9C, 9D, 9R, 9T, C, P, S, U (Situació "R").</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La mitjana de visites diàries que realitzen els professionals d'infermeria de l'equip d'Atenció Primària permet conèixer la seva càrrega de treball.
Definició de termes:	Visita metge: qualsevol tipus d'entrevista de caràcter assistencial entre el pacient i algun dels professionals mèdics, que generi un enregistrament en la història clínica (HC) del pacient. Una mateixa visita pot respondre a un o més motius d'atenció, cadascun dels quals pot ser nou, o bé un seguiment d'un problema ja enregistrat anteriorment.
Fonts de dades:	ECAP o altres sistemes d'informació de l'Atenció Primària.



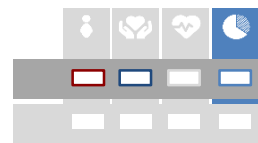
3.3.3 Perspectiva d'utilització de serveis i costos (continuació)

Numero de visites per pacient del Metge/essa de l'equip d'Atenció Primària a persones que viuen en residències	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o visites metge/essa d'AP a persones que viuen en residències en els últims 12 mesos (identificades amb els codis CIM 10 Visita: 9C, 9D, 9R, 9T, C, P, S, U (Situació "R").</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La mitjana de visites diàries que realitzen els metges de l'equip d'Atenció Primària permet conèixer la seva càrrega de treball.
Definició de termes:	Visita infermera: qualsevol tipus d'entrevista de caràcter assistencial entre el pacient i algun dels professionals d'infermeria, que generi un enregistrament en la història clínica (HC) del pacient. Una mateixa visita pot respondre a un o més motius d'atenció, cadascun dels quals pot ser nou, o bé un seguiment d'un problema ja enregistrat anteriorment.
Fonts de dades:	ECAP o altres sistemes d'informació de l'Atenció Primària.



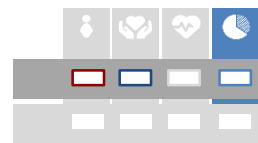
3.3.3 Perspectiva d'utilització de serveis i costos (continuació)

Taxa d'utilització dispositius d'urgències globals per residència	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones que han anat a Urgències en els últims 12 mesos (identificades amb el codi CIM10: 10121).</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	<p>Una atenció de qualitat, centrada en la persona, segura, pròxima i eficient pot reduir la taxa d'utilització de dispositius d'urgències, i per tant, reduir el consum de recursos públics i millorar l'eficiència del sistema sanitari. Una derivació a urgències amb el temps necessari, pot reduir les hospitalitzacions de les persones que viuen en residències. Taxes baixes indiquen una millor qualitat de la prevenció per part de tots els professionals que intervenen en l'atenció de les persones.</p>
Definició de termes:	<p>Derivació:</p> <p>Es considera una derivació per urgència el transport del pacient a altres centres sanitaris per a la realització d'interconsultes, proves, tractaments, etc... quan la residència no es troba en capacitat de realitzar un servei.</p>
Fonts de dades:	<p>CMBD d'urgències. <i>Proposta de futur: agregat de dades d'Atenció Primària i Hospital / Atenció Primària (CUAP + PAC) / Hospital.</i></p> <p>Actualment, es registra als sistemes de registre de les residències.</p>



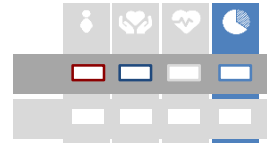
3.3.3 Perspectiva d'utilització de serveis i costos (continuació)

Taxa d'utilització dispositius d'urgències d'Atenció Primària (ACUT, CUAP) per residència	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones que han utilitzat els dispositius d'Urgències ACUT, CUAP per residència en els últims 12 mesos.</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Una atenció de qualitat, centrada en la persona, segura, pròxima i eficient pot reduir la taxa d'utilització de dispositius d'urgències, i per tant, reduir el consum de recursos públics i millorar l'eficiència del sistema sanitari. Addicionalment, una derivació a urgències d'Atenció Primària amb el temps necessari, pot reduir les hospitalitzacions de les persones que viuen en residències. Taxes baixes indiquen una millor qualitat de la prevenció per part de tots els professionals que intervenen en l'atenció de les persones.
Definició de termes:	<p>Derivació:</p> <p>Es considera una derivació d'urgència el transport del pacient a altres centres sanitaris d'Atenció Primària per a la realització d'interconsultes, proves, tractaments, etc... quan la residència no es troba en capacitat de realitzar un servei.</p>
Fonts de dades:	<p>ECAP o altres sistemes d'informació de l'Atenció Primària. <i>Proposta de futur: agregat de dades d'Atenció Primària i Hospital / Atenció Primària (CUAP + PAC) / Hospital.</i></p> <p>Actualment, es registra als sistemes de registre de les residències.</p>



