

Consens i selecció d'indicadors per avaluar l'atenció a la cronicitat. Segon informe

IN03/2013



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Agència de Qualitat i
Avaluació Sanitàries de Catalunya

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut. La seva missió és generar el coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i sostenibilitat el sistema de salut de Catalunya, posant l'enfocament en l'avaluació i utilitzant com a instruments principals la informació, el coneixement i les tecnologies de la informació i les comunicacions. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA), membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), de la Guidelines International Network (G-I-N), del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Grup de treball avaluació de la cronicitat. Consens i selecció d'indicadors per avaluar l'atenció a la cronicitat. Segon informe. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | www.aatrm.net

© 2013, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. 1a edició, setembre 2013, Barcelona

Dipòsit legal: B. 23056-2013

Correcció: Víctor Igual, S.L.



Se'n permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n citi la procedència (autoria, títol, òrgan editor), i que no es faci amb fins comercials. No es permet la creació d'obres derivades sense autorització expressa dels autors i de l'editor. La llicència completa es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Consens i selecció d'indicadors per avaluar l'atenció a la cronicitat. Segon informe

Grup de treball d'avaluació de la cronicitat



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Agència de Qualitat i
Avaluació Sanitàries de Catalunya

AUTORIA I AGRAÏMENTS

- **Joan Escarrabill**, pneumòleg, director del Programa d'Atenció a la Cronicitat "Barcelona esquerra", Hospital Clínic, Barcelona
- **Mireia Espallargues**, metge especialista en medicina preventiva i salut pública, subdirectora en qualitat de l'atenció sanitària, AQuAS
- **Sílvia López-Aguilà**, estadística, investigadora, AQuAS
- **Vicky Serra-Sutton**, sociòloga, investigadora, AQuAS

Agraïments

- **Carles Blay**, metge de família, Programa de Prevenció i Atenció al Pacient Crònic a Catalunya (PPAC)
 - **Carme Beni**, responsable d'Avaluació, Direcció de Compra i Avaluació de Serveis Sanitaris, Regió Sanitària de Barcelona
 - **Joan Carles Contel**, infermer, PPAC
 - **Assumpció González**, infermera, PPAC
 - **Albert Ledesma**, metge de família, director del PPAC
 - **Júlia López**, administrativa, AQuAS
 - **Tino Martí**, economista, CFO Consorci Castelldefels pels Agents de Salut (CASAP)
 - **Josep M. Monguet**, enginyer, investigador de i2Cat (investigador principal de la plataforma Health Consensus) i professor de la Universitat Politècnica de Catalunya
 - **Blanca Muntane**, infermera, Divisió de Planificació i Avaluació Operativa, Àrea de Serveis i Qualitat, CatSalut
 - **Luis Rajmil**, pediatra i metge especialista en medicina preventiva i salut pública, investigador, AQuAS
 - **Alex Trejo**, enginyer superior, fundador d'Onsanity Solutions
- L'equip vol agrair a tots els professionals de Catalunya que han participat en el procés de consens de la fase 1 i 2 del projecte.

ÍNDIX

AUTORIA I AGRAÏMENTS.....	4
RESUM EXECUTIU	6
INTRODUCCIÓ.....	20
OBJECTIUS	21
METODOLOGIA.....	22
RESULTATS	33
INDICADORS VALORATS A CADA FASE I PARTICIPANTS	33
CARACTERÍSTIQUES PARTICIPANTS I TAXA DE RESPOSTA	33
CONSENS DELS INDICADORS.....	35
ROBUSTESA DELS INDICADORS VALORATS	39
PROPOSTA D'INDICADORS PER A L'AVALUACIÓ	43
CONCLUSIONS	45
ANNEXOS	48
ANNEX 1. RESULTATS PRIMERA ONADA.....	49
ANNEX 2. RESULTATS SEGONA ONADA.....	57
ANNEX 3. RESULTATS ROBUSTESA INDICADORS.....	68
ANNEX 4. INDICADORS VALORATS	73
SIGLES I ABREVIACIONS.....	98
BIBLIOGRAFIA	99

RESUM EXECUTIU

ANTECEDENTS

L'avaluació dels programes d'atenció als pacients amb malalties cròniques és un repte perquè es tracta d'avaluar intervencions complexes amb diversos components, amb una intensitat molt variable en l'ús dels instruments terapèutics i tecnològics, amb interacció de molts professionals i en contextos que són difícils d'estandarditzar. En les fases prèvies d'aquest projecte s'ha desenvolupat un marc conceptual per a l'avaluació de programes i experiències d'atenció a la cronicitat i s'ha definit una proposta inicial d'indicadors (especialment de resultats) amb experts i usuaris a partir d'aquest model conceptual (vegeu el primer informe).

En el marc de la línia del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 per a la incorporació del coneixement professional i clínic, l'objectiu d'aquesta fase del projecte fou conèixer, d'una manera extensa i participativa, el consens que hi havia al voltant dels indicadors prèviament definits i seleccionar els més rellevants per a l'avaluació de l'atenció a la cronicitat a Catalunya.

METODOLOGIA

El projecte global preveu tres fases (vegeu la **figura 1**). En aquest informe s'inclou l'estudi del consens extens i la selecció d'indicadors (que és la fase 2). S'ha obtingut el consens a partir de professionals de diferents àmbits d'atenció, especialitats i perfils de tot Catalunya, mitjançant la plataforma tecnològica en línia Health Consensus (eina que incorpora un model inspirat en la metodologia Delphi i que permet la participació d'un grup extens d'experts de manera asíncrona) a través de dues onades de votacions. Es va demanar als participants que valoressin els indicadors proposats d'acord amb el marc conceptual d'avaluació (vegeu la **figura 2**) a partir de criteris d'importància, factibilitat i capacitat de l'indicador per poder mesurar la integració clínica (escala de 0 a 9). A la primera onada es va considerar que hi havia consens en un indicador quan el 75% o més dels experts puntuava entre 7-9 en almenys dos criteris per a aquell indicador. A la segona onada es va considerar que aquest percentatge d'experts en l'interval 7-9 fos present almenys als criteris d'importància i factibilitat i en tots els perfils d'expertesa dels participants (clínic/assistencial, gestió, avaluació/planificació).

A partir d'aquests resultats, l'equip de treball, conjuntament amb el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) i tècnics de la Divisió de Planificació i Avaluació Operativa del Catesalut, van seleccionar aquells indicadors considerats més adequats per a l'avaluació de programes i experiències d'atenció a la cronicitat, tenint en compte, a més del consens obtingut, aspectes relacionats amb la factibilitat real d'informació i càlcul, la capacitat de l'indicador de traduir integració clínica i la consistència en els resultats de consens al llarg de l'estudi. Una vegada obtingut la llista final dels indicadors, se'n durà a terme la implementació per poder avaluar les experiències i els programes d'atenció a la cronicitat en el territori (que serà la fase 3).

Figura 1. Esquema de la metodologia del projecte

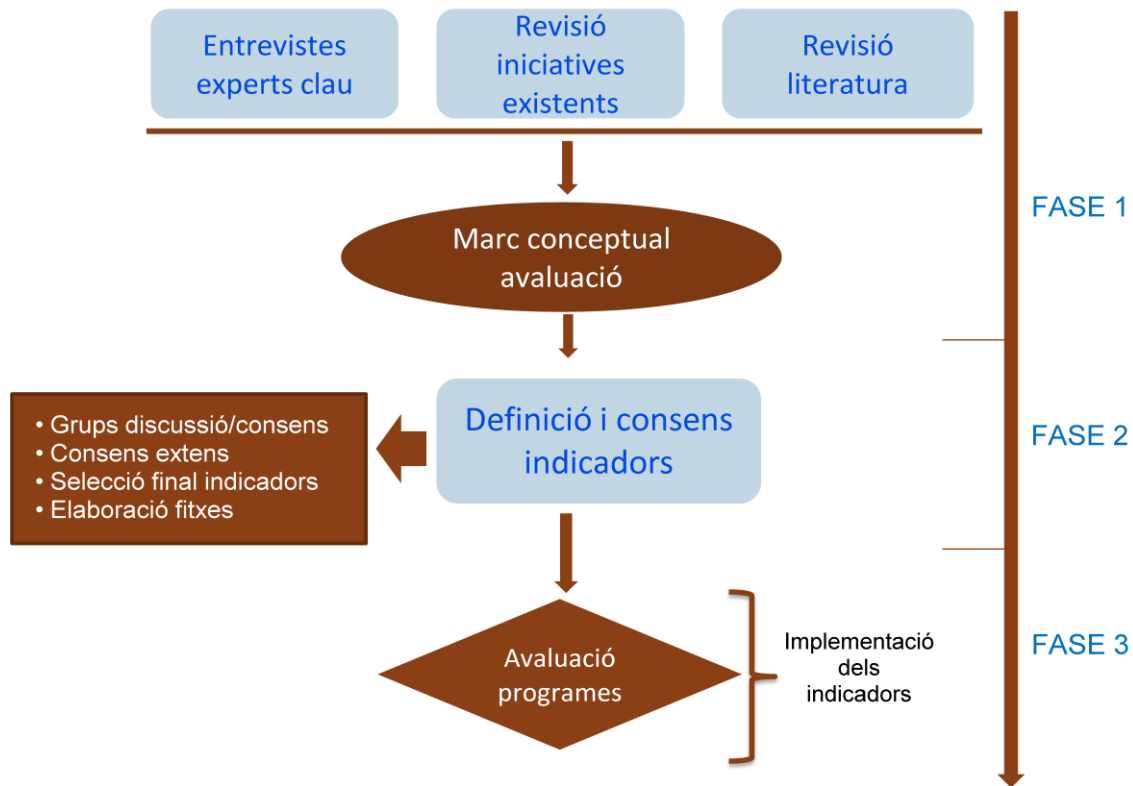
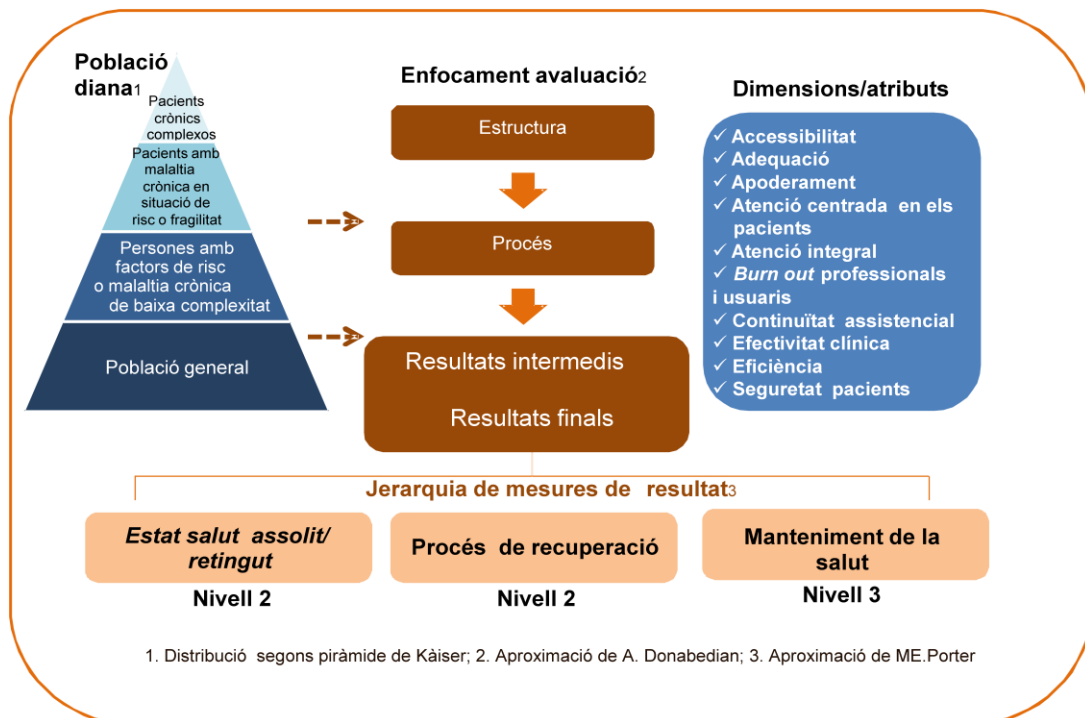


Figura 2. Model conceptual d'avaluació

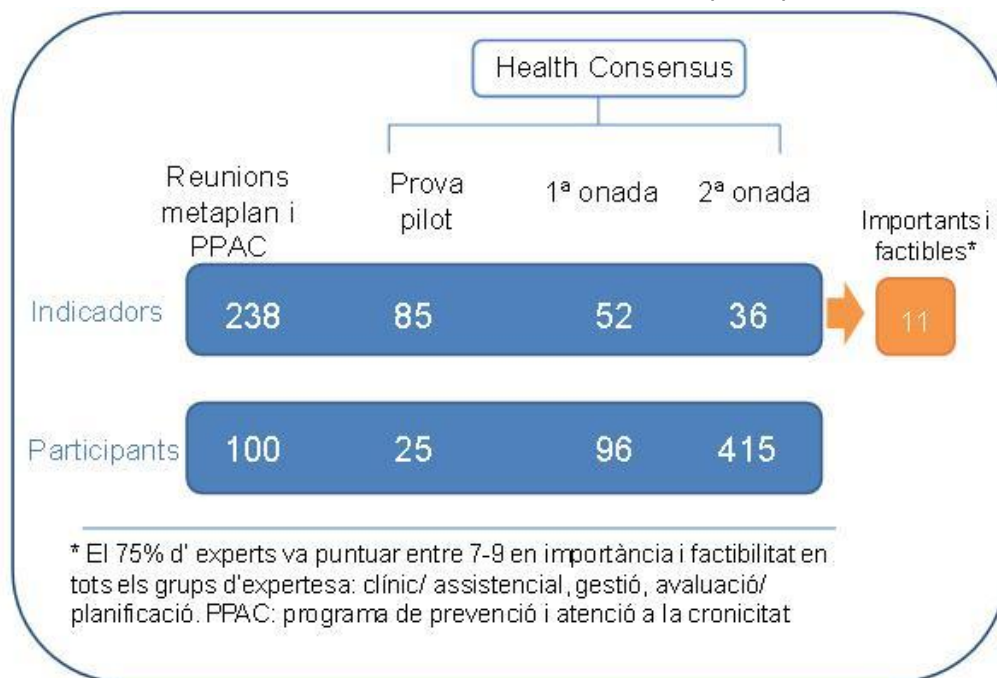


RESULTATS

Consens extens dels indicadors (Health Consensus)

- ✓ A la fase anterior (vegeu l'informe 1, discussió i consens presencial mitjançant el metaplà i la reunió de grup) es van obtenir 238 conceptes o idees d'indicador, que van ser depurats per l'equip de recerca fins a 85 conceptes específics (vegeu la **figura 3**) i reduïts fins a 52 a partir d'una prova pilot de la plataforma Health Consensus amb 25 participants. Aquests 52 indicadors van ser valorats a la primera onada de consens (96 participants, 70% taxa de resposta), dels quals 36 es van considerar pertinents per la segona onada (415 participants, 38% taxa de resposta). D'aquests, finalment 11 van mostrar ser importants i factibles per a la majoria de participants en tots els perfils d'expertesa (n=415) per avaluar programes o experiències que persegueixen una atenció a la cronicitat de caràcter integrat.

Figura 3. Volum d'indicadors valorats en cada fase del consens i participants



- ✓ Aquests onze indicadors (deu de resultat i un d'estructura) mesuren la continuïtat assistencial o l'atenció integrada (4), l'efectivitat o l'adequació (3), l'accessibilitat o l'ús de serveis (2), l'apoderament (1) i l'eficiència (1). Els indicadors de resultat més valorats pel que fa a la importància i la factibilitat són de resultats intermedis més que finals (vegeu la **figura 4**) i alguns s'adeqüen a la jerarquia de mesures de resultat que es proposa en el model de Porter en relació amb la disutilitat del procés d'atenció i el manteniment de la salut o recuperació (per exemple, el temps entre descompensacions, la dependència funcional i social, el control de paràmetres clínics). Els indicadors de resultat final que mesuren l'estat de salut a partir de la capacitat funcional o la salut percebuda / qualitat de vida relacionada amb la salut són importants però no factibles, segons els participants. D'altra banda, es

Avaluació de la cronicitat

consideren més importants i factibles els indicadors de resultat que els de procés (vegeu la **figura 5**), ja que la majoria d'aquests últims no arriben al consens definit.

- ✓ Dels indicadors que no arriben al consens, la majoria es consideren importants per avaluar programes d'atenció en l'àmbit de la cronicitat i, en alguns casos, es considera que poden mesurar la integració clínica, però que no són prou factibles, segons els participants.

Figura 4. Indicadors de resultat intermedis i finals valorats a la segona onada

Importants i factibles(*)	Importants però no factibles
I3 Pacients contactats 48 hores post-alta hospitalària+ I5 Dies hospitalització acumulats any mateixa causa I8 Pacients atesos a urgències segons procedència I9 Reingressos de pacients hospitalitzats+ I11 Pacients polimedicats (10-15 fàrmacs o més)+ I12 Pacients amb fàrmacs d'eficàcia provada I13 Població institucionalitzada (socio-sanitari i social) I16 Població atesa amb trastorns crònics de salut+ I19 Temps entre descompensacions requereixen ingrés+ I24 Despesa farmacèutica I14 Circumstància alta pacients en hospital aguts I17 Pacients atesos a urgències	I1 Població atesa programes atenció cronicitat I2 Pacients amb planificació avançada de cures I10 Adherència tractament farmacològic I15 Població atesa hàbits vida saludable/ factors risc I17 Població atesa diferents nivells d'estratificació dels risc I23 Qualitat de vida relacionada amb la salut I28 Hospitalitzacions potencialment evitables+ I6 Població atesa amb dispositius alternatius a l'hospitalització convencional I18 Població atesa amb dependència
Factibles però no importants	Ni importants ni factibles
I4 Estada mitjana atenció hospitalària I20 Mortalitat poblacional I22 Mortalitat hospitalària	I21 Lloc de la mort

(*) Un 75% dels experts valoren amb una puntuació d'entre 7-9 la seva importància i factibilitat en els tres grups d'expertesa professional (clínic/assistencial, gestió, planificació/avaluació). En taronja els que estan en el límit del consens. + mesura la integració clínica/assistencial (el 75% dels experts la valoren amb una puntuació d'entre 7-9 en els tres grups d'expertesa professional).

Figura 5. Indicadors de procés i estructura valorats a la segona onada

Importants i factibles *	Importants però no factibles
I34 Pacients amb HA amb bon control tensió (P) + I36 Accés HCC pels professionals sanitaris (E) +	I25 Pacients que tenen una valoració multidimensional integral (P) + I26 Conciliació fàrmacs AP i hospital aguts a l'alta o en altres transicions (P)**+ I29 Pacients MPOC amb compliment ECP (P)**+ I30 Pacients IC amb compliment ECP (P)**+ I31 Pacients depressió amb compliment ECP (P)** I32 Pacients DM amb compliment ECP (P) + I33 Nens/ adolescents asma i compliment ECP (P)** I35 PCC amb pla terapèutic al sistema informació proveïdor (P)**+
Factibles però no importants	Ni importants ni factibles
I27 Pacients en tractament. anticoagulant oral amb bon control INR (P)	

(*) Un 75% dels experts valoren amb una puntuació d'entre 7-9 la seva importància i factibilitat en els tres grups d'expertesa professional (clínic/assistencial, gestió, planificació/avaluació). En taronja els que estan en el límit del consens. P: indicadors de procés; E: indicadors d'estructura; HA: hipertensió arterial; HCC: història clínica compartida; AP: atenció primària; ECP:

element clau del procés; MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica; IC: insuficiència cardíaca; DM: diabetis mellitus; PCC: pacient crònic complex. + mesura la integració clínica/assistencial (el 75% dels experts la valoren amb una puntuació d'entre 7-9 en els tres grups d'expertesa professional).

- ✓ Quan es comparen els indicadors més rellevants a cada fase dels consens, destaquen els que mesuren l'ús i cobertura del servei o programa, i els indicadors més valorats en totes les fases de consens són el de reingressos de pacients hospitalitzats, el de dies d'hospitalització acumulats a l'any per la mateixa causa, el de pacients polimedicats (>10-15 fàrmacs), el de visites a urgències i també l'accés que tenen els professionals a la historia clínica compartida (vegeu la **figura 6 i 7**).

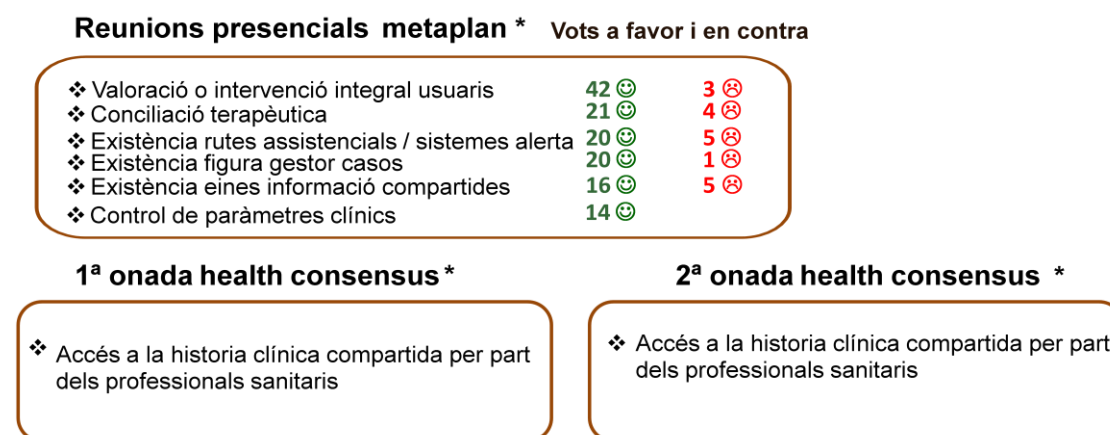
Figura 6. Indicadors de resultat intermedis i finals més valorats a cada fase del consens

Reunions presencials metaplan*		Vots a favor i en contra	
❖ Qualitat de vida relacionada amb la salut	86 ☺	9 ☹	
❖ Ús i cobertura dels serveis/ programes	81 ☺	17 ☹	
❖ Reingressos hospitalaris	56 ☺	2 ☹	
❖ Ingressos/ estades hospital	49 ☺	8 ☹	
❖ Visites/estades a urgències	48 ☺	7 ☹	
❖ Satisfacció pacients	48 ☺	12 ☹	
❖ Costos	47 ☺	1 ☹	
❖ Consum de fàrmacs /polimedicació	27 ☺	3 ☹	
❖ Institucionalització	25 ☺		
❖ Adherència als programes	24 ☺	1 ☹	
❖ Mortalitat/ supervivència	14 ☺	6 ☹	

1 ^a onada health consensus*	2 ^a onada health consensus*
❖ Reingressos hospitalaris	❖ Reingressos hospitalaris
❖ Dies d'hospitalització acumulats a l'any	❖ Població atesa amb trastorns crònics de salut
❖ Pacients polimedicats (>10 15 fàrmacs)	❖ Pacients polimedicats (>10-15 fàrmacs)
❖ Pacients atesos a urgències	❖ Temps entre descompensacions requereixen ingrés
❖ Estada mitjana atenció hospitalària	❖ Dies hospitalització acumulats mateixa causa
❖ Població atesa amb trastorns crònics	❖ Pacients amb fàrmacs d'eficàcia provada
❖ Despesa farmacèutica	❖ Població institucionalitzada (socio-sanitarisocial)
❖ Mortalitat hospitalària	❖ Pacients contactats 48 hores post-alta hospitalària
	❖ Despesa farmacèutica
	❖ Pacients atesos a urgències

*Conceptes o títols d'indicador més valorats seguint els criteris de consens a cada fase i onada.