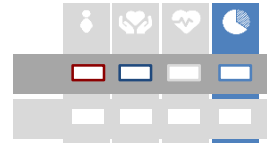
3.3.3 Perspectiva d'utilització de serveis i costos (continuació)

Taxa d'utilització dispositius d'urgències hospitalàries per residència	
Fórmula:	<p>Numerador: nº persones que han anat a Urgències hospitalàries en els últims 12 mesos.</p> <p>Denominador: nº total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Una atenció de qualitat, centrada en la persona, segura, pròxima i eficient pot reduir la taxa d'utilització de dispositius d'urgències, i per tant, reduir el consum de recursos públics i millorar l'eficiència del sistema sanitari. Una derivació a urgències amb el temps necessari, pot reduir les hospitalitzacions de les persones que viuen en residències. Taxes baixes indiquen una millor qualitat de la prevenció per part de tots els professionals que intervenen en l'atenció de les persones.
Definició de termes:	<p>Derivació:</p> <p>Es considera una derivació per urgència hospitalària el transport del pacient a altres centres hospitals per a la realització d'interconsultes, proves, tractaments, etc... quan la residència no es troba en capacitat de realitzar un servei.</p>
Fonts de dades:	<p>CMBD- Urgències. <i>Proposta de futur: agregat de dades d'Atenció Primària i Hospital / Atenció Primària (CUAP + PAC) / Hospital.</i></p> <p>Actualment, es registra als sistemes de registre de les residències.</p>



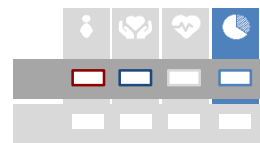
3.3.3 Perspectiva d'utilització de serveis i costos (continuació)

Taxa bruta d'ingressos hospitalaris (inclou programats i urgents)	
Fórmula:	<p>Numerador: n^o persones amb algun ingrés en els últims 12 mesos.</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	L'adequació dels ingressos de cada hospital (entenent com a ingrés inadequat, per motiu urgent o programat, aquell que presenta una estabilitat clínica suficient procedint de la residència, com per no precisar hospitalització) pot estar incidint de forma important en les taxes d'hospitalització.
Definició de termes:	<p>Taxa bruta d'ingressos hospitalaris:</p> <p>Número de pacients que, procedint de l'exterior de l'hospital, realitzen l'admissió en una unitat d'hospitalització, amb la consegüent ocupació d'un llit.</p>
Fonts de dades:	<p>CMBD.</p> <p>Actualment, es registra als sistemes de registre de les residències.</p>



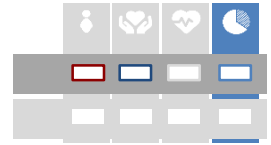
3.3.3 Perspectiva d'utilització de serveis i costos (continuació)

Taxa d'hospitalització en centres socio-sanitaris	
Fórmula:	<p>Numerador: persones que viuen en residències que ingressen a socio-sanitari en els últims 12 mesos (identificades amb els codis CIM10: LEST o HDIA)</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	L'adequació dels ingressos en centres socio-sanitaris (entenen com a ingrés inadequat aquell que presenta una estabilitat clínica suficient com per no precisar hospitalització) pot estar incidint de forma important en les taxes d'hospitalització.
Definició de termes:	<p>Centres socio-sanitaris:</p> <p>Unitats estructurals amb una atenció adreçada a cures pal·liatives, convalsència, estada mitjana polivalent, llarga estada, UFISS de geriatría, cures pal·liatives i mixtes i PADES),</p>
Fonts de dades:	<p>CMBD-Socio-sanitari.</p> <p>Actualment, es registra als sistemes de registre de les residències.</p>



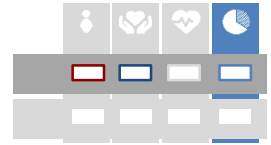
3.3.3 Perspectiva d'utilització de serveis i costos (continuació)