Figura 7. Indicadors de procés i estructura més valorats a cada fase del consens



*Conceptes o títols d'indicador més valorats seguint els criteris de consens a cada fase i onada.

Selecció d'indicadors per a l'avaluació

Després de la discussió dels resultats d'acord amb els aspectes comentats, es proposen **divuit indicadors** perquè s'implementin a la fase d'avaluació dels programes i experiències d'atenció en cronicitat. D'una banda, es consideren els onze indicadors de la segona onada final que arriben a consens (set són considerats rellevants a la primera onada). D'altra banda, es recuperen dos indicadors de resultat en el límit de consens en aquesta onada final i dos indicadors més, valorats com a importants i factibles a la primera onada.

Finalment es recuperen tres indicadors considerats importants per la majoria de professionals en tots els perfils d'expertesa però no factibles a la segona onada. L'equip de treball va creure que actualment es disposava de factibilitat tècnica per poder calcular-los, a més, són indicadors conceptualment rellevants per identificar millores en l'atenció a la cronicitat i que es fan servir en diferents iniciatives.

Indicadors seleccionats per a l'avaluació, considerats importants i factibles a la segona i/o primera onada de consens

Títol d'indicador	Tipus	Definició	Dimensió/ atribut	Perfil
I3 Pacients contactats 48 hores postalta hospitalària	Resultat intermedi	Pot ser expressat com a nombre o tant per cent de pacients contactats (presencialment o telefònicament) des de l'atenció primària de salut 48 hores després de l'alta hospitalària, en relació amb el total de pacients atesos. Pot ser calculat per als grups d'interès següents: pacients crònics complexos, malalts amb preparació de l'alta hospitalària-PREALT, unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries-UFISS, malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis, depressió.	Continuïtat assistencial / seguretat	Ús de recursos
I5 Dies d'hospitalització acumulats a l'any per la mateixa causa	Resultat intermedi	Pot ser expressat com a sumatori de dies d'ingrés a l'hospital al llarg d'un any per la mateixa malaltia de base (diagnòstic principal: malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis o depressió) i pacient. Aquest indicador complementa l'indicador d'estada mitjana i reingressos hospitalaris.	Adequació / efectivitat clínica	Ús de recursos
I8 Pacients atesos a urgències segons procedència	Resultat intermedi	Pot ser expressat com a freqüentació (nombre de visites o taxa d'utilització) segons la procedència del pacient (iniciativa pròpia vs. altres motius) de manera global o específica pels dispositius següents: urgències hospitalàries i centre d'urgències d'atenció primària (CUAP). Es pot calcular per a les malalties de base següents (diagnòstic principal): malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis o depressió. Aquest indicador complementa l'indicador de pacients atesos a urgències.	Adequació / utilització de serveis	Ús de recursos

Avaluació de la cronicitat

Títol d'indicador	Tipus	Definició	Dimensió/ atribut	Perfil
I9 Reingressos de pacients hospitalitzats	Resultat intermedi	Pot ser expressat com a nombre o taxa de reingressos al cap de 30, 90, 180 dies, etc. Es considera reingrés hospitalari aquell ingrés no programat per la mateixa malaltia de base que va provocar l'ingrés previ. Es pot calcular per grups de patologies (respiratòries, cardiovasculars, etc.) o malalties específiques (malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca congestiva, complicacions de la diabetis). Es pot acompanyar amb l'indicador de mortalitat hospitalària i el de temps des de l'alta fins a l'ingrés següent.	Efectivitat clínica / adequació	Ús de recursos
I11 Pacients polimedicats (10-15 fàrmacs o més)	Resultat intermedi	Pot ser expressat com a nombre o tant per cent de pacients en relació amb el total de malalts per als estrats següents: ≥ 10 / 10-15 / ≥ 15 fàrmacs.	Atenció integral / continuïtat assistencial	Ús de recursos
I12 Pacients amb fàrmacs d'eficàcia provada	Resultat intermedi	Pot ser expressat com a nombre o tant per cent de malalts amb aquesta medicació en relació amb el total de malalts per als grups d'interès següents: antihipertensius, antiulcerosos, antidiabètics orals, hipolipemians, antidepressius i fàrmacs emprats a l'osteoporosi.	Adequació/ eficiència	Ús de recursos
I13 Població institucionalitzada (socio sanitari i social)	Resultat intermedi	Pot ser expressat com a cobertura poblacional (%) o com a taxa d'utilització de dispositius d'internament socio sanitaris (estada mitjana: convalsència/subaguts, cures pal·liatives, estada mitjana polivalent; llarga durada amb unitats específiques o ateses a domicili) i dispositius socials (residència social).	Accessibilitat / ús de serveis	Ús de recursos
I16 Població atesa amb trastorns crònics de salut	Resultat final	Pot ser expressat com a nombre de casos o prevalença/incidència (observada vs. esperada) de trastorns crònics de salut (en aquest cas, les malalties que prioritza el Pla de Salut 2011-2015: insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica/ asma, diabetis mellitus 2, trastorns mentals greus i severs, depressió, demències, càncer, nefropatia, dolor crònic i malaltia de l'aparell locomotor).	Atenció integral / efectivitat clínica	Resultats de salut

Avaluació de la cronicitat

Títol d'indicador	Tipus	Definició	Dimensió/ atribut	Perfil
I19 Temps entre descompensacions que requereixen ingrés	Resultat intermedi	Aquest indicador mesura el temps des de l'alta fins al següent ingrés urgent. Pot ser expressat com a mitjana/mediana dels diferents temps entre descompensacions per a la mateixa malaltia de base (diagnòstic principal: malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis, depressió). A diferència de l'indicador de reingressos hospitalaris, aquest indicador mesura el manteniment de l'estat de salut dels pacients amb problemes crònics.	Apoderament / efectivitat clínica	Resultat en salut
I24 Despesa farmacèutica	Resultat final	Cost en euros de la despesa en fàrmacs. Es pot calcular per habitant, per recepta, per assegurat consumidor, etc. de manera global o segons subgrups fàrmacs/malalties d'interès (per ex., pacients crònics complexos).	Eficiència	Costos/ eficiència
I14 Circumstància de l'alta en pacients que són en hospitals d'aguts	Resultat intermedi	Pot ser expressat com a nombre o tant per cent de pacients segons la seva circumstància de l'alta d'un hospital d'aguts (domicili, a un centre sociosanitari, èxitus, etc.) en relació amb el total de malalts donats d'alta. Aquest indicador es pot calcular per a les malalties de base següents: malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis.	Accessibilitat / efectivitat clínica	Ús de recursos
I3 Pacients atesos a urgències	Resultat intermedi	Pot ser expressat com a cobertura poblacional (%) o com a freqüentació (nombre de visites o taxa d'utilització) de manera global o específica per als dispositius següents: urgències hospitalàries i centre d'urgències d'atenció primària (CUAP). Es pot descriure per franges horàries d'atenció. Es pot calcular per a les malalties de base següents (diagnòstic principal): malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis o depressió.	Accessibilitat/ adequació	Ús de recursos
I36 Accés dels professionals sanitaris a l'HCC	Estructura	Aquest indicador es pot calcular com a nombre d'accessos, nombre o tant per cent de professionals sanitaris que	Atenció integral / apoderament	Existència d'eines d'informació

Avaluació de la cronicitat

accedeixen a la història clínica compartida.

compartides

Títol d'indicador	Tipus	Definició	Dimensió/ atribut	Perfil
I6 Estada mitjana d'atenció hospitalària	Resultat intermedi	Pot ser expressat com a mitjana de dies d'estada en el moment de l'alta en un hospital d'aguts per a les malalties de base (diagnòstic principal): malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis.	Eficiència / ús de serveis	Ús de recursos
I27 Mortalitat hospitalària	Resultat final	Pot ser expressat com a nombre de casos o taxa de mortalitat (observada vs. esperada) durant l'ingrés hospitalari de manera global o per malalties cròniques determinades durant l'ingrés hospitalari. Addicionalment, es pot calcular per a determinats períodes de seguiment després de l'ingrés o de l'alta associats a la qualitat de l'atenció hospitalària (per exemple, a 30 dies).	Seguretat	Resultat de salut

Indicadors seleccionats per a l'avaluació, considerats importants però no factibles pels experts (però tècnicament factibles actualment)

Títol d'indicador	Tipus	Definició	Dimensió/ atribut	Perfil
I1 Població atesa en programes d'atenció en cronicitat	Resultat intermedi	Pot ser expressat com a freqüentació (nombre de visites/contactes o taxa d'utilització) de manera global o específica per als programes següents: PPC- pacient crònic complex, MACA: malaltia crònica avançada (inclou pal·liatiu), ATDOM: atenció domiciliària, PPE-CAT: programa pacient expert Catalunya-, gestió de casos o programes d'atenció integrada en el territori.	Accessibilitat / ús de serveis	Ús de recursos

Avaluació de la cronicitat

I17 Població atesa en diferents nivells d'estratificació del risc	Resultat final	Pot ser expressat com a nombre de casos o prevalença/incidència (observada vs. esperada) segons diferents sistemes d'estratificació de la població. Per exemple, es pot descriure la població atesa amb major multimorbiditat (estrats 6 i 7 dels <i>Clinical Risk Groups</i>); segons els estrats de la piràmide de Kàiser (pacients crònics complexos, persones amb una malaltia crònica en situació de risc o fragilitat, persones amb factors de risc o malaltia crònica de baixa complexitat o població general). Es poden descriure els canvis entre els estrats de comorbiditat de manera longitudinal en un període de temps.	Atenció integral / efectivitat clínica	Resultat de salut
I28 Hospitalitzacions potencialment evitables	Resultat intermedi	Pot ser expressat com a tant per cent d'altres d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria amb diagnòstic principal definit com a <i>ambulatory care sensitive conditions</i> (ACSC) o hospitalització potencialment evitable. També pot ser calculat com un índex estandarditzat d'hospitalitzacions (indicador de qualitat de la prevenció) per a determinades patologies. Les ACSC són patologies en les quals una bona atenció ambulatoria pot, potencialment, prevenir la necessitat d'hospitalització, o en les quals una ràpida intervenció pot prevenir complicacions o un empitjorament de la condició clínica del pacient.	Adequació / efectivitat clínica	Adequació serveis o recursos

CONCLUSIONS

- ❖ El model conceptual d'avaluació de l'atenció a la cronicitat desenvolupat prèviament s'ha mostrat útil per definir i consensuar els indicadors i el seu abast, quantificar els conceptes que es volen mesurar i assegurar el màxim d'elements d'aquest model.
- ❖ La proposta d'indicadors per a l'avaluació ha mostrat ser robusta i vàlida. D'altra banda, el fet d'utilitzar el marc conceptual per assegurar el màxim d'elements d'aquest model al llarg del procés de consens, així com la tria dels indicadors amb un elevat consens de la majoria d'experts confereix validesa de contingut (*face validity*) a la proposta. Els resultats de l'alineament de les puntuacions entre rondes i onades també aporta robustesa a aquesta proposta.
- ❖ Els indicadors seleccionats són, majoritàriament, indicadors de resultat intermedis (principalment relacionats amb el consum de recursos); en segon lloc, els de resultat final (resultats en salut i costos) i, finalment, un d'estructura.
- ❖ Els indicadors que van considerar més rellevants (en importància i factibilitat) els participants en totes les fases del consens van ser els reingressos de pacients hospitalitzats, els dies d'hospitalització acumulats a l'any per la mateixa causa, pacients polimedicats (>10-15 fàrmacs), les visites a urgències, els indicadors de resultats intermedis, i l'accés dels professionals a la història clínica compartida (únic indicador d'estructura que arriba al consens definit).
- ❖ Els indicadors de resultats finals i els indicadors de procés van tenir una valoració més baixa, segons els criteris proposats. Els indicadors que mesuren l'atenció centrada en els pacients, l'apoderament i la seguretat dels pacients es van considerar importants però no van arribar al nivell de consens definit pel criteri de factibilitat. Així, els indicadors de resultat final que mesuren la mortalitat, els efectes adversos, la salut percebuda o la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS), la càrrega del cuidador i la satisfacció o productivitat, tot i que es consideren importants per tots els perfils professionals no es veuen prou factibles (en els tres grups d'expertesa: clínica/assistencial, gestió o planificació/avaluació).
- ❖ Aquesta menor factibilitat que perceben els participants en el Health Consensus es pot explicar, entre altres motius, ja que hi ha aspectes, com la QVRS o la càrrega del cuidador, que no es recullen de manera rutinària, perquè es necessita més temps per observar l'impacte de les intervencions en indicadors de resultat final i perquè l'atribució de les millores en els resultats finals a les intervencions (programes) avaluades no està exempta de limitacions. Tot i això, cal esmentar que existeixen iniciatives, com la del National Health Service del Regne Unit, en què s'administren de manera rutinària instruments que perceben els pacients en el moment de la indicació d'alguns procediments quirúrgics i en el seguiment

posterior a la cirurgia.

- ❖ No hi va haver cap indicador de procés que es considerés prou important i alhora factible segons el criteri de consens aplicat (la majoria perquè no es consideraven factibles). Això també pot explicar-se per la percepció que tenen els participants dels problemes que hi ha per poder disposar d'informació de qualitat i així calcular aquests indicadors. També hi pot influir el fet que els indicadors proposats eren indicadors sintètics que inclouen la mesura de diverses activitats assistencials per a les patologies cròniques prioritzades. Per exemple, la realització de proves diagnòstiques, els tractaments, la promoció de la salut, l'autocura o l'alfabetització sanitària en un indicador compost sobre el procés assistencial sanitari en la MPOC.
- ❖ Finalment, a partir dels resultats obtinguts, l'equip de treball ha seleccionat els divuit indicadors que ha considerat més adequats per a l'avaluació de programes i experiències d'atenció a la cronicitat, tenint en compte, a més del consens obtingut, aspectes relacionats amb la factibilitat real d'informació i càlcul, la capacitat de l'indicador de traduir la integració clínica i la consistència en els resultats de consens al llarg de l'estudi.
- ❖ La majoria dels indicadors seleccionats es poden aplicar a l'avaluació de programes adreçats a pacients crònics complexos i pacients amb malaltia crònica avançada, que en els models poblacionals d'estratificació del risc corresponien al estrats més alts de complexitat i de consum de recursos.
- ❖ Si es té en compte la jerarquia de mesures de resultat que proposa Porter (estat de salut assolit o retingut, procés de recuperació o manteniment de la salut), els indicadors més valorats pels experts mesuren aspectes del procés de recuperació. Porter subclassifica aquest últim grup segons el temps de recuperació per poder tornar a les activitats quotidianes i la disutilitat del procés de l'atenció o tractament (atenció inefectiva, malestar per l'atenció o efectes adversos). Indicadors com els reingressos, les visites a urgències, els dies d'hospitalització acumulats a l'any pel mateix problema de salut o el temps entre descompensacions que requereixen ingrés serien exemples d'indicadors de disutilitat del model de Porter que han obtingut prou consens per incloure'ls en l'avaluació de l'atenció a la cronicitat.
- ❖ Amb la implementació d'indicadors per avaluar aquests programes es provarà la seva capacitat per detectar beneficis (el valor de l'atenció sanitària de caràcter integrat) en les persones amb problemes crònics de salut.
- ❖ D'altra banda, aquest procés de consens per mitjà de l'eina Health Consensus ha suposat que s'hagin acomplert, d'una manera inherent, els metaobjectius següents: 1) participació (àmplia de professionals i extensa en el territori); 2) incrustació de l'estratègia (*strategy embeddedness*, és a dir, la capacitat de l'estratègia d'avaluació de l'atenció a la cronicitat i del PPAC d'incrustar-se en el sistema); 3) participació de baix a dalt (*bottom-up*), amb les mostres de participants, la identificació de nous indicadors, la realització i recollida de comentaris, la taxa de resposta obtinguda,

etc.; i 4) alineament (*alignement*, és a dir, el consens assolit i canvis de votació entre rondes per apropar-se més que no pas per allunyar-se de la mediana de votacions).

- ❖ Cal mencionar algunes limitacions de l'estudi, com és el fet de valorar conceptes i títols d'indicador que a vegades són poc específics, tot i que durant el procés de consens final se n'ha millorat el redactat gràcies als comentaris dels participants. D'altra banda, s'hi afegeix la dificultat de definir i consensuar indicadors, tenint en compte perfils professionals multidisciplinaris i diferents àmbits d'actuació (àmbit de salut i social) i, per tant, amb unes experteses molt diverses. Es va prioritzar la incorporació d'una visió multidisciplinària de professionals vinculats a l'atenció, gestió o planificació/avaluació de la cronicitat davant de la participació de pacients/cuidadors o usuaris en el consens d'indicadors, tot i que el seu punt de vista ja va ser incorporat en una fase prèvia de l'estudi mitjançant una reunió de grup.
- ❖ D'altra banda, es considera que els experts han respòs al criteri de factibilitat com a factibilitat percebuda (és a dir, si aquells indicadors estan disponibles o si hi ha la possibilitat de disposar d'informació per calcular-los). Alguns indicadors que els experts consideren poc factibles, com la població atesa amb diferents nivells d'estratificació del risc o les hospitalitzacions potencialment evitables, sí que es poden calcular actualment gràcies als sistemes d'informació disponibles (tot i una certa dificultat en l'homogeneïtzació de criteris entre programes). Caldrà establir iniciatives per donar a conèixer als professionals la possibilitat de disposar d'aquests indicadors.
- ❖ L'avaluació de les experiències d'atenció a la cronicitat a partir dels indicadors, com a tercera fase del projecte, s'hauria de caracteritzar per una visió territorial (poblacional) que integrés els diferents nivells i dispositius assistencials d'un territori i així se'n pogués conèixer l'impacte (la suposada integració) en el conjunt del sistema.
- ❖ Seria d'interès l'avaluació de les experiències segons els diferents àmbits d'anàlisi (professional, equip, àrea, o el conjunt dels sistema) i segons els diferents estrats de la població (baixa/alta complexitat, patologies específiques, o tota la població).

INTRODUCCIÓ

Tal com els passa a altres països desenvolupats, Catalunya s'enfronta a un repte important en relació amb l'atenció de la cronicitat. Segons estimacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), les malalties cròniques (malalties permanents que poden afectar significativament la salut, la capacitat funcional o la qualitat de vida de les persones que les pateixen) seran la causa de mort del 75% de la població l'any 2020 (OMS, 2005). L'envelliment progressiu de la població condueix a un augment de les malalties cròniques, la fragilitat, la multimorbiditat i la polimedicació, que eventualment constitueixen la causa de discapacitat i dependència de la població (Montes, 2012; Smith, 2012; Ollero 2012). D'altra banda, l'evolució de les malalties cròniques és la causa de discapacitat i dependència per les progressives disfuncions i limitacions físiques i psicològiques que produeixen i per la necessitat d'ajuda en les activitats bàsiques de la vida diària. Això suposa un impacte important en la utilització de serveis sanitaris i socials, i elevats costos per al sistema.

Això no obstant, encara cal tenir en compte un agreujant per culpa de la fragmentació del sistema de salut. D'una banda, es produeix una manca d'enfocament integral per prevenir, diagnosticar, tractar i rehabilitar els problemes de salut dels usuaris des de diferents departaments o serveis. A més, hi ha una fragmentació de l'atenció, per exemple, entre atenció primària, atenció social i atenció especialitzada. En conseqüència, hi ha una necessitat creixent de proporcionar atenció integrada de serveis als pacients crònics de salut des del punt de vista sanitari i social i, per aquest motiu, es proposen nous models d'atenció mitjançant intervencions i programes innovadors. En aquest context, el nou Pla de Salut de Catalunya (2011-2015) dóna prioritat a un sistema sanitari més enfocat a l'atenció a la cronicitat i s'estableix un nou programa estratègic orientat a pacients crònics, el Programa d'Atenció Integrada de Prevenció i Atenció en Cronicitat a Catalunya (PPAC) del Departament de Salut (Departament Salut 2012; PPAC, 2011).

A finals de 2011 el PPAC encarrega a l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) l'avaluació d'experiències i iniciatives existents a Catalunya d'atenció a la cronicitat mitjançant la definició i implementació d'indicadors per avaluar-ne els resultats. El projecte, que s'inicia al 2012, incorpora diverses fases fins a l'avaluació de nous models organitzatius o experiències existents. Durant la primera fase del projecte, es va realitzar una revisió exhaustiva de la literatura, entrevistes a persones clau i revisió d'experiències locals d'atenció a la cronicitat de caràcter integrat, així com la proposta d'un marc conceptual d'avaluació (informe 1, AQuAS 2013). Durant la segona fase s'ha portat a terme la definició i el consens inicial d'indicadors amb experts i usuaris (pacients i cuidadors) mitjançant reunions presencials de discussió i consens (metaplà i reunió de grup, respectivament).

En aquest informe es presenta la continuació de la segona fase del projecte, en què, a partir de la proposta i el consens inicial d'indicadors que mesuren els atributs o les dimensions del model d'avaluació ja definit, s'obté el consens ampli i extens amb professionals de referència. Una part rellevant d'aquesta segona fase es basa en el consens entre professionals de referència de l'àmbit de la salut i social, que representen els diferents estaments professionals que hi ha implicats i els diversos entorns de prestació de serveis de Catalunya. Com a metodologia per portar a terme aquest consens es va proposar utilitzar una

estratègia basada en la plataforma Health Consensus (una eina desenvolupada amb la col·laboració d'Onsanity, una *startup* sorgida de la Universitat Politècnica de Catalunya). Aquesta eina promou, d'una manera àgil, precisa i basada en el mètode Delphi, la creació de coneixement basat en la intel·ligència col·lectiva.

La utilització d'aquesta metodologia aporta valor a altres projectes del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015; en concret, la línia estratègica 7, que pretén incorporar de manera sistemàtica el coneixement professional i clínic en la planificació i l'avaluació del sistema sanitari en l'entorn del Departament de Salut i el CatSalut (Departament Salut, 2012). La utilització d'aquesta eina afavoreix la participació d'un nombre elevat de professionals i la descripció del consens sobre els conceptes plantejats.

Serà principalment a partir d'aquest darrer consens que se seleccionaran els indicadors per implementar-los i avaluar així els nous models i experiències d'atenció a la cronicitat (fase 3).

OBJECTIUS

Conèixer el consens existent i seleccionar els indicadors més adequats per a l'avaluació de l'atenció a la cronicitat a Catalunya.

Objectius específics:

1. Integrar i depurar els indicadors definits en la fase inicial de consens.
2. Conèixer el consens existent sobre els indicadors d'una manera àmplia i extensa (Health Consensus).
3. Seleccionar aquells indicadors més adequats per a l'avaluació dels programes i les experiències d'atenció a la cronicitat de caràcter integrat.

METODOLOGIA

El projecte global preveu tres fases (vegeu la **figura 8**). En aquest informe s'inclou l'estudi del consens extens i la selecció d'indicadors (fase 2 del projecte) que s'han proposat a partir del marc conceptual d'avaluació definit en la fase 1 (vegeu la **figura 9**).

Figura 8. Esquema de la metodologia del projecte

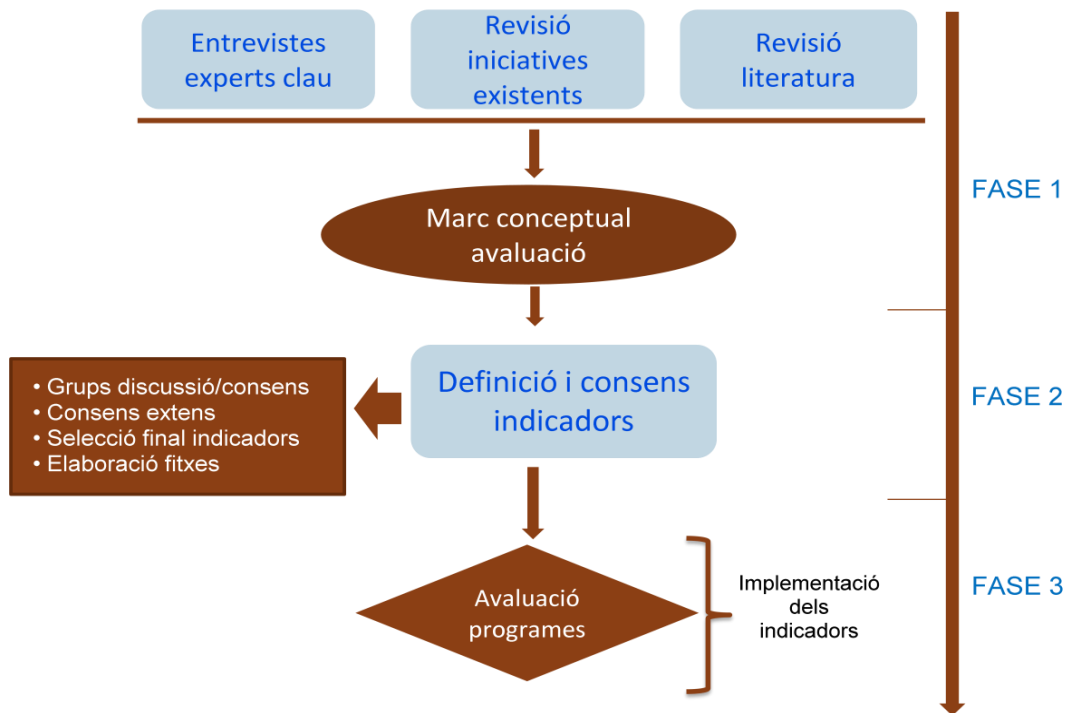
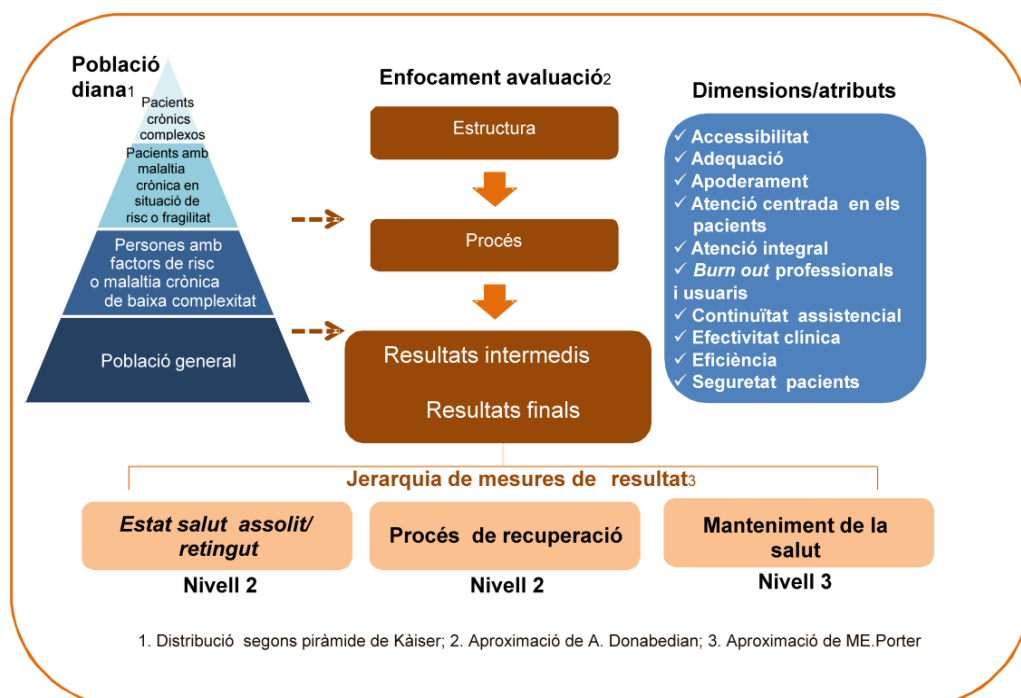


Figura 9. Marc conceptual per a l'avaluació de l'atenció a la cronicitat



INTEGRACIÓ I DEPURACIÓ D'INDICADORS DEFINITS EN LA FASE INICIAL DE CONSENS

En una fase inicial (descrita en el primer informe) es van proposar conceptes i idees d'indicadors en tres reunions presencials amb experts de l'àmbit assistencial i clínic (metges especialistes de l'àmbit hospitalari i d'atenció primària, infermeres), gestió clínica i sanitària, planificació sanitària, sistemes d'informació, documentació, TIC, avaluació i recerca en serveis sanitaris, innovació, prevenció i promoció de la salut, farmàcia, amb diferents responsabilitats i àmbit territorial. Es va combinar la tècnica de grup de discussió i reunió de consens (metaplà: considerat la tècnica de consens més qualitativa; vegeu l'informe 1; AQuAS, 2013; Calderon C, 2009). Es va demanar que cada expert proposés entre tres i cinc indicadors d'una manera individual, els quals finalment van votar tots els experts segons els criteris d'importància, factibilitat i utilitat per avaluar models organitzatius de caràcter integrat. En aquesta primera fase de definició d'indicadors hi van participar aproximadament cent experts, els quals van proposar un total de 252 conceptes o idees d'indicador.

De manera paral·lela a la tasca desenvolupada per l'AQuAS, s'han elaborat indicadors de procés assistencial en el marc dels diferents projectes estratègics del PPAC, que s'han integrat al *pool* d'indicadors anteriors a petició del PPAC, atès el seu interès per mesurar els aspectes clau dels processos assistencials relacionats amb l'atenció a la cronicitat.

Així, per poder eliminar conceptes duplicats i seleccionar un nombre manejable d'indicadors (títols i perfils d'indicador amb una breu descripció o justificació) per al consens extens, l'equip de recerca va prendre com a referència el marc conceptual d'avaluació i va fusionar els indicadors procedents dels àmbits següents: a) metaplan: indicadors procedents del consens inicial presencial amb experts; b) PCC-PPAC: indicadors del projecte estratègic sobre pacients crònics complexos del PPAC; c) ECP-GPC: indicadors del projecte estratègic sobre rutes assistencials del PPAC en relació amb els consensos per detectar elements clau de procés (ECP en les quatre patologies cròniques prioritzades enguany pel Pla de Salut; d) PPAC: indicadors procedents de la resta de projectes estratègics del PPAC.

En el procés d'eliminació es va anar millorant la redacció dels indicadors. Aquesta depuració la va dur a terme l'equip de l'AQuAS en col·laboració amb el PPAC i es van assegurar de no ometre cap indicador rellevant segons el marc conceptual d'avaluació definit.

CONSENS EXTENS MITJANÇANT EL HEALTH CONSENSUS

❖ Instrument de consens i valoració dels indicadors

Per a l'ampli consens de professionals de tot Catalunya es va aplicar la metodologia de consens mitjançant l'eina Health Consensus (HC). Es tracta d'una eina per promoure la creació de coneixement basat en la intel·ligència col·lectiva. Aquesta metodologia es va desenvolupar a la Universitat Politècnica de Catalunya i a i2Cat, i té com a finalitat permetre

que els experts s'aproximin a "enfocament dels impulsors de la temàtica que es debat (en aquest cas, indicadors per l'avaluació de programes d'atenció a la cronicitat i el valorin) i el valorin. En definitiva, el sistema de valoració implica un model inspirat en la metodologia Delphi, que permet que un grup extens d'experts participin d'una manera asíncrona en el consens sobre indicadors per avaluar programes d'atenció integrada en l'àmbit de cronicitat (Campbell 2004; Jones 1995). La metodologia segueix tres passos principals: 1. es presenta el model que es vol sotmetre a consens; 2. es plantegen un conjunt de preguntes, que permeten focalitzar els ítems i establir les posicions de partida dels participants; 3. s'obren les preguntes de consens.

Aquesta eina es basa en les tecnologies de la informació i la comunicació per facilitar la participació en àmbits en què habitualment no hi ha gaire participació per raons d'espai i de temps. Aquestes eines, docns, permeten accelerar els processos de disseny, participació, consens i difusió del coneixement generat mitjançant: a) la participació de professionals de tot el territori; b) una àmplia participació de persones de diversos col·lectius, i c) una participació escalable i gradual.

Així, aquesta metodologia permet diferenciar la participació de diversos agents que representin la pluralitat professional i territorial del sistema de salut, de manera que la seva resposta sigui ponderada en funció del perfil participant i de manera electrònica (a diferència de la primera fase inicial, en què es van aplicar tècniques presencials de consens: metaplà).

Disseny i estratègia

La informació recollida de manera electrònica, mitjançant la plataforma informàtica Health Consensus, es pot analitzar des dels punts de vista següents:

- Característiques demogràfiques i professionals dels participants: sexe, edat, província on treballa, formació acadèmica, àmbit professional, càrrec actual.
- Pes del perfil d'expertesa en els àmbits següents: clínic/assistencial, gestió i planificació/avaluació. A cada expert se li va demanar que valorés la seva expertesa en aquests tres àmbits amb una puntuació d'1 (mínima) a 3 (màxima), per ex. clínic/assistencial = 3, gestió = 1 i planificació/avaluació = 2 (vegeu la **figura 10**). L'equip de treball va definir prèviament si un indicador era més rellevant per a la gestió, per a la clínica/assistència o per a la planificació/avaluació. D'aquesta manera, si un indicador era més rellevant per a l'àmbit clínic i un expert valorava que tenia màxima expertesa en l'àmbit clínic (indicant el seu perfil d'expertesa amb un 3), la seva puntuació en aquell indicador valia tres vegades més que la d'un expert que valorava el seu perfil d'expertesa màxima en gestió o planificació/avaluació.
- Valoració dels indicadors proposats en tres subfases: 1) prova pilot, 2) primera onada i 3) segona onada final de consens. La redacció del títol i la descripció dels indicadors es va anar millorant a partir de la prova pilot i també després de la primera i segona onada de consens amb els comentaris dels participants. Es va revisar també la descripció d'indicadors del sistema sanitari que ja existia, que mesuraven conceptes similars als que es proposaven en aquest estudi de consens.

Figura 10. Pantalla del Health Consensus amb dades demogràfiques i perfil d'expertesa

Dades Personals
Vicky Serra

Sisplau, indiqueu les vostres dades personals, acadèmiques i professionals, d'acord a les següents preguntes. Seguidament puntueu, d'acord a la vostra experiència quina expertesa considereu que teniu amb relació als següents àmbits d'actuació professional: clínic/assistencial, gestió i planificació/avaluació. Assigna el major valor (3) en el que et consideris amb més experiència i un valor relatiu als altres (2 i 1). Aquests valors ponderaran el pes de les teves respostes. El gràfic de boles del costat dret mostra quina és la distribució de perfils de la resta de participants.

Genere
 Dona Home

Edat

Província on treballa:

Formació Acadèmica:

Altres

Àmbit Professional:

Altres

Càrrec actual:

Clínic Assistencial	Gestió	Planificació Avaluació	
●	●	●	
●	●	●	3
●	●	●	2
●	●	●	1

Expertesa

Clínic Assistencial	Gestió	Planificació Avaluació
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 3
<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2
<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1

A la **figura 11** es mostra una breu fitxa d'indicador valorat a la segona onada de consens amb el Health Consensus. Cada indicador va incloure un títol o concepte d'indicador que calia valorar, informació addicional amb una icona al costat del títol, el perfil de l'indicador d'acord amb el model conceptual d'avaluació (classificació de cada indicador) i la dimensió que mesurava.

Figura 11. Perfil, dimensió i descripció d'un indicador valorat a la segona onada de consens.

23/36
i
🗨️

Qualitat de vida relacionada amb la salut dels usuaris

Perfil :

de resultat

- Experiències dels usuaris i proveïdors
- Salut percebuda / qualitat de vida

Dimensió que mesura :

Atenció centrada en pacients/ efectivitat clínica

23/36
i
🗨️

Es pot calcular la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) dels usuaris (tant pacients com els seus cuidadors principals) atesos als següents programes: pacient crònic complex-PCC, malaltia crònica avançada-MACA, ATDOM-atenció domiciliària, programa pacient expert Catalunya-PPE-CAT, gestió de casos o programa d'atenció integrada en el territori. Es necessari utilitzar un instrument validat genèric (per exemple, EUROQOL, SF-36) i/o un específic per la malaltia/ condició. El seguiment longitudinal de la QVRS permetrà calcular el canvi o guany en termes de percepció de salut física (ex. dolor, benestar físic), psicològica, social i limitacions funcionals.

Crida a la participació

1) Prova pilot

Es va realitzar una prova pilot presencial amb vint-i-cinc participants seleccionats per conveniència per provar la plataforma Health Consensus (comprensió, temps, format) i definir aspectes de millora, tant de la plataforma com dels indicadors proposats, i prioritzar els indicadors valorats per reduir-los fins a un nombre adequat per a la primera onada de consens amb el Health Consensus. Es va demanar la col·laboració a professionals de l'AQuAS, PPAC i altres col·laboradors de la Divisió de Planificació i Avaluació Operativa del Catsalut. Aquesta prova pilot es va realitzar al mes de juny del 2012.

2) Primera onada de consens

Es van convidar tots els experts que havien col·laborat en les reunions de consens presencials (metaplà) i entrevistes individuals en el marc del treball previ desenvolupat per l'AQuAS, així com els diferents responsables dels plans estratègics i el director del PPAC^a i l'equip de la Divisió de Planificació i Avaluació Operativa del Catsalut^b (N=125). Aquesta primera onada es va realitzar a finals d'octubre i principis de novembre del 2012.

3) Segona onada de consens

Es va seleccionar una mostra de conveniència àmplia de professionals (N=1.100) a partir de diverses vies: a) professionals que van participar a la jornada de presentació del PPAC organitzada al mes de març 2012 a Girona; b) experts que col·laboraven amb els diferents projectes estratègics del PPAC i el Departament de Salut; c) experts que no van poder participar a la primera onada; d) experts proposats per altres participants (efecte "bola de neu"). Aquesta segona onada de consens es va realitzar durant el mes de desembre del 2012.

Tant a la primera com a la segona onada de consens es van seleccionar professionals d'acord amb diversos aspectes:

- representació territorial (província de Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona).
- àmbit assistencial (atenció primària de salut, atenció hospitalària d'aguts, sociosanitari, salut mental, serveis socials i salut pública / planificació o avaluació).
- perfil professional (clínic; professions sanitàries i socials relacionades; gestió, planificació, avaluació i compra de serveis; sistemes d'informació, registres i documentació; investigació en serveis sanitaris, i representants de ciutadans o usuaris).

Per assolir la màxima participació es van realitzar diversos recordatoris per correu electrònic durant les rondes de votacions i les onades de consens. S'esperava obtenir un mínim del 50% de taxa de resposta, tant a la primera com a la segona onada de consens, segons l'experiència prèvia i la literatura publicada sobre els estudis de disseny tipus Delphi.

a: Albert Ledesma, Carles Blay, Carmen Cabezas, M. Assumpció González-Mestre, Montse Puigdollers/Carme Beni, Joan Carles Contel i Corinne Zara.

b: Josep Jiménez i Blanca Muntané.

Sistema i aplicació del Health Consensus

A la prova pilot es va aplicar un criteri d'importància per valorar cada indicador en una escala de 0 a 9 (0: importància mínima i 9: importància màxima). A la primera onada de consens es van aplicar cinc criteris per valorar, amb la mateixa escala de 0 a 9: importància per a la clínica / assistència, importància per a la gestió, importància per als usuaris, factibilitat i capacitat de traduir la integració clínica. A la segona onada de consens es van aplicar tres criteris per valorar els indicadors: importància, factibilitat i capacitat de traduir la integració clínica, utilitzant també l'escala de 0 a 9.

Per a cada títol o concepte d'indicador es van preguntar aquests criteris de la manera següent:

1) Quin nivell d'**importància** donaries a aquest indicador?

Amb aquest primer criteri es valorava la importància o rellevància de l'indicador per avaluar l'atenció i prevenció en l'àmbit de la cronicitat, tenint en compte com pot mesurar diferents dimensions o atributs dels serveis sanitaris i socials. A la primera onada també es demanava valorar aquest criteri segons la perspectiva de les aplicacions següents: per a la gestió, per a la clínica (assistència) i per a l'ús dels ciutadans (usuaris).

2) Quin nivell de **factibilitat** donaries a aquest indicador?

Amb el segon criteri es valorava la factibilitat de l'indicador (en relació amb la disponibilitat de la informació per calcular-lo).

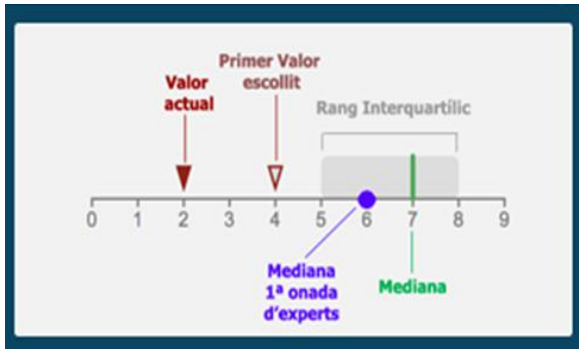
3) Quin nivell de **capacitat de traduir la integració clínica** donaries a aquest indicador?

Finalment, amb el tercer criteri es recollia la capacitat de l'indicador de traduir la integració clínica/assistencial (valorava fins a quin punt l'indicador mesurava la coordinació dels professionals i dels centres per assolir una atenció integrada del pacient dins d'una organització o diverses organitzacions).

En tots els casos la valoració es va fer en dues rondes de votacions, organitzades de la manera següent:

- Primera onada de consens: a la primera ronda de votacions els participants valoraven els indicadors d'una manera individual (sense tenir cap resultat de les votacions dels altres participants) amb l'escala del 0 al 9; un cop tancada la primera ronda es va iniciar una segona ronda de votacions, en què es mostrava als participants (per a cada indicador i criteri) un gràfic amb la seva primera valoració i la mitjana de la puntuació de tot el grup de participants que havien votat a la primera ronda (juntament amb el rang interquartílic i el nombre de participants) perquè poguessin modificar (o no) la seva primera valoració.
- Segona onada de consens: a la primera ronda de votacions, els participants valoraven els indicadors d'una manera individual; un cop es feia aquesta primera votació a cada criteri dels indicadors la plataforma mostrava automàticament un gràfic amb la seva primera valoració, la mediana de la puntuació dels experts a la primera onada i la mediana de la puntuació (i rang interquartílic) dels participants a la segona onada fins aquell moment (vegeu la **figura 12**) perquè poguessin modificar (o no) la seva primera valoració (segona ronda de votacions).

Figura 12. Exemple de gràfic mostrat als participants a la segona onada de consens (segona ronda de votacions) sobre les valoracions prèvies obtingudes en un indicador



De color vermell, les valoracions d'un expert a un indicador: valoració inicial (valor escollit a la primera ronda sense visualitzar el que puntua el grup) i valoració final (valor —actual— a la segona ronda una vegada mostrats els resultats del grup). De color lila, la mediana de la puntuació dels experts de la primera onada de consens. De color verd, la mediana de la puntuació dels experts de la segona onada. I de color gris, el seu rang interquartílic (de les valoracions realitzades fins aquell moment).