Taxa hospitalitzacions potencialment evitables per un conjunt de condicions cròniques	
Fórmula:	<p>Numerador: número d'ingressos relacionats amb un conjunt malalties cròniques incloses en indicador MSIQ IQP-20 Catsalut en els últims 12 mesos.</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	<p>Les hospitalitzacions evitables per a pacients crònics, constitueixen una mesura indirecta de la capacitat de resolució dels recursos d'atenció ambulatoria i dels ingressos potencialment evitables a partir de la informació de l'activitat hospitalària. Les hospitalitzacions evitables són un fenomen important tant des del punt de vista de la qualitat de l'atenció com del consum de recursos. Aquest indicador mesura el grau de resolució dels equips de les residències: valors més elevats suggereixen menor resolució, tant en el percentatge com en la taxa.</p> <p>Un adequat abordatge proactiu comunitari pot reduir les hospitalitzacions potencialment evitables, si es treballa de manera proactiva en l'atenció d'aquestes persones amb aquests condicions.</p>
Definició de termes:	<p>Hospitalitzacions potencialment evitables: Hospitalitzacions que podrien evadir-se a través d'una atenció oportuna i adequada, prevenint possibles complicacions. Son hospitalitzacions necessàries, però evitables. Per exemple, complicacions del pacient asmàtic i/o diabètic.</p>
Fonts de dades:	CMBD-AH.



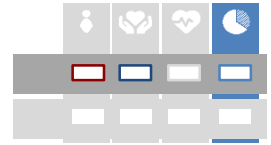
3.3.3 Perspectiva d'utilització de serveis i costos (continuació)

Cost de farmàcia per persona	
Fórmula:	<p>Numerador: cost de farmàcia global de les persones que viuen en residències</p> <p>Denominador: n^o total de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3).</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La despesa farmacèutica pública per assegurat consumidor és un indicador que té en compte, d'una banda, els efectes del component preu (cost per recepta) i de l'altra, els del component quantitat (receptes per usuari). Aquest indicador pretén avaluar de forma indirecta el nivell d'eficiència de la prescripció farmacèutica. Així, en termes generals, una major despesa farmacèutica per usuari indica un menor nivell d'eficiència.
Definició de termes:	<p>Despesa farmacèutica: Quantitat de diners destinada a l'adquisició de medicaments i productes sanitaris.</p>
Fonts de dades:	SIRE (Aplicatiu Farmàcia CatSalut).



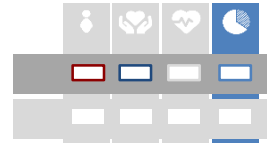
3.3.3 Perspectiva d'utilització de serveis i costos (continuació)

Variació del cost de farmàcia per persona que viu en residències del cost de farmàcia per persona que viu en residències	
Fórmula:	<p>Numerador: cost de farmàcia per persona que viu em residències del període actual - cost de farmàcia per persona que viu em residències del període anterior.</p> <p>Denominador: cost de farmàcia per persona que viu em residències del període anterior</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La despesa farmacèutica pública per assegurat consumidor és un indicador que té en compte, d'una banda, els efectes del component preu (cost per recepta) i de l'altra, els del component quantitat (receptes per usuari). Aquest indicador pretén avaluar de forma indirecta el nivell d'eficiència de la prescripció farmacèutica. Així, en termes generals, una major despesa farmacèutica per usuari indica un menor nivell d'eficiència. Recollir les dades del cost de farmàcia, permet comprovar la seva variació respecte dels anys anteriors, i així controlar i mantenir el seu seguiment i evitar el malbaratament dels recursos públics.
Definició de termes:	<p>Despesa farmacèutica: Quantitat de diners destinada a l'adquisició de medicaments i productes sanitaris.</p>
Fonts de dades:	SIRE.



3.3.3 Perspectiva d'utilització de serveis i costos (continuació)

Import líquid Absorbents d'Incontinència Urinària (AIU) per persona amb incontinència urinària	
Fórmula:	<p>Numerador: Import líquid Apòsits d'Incontinència Urinària (AIU). Codi d'Apòsits: codi AIU 23 c/23c03/23c04/23c05/ 23c06.</p> <p>Denominador: nº de persones que viuen en residències (identificades amb el codi: Z59.3) amb incontinència urinària (identificades amb els codis: R32, N39.4, N39.3, I13211, I13212, I13213, I13214, I13215).</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	La despesa en Apòsits d'Incontinència Urinària (AIU) representa un percentatge elevat de la despesa farmacèutica de les persones que viuen en residències. A banda, cal realitzar un seguiment de l'ús d'apòsits d'incontinència urinària per garantir que es recepta únicament en aquelles persones que realment presenten un quadre d'incontinència urinària.
Definició de termes:	<p>Incontinència urinària: Es coneix com incontinència urinària qualsevol pèrdua involuntària d'orina.</p>
Fonts de dades:	SIRE.