El contingut de la plataforma Health Consensus es va estructurar en quatre pantalles (vegeu la figura 13).

Figura 13. Menú principal de les pantalles a la plataforma Health Consensus



A la primera pantalla es visualitzaven els títols d'indicador classificats segons el model conceptual prèviament definit i una breu descripció addicional (breu fitxa per a cada indicador). A la segona pantalla es demanava a cada expert les seves dades demogràfiques, professionals i d'expertesa. A la tercera pantalla es demanava la valoració dels indicadors. I, finalment, a la quarta pantalla es demanava la valoració de l'experiència de consens per mitjà de tres preguntes i s'hi podien afegir comentaris de millora, tant dels indicadors com de la plataforma Health Consensus. S'hi van afegir instruccions detallades,

es van facilitar les definicions conceptuals utilitzades i es van donar dades de contacte per a qualsevol dubte o aclariment.

Es va generar, per a cada professional seleccionat, un nom d'usuari i una contrasenya, que se li va enviar de manera individualitzada, juntament amb l'adreça web per accedir a la plataforma i una breu informació dels requeriments tècnics per accedir-hi.

❖ Anàlisi estadística

Valoració i consens dels indicadors

A la prova pilot amb Health Consensus es van valorar vuitanta-cinc conceptes o títols d'indicador amb un puntuació global per poder-los prioritzar. Es va calcular la mediana de les puntuacions per a cada indicador i rang interquartílic (percentil 25 i 75). A part d'aquestes puntuacions, es van considerar els comentaris qualitius dels experts, que van ajudar també a millorar la redacció dels títols i la informació o justificació dels indicadors per a la primera onada de consens. L'equip de treball a l'AQuAS va fer una nova proposta més reduïda d'indicadors, assegurant que no es perdien conceptes o indicadors rellevants per al model conceptual. Aquesta proposta es va revisar en una reunió final de l'equip de l'AQuAS amb el PPAC.

De a cada indicador i criteri valorat^c a la primera i segona onada se'n va descriure el volum de participants, la mediana de les puntuacions i el rang interquartílic (percentil 25 i 75) a cada ronda i onada de consens. Seguint la proposta de la RAND per definir el consens (vegeu més endavant), també es va descriure el percentatge d'experts en els tres intervals de resposta següents: (0-3), (4-6) i (7-9). (Brook, 1991; López-Aguilà 2011). A més d'aquests resultats quantitius, es va tenir en compte el model conceptual definit, així com els comentaris qualitius dels experts (per fusionar indicadors en un de sol, millorar-ne la redacció i eliminar-ne algun o proposar-ne de nous).

El càlcul de les puntuacions mitjanes (i altres estadístiques) per a cada indicador i criteri es va portar a terme sense aplicar els pesos i aplicant els pesos en funció del perfil d'expertesa definit per l'expert: a) clínic/assistencial, b) gestió o c) planificació/avaluació.

En aquest informe es presenten el resultats del consens d'indicadors amb pesos segons perfil d'expertesa professional, tant en els resultats de la primera onada com de la segona. Quan es descriu el consens estratificat pel perfil d'expertesa a la segona onada, aquests resultats es presenten sense pes.

Per a la definició del consens a cada onada es van aplicar els criteris següents:

c: Un criteri a la prova pilot (importància); cinc criteris a la primera onada (importància per a la clínica/assistència, per a la gestió i els usuaris o ciutadans, factibilitat i capacitat d'integració clínica) i tres criteris a la segona onada (importància, factibilitat i capacitat d'integració clínica).

Primera onada

Tenint en compte que a la primera onada (que va incloure dues rondes) es valoraven cinc criteris per valorar cada indicador [1. important per a la clínica/assistència, 2. important per a la gestió, 3. importància per als usuaris, 4. factible i 5. capaç de mesurar la integració clínica], es va considerar que s'arribava al consens en un indicador si, a la segona ronda de votacions, almenys dos dels cinc criteris obtenien almenys un 75% de votació dels experts amb puntuacions d'entre 7-9 (llindar de consens definit en un estudi publicat per Campbell, 2004).

Per rescatar indicadors conceptualment rellevants que no es mantenien en aplicar la definició prèvia de consens, es va aplicar un criteri adicional *ad hoc* de consens: quan almenys un dels cinc criteris obtenia un 80% o més de votació dels experts que havien votat entre 7-9 i l'indicador recollia un element del model conceptual que no s'havia tingut en compte (per exemple, l'apoderament). Aquells indicadors en els quals es va arribar al consens durant la primer onada van passar a ser valorats a la segona onada de consens.

Segona onada

Tenint en compte que a la segona onada (també amb dues rondes) es valoraven tres criteris per a cada indicador [1. important, 2. factible, 3. capaç de mesurar la integració clínica], es va considerar que s'arribava al consens en un indicador si, a la segona ronda de votacions, almenys els criteris d'importància i factibilitat obtenien el 75% o més de votació dels experts amb puntuacions d'entre 7-9, i en tots tres perfils d'expertesa participants: a) clínic/assistencial, b) gestió i c) planificació/avaluació.

D'acord amb aquesta definició de consens, es van classificar els indicadors segons:

- a) si eren indicadors importants i factibles (s'havia arribat al consens),
- b) importants però no factibles,
- c) factibles però no importants,
- d) no eren importants ni factibles.

A més de la descripció del consens per a cada criteri valorat (cinc a la primera onada i tres a la segona onada), es van calcular:

- una puntuació global d'importància a la primera onada. La importància a la primera onada es va definir a partir dels criteris 1. Importància per a l'assistència/clínica, 2. importància per a la gestió, i 3. importància per als usuaris. Per resumir-ho en una puntuació final per a cada un dels indicadors, es va calcular la mitjana de totes les puntuacions tenint en compte cadascun dels criteris 1, 2 i 3 de cada participant.
- una puntuació global de l'indicador (importància, factibilitat i capacitat de mesurar la integració clínica, tant a la primera onada de consens com a la segona). La puntuació global de l'indicador es va definir a partir dels cinc criteris de la primera onada i dels tres criteris de la segona respectivament, seguint la mateixa aproximació que en la puntuació global d'importància abans esmentada.

Robustesa dels indicadors

Per garantir la robustesa dels indicadors s'ha mesurat la validesa de contingut dels indicadors i també l'alineament de les puntuacions dels experts a la primera i segona onada en relació amb les mitjanes de les puntuacions dels participants.

❖ *Validesa*

La validesa de contingut dels indicadors recull fins a quin punt mesuren el concepte que volen mesurar i no altres conceptes (*content / face validity*). En aquest sentit, l'aplicació del model conceptual per definir l'abast de la proposta d'indicadors al llarg de l'estudi, així com la depuració dels indicadors que va dur a terme l'equip al llarg del procés de consens, ha assegurat que mesuressin el màxim d'elements del model conceptual proposat. Tot i no calcular tots els elements a la proposta final, el fet de seleccionar els indicadors que presenten un consens elevat també aporta validesa aparent (*face validity*) per avaluar programes d'atenció integrals en cronicitat.

❖ *Alineament de les puntuacions amb la mediana*

Com s'ha esmentat anteriorment, l'objectiu d'aquesta fase del projecte ha estat generar coneixement i també consens amb l'eina Health Consensus. En aquest sentit s'espera un alineament de les puntuacions dels participants amb el que valoraven la majoria de professionals.

Alineament de les puntuacions a la segona onada

Per descriure la robustesa dels indicadors es va analitzar a la segona onada el grau d'alineament de les puntuacions inicials (primera ronda) i finals (segona ronda) dels experts (sense pesos) en relació amb la mediana de la puntuació de tots els experts participants. Es va calcular el valor absolut de la resta entre puntuacions (inicials i finals) de cada expert en relació amb la mediana de la segona ronda:

1. Puntuació inicial en relació amb la mediana. $PIM = \text{puntuació inicial (1a ronda)} - \text{mediana (puntuació global)}$
2. Puntuació final en relació amb la mediana. $PFM = \text{puntuació final (2a ronda)} - \text{mediana (puntuació global)}$.

Si:

- $PIM > PFM \rightarrow$ Es considerava alineament dels experts cap a la mediana.
- $PIM < PFM \rightarrow$ Es considerava desalineament dels experts amb la mediana.
- $PIM = PFM \rightarrow$ Es considerava "no canvi": els experts no havien canviat la seva puntuació entre la primera ronda (puntuació inicial) i la segona ronda (puntuació final, en visualitzar el gràfic amb les puntuacions mitjanes de tot el grup).

Es va computar una puntuació global d'alineament. Per obtenir aquesta puntuació global, es va calcular la mediana de totes les puntuacions sense tenir present l'indicador i el criteri. Es va realitzar un gràfic d'alineament global de cada participant a la segona onada per a cada ronda de consens (puntuacions inicials i finals, respectivament).

Alineament de les puntuacions a la primera onada i a la segona onada

També es va analitzar la robustesa dels indicadors comparant els resultats amb els que s'havien valorat tant a la primera onada com a la segona. Es van comparar les puntuacions mitjanes obtingudes a la segona ronda de votacions per a cada indicador i criteri i es van

valorar els canvis que hi va haver (o no) en les votacions i el seu grau (no canvi, disminució o augment de puntuacions entre les dues onades).

SELECCIÓ FINAL DELS INDICADORS PER A L'AVALUACIÓ

A partir dels resultats de consens anteriors, l'equip de treball, conjuntament amb el PPAC i tècnics de la Divisió de Planificació i Avaluació Operativa del Catsuat, va seleccionar els indicadors considerats més adequats per a l'avaluació de programes i experiències d'atenció a la cronicitat tenint en compte, a més del consens obtingut, principalment aspectes relacionats amb la factibilitat real d'informació i càlcul, la capacitat de l'indicador de traduir la integració clínica i la consistència en els resultats de consens al llarg de l'estudi.

Així, es van analitzar els aspectes següents en la selecció final dels indicadors:

- a. La factibilitat real actual de càlcul i/o disponibilitat d'informació, a més de l'expressada pels participants.
- b. Les valoracions dels criteris que s'havien obtingut en les diferents fases de consens i la seva consistència, a més dels resultats finals (segona onada).
- c. El grup d'indicadors seleccionats s'haurien de complementar per poder interpretar la informació que aporten.
- d. Alguns dels indicadors haurien d'ajudar a definir la població diana i haurien de servir per estratificar els resultats en funció de característiques estructurals, de procés, dels professionals o la població diana.
- e. S'haurien d'afavorir indicadors que mesurin l'atenció integral i la continuïtat assistencial (àmbit hospitalari, atenció primària, sociosanitària, salut mental o de serveis social) per analitzar el rendiment dels serveis.
- f. S'hauria de tenir en compte la utilitat dels indicadors, tant per a l'àmbit clínic/assistencial, l'àmbit de gestió o de planificació/avaluació.

Finalment, es va considerar que els indicadors proposats haurien d'ajudar:

- ❖ en l'avaluació d'un programa o model específic i en la comparació amb si mateix en el temps (no hi ha estàndards per a tots els indicadors: visió *micro*).
- ❖ en l'avaluació de diferents hospitals, equips, centres o proveïdors dels programes o models per analitzar comparativament els seus resultats al llarg del temps (*benchmarking*: visió *meso*).
- ❖ en l'avaluació amb clau de visió territorial (poblacional) integrant els diferents àmbits i dispositius assistencials d'un territori per conèixer-ne l'impacte (la suposada integració) en el conjunt del sistema (visió *macro*)
- ❖ en la compra de serveis a l'asseguradora

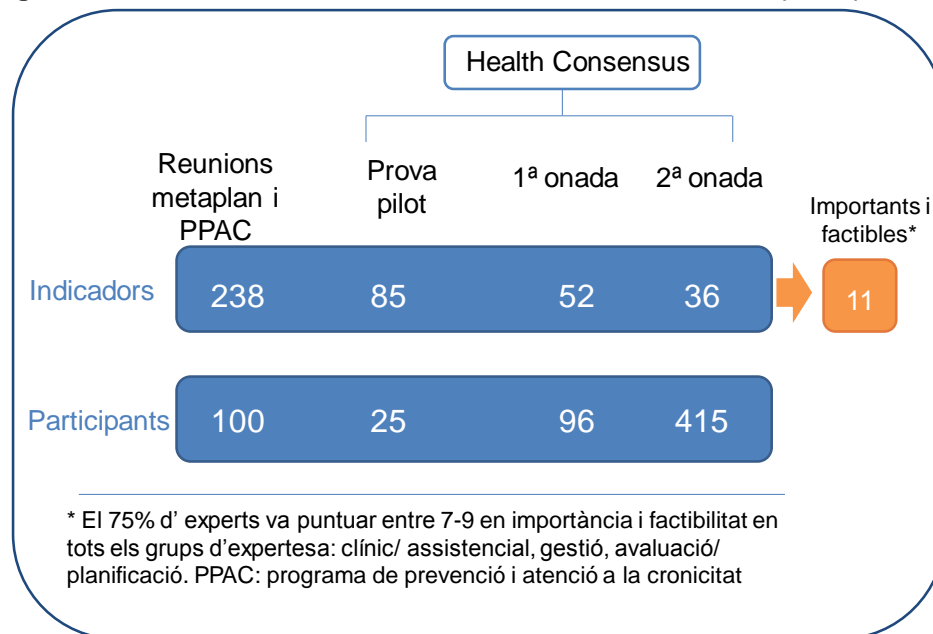
Una vegada obtinguda la llista final dels indicadors, s'implementarà per avaluar les experiències i els programes d'atenció a la cronicitat en el territori (fase 3).

RESULTATS

INDICADORS VALORATS A CADA FASE I PARTICIPANTS

Durant la fase anterior (informe 1, discussió i consens presencial el mitjançant metaplà i la reunió de grup), es van obtenir 238 conceptes o idees d'indicador, els quals van ser depurats per l'equip de recerca fins a 85 conceptes específics (vegeu la **figura 14**) i reduïts fins a 52 a partir d'una prova pilot de la plataforma Health Consensus amb 25 participants. Aquests 52 indicadors van ser valorats a la primera onada de consens (96 participants, 70% taxa de resposta), dels quals 36 es van considerar pertinents per a la segona onada (415 participants, 38% taxa de resposta) (vegeu l'annex). D'aquests, finalment 11 van mostrar ser importants i factibles per a la majoria de participants en tots els perfils d'expertesa (n=415).

Figura 14. Volum d'indicadors valorats en cada fase del consens i participants



Característiques dels participants i taxa de resposta

Dels 125 experts convidats a la primera onada de consens, 103 van entrar a la plataforma Health Consensus i 96 van participar en el consens (una taxa de resposta del 70%). L'edat mitjana dels participants a la primera onada (n=96) va ser de 49 anys, i el 47% eren dones i treballaven principalment a l'atenció primària de salut (27%), salut pública, planificació o avaluació (30%) o hospital d'aguts (19%). Quan se'ls va demanar el seu perfil d'expertesa màxima, el 38,5% dels participants van esmentar l'àmbit de planificació/ avaluació, el 33,3% l'àmbit clínic i el 28,1% l'àmbit de gestió.

A la segona onada es van convidar 1.100 experts, 557 dels quals van accedir a la plataforma i 415 van participar en la valoració dels indicadors (un 38% de taxa de resposta). Aquesta participació va ser més elevada entre els professionals de l'àmbit

Avaluació de la cronicitat

d'atenció primària/comunitària, salut mental i sociosanitari (vegeu la **taula 1**). D'altra banda, a la segona onada els participants amb titulació mèdica, d'infermeria, de psicologia i de gerontologia van presentar una taxa de resposta més elevada que la global (vegeu la **taula 2**). Gairebé el 90% dels participants valoren el 75% o més dels indicadors a l'onada final de consens. La majoria eren dones (67%) i treballaven a la província de Barcelona (74%). Dels 415 participants a la segona onada, la majoria eren experts en clínica/ assistència (50%), seguit dels que tenen aquesta expertesa en gestió (34%) (vegeu la **taula 3**). La resta eren experts en l'àmbit de planificació o l'avaluació (16%).

Taula 1. Professionals convidats i participants segons l'àmbit professional i taxa de resposta a la segona onada del Health Consensus (N=415)

Àmbit professional	Convidats		Participants		Taxa resposta
	N	%	N	%	
Atenció primària/comunitària	216	19,9	154	37,4	71,3
Atenció hospitalària aguts	271	25,1	62	15,0	22,9
Atenció sociosanitària	152	14,1	54	13,1	35,5
Atenció salut mental	37	3,4	22	5,3	59,4
Salut pública / planificació / avaluació	110	10,2	37	9,0	33,6
Serveis socials	53	4,9	11	2,7	20,7
Altres	216	19,9	72	17,5	33,3
Total*	1.081	100	415	100	38,4

*Valors perduts àmbit professional: n=39

Taula 2. Professionals convidats i participants segons la formació acadèmica i taxa de resposta a la segona onada del Health Consensus (N=415)

Perfil acadèmic	Convidats		Participants		Taxa resposta
	N	%	N	%	%
Medicina	261**	24,1	160	39,3	61,3
Infermeria	350	32,4	149	36,6	42,6
Farmàcia	40	3,7	13	3,2	32,5
Fisioteràpia	5	0,5	1	0,2	20,0
Psicologia	33	3,0	19	4,7	57,5
Gerontologia	2	0,2	2	0,5	100,0
Treball social	85	7,9	29	7,1	34,1
Altres	305	28,1	34	8,4	11,1
Total*	1.081	100	415	100	38,4

*Valors perduts formació acadèmica: n=219.

**Especialitats: medicina familiar i comunitària (n=86), geriatria (n=15); psiquiatria (n=18), medicina interna (n=11), pediatria (n=4); pneumologia (n=6), neurologia (n=3), altres especialitats (n=118).

Taula 3. Altres característiques dels experts que van participar a la segona onada del Health Consensus (N=415)

Característiques	N	%
Sexe		
Dones	277	66,7
Homes	138	33,3
Edat mitjana (DE)		
	47,9 (8,4)	
Província on treballa		
Barcelona	304	73,8
Girona	69	16,7
Lleida	16	3,9
Tarragona	23	5,6
Indicadors valorats a la segona onada		
<50%	24	5,8
>50% i <75%	18	4,3
>75%	372	89,6
Expertesa*		
Clínica/assistència		
Màxima	208	50,1
Gestió		
Màxima	140	33,7
Planificació/avaluació		
Màxima	67	16,1

*Màxim d'expertesa professional esmentat per cada expert.

CONSENS DELS INDICADORS

A la primera onada es van valorar cinquanta-dos indicadors. D'aquests, es va considerar que trenta-cinc s'havien de tornar a valorar a la segona onada de consens. Vint-i-un indicadors van arribar al llindar de consens definit a la primera onada (vegeu l'annex). Per recuperar indicadors conceptualment rellevants que no es mantenien amb la definició de consens, es va optar per recuperar quinze indicadors més: a) deu que presentaven almenys un dels cinc criteris amb un 80% o més de votació dels experts amb una puntuació d'entre 7-9 i recollia un concepte rellevant del model conceptual; b) cinc indicadors que mesuraven l'acompliment d'elements clau del procés (ECP), un per a cada patologia prioritzada pel Pla de Salut (vegeu l'annex). Finalment, els comentaris dels participants van millorar la redacció dels títols i la informació addicional de cada indicador. A més, després de revisar les propostes dels participants es va afegir l'indicador: "població atesa a dispositius alternatius a l'hospitalització convencional".

Dels trenta-sis indicadors valorats a la segona onada final de consens, onze van mostrar un acord dels experts pel que fa a la seva importància i factibilitat en tots els perfils d'expertesa (vegeu les **figures 15 i 16, vegeu annex**). Aquests onze indicadors (deu de resultat i un d'estructura) mesuren la continuïtat assistencial o atenció integrada (4), l'efectivitat o adequació (3), l'accessibilitat o ús de serveis (2), l'apoderament (1) i l'eficiència (1). Els indicadors de resultat més valorats quant a

Avaluació de la cronicitat

importància i factibilitat són de resultats intermedis més que finals (vegeu la **figura 15**) i alguns s'adeqüen a la jerarquia de mesures de resultat que es proposa en el model de Porter en relació amb la disutilitat del procés d'atenció i el manteniment de la salut o recuperació (per exemple, temps entre descompensacions, dependència funcional i social, control de paràmetres clínics). Els indicadors de resultat final que mesuren l'estat de salut a partir de la capacitat funcional o la salut percebuda / qualitat de vida relacionada amb la salut es consideren importants però no factibles segons els participants. D'altra banda, es consideren més importants i factibles els indicadors de resultat que els de procés (vegeu la **figura 16**), ja que la majoria d'aquests últims no arriben al consens definit.

Dels indicadors que no arriben al consens definit, la majoria es consideren importants per avaluar programes d'atenció en l'àmbit de la cronicitat i, en alguns casos, es considera que poden mesurar la integració clínica, però no són prou factibles, segons els participants.

Figura 15. Indicadors de resultat intermedis i finals valorats a la segona onada segons el nivell de consens

Importants i factibles(*)	Importants però no factibles
I3 Pacients contactats 48 hores post-alta hospitalària+ I5 Dies hospitalització acumulats any mateixa causa I8 Pacients atesos a urgències segons procedència I9 Reingressos de pacients hospitalitzats+ I11 Pacients polimedocats (10-15 fàrmacs o més)+ I12 Pacients amb fàrmacs d'eficàcia provada I13 Població institucionalitzada (socio-sanitari i social) I16 Població atesa amb trastorns crònics de salut+ I19 Temps entre descompensacions requereixen ingrés+ I24 Despesa farmacèutica I14 Circumstància alta pacients en hospital aguts I17 Pacients atesos a urgències	I1 Població atesa programes atenció cronicitat I2 Pacients amb planificació avançada de cures I10 Adherència tractament farmacològic I15 Població atesa hàbits vida saludable/ factors risc I17 Població atesa diferents nivells d'estratificació dels risc I23 Qualitat de vida relacionada amb la salut I28 Hospitalitzacions potencialment evitables+ I6 Població atesa amb dispositius alternatius a l'hospitalització convencional I18 Població atesa amb dependència
Factibles però no importants	Ni importants ni factibles
I4 Estada mitjana atenció hospitalària I20 Mortalitat poblacional I22 Mortalitat hospitalària	I21 Lloc de la mort

(*) Un 75% dels experts valoren amb una puntuació d'entre 7-9 la seva importància i factibilitat en els tres grups d'expertesa professional (clínic/assistencial, gestió, planificació/avaluació). De color taronja es marquen els que estan en el límit del consens.