3.3.3 Perspectiva d'utilització de serveis i costos (continuació)

Variació de l'import Absorbents d'Incontinència Urinària (AIU) per persona	
Fórmula:	<p>Numerador: (Import AIU per resident del període actual - import AIU per resident del període anterior).</p> <p>Denominador: import AIU per resident del període anterior). Codi d'Apòsits: codi AIU 23 c/23c03/23c04/23c05/ 23c06.</p> <p>El resultat de la divisió es multiplicarà per 100 per tal de presentar-ho en forma de percentatge.</p>
Estàndard:	Pendent (A definir de forma consensuada entre els Departaments de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies)
Justificació:	Controlar i realitzar un seguiment de l'evolució de l'import Apòsits d'Incontinència Urinària (AIU) per persona que viu en residències respecte els anys anteriors. La despesa en AIU representa un percentatge elevat de la despesa farmacèutica de les persones que viuen en residències. A banda, cal realitzar un seguiment de l'ús d'apòsits d'incontinència urinària per garantir que es repta únicament en aquelles persones que realment presenten un quadre d'incontinència urinària.
Definició de termes:	<p>Incontinència urinària:</p> <p>Es coneix com incontinència urinària qualsevol pèrdua involuntària d'orina.</p>
Fonts de dades:	SIRE.

04



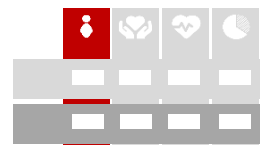
Annexes

DC
PROL

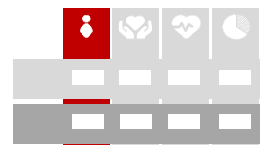
4. Annexes

4.1 Proposta d'indicadors tècnics

4.1.1 Perspectiva d'estat de situació



Indicador	Càlcul
01/ Nombre de persones actives a l'eCAP	Nº persones amb Història Clínica electrònica oberta a l'eCAP
02/ Percentatge d'ocupació de la residència	$(\text{N}^{\circ} \text{ persones que ocupen plaça} / \text{N}^{\circ} \text{ màxim persones que poden ocupar un centre residencial}) \times 100$
03/ Nombre de persones adscrites al CatSalut a la residència	Nº persones que viuen en residències que estan cobertes per CatSalut
04/ Taxa de cobertura de persones actives a l'eCAP sobre la població residencial	Nº persones amb HC electrònica oberta a eCAP / Nº de persones que viuen en residències
05/ Edat mitjana persones ateses	$\sum \text{edat de les persones que viuen en residències} / \text{N}^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}$
06/ Mediana de Barthel de les persones que viuen en residències ingressats a la residència	$\sum \text{valoració funcional de Barthel en persones que viuen en centre residencial} / \text{N}^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}$
07/ Taxa de cobertura del test de Barthel elaborat	$(\text{N}^{\circ} \text{ persones amb valoració Barthel elaborada} / \text{N}^{\circ} \text{ persones ateses}) \times 100$
08/ Mediana de Pfeiffer de les persones que viuen en residències ingressats a la residència	$\sum \text{valoració cognitiva de Pfeiffer en persones que viuen en centre residencial} / \text{N}^{\circ} \text{ total de persones que viuen en residències}$
09/ Taxa de persones amb risc de desnutrició o malnodrits (valorat en MNA)	$(\text{N}^{\circ} \text{ persones amb "risc de desnutrició o desnodrits" valorats} / \text{N}^{\circ} \text{ persones que viuen en residències}) \times 100$
10/ Taxa de cobertura de la valoració del risc de caigudes	$(\text{N}^{\circ} \text{ de valoracions de risc de caiguda} / \text{N}^{\circ} \text{ de persones que viuen en residències}) \times 100$
11/ Valoració del risc de caigudes (escala Tinetti)	$(\text{N}^{\circ} \text{ persones amb valoració caigudes utilitzant escala Tinetti} / \text{N}^{\circ} \text{ persones valorades per risc de caigudes}) \times 100$
12/ Valoració del risc de Úlceres per pressió (UPP) amb escala Norton/Braden/EMINA	$(\text{N}^{\circ} \text{ persones amb valoració risc úlceres amb alguna escala validada (Norton o Braden o EMINA)} / \text{Persones que viuen en residències}) \times 100$
13/ Proporció de persones dependents en l'ús WC	$(\text{N}^{\circ} \text{ persones que son dependents en l'ús WC} / \text{N}^{\circ} \text{ persones que viuen en residències}) \times 100$
14/ Prevalença de persones amb alteració del patró de la son amb impacte en la persona -	$(\text{N}^{\circ} \text{ persones amb alteració patró son} / \text{N}^{\circ} \text{ persones que viuen en residències}) \times 100$
15/ Prevalença de persones que presenten estrenyiment	$(\text{N}^{\circ} \text{ persones amb estrenyiment} / \text{N}^{\circ} \text{ persones que viuen en residències}) \times 100$