+ mesura la integració clínica/ assistencial (el 75% dels experts la valoren amb una puntuació d'entre 7-9 en els tres grups d'expertesa professional).

Avaluació de la cronicitat

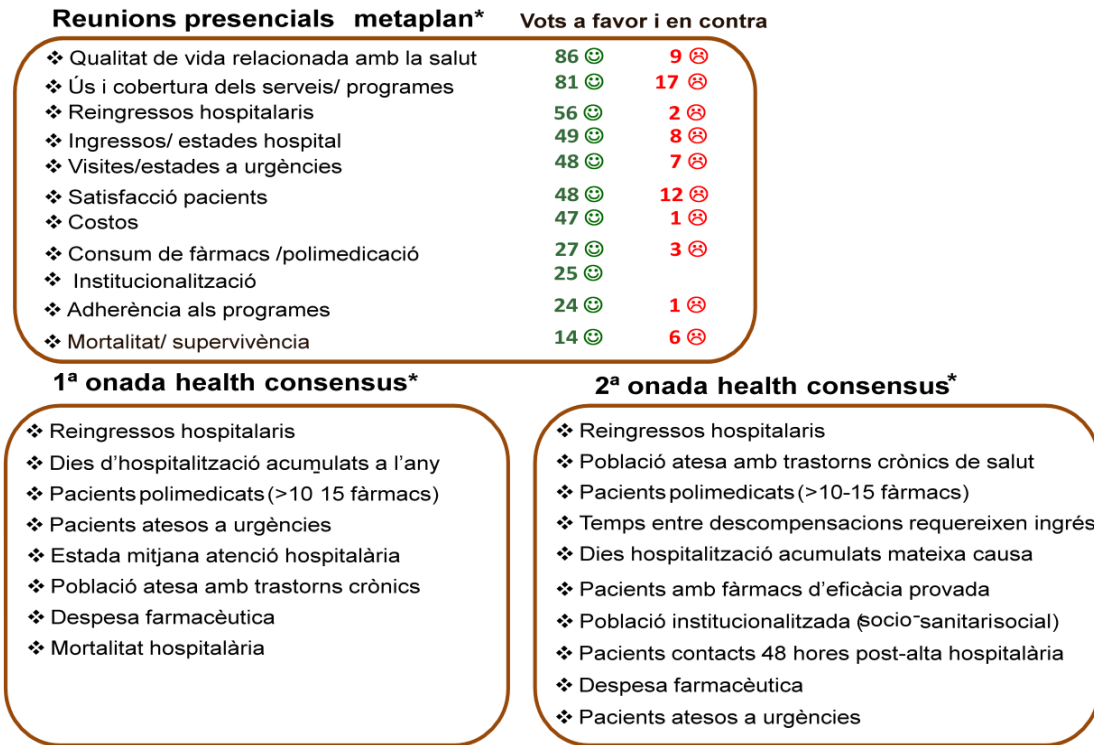
Figura 16. Indicadors de procés i estructura valorats a la segona onada segons nivell consens

Importants i factibles *	Importants però no factibles
I34 Pacients amb HA amb bon control tensió (P) +	I25 Pacients que tenen una valoració multidimensional integral (P) +
I36 Accés HCC pels professionals sanitaris (E) +	I26 Conciliació fàrmacs AP i hospital aguts a l'alta o en altres transicions (P)**+
	I29 Pacients MPOC amb compliment ECP (P)**+
	I30 Pacients IC amb compliment ECP (P)**+
	I31 Pacients depressió amb compliment ECP (P)**
	I32 Pacients DM amb compliment ECP (P) +
	I33 Nens/ adolescents asma i compliment ECP (P)**
	I35 PCC amb pla terapèutic al sistema informació proveïdor (P)**+
Factibles però no importants	Ni importants ni factibles
I27 Pacients en tractament. anticoagulant oral amb bon control INR (P)	

(*) Un 75% dels experts valoren amb una puntuació d'entre 7-9 la seva importància i factibilitat en els tres grups d'expertesa professional (clínic/assistencial, gestió, planificació/avaluació). De color taronja es marquen els que estan en el límit del consens. P: indicadors de procés; E: indicadors d'estructura; HA: hipertensió arterial; HCC: història clínica compartida; AP: atenció primària; ECP: element clau del procés; MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica; IC: insuficiència cardíaca; DM: diabetis mellitus; PCC: pacient crònic complex. + mesura la integració clínica/ assistencial (el 75% dels experts la valoren amb una puntuació d'entre 7-9 en els tres grups d'expertesa professional).

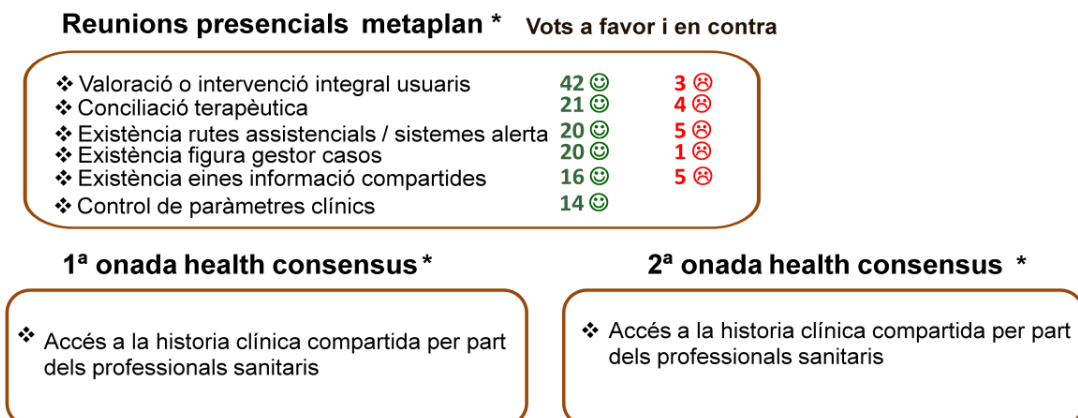
Quan es comparen els indicadors més rellevants a cada fase dels consens destaquen els que mesuren l'ús i la cobertura del servei o programa, i els indicadors més valorats en totes les fases de consens són el de reingressos de pacients hospitalitzats, el de dies d'hospitalització acumulats a l'any per la mateixa causa, el de pacients polimedicats (>10-15 fàrmacs), el de visites a urgències i també el de l'accés dels professionals a la història clínica compartida (vegeu les **figures 17a i 17b**, vegeu l'**annex**).

Figura 17a. Indicadors de resultat intermedis i finals més valorats en cada fase de consens



*Conceptes o títols d'indicador més valorats seguint els criteris de consens a cada fase i onada.

Figura 17b. Indicadors de procés i estructura més valorats en cada fase consens

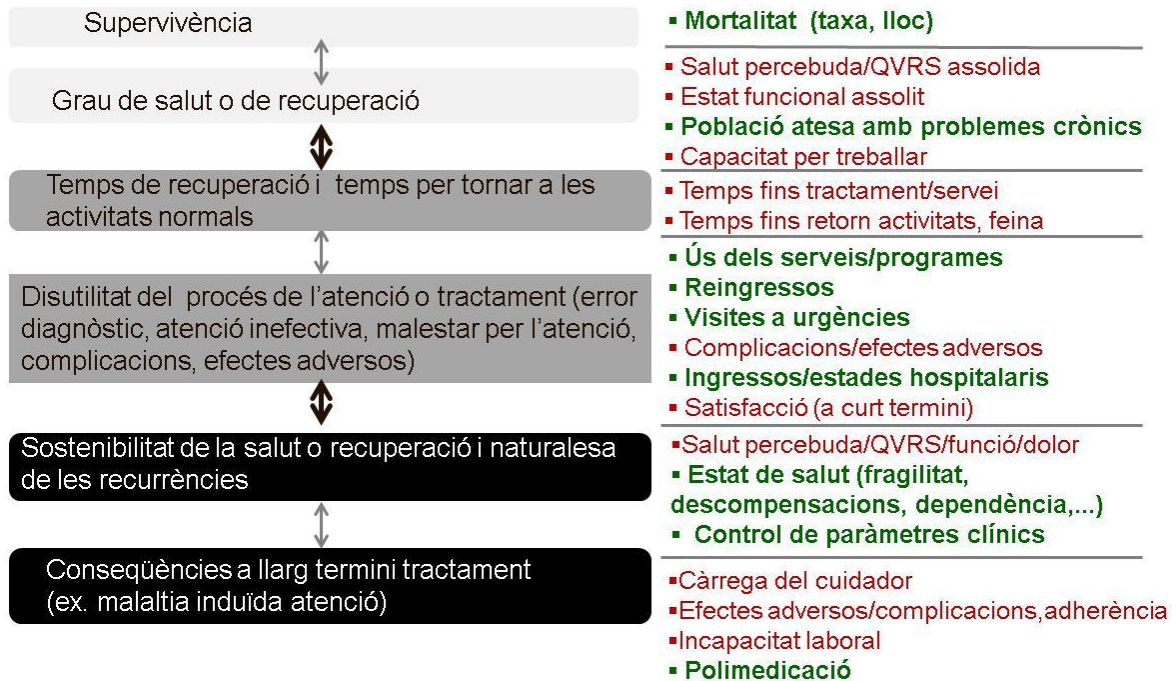


*Conceptes o títols d'indicador més valorats seguint els criteris de consens a cada fase i onada.

La majoria dels indicadors de resultat se situen en el nivell 2 del model de Porter (procés de recuperació) i mesuren la disutilitat del procés de l'atenció o tractament o sostenibilitat de la salut o recuperació (nivell 3). A la **figura 18** es presenten alguns indicadors de resultat que arriben al consens final en el present estudi (en verd), així

com indicadors valorats en les diferents fases del consens que no van arribar a consens (vermell) o altres exemples d'indicadors en els diversos estrats que mesuren diferents aspectes de la jerarquia de resultats (vermell).

Figura 18. Exemples d'indicadors segons el model de Porter



De color verd es marquen els exemples d'indicadors que arriben al llindar de consens en aquest projecte. De color vermell, els indicadors que no arriben a consens o altres exemples que mesuren els atributs que proposa E. Porter.

Robustesa dels indicadors valorats a la primera i segona onada de consens

El fet d'aplicar el model conceptual per definir indicadors a les reunions metaplans presencials amb experts i poder quantificar el volum d'elements d'aquest model (per exemple, quants n'hi ha de resultat, de procés o d'estructura), així com l'exercici de mantenir el màxim nombre d'indicadors segons els elements d'aquest model conceptual d'avaluació en el procés de depuració d'indicadors i reducció, confereix robustesa a la proposta final dels indicadors per avaluar iniciatives d'atenció i prevenció en la cronicitat. D'altra banda, s'han escollit els indicadors amb un consens més ampli i extens per garantir la seva validesa de contingut (*face validity*). El fet que la majoria dels indicadors que es proposen per a la fase d'avaluació estan disponibles en les fonts d'informació sanitàries i socials també confereix robustesa a la proposta d'indicadors valorats en aquest projecte. Tot i aquesta robustesa, hi ha importants buits en indicadors conceptualment rellevants, com ara els de salut percebuda pels

usuaris (pacients i cuidadors) o els que mesuren la seguretat de l'atenció (vegeu la **taula 8**).

Quan es descriu l'alineament de les puntuacions globals individuals en relació amb la mediana, en general els professionals no modifiquen les seves puntuacions entre rondes en visualitzar la mediana de la puntuació del grup ($n=325$), i si les modifiquen és per alinear-se amb les puntuacions mitjanes de tot el grup ($n=70$). Un grup de vint participants modifica les puntuacions per desalinejar-se de la mediana (vegeu la **figura 19**). Pel que fa als indicadors, es manté el mateix patró, com s'observa en l'exemple de l'indicador 2 (vegeu la **figura 20, vegeu l'annex**).

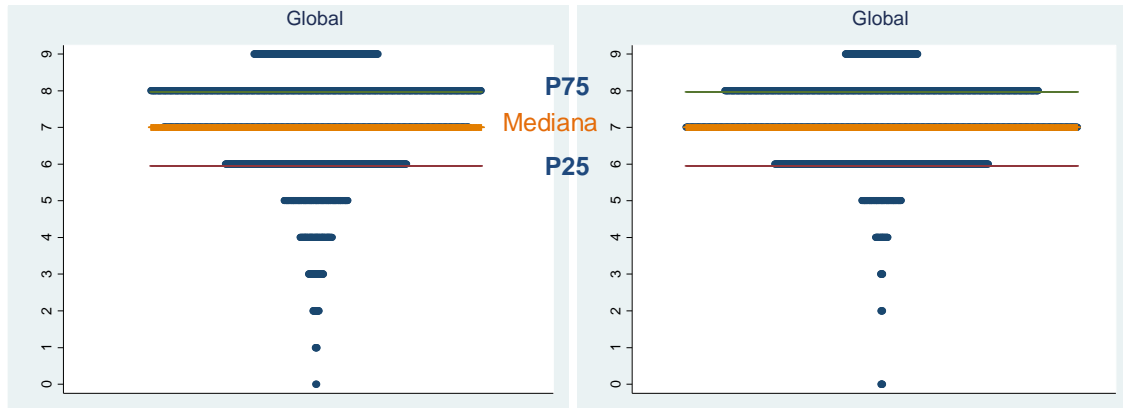
Avaluació de la cronicitat

Taula 4. Nombre i tipus d'Indicadors valorats a la primera i segona onada segons el marc conceptual d'avaluació

Tipus de perfil (núm. indicadors)			Núm. indicadors 1a onada	Núm. indicadors 2a onada	Indicadors importants i factibles*
Resultat 1a onada: 35 2a onada: 24	Ús de recursos	Ús i cobertura del programa/servei	7	6	2
		Visites/estades a urgències	2	2	1
		Reingressos	1	1	1
		Adherència	1	1	-
		Consum de fàrmacs	3	2	1
		Institucionalització	2	2	1
	Resultats de salut	Estat de salut	6	5	3
		Mortalitat	2	2	-
		Seguretat	3	1	-
	Experiència dels usuaris i proveïdors	Salut percebuda / qualitat de vida	1	1	-
		Càrrega del cuidador	1	-	-
		Satisfacció	2	-	-
	Costos/eficiència	Despeses/costos	3	1	1
Productivitat		1	-	-	
Procés 1a onada: 15 2a onada: 11	Valoració usuaris	—	3	1	-
	Conciliació i revisió terapèutica	—	2	2	-
	Adequació serveis o recursos	—	1	1	-
	Acompliment elements clau procés	—	9	7	-
Estructura 1a onada: 2 2a onada: 1	Existència d'eines d'informació compartides	—	2	1	1

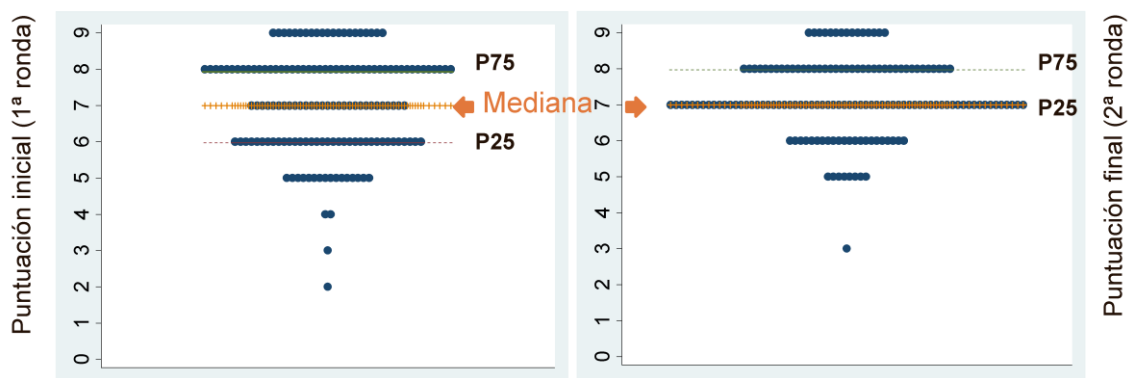
Indicadors que el 75% o més dels participants puntuen entre 7-9 quant als criteris d'importància i factibilitat en els tres perfils d'expertesa: clínica/ assistencial, gestió i planificació/avaluació.

Figura 19. Distribució de les puntuacions inicials i finals dels professionals que han modificat les seves valoracions per alinear-se o desalinejar-se amb la mediana (segona onada) globalment*



*Dels 415 participants: 325 no modifiquen la seva puntuació, 70 experts la modifiquen per alinear-se amb la mediana i 17 per desalinejar-se

Figura 20. Alineament i desalineament dels experts amb la mediana de l'indicador 2 (segona onada)*



Finalment, s'observa que vint-i-quatre dels trenta-sis indicadors valorats en ambdues onades (68,6%) no modifiquen la seva mediana, augmenten en un punt vuit indicadors i disminueixen en un punt tres indicadors entre la primera i segona onades (vegeu la **taula 5**). Si es valoren els indicadors a la segona onada segons criteri (importància, factibilitat, integració clínica $36 \times 3=108$ puntuacions), en trenta-tres casos no es modifiquen les medianes entre onades, en quatorze disminueix un punt, en cinquanta-un s'augmenta fins a un punt i només en set criteris s'augmenta la mediana de la puntuació en dos punts (**veure annex**).

Taula 5. Alineament entre medianes a la primera i segona onada de consens

	Mediana 1a onada - 2a onada sense pes		Mediana 1a onada - 2a onada amb pes	
	Núm. indicadors	%	Núm. indicadors	%
Disminueix 1 punt	3	8,6	4	11,4
No canvia	24	68,6	22	62,9
Augmenta 1 punt	8	22,9	9	25,4
Total	35*	100	35	100

*Un indicador no valorat a la primera onada es va afegir a la segona; per això només es mostren resultats per als trenta-cinc indicadors comuns.

PROPOSTA D'INDICADORS PER A L'AVALUACIÓ

Després de la discussió dels resultats segons els aspectes comentats, es proposen **divuit indicadors** per implementar-los a la fase d'avaluació dels programes i experiències d'atenció a la cronicitat. D'una banda, es consideren els onze indicadors de la segona onada final que arriben a consens (set són considerats rellevants a la primera onada). D'altra banda, es recuperen dos indicadors de resultat en el límit de consens en aquesta onada final i dos indicadors més valorats com a importants i factibles a la primera onada. Finalment, es recuperen tres indicadors de resultat intermedi que són considerats importants per la majoria de professionals en tots els perfils d'expertesa però no factibles a la segona onada final. L'equip de treball va considerar que actualment hi havia prou factibilitat tècnica per poder calcular-los, a més, aquests indicadors eren conceptualment rellevants per identificar millores en l'atenció a la cronicitat i ja es fan servir en diferents iniciatives.

Indicadors considerats importants i factibles a la segona i/o primera onada

I3 Pacients contactats 48 hores postalta hospitalària	Resultat intermedi
I5 Dies d'hospitalització acumulats a l'any per la mateixa causa	Resultat intermedi
I8 Pacients atesos a urgències segons procedència	Resultat intermedi
I9 Reingressos de pacients hospitalitzats	Resultat intermedi
I11 Pacients polimedicats (10 -15 fàrmacs o més)	Resultat intermedi
I12 Pacients amb fàrmacs d'eficàcia provada	Resultat intermedi
I13 Població institucionalitzada (socio sanitari i social)	Resultat intermedi
I16 Població atesa amb trastorns crònics de salut	Resultat final

Avaluació de la cronicitat

I19 Temps entre descompensacions que requereixen ingrés	Resultat intermedi
I24 Despesa farmacèutica	Resultat final
I14 Circumstància a l'alta pacients en hospitals d'aguts	Resultat intermedi
I3 Pacients atesos a urgències	Resultat intermedi
I36 Accés dels professionals sanitaris a l'HCC	Estructura
I6 Estada mitjana d'atenció hospitalària	Resultat intermedi
I27 Mortalitat hospitalària	Resultat final

Indicadors considerats importants però no factibles pels experts a la segona onada (malgrat tot, es considera que hi ha factibilitat tècnica)

I1 Població atesa en programes d'atenció en cronicitat	Resultat intermedi
I17 Població atesa en diferents nivells d'estratificació del risc	Resultat final
I28 Hospitalitzacions potencialment evitables	Resultat intermedi

CONCLUSIONS

- ❖ El model conceptual d'avaluació de l'atenció a la cronicitat desenvolupat prèviament s'ha mostrat útil per definir i consensuar els indicadors i el seu abast, per quantificar els conceptes que es volen mesurar i per assegurar el màxim d'elements d'aquest model.
- ❖ La proposta d'indicadors per a l'avaluació ha mostrat ser robusta i vàlida. A més, el fet d'utilitzar el marc conceptual per assegurar el màxim d'elements d'aquest model al llarg del procés de consens, així com la tria dels indicadors amb un consens elevat entre la majoria d'experts confereix validesa de contingut (*face validity*) a la proposta. Els resultats de l'alineament de les puntuacions entre rondes i onades també aporta robustesa a aquesta proposta.
- ❖ Els indicadors seleccionats són, majoritàriament, indicadors de resultat intermedis (principalment relacionats amb el consum de recursos), en segon lloc hi ha els de resultat final (resultats en salut i costos) i finalment, un d'estructura.
- ❖ Els indicadors considerats més rellevants (en importància i factibilitat) pels participants en totes les fases del consens van ser els reingressos de pacients hospitalitzats, els dies d'hospitalització acumulats a l'any per la mateixa causa, els pacients polimedocats (>10-15 fàrmacs), les visites a urgències, els indicadors de resultats intermedis, i la possibilitat que els professionals puguin accedir a la història clínica compartida (únic indicador d'estructura que arriba al consens definit).
- ❖ Els indicadors de resultats finals i els indicadors de procés van tenir una valoració més baixa segons els criteris proposats. Els indicadors que mesuren l'atenció centrada en els pacients, l'apoderament i la seguretat dels pacients es van considerar importants però no van arribar al nivell de consens definit pel criteri de factibilitat. Així, els indicadors de resultat final que mesuren la mortalitat, els efectes adversos, la salut percebuda o la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS), la càrrega del cuidador i la satisfacció o productivitat, malgrat que tots els perfils professionals els consideren importants no es veuen prou factibles (en els tres grups d'expertesa: clínica/assistencial, gestió o planificació/avaluació).
- ❖ Aquesta menor factibilitat percebuda pels participants en el Health Consensus es pot explicar, entre altres motius, perquè hi ha aspectes, com la QVRS o la càrrega del cuidador, que no es recullen de manera rutinària, perquè es necessita més temps per observar l'impacte de les intervencions en indicadors de resultat final i perquè l'atribució de les millores en els resultats finals a les intervencions (programes) avaluades no està exempta de limitacions. Tot i això, cal esmentar que existeixen iniciatives, com la del National Health Service del Regne Unit, en

què s'administren de manera rutinària instruments que perceben pels pacients en el moment de la indicació d'alguns procediments quirúrgics i en el seguiment posterior a la cirurgia.

- ❖ No hi va haver cap indicador de procés que es considerés prou important i alhora factible, segons el criteri de consens aplicat (la majoria era perquè no els consideraven factibles). Això també pot explicar-se per la percepció dels participants de problemes de disponibilitat d'informació de qualitat per poder calcular aquests indicadors. I, a més, en part també s'explica pel fet que els indicadors proposats eren indicadors sintètics que incloïen la mesura de diverses activitats assistencials per a les patologies cròniques prioritzades. Per exemple, la realització de proves diagnòstiques, els tractaments, la promoció de la salut, l'autocura o l'alfabetització sanitària en un indicador compost sobre el procés assistencial sanitari en la MPOC.
- ❖ Finalment, a partir dels resultats obtinguts, l'equip de treball ha seleccionat els divuit indicadors que ha considerat més adequats per avaluar programes i experiències d'atenció a la cronicitat, tenint en compte, a més del consens obtingut, aspectes relacionats amb la factibilitat real d'informació i el càlcul, la capacitat de l'indicador de traduir la integració clínica i la consistència en els resultats de consens al llarg de l'estudi.
- ❖ La majoria dels indicadors seleccionats es poden aplicar a l'avaluació de programes adreçats a pacients crònics complexos i pacients amb malaltia crònica avançada, els quals, en els models poblacionals d'estratificació del risc, correspondrien als estrats més alts de complexitat i de consum de recursos.
- ❖ Si es té en compte la jerarquia de mesures de resultat que proposa Porter (estat de salut assolit o retingut, procés de recuperació o manteniment de la salut), els indicadors més valorats pels experts mesuren aspectes del procés de recuperació. Porter subclassifica aquest últim grup en temps de recuperació per tornar a les activitats quotidianes i disutilitat del procés de l'atenció o tractament (atenció inefectiva, malestar per l'atenció o efectes adversos). Indicadors com els reingressos, visites a urgències, dies d'hospitalització acumulats a l'any pel mateix problema de salut o el temps entre descompensacions que requereixen ingrés serien exemples d'indicadors de disutilitat del model de Porter que han obtingut prou consens per a l'avaluació de l'atenció a la cronicitat.
- ❖ A partir de la implementació d'indicadors per avaluar aquests programes es provarà la capacitat que tenen per detectar beneficis (el valor de l'atenció sanitària de caràcter integrat) en les persones amb problemes crònics de salut.
- ❖ D'altra banda, aquest procés de consens, per mitjà de l'eina Health Consensus, ha suposat que s'hagin acomplert d'una manera inherent els metaobjectius següents: 1) participació (àmplia participació de professionals i extensa participació en el

territori); 2) incrustació de l'estratègia (*strategy embededness* o capacitat de l'estratègia d'avaluació de l'atenció a la cronicitat i del PPAC d'incrustar-se al sistema); 3) participació de baix a dalt (*bottom-up*) amb les mostres de participants, identificació de nous indicadors, la realització i recollida de comentaris, la taxa de resposta obtinguda, etc.; i 4) alineament (*alignement* o consens assolit i canvis de votació entre rondes per apropar-se més que no pas per allunyar-se de la mediana de votacions).

- ❖ Cal esmentar algunes limitacions de l'estudi, com ara el fet de valorar conceptes i títols d'indicador a vegades poc específics, tot i que durant el procés de consens final se n'ha millorat la redacció amb els comentaris dels participants. D'altra banda, s'hi afegeix la dificultat de definir i consensuar indicadors tenint en compte perfils professionals multidisciplinaris, i diferents àmbits d'actuació (àmbit de salut i social) i, per tant, amb experteses molt diverses. Es va prioritzar la incorporació d'una visió multidisciplinària de professionals vinculats a l'atenció, gestió o planificació/avaluació de la cronicitat davant de la participació de pacients/cuidadors o usuaris en el consens d'indicadors, tot i que el seu punt de vista ja va ser incorporat en una fase prèvia de l'estudi mitjançant una reunió de grup.
- ❖ D'altra banda, es considera que els experts han respòs al criteri de factibilitat com a factibilitat percebuda (és a dir, si es tenen aquells indicadors disponibles o si és possible disposar d'informació per calcular-los). Alguns indicadors que es consideren poc factibles pels experts, com la població atesa amb diferents nivells d'estratificació del risc o les hospitalitzacions potencialment evitables, són factibles de calcular actualment gràcies als sistemes d'informació disponibles (tot i que, certament, hi ha una certa dificultat en l'homogeneïtzació de criteris entre programes). Caldrà establir iniciatives per donar a conèixer als professionals la possibilitat de disposar d'aquests indicadors.
- ❖ L'avaluació de les experiències d'atenció a la cronicitat a partir dels indicadors, com a tercera fase del projecte, s'hauria d'organitzar des del punt de vista territorial (poblacional), integrant els diferents nivells i dispositius assistencials d'un territori per conèixer-ne l'impacte (la suposada integració) en el conjunt del sistema.
- ❖ Seria d'interès l'avaluació de les experiències segons els diferents nivells d'anàlisi (professional, equip, àrea, o el conjunt del sistema) i segons els diferents estrats de la població (baixa/alta complexitat, patologies específiques, o tota la població).

ANNEXOS

ANNEX 1. RESULTATS DE LA PRIMERA ONADA

Avaluació de la cronicitat

Taula 6. Resultats de la primera onada: indicadors de resultat amb dos o més criteris que va rebre del 75% o més dels experts una puntuació d'entre 7-9 (n=96).

Nom de l'indicador	Percentatge d'experts amb una puntuació de 7-9 a cada criteri									Dimensió/ atribut
	N	Nivell global ^a			Important			Factible	Integració clínica	
		%	P50		C/A	G/A	U			
4 Pacients que tenen planificació avançada de cures (<i>advanced care planning</i>)	91	68,1	7		68,6	82,9	75,4	34,9	78,7	Continuïtat assistencial / atenció integral
5 Pacients contactats al cap de 48 hores després de l'alta hospitalària (<i>transicional care</i>)	91	71,3	7		58,9	82,2	79,4	58,6	77,6	Continuïtat assistencial / seguretat
6 Estada mitjana d'atenció hospitalària	91	54,1	7		84,0	48,0	17,7	86,8	33,9	Eficiència / ús de recursos
7 Dies d'hospitalització acumulats a l'any per la mateixa causa	91	74,4	7		92,0	82,9	40,2	90,9	65,7	Adequació / efectivitat clínica
8 Pacients atesos a urgències	91	74,6	7		86,3	74,1	61,7	88,6	62,3	Accessibilitat/adequació
10 Reingressos de pacients hospitalitzats	91	85,6	8		96,0	95,4	58,3	90,8	87,4	Efectivitat clínica / adequació
12 Pacients polimedicats (≥10-15 fàrmacs)	89	77,0	8		84,3	89,0	56,7	88,9	65,9	Atenció integral / continuïtat assistencial
13 Pacients amb fàrmacs d'eficàcia provada (medicaments prescrits amb valor intrínsec farmacològic alt)	90	67,0	7		76,6	86,5	52,6	70,8	48,5	Adequació/efectivitat

A la primera onada, cada indicador es valorava amb cinc criteris (important per a la clínica / assistència, important per a la gestió / avaluació i important per als usuaris, factibilitat, mesura la integració clínica) amb una puntuació d'1 (mínima) a 9 (màxima). C/A: clínica/assistència; G/A: gestió/avaluació; U: usuaris. P50: percentil 50 o mediana; ^a valoració global de consens a partir de les puntuacions als cinc criteris.

Avaluació de la cronicitat

Taula 6. Resultats de la primera onada: indicadors de resultat amb dos o més criteris que va rebre del 75% o més dels experts una puntuació d'entre 7-9 (n=96) [Continuació]

	Nom de l'indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9 a cada criteri						Dimensió/ atribut	
			Global ^a		Important			Factible		Integració clínica
			%	P50	C/A	G/A	U			
17	Pacients atesos amb increment de la multimorbiditat	88	62,5	7	80,4	86,3	36,1	57,1	52,7	Atenció integral / efectivitat clínica
19	Població atesa amb trastorns crònics de salut	87	73,7	7	91,0	94,6	53,0	73,2	56,2	Atenció integral / efectivitat clínica
20	Població atesa amb diferents nivells d'estratificació del risc	88	58,9	7	93,5	77,4	22,0	42,2	56,6	Atenció integral / efectivitat clínica
23	Mortalitat poblacional	87	64,1	7	77,8	72,8	50,6	85,7	33,7	Efectivitat clínica
27	Mortalitat hospitalària	88	72,2	7	84,5	91,7	61,9	77,5	45,2	Seguretat
28	Qualitat de vida relacionada amb la salut	88	59,3	7	65,5	86,9	90,5	15,4	38,7	Atenció centrada en pacients / efectivitat clínica
32	Despesa farmacèutica	88	62,6	7	97,6	53,6	31,0	89,9	41,1	Eficiència
41	Hospitalitzacions potencialment evitables	86	73,8	8	92,7	90,6	58,8	54,2	72,4	Adequació / efectivitat clínica

A la primera onada, cada indicador es valorava amb cinc criteris (important per a la clínica / assistència, important per a la gestió / avaluació i important per als usuaris, factibilitat, mesura la integració clínica) amb una puntuació d'1 (mínima) a 9 (màxima). C/A: clínica/assistència; G/A: gestió/avaluació; U: usuaris. P50: percentil 50 o mediana; ^a valoració global de consens a partir de les puntuacions als cinc criteris.

Avaluació de la cronicitat

Taula 7. Resultats de la primera onada: indicadors de procés o estructura amb dos o més criteris que va rebre del 75% o més dels experts una puntuació d'entre 7-9 (n=96).

Nom de l'indicador		Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9 a cada criteri								
		N	Global ^a		Important			Factible	Integració clínica	Dimensió/ atribut
			%	P50	C/A	G/A	U			
39	Conciliació de fàrmacs entre atenció primària i hospital d'aguts a l'alta o en altres transicions	88	74,4	8	78,8	94,0	70,9	41,9	86,0	Adequació / efectivitat clínica
50	Pacients crònics complexos amb pla terapèutic al sistema d'informació del proveïdor	86	71,6	8	82,1	89,9	64,8	40,3	80,5	Atenció integral / adequació
52	Accés dels professionals sanitaris a la historia clínica compartida	86	80,5	8	81,9	97,7	68,2	72,3	82,4	Atenció integral / apoderament

A la primera onada, cada indicador es valorava amb cinc criteris (important per a la clínica / assistència, important per a la gestió / avaluació i important per als usuaris, factibilitat, mesura la integració clínica) amb una puntuació d'1 (mínima) a 9 (màxima). C/A: clínica/assistència; G/A: gestió/avaluació; U: usuaris. P50: percentil 50 o mediana; ^a valoració global de consens a partir de les puntuacions als cinc criteris.

Avaluació de la cronicitat

Taula 8. Resultats de la primera onada: indicadors conceptualment rellevants i/o amb un criteri que van rebre del 80% o més dels experts una puntuació d'entre 7-9 (n=96)

	Nom de l'indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9 a cada criteri							Dimensió/ atribut
			Global ^a		Important			Factible	Integració clínica	
			%	P50	C/A	G/A	U			
1	Població atesa en programes d'atenció a la cronicitat	92	61,6	7	83,7	69,4	36,2	72,7	45,7	Accessibilitat / ús de recursos
9	Pacients atesos a urgències segons procedència	90	60,1	7	81,3	64,0	33,3	69,2	52,9	Ús de serveis / adequació
11	Adherència al tractament farmacològic	91	61,7	7	58,0	96,0	72,0	41,7	40,8	Atenció centrada en els pacients / efectivitat clínica
15	Població institucionalitzada (àmbit socio sanitari i social)	89	60,7	7	91,2	64,3	42,1	59,9	46,2	Accessibilitat / ús de serveis
16	Circumstància a l'alta dels pacients en hospitals d'aguts	88	62,4	7	78,1	63,9	41,1	74,6	54,2	Accessibilitat / ús de serveis
18	Població atesa amb hàbits de vida saludable / factors de risc	88	53,9	7	58,3	69,0	67,9	41,7	32,7	Apoderament / efectivitat clínica
21	Població amb dependència	88	63,9	7	81,5	72,0	66,1	50,6	49,4	Apoderament / atenció integral
22	Temps entre descompensacions que requereixen ingrés	88	71,2	7	72,6	88,2	68,5	56,5	70,2	Apoderament / efectivitat clínica
24	Lloc de la mort	88	55,2	7	64,9	58,0	56,8	45,0	51,2	Atenció centrada en els pacients
36	Pacients atesos que tenen una valoració multidimensional integral	87	58,9	7	59,9	85,3	50,3	38,3	61,0	Atenció integral / continuïtat assistencial

Avaluació de la cronicitat

A la primera onada, cada indicador es valorava amb cinc criteris (important per a la clínica / assistència, important per a la gestió / avaluació i important per als usuaris, factibilitat, mesura la integració clínica) amb una puntuació d'1 (mínima) a 9 (màxima). C/A: clínica/assistència; G/A: gestió/avaluació; U: usuaris. P50: percentil 50 o mediana; ^a valoració global de consens a partir de les puntuacions als cinc criteris.

Taula 8. Resultats de la primera onada: indicadors conceptualment rellevants i/o amb un criteri que va rebre del 80% o més dels experts una puntuació d'entre 7-9, (n=96) [Continuació]

	Nom de l'indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9								Dimensió/ atribut
			Global ^a		Important			Factible	Integració clínica		
			%	P50	C/A	G/A	U				
40	Pacients en tractament anticoagulant oral amb bon control de la INR dins dels marges terapèutics	87	62,5	7	53,1	90,1	69,5	64,4	35,2	Adequació / efectivitat clínica	
42	Pacients amb MPOC amb espirometria diagnòstica i periodicitat adequada	92	61,4	7	56,5	91,0	57,6	58,8	42,9	Adequació / efectivitat clínica	
43	Pacients amb MPOC amb acompliment ECP	86	61,7	7	65,9	88,1	58,5	34,7	61,5	Adequació / efectivitat clínica	
44	Pacients amb IC amb acompliment ECP	85	67,8	7	72,3	93,7	66,7	40,8	65,5	Adequació / efectivitat clínica	
45	Pacients amb depressió amb acompliment ECP	84	49,5	6	52,8	84,0	61,7	15,8	32,0	Adequació / efectivitat clínica	
46	Pacients amb depressió amb atenció psicològica i psicoeducativa	86	46,2	6	43,4	72,8	60,8	15,9	38,2	Adequació / efectivitat clínica	
47	Pacients amb DM amb acompliment ECP	86	69,9	7	72,3	92,0	71,4	48,9	62,4	Adequació / efectivitat clínica	
48	Nens/adolescents amb acompliment ECP	84	60,9	7	56,6	87,6	72,5	40,4	47,4	Adequació / efectivitat clínica	
49	Pacients amb HA amb un bon control de la tensió arterial	87	67,9	7	65,3	93,2	70,5	66,5	43,0	Adequació / efectivitat clínica	

A la primera onada, cada indicador es valorava amb cinc criteris (important per a la clínica / assistència, important per a la gestió / avaluació i important per als usuaris, factibilitat, mesura la integració clínica) amb una puntuació d'1 (mínima) a 9 (màxima). C: Clínic; G: global; C/A: clínica/assistència; G/A:

Avaluació de la cronicitat

gestió/avaluació; U: usuaris; INR: international normalized ratio; MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica; IC: insuficiència cardíaca; DM: diabetis mellitus; HA: hipertensió arterial; ECP: elements clau del procés. P50: percentil 50 o mediana. ^a valoració global de consens a partir de les puntuacions als cinc criteris.

Taula 9. Resultats de la primera onada: indicadors valorats a la primera onada que no van arribar al consens o no van ser incorporats a la segona onada (n=96)

	Nom de l'indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9							Dimensió/ atribut
			Global ^a		Important			Factible	Integració clínica	
			%	P50	C/A	G/A	U			
2	Població atesa a l'atenció especialitzada de manera programada	92	59,1	7	70,9	58,3	42,0	73,4	50,9	Accessibilitat / ús de serveis
3	Pacients amb procés de planificació de l'alta hospitalària	92	71,4	8	71,2	81,9	63,4	66,9	73,7	Continuïtat assistencial / atenció integral
14	Pacients majors de 65 anys amb medicació específica (antipsicòtics i/o antidepressius)	89	49,1	6	35,1	67,8	33,3	67,8	33,3	Adequació / ús de serveis
25	Pacients amb úlceres per pressió	87	57,0	7	55,4	84,0	66,5	44,6	34,5	Seguretat
26	Pacients amb medicació amb problemes de seguretat	87	65,3	7	62,5	91,1	72,6	41,1	59,3	Seguretat / atenció integral
29	Càrrega del cuidador principal	87	45,7	6	37,9	62,5	89,3	23,4	15,5	Atenció centrada en els pacients / apoderament
30	Satisfacció dels usuaris amb el programa	87	59,5	7	72,5	60,5	85,1	37,3	42,3	Atenció centrada en els pacients
31	Fidelitat dels pacients amb el programa	88	52,3	7	65,1	54,8	70,8	31,0	39,9	Atenció centrada en els pacients
33	Despesa sanitària	87	57,5	7	99,4	59,8	31,1	44,3	52,1	Eficiència

A la primera onada, cada indicador es valorava amb cinc criteris (important per a la clínica / assistència, important per a la gestió / avaluació i important per als usuaris, factibilitat, mesura la integració clínica) amb una puntuació d'1 (mínima) a 9 (màxima). G: global; C/A: clínica/assistència; G/A: gestió/avaluació;

Avaluació de la cronicitat

U: usuaris. A la segona onada s'hi va afegir un indicador de resultat intermedi (població atesa a dispositius alternatius a l'hospitalització convencional) proposat pels experts i acordat per l'equip de recerca. P50: percentil 50 o mediana. ^a valoració global de consens a partir de les puntuacions als cinc criteris.

Taula 9. Resultats de la primera onada: indicadors valorats a la primera onada que no van arribar al consens o no van ser incorporats a la segona onada (n=96) [Continuació]

Nom indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9							Dimensió/ atribut
		Global ^a		Important			Factible	Integració clínica	
		%	P50	C/A	G/A	U			
34 Consum de tires reactives adequat al tipus de diabetis mellitus	87	44,3	6	70,2	41,1	26,7	62,1	20,8	Adequació/ eficiència
35 Pacients/cuidadors amb una baixa laboral superior a tres mesos	87	36,7	6	62,9	28,0	46,4	34,1	12,0	Eficiència/ apoderament
37 Pacients amb recomanació d'hàbits de vida saludables o aplicació del programa d'activitats preventives i promoció de la salut (PAPPS)	87	47,4	6	41,2	71,8	57,1	39,2	27,7	Apoderament
38 Pacients amb valoració de risc d'úlceres per pressió en el programa	87	52,3	7	42,9	82,1	56,4	46,9	33,5	Seguretat
51 Accés dels ciutadans a la carpeta personal de salut	86	52,8	7	51,4	50,3	87,6	37,3	37,5	Atenció integral / apoderament

A la primera onada, cada indicador es valorava amb cinc criteris (important per a la clínica / assistència, important per a la gestió / avaluació i important per als usuaris, factibilitat, mesura la integració clínica) amb una puntuació d'1 (mínima) a 9 (màxima). G: global; C/A: clínica/assistència; G/A: gestió/avaluació; U: usuaris. A la segona onada s'hi va afegir un indicador de resultat intermedi (població atesa a dispositius alternatius a l'hospitalització convencional) proposat pels experts i acordat per l'equip de recerca. P50: percentil 50 o mediana. ^a valoració global de consens a partir de les puntuacions als cinc criteris.

ANNEX 2. RESULTATS DE LA SEGONA ONADA

Avaluació de la cronicitat

Taula 10. Resultats de la segona onada: indicadors de resultat que van rebre del 75% o més dels experts una puntuació d'entre 7-9 pel que fa a importància i factibilitat (N=415)

Nom de l'indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9			Concepte que mesura	Dimensió/ atribut	Pes màxim ^b		
		Global ^a		Important				Factible	Integració clínica
		%	P50						
3 Pacients contactats al cap de 48 hores després de l'alta hospitalària	392	83,0	8	87,8	78,3	83,7	Ús de recursos de Continuitat assistencial / seguretat	G	
5 Dies d'hospitalització acumulats a l'any per la mateixa causa	384	85,2	7	89,2	89,1	79,8	Ús de recursos de Adequació/ efectivitat	C	
6 Població atesa a dispositius alternatius a l'hospitalització convencional	391	84,3	8	92,7	75,5	84,2	Ús de recursos de Accessibilitat / ús de serveis	G	
7 Pacients atesos a urgències	389	79,0	7	75,4	83,7	77,7	Ús de recursos de Accessibilitat/ adequació	G	
8 Pacients atesos a urgències segons procedència	377	77,0	7	77,7	77,8	75,1	Ús de recursos de Ús de serveis / adequació	P/A	
9 Reingressos de pacients hospitalitzats	385	93,5	8	94,6	93,2	91,2	Ús de recursos de Efectivitat/ adequació	C	
11 Pacients polimedicats (amb 10-15 fàrmacs o més)	378	88,4	8	90,9	86,2	84,7	Ús de recursos de Atenció integral / continuïtat assistencial	C	
12 Pacients amb fàrmacs d'eficàcia provada	371	81,0	7	85,6	86,3	70,2	Ús de recursos de Adequació/ eficiència	C	
13 Població institucionalitzada (àmbit socialsanitari i social)	384	80,6	7	88,3	82,0	73,1	Ús de recursos de Accessibilitat / ús de serveis	P/A	
14 Circumstància alta pacients en hospitals d'aguts	375	81,5	7	86,4	80,4	78,0	Ús de recursos de Accessibilitat/ efectivitat	G	
16 Població atesa amb trastorns crònics de salut	382	89,6	8	95,8	89,4	84,3	Resultats de salut de Atenció integral / efectivitat	P/A	

A la segona onada, cada indicador es valorava amb tres criteris (importància, factibilitat, mesura la integració clínica) amb una puntuació d'1 (mínima) a 9 (màxima). G: gestió; P/A: planificació/avaluació; C: clínic. P50: percentil 50 o mediana. ^a valoració global de consens a partir de les puntuacions als tres criteris. ^b cada indicador es va classificar segons la seva utilitat en l'àmbit de gestió, planificació/avaluació i clínic, respectivament. El pes màxim representa el màxim en aquests tres àmbits.