4.1.1 Perspectiva d'estat de situació

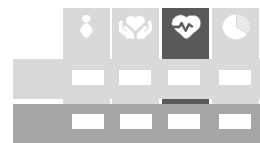
Indicador	Càlcul
16/ Percentatge de persones amb el PIIC realitzats en l'últim any (respecte al total de persones que viuen en residències)	$(N^{\circ} \text{ persones amb el PIIC elaborat durant els últims 12 mesos} / N^{\circ} \text{ persones que viuen en residències}) \times 100$
17/ Proporció de persones amb grau I de dependència respecte les persones dependents	$N^{\circ} \text{ de persones amb grau I de dependència} / \text{Total de persones que viuen en residències}$
18/ Proporció de persones amb grau II de dependència respecte les persones dependents	$N^{\circ} \text{ de persones amb grau II de dependència} / \text{Total de persones que viuen en residències}$
19/ Proporció de persones amb grau III de dependència respecte les persones dependents	$N^{\circ} \text{ de persones amb grau III de dependència} / \text{Total de persones que viuen en residències}$
20/ Índex de prevalença de persones amb Úlceres per pressió (UPP) grau I	$(N^{\circ} \text{ persones amb UPP grau I} / N^{\circ} \text{ persones prevalents amb UPP}) \times 100$
21/ Índex de prevalença de persones amb Úlceres per pressió (UPP) grau II	$(N^{\circ} \text{ persones amb UPP grau II} / N^{\circ} \text{ persones prevalents amb UPP}) \times 100$
22/ Índex de prevalença de persones amb Úlceres per pressió (UPP) grau III	$(N^{\circ} \text{ persones amb UPP grau III} / N^{\circ} \text{ persones prevalents amb UPP}) \times 100$
23/ Índex de prevalença de persones amb Úlceres per pressió (UPP) grau IV	$(N^{\circ} \text{ persones amb UPP grau IV} / N^{\circ} \text{ persones prevalents amb UPP}) \times 100$



4.1.2 Perspectiva procés d'atenció a la persona

Indicador	Càlcul
01/ Taxa de realització del test de Pfeiffer elaborat	(Nº persones amb valoració Pfeiffer elaborada / Nº persones que viuen en residències) x 100
02/ Taxa de persones amb pla d'intervenció nutricional realitzat	(Nº persones amb pla d'intervenció nutricional / Nº persones amb "risc de desnutrició o desnodrits") x 100
03/ Taxa de persones amb contenció física amb registre específic. (En el registre específic s'inclou el procés d'atenció a contenció i el seu registre a la història de la persona)	(Persones amb contenció física amb registre realitzat correctament / Total de persones detectades amb contenció física) x 100
04/ Percentatge de persones amb incontinència urinària amb registre específic. Registre específic sobre grau o severitat incontinència i pla de canvi i reeducació esfínters	(Persones amb incontinència urinària amb registre realitzat correctament / Total de persones detectades amb incontinència urinària) x 100
05/ Taxa de nous casos de trastorn de conducta en persones que viuen en residències	(Nº de casos nous de trastorn de conducta en persones que viuen en residències / Nº persones ateses) x 100
06/ Percentatge de persones amb dolor controlat (EVA<3)/ prevalents amb dolor (Eva>0)	(Nº persones amb valoració dolor i valor EVA < 3 / Persones amb valoració dolor) x 100 (A valorar escala EVA, PAINAD o DOLOPLUS)