Avaluació de la cronicitat

Taula 10. Resultats de la segona onada: indicadors de resultat que van rebre del 75% o més dels experts una puntuació d'entre 7-9 pel que fa a importància i factibilitat (N=415). [Continuació]

Nom indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9				Concepte que mesura	Dimensió/ atribut	Pes màxim ^b	
		Global ^a		Important	Factible				Integració clínica
		%	P50						
17 Població atesa amb diferents nivells d'estratificació del risc	370	80,7	7	93,1	72,0	76,1	Resultats de salut	Atenció integral/ efectivitat	P/A
18 Població atesa amb dependència	387	82,6	7	92,1	82,4	73,9	Resultats de salut	Apoderament atenció integral	/ P/A
19 Temps entre descompensacions que requereixen ingrés	377	89,4	8	94,8	82,9	89,0	Resultats de salut	Apoderament efectivitat	/ C
20 Mortalitat poblacional	369	73,8	7	78,7	83,3	61,6	Resultats de salut	Efectivitat clínica	C
24 Despesa farmacèutica	373	77,0	7	80,6	84,3	65,1	Costos/ Eficiència	Eficiència	G

A la segona onada, cada indicador es valorava amb tres criteris (importància, factibilitat, mesura la integració clínica) amb una puntuació d'1 (mínima) a 9 (màxima). G: gestió; P/A: planificació/avaluació; C: clínic. P50: percentil 50 o mediana. ^a valoració global de consens a partir de les puntuacions als tres criteris. ^b cada indicador es va classificar segons la seva utilitat en l'àmbit de gestió, planificació/avaluació i clínic, respectivament. El pes màxim representa el màxim en aquests tres àmbits.

Avaluació de la cronicitat

Taula 11. Resultats de la segona onada: indicadors de procés i estructura que van rebre del 75% o més dels experts una puntuació entre 7-9 segons pel que fa a importància i factibilitat (N=415).

	Nom de l'indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9				Concepte que mesura	Dimensió/ atribut	Pes màxim ^b	
			Global ^a		Important	Factible				Integració clínica
			%	P50						
25	Pacients que tenen una valoració multidimensional integral	378	86,3	8	97,5	76,5	86,7	Valoració usuaris	Atenció integral / C continuïtat assistencial	
27	Pacients amb tractament anticoagulant oral amb bon control INR dins el marges terapèutics	341	75,3	7	78,3	81,7	68,0	Conciliació i revisió terapèutica	Adequació/ efectivitat	C
29	Pacients amb MPOC amb compliment ECP	361	87,1	7	96,3	75,9	90,5	Acompliment ECP	Adequació/ efectivitat	C
30	Pacients amb IC amb compliment ECP	357	87,4	7	96,8	76,1	90,2	Acompliment ECP	Adequació/ efectivitat	C
32	Pacients amb DM amb compliment ECP	358	86,3	7	94,2	76,4	89,0	Acompliment ECP	Adequació/ efectivitat	C
34	Pacients amb HA amb bon control de la tensió	357	82,9	7	91,8	79,6	78,4	Acompliment ECP	Adequació/ efectivitat	C
36	Accés dels professionals sanitaris a l'HCC	381	93,2	8	99,5	82,6	96,8	Existència eines informació	Atenció integral / C apoderament	

A la segona onada, cada indicador es valorava amb tres criteris (importància, factibilitat, mesura la integració clínica) amb una puntuació d'1 (mínima) a 9 (màxima). G: gestió; P/A: planificació/avaluació; C: clínic. INR: internacional normalized ratio; MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica; IC: insuficiència cardíaca; DM: diabetis mellitus; HA: hipertensió arterial; HCC: història clínica compartida; ECP: elements clau del procés; C: clínic. P50: percentil 50 o mediana. ^a valoració global de consens a partir de les puntuacions als tres criteris. ^b cada indicador es va classificar segons la seva utilitat en l'àmbit de gestió, planificació/avaluació i clínic, respectivament. El pes màxim representa el màxim en aquests tres àmbits.

Avaluació de la cronicitat

Taula 12. Resultats de la segona onada: indicadors de resultat segons el criteri valorat i el perfil d'expertesa professional (N=415).

Nom de l'indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9									
		Importància			Factibilitat			Integració clínica			
		C/A	G	P/A	C/A	G	P/A	C/A	G	P/A	
3	Pacients contactats al cap de 48 hores després de l'alta hospitalària	392	87,8	88,2	84,4	78,2	75,6	79,4	82,5	83,7	90,5
5	Dies d'hospitalització acumulats a l'any per la mateixa causa	384	89,9	86,9	87,3	90,2	85,3	90,3	82,1	78,2	67,2
6	Població atesa a dispositius alternatius a l'hospitalització convencional	391	92,9	91,2	95,2	74,0	80,7	74,2	83,7	84,3	83,6
7	Pacients atesos a urgències	389	72,7	78,4	85,5	82,1	86,6	90,2	80,1	69,4	72,9
8	Pacients atesos a urgències segons procedència	377	77,9	78,9	77,0	77,3	78,9	80,0	75,1	77,5	66,1
9	Reingressos de pacients hospitalitzats	385	93,4	96,3	98,3	92,9	92,5	98,3	90,7	94,0	89,7
11	Pacients polimedicats (amb 10-15 fàrmacs o més)	378	90,7	92,4	93,3	85,6	85,7	94,9	84,1	86,3	93,1
12	Pacients amb fàrmacs d'eficàcia provada	371	85,9	87,5	83,1	85,8	88,9	83,1	69,7	75,4	61,4
13	Població institucionalitzada (àmbit socialsanitari i social)	384	88,8	88,5	82,0	82,7	78,8	88,1	74,7	70,5	65,5
14	Circumstància alta pacients en hospitals d'aguts	375	87,5	87,8	74,6	80,3	84,7	76,3	78,4	81,3	66,7
16	Població atesa amb trastorns crònics de salut	382	96,5	94,7	93,4	88,8	93,9	83,1	85,4	84,1	75,9
17	Població atesa amb diferents nivells d'estratificació del risc	370	93,2	94,5	91,2	71,6	76,4	62,3	75,8	82,7	65,5
18	Població atesa amb dependència	387	92,4	93,3	85,5	83,5	84,1	73,8	74,0	77,3	66,1
19	Temps entre descompensacions que requereixen ingrés	377	94,9	94,7	96,7	81,9	86,4	81,7	88,4	90,7	91,4
20	Mortalitat poblacional	369	81,3	71,8	76,7	83,7	82,9	86,7	64,9	61,1	41,4
24	Despesa farmacèutica	373	79,8	85,4	75,4	84,8	82,9	86,7	65,1	67,7	59,6
28	Hospitalitzacions potencialment	370	93,7	96,9	93,0	67,0	72,9	66,7	85,0	93,7	87,5

Avaluació de la cronicitat

evitables

A la segona onada, cada indicador es valorava amb tres criteris (importància, factibilitat, mesura la integració clínica) i amb una puntuació d'1 (mínima) a 9 (màxima). C/A: clínic/ assistencial; G: gestió; P/A: planificació/ avaluació. De color verd, els que arriben a consens; de color vermell, els que no arriben a consens, i de color taronja, els indicadors en el límit de consens.

Taula 13. Resultats de la segona onada: indicadors de procés i estructura segons el criteri valorat i el perfil d'expertesa professional (N=415).

	Nom de l'indicador	N	Percentatge d'experts una amb puntuació entre 7-9								
			Importància			Factibilitat			Integració clínica		
			C/A	G	P/A	C/A	G	P/A	C/A	G	P/A
25	Pacients que tenen una valoració multidimensional integral	378	94,3	98,5	100	75,8	78,5	71,7	85,3	85,3	91,5
26	Conciliació de fàrmacs entre AP i hospital d'aguts a l'alta i altres transicions	369	95,2	98,4	94,7	66,0	70,6	64,3	86,6	92,9	85,7
27	Pacients amb tractament anticoagulant oral amb bon control INR dins el marges terapèutics	341	72,8	84,0	74,5	82,0	80,7	85,1	61,8	72,6	71,7
29	Pacients amb MPOC amb compliment ECP	361	96,8	96,0	98,1	76,2	80,8	55,8	88,0	93,6	86,8
30	Pacients amb IC amb compliment ECP	357	95,7	97,6	98,1	77,2	79,2	61,5	90,1	92,7	82,7
32	Pacients amb DM amb compliment ECP	358	93,6	93,7	98,1	75,8	79,2	67,3	87,4	90,3	90,4
33	Nens/adolescents amb asma amb compliment ECP	328	86,3	94,2	92,0	69,7	75,0	61,2	72,0	84,7	81,6
34	Pacients amb HA amb un bon control de la tensió	357	91,0	92,1	92,3	76,2	83,2	73,1	77,6	77,4	86,0
35	PCC amb un pla terapèutic al sistema informació proveïdor	362	96,8	99,2	100	71,0	68,0	64,3	87,4	89,6	92,7
36	Accés dels professionals sanitaris a l'HCC	381	98,9	100	100	80,8	88,6	78,0	97,4	97,7	95,0

Avaluació de la cronicitat

A la segona onada, cada indicador es valorava amb tres criteris (importància, factibilitat, mesura la integració clínica) i amb una puntuació d'1 (mínima) a 9 (màxima). C/A: clínic/ assistencial; G: gestió; P/A: planificació/ avaluació. De color verd, els que arriben a consens; de color vermell, els que no arriben a consens, i de color taronja, els indicadors en el límit de consens.

Avaluació de la cronicitat

Taula 14. Resultats de la segona onada: indicadors de resultat que van rebre del 75% o més dels experts una puntuació global d'entre 7-9 segons l'àmbit professional (N=415).

Nom de l'indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9						
		Atenció primària salut	Atenció hospitalària aguts	Atenció sociosanitària	Atenció salut mental	Salut pública / planificació / avaluació	Serveis socials	Altres
		n=154	n=62	n=54	n=22	n=37	n=11	n=72
3 Pacients contactats al cap de 48 hores després de l'alta hospitalària	392	85,0	79,7	84,1	84,6	88,9	89,7	77,1
5 Dies d'hospitalització acumulats a l'any per la mateixa causa	384	86,0	83,8	86,6	86,5	82,8	86,0	91,0
6 Població atesa a dispositius alternatius a l'hospitalització convencional	391	84,1	83,4	84,4	82,1	86,6	97,7	82,7
7 Pacients atesos a urgències	389	77,7	78,4	71,5	79,5	85,7	73,3	88,2
8 Pacients atesos a urgències segons procedència	377	78,3	77,3	74,7	67,3	80,2	76,2	76,0
9 Reingressos de pacients hospitalitzats	385	92,9	92,3	94,7	89,7	93,8	90,9	93,9
11 Pacients polimedicats (amb 10-15 fàrmacs o més)	378	87,5	86,9	86,5	89,8	87,6	93,3	85,4
12 Pacients amb fàrmacs d'eficàcia provada	371	78,2	83,3	85,3	70,6	82,8	95,2	82,5
13 Població institucionalitzada (àmbit socialsanitari i social)	384	81,0	75,8	84,9	79,1	75,6	89,6	87,4
14 Circumstància alta pacients en hospitals d'aguts	375	81,8	77,9	80,1	95,4	70,6	93,3	82,8
16 Població atesa amb trastorns crònics de salut	382	90,7	87,8	89,4	92,2	79,2	93,3	93,3
17 Població atesa amb diferents nivells estratificació del risc	370	84,2	73,1	79,5	88,1	74,8	87,5	77,2
18 Població atesa amb dependència	387	82,6	80,8	82,4	89,7	69,5	97,9	88,2
19 Temps entre descompensacions que requereixen ingrés	377	88,2	85,6	93,0	92,3	87,0	92,9	89,6
20 Mortalitat poblacional	369	74,1	79,7	73,0	77,1	61,8	71,4	76,3
24 Despesa farmacèutica	373	79,8	74,5	66,9	85,0	74,0	66,7	78,2
28 Hospitalitzacions potencialment	370	86,7	85,9	85,1	83,3	89,7	90,9	80,1

Avaluació de la cronicitat

evitables

Taula 15. Resultats de la segona onada: indicadors de procés i estructura que van rebre del 75% o més dels experts una puntuació global d'entre 7-9 segons l'àmbit professional (N=415).

	Nom indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9						
			Atenció primària salut	Atenció hospitalària aguts	Atenció sociosanitària	Atenció salut mental	Salut pública / planificació/ avaluació	Serveis socials	Altres
			n=154	n=62	n=54	n=22	n=37	n=11	n=72
25	Pacients que tenen una valoració multidimensional integral	378	89,2	82,5	88,5	86,4	87,8	72,3	86,9
26	Conciliació de fàrmacs entre AP i hospital d'aguts a l'alta i altres transicions	369	84,8	87,2	86,1	89,5	75,6	86,0	83,9
27	Pacients en tt. anticoagulant oral amb bon control INR dins el marges terapèutics	341	72,8	81,4	75,4	77,9	72,7	78,8	86,7
29	Pacients amb MPOC amb compliment ECP	361	89,6	88,2	89,9	88,0	79,4	86,2	84,6
30	Pacients amb IC amb compliment ECP	357	89,4	89,8	89,3	85,9	78,0	89,3	85,6
32	Pacients amb DM amb compliment ECP	358	88,1	84,8	87,1	88,3	87,1	57,1	85,5
33	Nens/adolescents amb asma amb compliment ECP	328	79,7	82,9	82,6	87,6	72,9	89,3	80,0
34	Pacients amb HA amb un bon control de la tensió	357	84,2	85,6	82,6	73,3	78,8	100,0	82,4
35	PCC amb pla terapèutic al sistema informació proveïdor	362	87,0	82,6	82,7	85,8	90,5	95,3	83,9
36	Accés dels professionals sanitaris a l'HCC	381	92,6	93,9	96,4	92,8	91,9	94,6	90,9

Avaluació de la cronicitat

Taula 16. Resultats de la segona onada: indicadors de resultat que van rebre de menys del 75% dels experts una puntuació d'entre 7-9 pel que fa a importància i factibilitat (N=415).

Nom indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9								
		Importància			Factibilitat			Integració clínica		
		C/A	G	P/A	C/A	G	P/A	C/A	G	P/A
1 Població atesa en programes d'atenció a la cronicitat	396	90,7	92,9	88,1	72,8	78,3	70,8	56,6	51,9	27,7
2 Pacients que tenen planificació avançada de cures	395	92,0	89,0	85,5	65,5	68,6	50,0	74,6	83,8	72,6
4 Estada mitjana atenció hospitalària	378	61,5	56,6	44,3	75,8	70,4	88,3	45,7	54,2	28,8
7 Pacients atesos a urgències	389	72,7	78,4	85,5	82,1	86,6	90,2	80,1	69,4	72,9
10 Adherència tractament farmacològic	379	94,9	88,4	93,4	65,1	70,2	67,2	74,5	72,1	70,7
15 Població atesa amb hàbits de vida saludable / factors de risc	384	79,7	83,6	80,0	59,2	61,7	45,0	62,6	46,6	50,0
17 Població atesa amb diferents nivells d'estratificació del risc	370	93,2	94,5	91,2	71,6	76,4	62,3	75,8	82,7	65,5
21 Lloc de la mort	377	69,1	63,4	63,3	60,6	51,5	50,0	58,6	50,0	48,3
22 Mortalitat hospitalària	373	73,6	73,6	74,1	83,6	77,1	84,5	63,4	60,0	59,6
23 Qualitat de vida relacionada amb la salut	381	95,4	94,7	95,0	62,1	55,0	40,0	68,8	60,3	60,3
28 Hospitalitzacions potencialment evitables	370	93,7	96,9	93,0	67,0	72,9	66,7	85,0	93,7	87,5

C/A: clínic/assistencial; G: gestió; P/A: planificació/avaluació.

Avaluació de la cronicitat

Taula 17. Resultats de la segona onada: indicadors de procés i estructura quan van rebre de menys del 75% experts una puntuació d'entre 7-9 pel que fa a importància i factibilitat (N=415).

	Nom indicador	N	Percentatge d'experts amb una puntuació entre 7-9								
			Importància			Factibilitat			Integració clínica		
			C/A	G	P/A	C/A	G	P/A	C/A	G	P/A
26	Conciliació de fàrmacs entre AP i hospital aguts a l'alta o en altres transicions	369	95,2	98,4	94,7	66,0	70,6	64,3	86,6	92,9	85,7
27	Pacients en tractament anticoagulant oral amb un bon control INR	341	72,8	84,0	74,5	82,0	80,7	85,1	61,8	72,6	71,7
29	Pacients amb MPOC amb compliment ECP	361	96,8	96,0	98,1	76,2	80,8	55,8	88,0	93,6	86,8
30	Pacients amb IC amb compliment ECP	357	95,7	97,6	98,1	77,2	79,2	61,5	90,1	92,7	82,7
31	Pacients amb depressió amb compliment ECP	358	87,8	94,5	96,4	53,5	53,2	41,8	69,0	76,8	88,9
32	Pacients amb DM amb compliment ECP	328	93,6	93,7	98,1	75,8	79,2	67,3	87,4	90,3	90,4
33	Nens/adolescents amb asma i compliment ECP	369	86,3	94,2	92,0	69,7	75,0	61,2	72,0	84,7	81,6
35	PCC amb pla terapèutic al sistema informació proveïdor	362	96,8	99,2	100	71,0	68,0	64,3	87,4	89,6	92,7

ANNEX 3. RESULTATS DE LA ROBUSTESA DELS INDICADORS

Avaluació de la cronicitat

Taula 18. Resultats de robustesa: alineament dels experts amb la mediana del grup en els indicadors de la segona onada (N=415)

Indicadors	Alineament amb mediana (n i %)		
	Desalineament	Alineament	No canvi
1. Població atesa en programes d'atenció a la cronicitat	17 (4,2%)	69 (16,7%)	325 (79,1%)
2. Pacients que tenen planificació avançada de cures	7 (1,8%)	44 (10,9%)	347 (87,3%)
3. Pacients contactats al cap de 48 hores després de l'alta hospitalària	10 (2,4%)	28 (7,1%)	359 (90,5%)
4. Estada mitjana atenció hospitalària	15 (3,9%)	31 (7,8%)	347 (88,4%)
5. Dies d'hospitalització acumulats a l'any per la mateixa causa	9 (1,5%)	16 (4,0%)	376 (94,5%)
6. Població atesa a dispositius alternatius a l'hospitalització convencional	5 (1,3%)	11 (2,8%)	379 (95,9%)
7. Pacients atesos a urgències	5 (1,3%)	17 (4,2%)	372 (94,5%)
8. Pacients atesos a urgències segons la procedència	3 (0,8%)	14 (3,7%)	371 (95,5%)
9. Reingressos de pacients hospitalitzats	2 (0,5%)	14 (3,6%)	374 (95,9%)
10. Adherència tractament farmacològic	15 (3,9%)	37 (9,7%)	333 (86,3%)
11. Pacients polimedicats (amb 10-15 fàrmacs o més)	6 (1,6%)	18 (4,7%)	362 (93,7%)
12. Pacients amb fàrmacs d'eficàcia provada	5 (1,3%)	21 (5,5%)	352 (93,1%)
13. Població institucionalitzada (àmbit socialsanitari i social)	6 (1,6%)	9 (2,3%)	374 (96,1%)
14. Circumstància alta pacients hospitals d'aguts	3 (0,8%)	11 (2,8%)	368 (96,4%)

Avaluació de la cronicitat

Indicadors	Alineament amb mediana (n i %)		
	Desalineament	Alineament	No canvi
15. Població atesa amb hàbits de vida saludable / factors de risc	21 (5,4%)	17 (4,3%)	353 (90,3%)
16. Població atesa amb trastorns crònics de salut	6 (1,6%)	13 (3,3%)	373 (95,2%)
17. Població atesa amb diferents nivells d'estratificació del risc	5 (1,3%)	17 (4,6%)	355 (94,2%)
18. Població atesa amb dependència	2 (0,5%)	12 (3,0%)	379 (96,5%)
19. Temps entre descompensacions que requereixen ingrés	3 (0,8%)	12 (3,0%)	374 (96,3%)
20. Mortalitat poblacional	10 (2,6%)	13 (3,3%)	361 (94,2%)
21. Lloc de la mort	9 (2,4%)	18 (4,8%)	357 (92,8%)
22. Mortalitat hospitalària	9 (2,4%)	14 (3,8%)	354 (93,8%)
23. Qualitat de vida relacionada amb la salut	23 (6,0%)	21 (5,4%)	345 (88,7%)
24. Despesa farmacèutica	5 (1,4%)	8 (2,1%)	370 (96,5%)
25. Pacients que tenen una valoració multidimensional integral	6 (1,6%)	8 (2,0%)	372 (96,4%)
26. Conciliació de fàrmacs entre AP i hospital d'aguts a l'alta i altres transicions	4 (1,1%)	13 (3,6%)	354 (95,3%)
27. Pacients amb tractament anticoagulant oral amb bon control INR dins el marges terapèutics	7 (1,9%)	11 (3,2%)	332 (94,9%)
28. Hospitalitzacions potencialment evitables	3 (0,8%)	16 (4,2%)	357 (95,0%)
29. Pacients amb MPOC amb compliment ECP	3 (0,7%)	16 (4,5%)	344 (94,8%)
30. Pacients amb IC amb compliment ECP	1 (0,3%)	14 (3,7%)	346 (96,0%)
31. Pacients amb depressió amb compliment ECP	10 (2,7%)	17 (4,7%)	343 (92,6%)
32. Pacients amb DM amb compliment ECP	2 (0,6%)	18 (4,9%)	345 (94,6%)
33. Nens/adolescents amb asma i compliment ECP	5 (1,4%)	12 (3,5%)	322 (95,1%)