DOCUMENT PROVISIONAL



4.1.3 Perspectiva qualitat, seguretat i resultats en salut

Indicador	Càlcul
01/ Taxa de caigudes amb conseqüències greus respecte les persones que viuen en residències	(Número de persones amb més de 3 caigudes amb conseqüències greus en 3 mesos / Total de persones ateses) x 100
02/ Taxa de freqüència de les caigudes	(Número de persones amb més de 3 caigudes amb conseqüències greus en 3 mesos / Total de persones amb valoració de caigudes) x 100
03/ Taxa de fractures de les persones que viuen en residències en l'últim any x 100 usuaris atesos	(Nº persones amb fractura per caiguda / Nº persones que viuen en residències) x 100 usuaris atesos
04/ Percentatge de persones amb maltractament negligència o abús amb registre específic -	(Persones amb maltractament, negligència o abús amb registre realitzat correctament / Total de persones detectades amb maltractament, negligència o abús) x 100
05/ Percentatge de persones que han realitzat l'enquesta de satisfacció respecte l'atenció sanitària a les persones que viuen en residències	(Nº de persones que viuen en residències que participen a l'enquesta de satisfacció / Nº de persones que viuen en residències amb capacitat per respondre) x 100
06/ Grau de satisfacció global amb l'atenció sanitària a les persones que viuen en residències	(Nº d'enquestes valorades amb més d'un 7 / Número d'enquestes totals realitzades) x 100
07/ Percentatge de familiars o referents socials que han realitzat l'enquesta de satisfacció respecte l'atenció sanitària	(Nº de famílies o referents socials que han participat a l'enquesta de satisfacció / Nº d'enquestes totals realitzades) x 100
08/ Grau de satisfacció respecte l'atenció sanitària dels familiars o referents socials	(Nº de familiars que a l'enquesta de satisfacció valoren amb 7 ó més/Número d'enquestes totals on han participat famílies) x 100
09/ Participació a l'enquesta de satisfacció dels professionals	(Nº de professionals que responen l'estudi de satisfacció / Número de professionals del centre en el moment de realitzar l'enquesta) x 100
10/ Grau de satisfacció dels professionals	(Nº de 6 professionals que a l'enquesta de satisfacció valoren amb 7 ó més/Número d'enquestes totals on han participat famílies) x 100
11/ Queixes i suggeriments expressats en relació a l'atenció sanitària o referents socials per persona	Nº de queixes i suggeriments expressats per les famílies de les persones que viuen en residències / Nº de persones que viuen en residències
12/ Taxa de participació en la valoració de la qualitat de vida	(Nº persones amb valoració qualitat de vida / Nº persones residents) x 100
13/ Resultat de la valoració del grau de qualitat de vida	\sum resultats del qüestionari EuroQol / Nº total de qüestionaris EuroQol realitzats
14/ Proporció de persones amb tractaments farmacològics revisats	Número de persones que viuen en residències amb revisió (com a mínim anual) / Total de persones que viuen en residències



4.1.4 Perspectiva d'utilització de serveis i costos

Indicador	Càlcul
01/ Percentatge de persones que viuen en residències amb CIP consumidors de farmàcia	(Nº de persones amb CIP que consumeixen farmàcia / Nº de persones que viuen en residències) x 100
02/ Variació de l'import líquid per resident - Increment import líquid per resident	((import líquid per resident del període actual - import líquid per resident del període anterior) / import líquid per resident del període anterior) x 100
03/ Variació de l'import líquid per resident - Increment import líquid per resident	((import líquid per resident del període actual - import líquid per resident del període anterior) / import líquid per resident del període anterior) x 100
04/ Import líquid consumit per Residència acumulat	Σ imports de despesa d'una residència (A VALIDAR)
05/ Import líquid de farmàcia consumit per Residència acumulat	Σ cost de farmàcia de les persones que viuen en un mateix centre residencial (A VALIDAR)
06/ Variació de l'import líquid respecte l'any anterior	((import líquid any actual - import líquid any anterior) / import líquid any anterior) x 100
07/ Nombre Apòsits d'Incontinència Urinària (AIU) per CIP i dia	Nombre total d'Apòsits d'Incontinència Urinària (AIU) consumits / Nº total de persones amb CIP / 365 dies

DOCUMENT
PROVINCIAL