Avaluació de la cronicitat

Indicadors	Alineament amb mediana (N=415)		
	Desalineament	Alineament	No canvi
34. Pacients amb HA amb bon control de la tensió	6 (1,6%)	8 (2,1%)	353 (96,3%)
35. PCC amb pla terapèutic al sistema informació proveïdor	6 (1,5%)	24 (6,4%)	341 (92,0%)
36. Accés dels professionals sanitaris a l'HCC	4 (1,1%)	14 (3,8%)	362 (95,0%)

Avaluació de la cronicitat

Taula 19. Resultats de robustesa: diferència de puntuacions medianes dels experts en els indicadors valorats a la primera i segona onada

Indicadors	Canvis en les medianes segona-primera onada
1. Població atesa en programes d'atenció a la cronicitat	No canvia
2. Pacients que tenen planificació avançada de cures	No canvia
3. Pacients contactats al cap de 48 hores després de l'alta hospitalària	Augmenta un punt
4. Estada mitjana atenció hospitalària	No canvia
5. Dies d'hospitalització acumulats a l'any per la mateixa causa	No canvia
6. Població atesa a dispositius alternatius a l'hospitalització convencional	Augmenta un punt
7. Pacients atesos a urgències	No canvia
8. Pacients atesos a urgències segons la procedència	Disminueix un punt
9. Reingressos de pacients hospitalitzats	Augmenta un punt
10. Adherència tractament farmacològic	Disminueix un punt
11. Pacients polimedcats (amb 10-15 fàrmacs o més)	Augmenta un punt
12. Pacients amb fàrmacs d'eficàcia provada	No canvia
13. Població institucionalitzada (àmbit socialsanitari i social)	No canvia
14. Circumstància alta pacients en hospitals d'aguts	No canvia
15. Població atesa amb hàbits de vida saludable / factors de risc	No canvia
16. Població atesa amb trastorns crònics de salut	Augmenta un punt
17. Població atesa amb diferents nivells d'estratificació del risc	No canvia
18. Població atesa amb dependència	No canvia
19. Temps entre descompensacions que requereixen ingrés	Augmenta un punt
20. Mortalitat poblacional	No canvia
21. Lloc de la mort	No canvia
22. Mortalitat hospitalària	No canvia
23. Qualitat de vida relacionada amb la salut	No canvia
24. Despesa farmacèutica	No canvia
25. Pacients que tenen una valoració multidimensional integral	No canvia
26. Conciliació de fàrmacs entre AP i hospital d'aguts a l'alta i altres transicions	Augmenta un punt
27. Pacients amb tractament anticoagulant oral amb bon control INR dins el marges terapèutics	Disminueix un punt
28. Hospitalitzacions potencialment evitables	Augmenta un punt
29. Pacients amb MPOC amb compliment ECP	No canvia
30. Pacients amb IC amb compliment ECP	No canvia
31. Pacients amb depressió amb compliment ECP	No canvia
32. Pacients amb DM amb compliment ECP	No canvia
33. Nens/adolescents amb asma i compliment ECP	No canvia
34. Pacients amb HA amb bon control de la tensió	No canvia
35. PCC amb pla terapèutic al sistema informació proveïdor	No canvia
36. Accés dels professionals sanitaris a l'HCC	No canvia

ANNEX 4. INDICADORS VALORATS

Indicadors valorats a la primera i segona onada de consens amb el Health Consensus

1a ONADA DE CONSENS (n=96 experts)			2a ONADA DE CONSENS (n=415 experts)	
Indicador	Selecció per a 2a onada i motiu	Informació addicional	Modificació títol	Modificació informació addicional

INDICADORS DE RESULTAT

1	<p>TÍTOL: POBLACIÓ ATESA EN PROGRAMES D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ACCESIBILITAT / ÚS DE SERVEIS</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a cobertura poblacional (%) o com a freqüentació (nombre de visites/contactes o taxa d'utilització) de manera global o específica per als programes següents: PPC- pacient crònic complex, MACA- malaltia crònica avançada (inclou pal·liatiu), ATDOM- atenció domiciliària, programa pacient expert Catalunya-PPE-CAT, gestió de casos o programes d'atenció integrada en el territori.</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a freqüentació (nombre de visites/contactes o taxa d'utilització) de manera global o específica per als programes següents: PPC- pacient crònic complex, MACA- malaltia crònica avançada (inclou pal·liatiu), ATDOM- atenció domiciliària, programa pacient expert Catalunya-PPE-CAT, gestió de casos o programes d'atenció integrada en el territori.</p>
2	<p>TÍTOL: POBLACIÓ ATESA A L'ATENCIÓ ESPECIALITZADA DE FORMA PROGRAMADA</p> <p>DIMENSIÓ: ACCESIBILITAT / ÚS DE SERVEIS</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a cobertura poblacional (%) o com a freqüentació (nombre de visites/contactes o taxa d'utilització) de l'atenció especialitzada (comunitària, consultes externes hospitalàries, hospital de dia i consultes monogràfiques).</p>	<p>NO VALORAT A LA 2a ONADA</p>	

1a ONADA DE CONSENS (n=96 experts)			2a ONADA DE CONSENS (n=415 experts)	
Indicador	Selecció per a 2a onada i motiu	Informació addicional	Modificació títol	Modificació informació addicional
3	<p>TÍTOL: PACIENTS AMB PROCÉS DE PLANIFICACIÓ DE L'ALTA HOSPITALÀRIA (*)</p> <p>DIMENSIÓ: CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS</p> <p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % de pacients amb PREALT (preparació de l'alta hospitalària) o atesos a les UFISS (unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries) en relació al total de pacients donats d'alta.</p>	<p>NO VALORAT A LA 2a ONADA</p>	
4	<p>TÍTOL: PACIENTS QUE TENEN PLANIFICACIÓ AVANÇADA DE CURES (ADVANCED CARE PLANNING) *</p> <p>DIMENSIÓ: CONTINUITAT ASSISTENCIAL / ATENCIÓ INTEGRAL</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p> <p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % de pacients amb planificació avançada de cures en relació amb el total de pacients donats d'alta. Inclou, entre d'altres, el pla terapèutic, el document de voluntat anticipades (DVA), etc.</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % de pacients amb planificació avançada de cures en relació amb el total de pacients donats d'alta. Inclou, entre d'altres, el pla terapèutic, el document de voluntat anticipades (DVA), etc. Pot ser calculat per als grups d'interès següents: pacients crònics complexos, malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis, depressió.</p>

1a ONADA DE CONSENS (n=96 experts)			2a ONADA DE CONSENS (n=415 experts)	
Indicador	Selecció per a 2a onada i motiu	Informació addicional	Modificació títol	Modificació informació addicional
5	<p>TÍTOL: PACIENTS CONTACTATS AL CAP DE 48 HORES DESPRÉS DE L'ALTA HOSPITALÀRIA (TRANSITIONAL CARE) *</p> <p>DIMENSIÓ: CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL/ SEGURETAT</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p> <p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % de pacients contactats (presencialment o telefònicament) des del servei hospitalari que els va donar d'alta en relació amb el total de malalts per als grups d'interès següents: malalts amb PREALT/UFISS, MPOC, insuficiència cardíaca, diabetis o demències. PREALT: preparació de l'alta hospitalària UFISS: unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries.</p>	<p>IDEM 1ª ONADA</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % de pacients contactats (presencialment o telefònicament) des de l'atenció primària de salut 48 hores després de la seva alta hospitalària, en relació amb el total de pacients atesos. Pot ser calculat per als grups d'interès següents: pacients crònics complexos, malalts amb preparació de l'alta hospitalària-PREALT, unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries-UFISS, malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis, depressió.</p>
6	<p>TÍTOL: ESTADA MITJANA D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA (*)</p> <p>DIMENSIÓ: EFICIÈNCIA / ÚS DE SERVEIS</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p> <p>(*) Pot ser expressat com a mitjana de dies d'estada en hospital d'aguts per als grups d'interès següents: malalts amb malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis o demències.</p>	<p>IDEM 1ª ONADA</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a mitjana de dies d'estada en el moment de l'alta en un hospital d'aguts per a les malalties de base següents (diagnòstic principal): malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis.</p>

1a ONADA DE CONSENS (n=96 experts)		2a ONADA DE CONSENS (n=415 experts)		
Indicador	Selecció per a 2a onada i motiu	Informació addicional	Modificació títol	Modificació informació addicional
7	<p>TÍTOL: DIES D'HOSPITALITZACIÓ ACUMULATS A L'ANY PER LA MATEIXA CAUSA (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ADEQUACIÓ / EFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p> <p>(*) Pot ser expressat com a suma de dies d'ingrés a l'hospital al llarg d'un any per una mateixa causa i pacient. Aquest indicador complementa el de reingressos hospitalaris.</p>	<p>IDEM 1ª ONADA</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a suma de dies d'ingrés a l'hospital al llarg d'un any per la mateixa malaltia de base (diagnòstic principal: malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis, o depressió) i pacient. Aquest indicador complementa el d'estada mitjana i reingressos hospitalaris.</p>
8	<p>TÍTOL: PACIENTS ATEOS A URGÈNCIES (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ACCESIBILITAT/ ADEQUACIÓ</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p> <p>(*) Pot ser expressat com a cobertura poblacional (%) o com a freqüentació (nombre de visites o taxa d'utilització) de forma global o específica pels següents dispositius: urgències hospitalàries i centre d'urgències d'atenció primària (CUAP).</p>	<p>IDEM 1ª ONADA</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a cobertura poblacional (%) o com a freqüentació (nombre de visites o taxa d'utilització) de manera global o específica per als dispositius següents: urgències hospitalàries i centre d'urgències d'atenció primària (CUAP). Es pot descriure per franges horàries d'atenció. Es pot calcular per a les malalties de base següents (diagnòstic principal: malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis o depressió).</p>

1a ONADA DE CONSENS (n=96 experts)			2a ONADA DE CONSENS (n=415 experts)	
Indicador	Selecció per a 2a onada i motiu	Informació addicional	Modificació títol	Modificació informació addicional
9	<p>TÍTOL: PACIENTS ATEOS A URGÈNCIES SEGONS CIRCUMSTÀNCIA D'ADMISSIÓ (*)</p> <p>DIMENSIÓ: US DE SERVEIS/ ADEQUACIÓ</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual</p> <p>(*) Pot ser expressat com a freqüentació (nombre de visites o taxa d'utilització) segons la circumstància d'admissió (iniciativa pròpia vs. altres motius) de manera global o específica per als dispositius següents: urgències hospitalàries i centre d'urgències d'atenció primària (CUAP).</p>	<p>PACIENTS ATEOS URGÈNCIES SEGONS PROCEDÈNCIA (*)</p> <p>A</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a freqüentació (nombre de visites o taxa d'utilització) segons la procedència del pacient (iniciativa pròpia vs. altres motius) de manera global o específica per als dispositius següents: urgències hospitalàries i centre d'urgències d'atenció primària (CUAP). Es pot calcular per a les malalties de base següents (diagnòstic principal: malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis o depressió). Aquest indicador complementa el de pacients atesos a urgències.</p>
10	<p>TÍTOL: PACIENTS AMB REINGRESSOS A HOSPITALS D'AGUTS (*)</p> <p>DIMENSIÓ: EFFECTIVITAT CLÍNICA / ADEQUACIÓ</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p> <p>(*) Pot ser expressat com a nombre o taxa de reingressos als 30, 90, 180 dies, etc. Es considera reingrés a hospital d'aguts aquell ingrés no programat per la mateixa causa. Es pot calcular per grups de patologies (respiratòries, cardiovasculars, etc.) o malalties específiques (MPOC, insuficiència cardíaca congestiva, etc.). Aquest indicador es pot acompanyar amb el de mortalitat intrahospitalària o a 30 dies i el de temps des de l'alta a l'ingrés següent.</p>	<p>REINGRESSOS DE PACIENTS HOSPITALITZATS (*)</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o taxa de reingressos als 30, 90, 180 dies, etc. Es considera reingrés hospitalari aquell ingrés no programat per la mateixa malaltia de base que va provocar l'ingrés previ. Es pot calcular per grups de patologies (respiratòries, cardiovasculars, etc.) o malalties específiques (malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca congestiva, complicacions de la diabetis). Es pot acompanyar amb l'indicador de mortalitat hospitalària i el de temps des de l'alta a l'ingrés següent.</p>

11	<p>TÍTOL: ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT FARMACOLÒGIC (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ATENCIÓ CENTRADA PACIENTS / EFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual; 1 criteri >80%</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % d'envasos de medicació crònica recollits pels pacients a la farmàcia comunitària respecte als envasos teòrics segons la prescripció del metge per als grups d'interès següents: pacient crònic complex, malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca congestiva, diabetis o demències.</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % d'envasos de medicació crònica recollits pels pacients a la farmàcia comunitària respecte als envasos teòrics segons la prescripció del metge per als grups d'interès següents: pacient crònic complex, malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca congestiva, diabetis o depressió. Aquest indicador també es pot calcular per tipus de fàrmac.</p>
12	<p>TÍTOL: PACIENTS POLIMEDICATS (≥10-15 FÀRMACS) (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ATENCIÓ INTEGRAL / CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % en relació amb el total de malalts per als estrats següents: ≥10/ 10-15/≥15.</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>
13	<p>TÍTOL: PACIENTS AMB FÀRMACS D'EFICÀCIA PROVADA (MEDICAMENTS PRESCRITS AMB VALOR INTRÍNSEC FARMACOLÒGIC ALT)</p> <p>DIMENSIÓ: ADEQUACIÓ/ EFICIÈNCIA</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % de malalts amb aquesta medicació en relació amb el total de malalts per als grups d'interès següents: antihipertensius, antiulcerosos, antidiabètics orals, hipolipemians, antidepressius i fàrmacs emprats a l'osteoporosi</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>

14	<p>TÍTOL: PACIENTS MAJORS DE 65 ANYS AMB MEDICACIÓ ESPECÍFICA (ANTIPSIKÒTICS I/O ANTIDEPRESSIUS) (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ADEQUACIÓ / ÚS DE SERVEIS</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % de malalts amb aquesta medicació en relació amb el total de malalts.</p>	<p>NO VALORAT A LA 2a ONADA</p>	
15	<p>TÍTOL: POBLACIÓ INSTITUCIONALITZADA (ÀMBIT SOCIOANITARI I SOCIAL) (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ACCESIBILITAT / ÚS DE SERVEIS</p> <p>PERFIL: ÚS DE RECURSOS</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual; 1 criteri >80%</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a cobertura poblacional (%) o com a taxa d'utilització de dispositius d'internament socioanitaris i dispositius socials (residència social) .</p>	<p>IDEM 1ª ONADA</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a cobertura poblacional (%) o com a taxa d'utilització de dispositius d'internament socioanitaris (estada mitjana: convalsència/ subaguts, cures pal·liatives, estada mitjana polivalent; llarga durada amb unitats específiques o ateses a domicili) i dispositius socials (residència social).</p>

16	<p>TÍTOL: CIRCUMSTÀNCIA A L'ALTA EN HOSPITALS D'AGUTS (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ACCESIBILITAT / EFECTIVITAT CLÍNICA</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % de les diferents circumstàncies a l'alta (domicili, centre sociosanitari, èxitus, etc.) en relació amb el total de malalts.</p>	<p>CIRCUMSTÀNCIA A L'ALTA DELS PACIENTS EN HOSPITALS D'AGUTS (*)</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % de pacients segons la seva circumstància a l'alta d'un hospital d'aguts (domicili, a un centre sociosanitari, èxitus, etc.) en relació amb el total de malalts donats d'alta. Aquest indicador es pot calcular per a les malalties de base següents: malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis.</p>
17	<p>TÍTOL: PACIENTS ASESOS AMB INCREMENT DE LA MULTIMORBIDITAT (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ATENCIÓ INTEGRAL / CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL</p> <p>PERFIL: RESULTATS DE SALUT</p>	<p>FUSIONAT AMB UN ALTRE INDICADOR (I20)</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o taxa d'incidència (observada vs. esperada) de casos de major multimorbiditat (per ex. estrats 6 i 7 dels <i>Clinical Risk Groups</i>). Es pot calcular per a altres canvis d'estrat de comorbiditat</p>	<p>FUSIONAT AMB UN ALTRE INDICADOR (I20)</p>	

18	<p>TÍTOL: POBLACIÓ ATESA AMB HÀBITS DE VIDA SALUDABLE / FACTORS DE RISC (*)</p> <p>DIMENSIÓ: APODERAMENT/ EFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: RESULTATS DE SALUT</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre de casos o prevalença/incidència (observada vs. esperada) de diferents hàbits de vida saludable o factors de risc com ara: tabaquisme, alcoholisme, sedentarisme, alimentació no saludable o excés de pes.</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>
19	<p>TÍTOL: POBLACIÓ ATESA AMB TRASTORNS CRÒNICS DE SALUT (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ATENCIÓ INTEGRAL / EFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: RESULTATS DE SALUT</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre de casos o prevalença/incidència (observada vs. esperada) de trastorns crònics de salut (en aquest cas, les malalties prioritzades pel Pla de Salut 2011-2015: insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica / asma, diabetis mellitus 2, trastorns mentals greus i severos, depressió, demències, càncer, nefropatia, dolor crònic i malaltia de l'aparell locomotor.</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>

Avaluació de la cronicitat

20	<p>TÍTOL: POBLACIÓ ATESA AMB DIFERENTS NIVELLS DE COMPLEXITAT (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ATENCIÓ INTEGRAL / EFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: RESULTATS DE SALUT</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre de casos o prevalença/incidència (observada vs. esperada) de diferents nivells de complexitat (per ex. segons els estrats de la piràmide de Kaiser: població general, persones amb factors de risc o malaltia crònica de baixa complexitat, persones amb malaltia crònica en situació de risc o fragilitat, pacients crònics complexos).</p>	<p>POBLACIÓ ATESA AMB DIFERENTS NIVELLS D'ESTRATIFICACIÓ DEL RISC (*)</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre de casos o prevalença/incidència (observada vs. esperada) segons diferents sistemes d'estratificació de la població. Per exemple, es pot descriure la població atesa amb major multimorbiditat (estrats 6 i 7 dels <i>Clinical Risk Groups</i>); segons els estrats de la piràmide de Kaiser (pacients crònics complexos, persones amb una malaltia crònica en situació de risc o fragilitat, persones amb factors de risc o malaltia crònica de baixa complexitat o població general). Es poden descriure els canvis entre els estrats de comorbiditat d'una manera longitudinal en un període de temps.</p>
21	<p>TÍTOL: POBLACIÓ ATESA AMB DEPENDÈNCIA (*)</p> <p>DIMENSIÓ: APODERAMENT / ATENCIÓ INTEGRAL</p> <p>PERFIL: RESULTATS DE SALUT</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual; 1 criteri >80%</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre de casos o prevalença/incidència (observada vs. esperada) de diferents graus de dependència. Es pot calcular a partir de dades de persones acreditades com a dependents segons la Llei de la dependència i el seu nivell de dependència. També com a índex de dependència global o població amb limitació per realitzar alguna activitat de la vida diària (AVD).</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre de casos o prevalença/incidència (observada vs. esperada) atesos amb diferents graus de dependència. Es pot calcular a partir de dades de persones acreditades com a dependents segons la Llei de la dependència i el seu nivell de dependència.</p>

Avaluació de la cronicitat

22	<p>TÍTOL: TEMPS ENTRE DESCOMPENSACIONS QUE REQUEREIXEN INGRÉS (*)</p> <p>DIMENSIÓ: APODERAMENT / EFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: RESULTATS DE SALUT</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual; 1 criteri >80%</p>	<p>(*) Temps des de l'alta fins al següent ingrés urgent relacionat (reingrés). Pot ser expressat com a mitjana/mediana dels diferents temps entre descompensacions per als grups d'interès següents: malalts còncs complexos, malalts amb malaltia obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis o demències.</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>(*) Aquest indicador mesura el temps des de l'alta fins al següent ingrés urgent. Pot ser expressat com a mitjana/mediana dels diferents temps entre descompensacions per la mateixa malaltia de base (diagnòstic principal: malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis, depressió). A diferència de l'indicador de reingressos hospitalaris, aquest mesura el manteniment de l'estat de salut dels pacients amb problemes crònics.</p>
23	<p>TÍTOL: MORTALITAT POBLACIONAL (*)</p> <p>DIMENSIÓ: EFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: RESULTATS DE SALUT</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre de casos o taxa de mortalitat estandarditzada (observada vs. esperada) de manera global o segons la causa.</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre de casos o taxa de mortalitat estandarditzada (observada vs. esperada) segons les malalties de base següents: malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, etc.</p>
24	<p>TÍTOL: LLOC DE LA MORT (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ATENCIÓ CENTRADA PACIENTS</p> <p>PERFIL: RESULTATS DE SALUT</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre de casos o taxa de mortalitat estandarditzada segons el lloc de la mort (a casa, hospital, unitat de subaguts, residència o altres dispositius).</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre de casos o taxa de mortalitat segons el lloc de la mort dels pacients (a casa, a la residència, a l'hospital, la unitat de subaguts, a una residència o altres dispositius).</p>

Avaluació de la cronicitat

25	TÍTOL: PACIENTS ÚLCERES PRESSIÓ (*) AMB PER DIMENSIO: SEGURETAT PERFIL: RESULTATS DE SALUT	NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS	(*) Pot ser expressat com a nombre de casos, % o prevalença/incidència (observada vs. esperada) des del punt de vista poblacional o segons el dispositiu assistencial o programa d'atenció específic.	NO VALORAT A LA 2a ONADA
26	TÍTOL: PACIENTS MEDICACIÓ PROBLEMES DE SEGURETAT (*) AMB AMB DE DIMENSIO: SEGURETAT / ATENCIÓ INTEGRAL PERFIL: RESULTATS DE SALUT	NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS	(*) Pot ser expressat com a nombre de casos, % o prevalença/incidència (observada vs. esperada). Es refereix a problemes de seguretat com ara medicaments contraindicats en majors de 65 anys, duplicitats, interaccions medicamentoses, etc. després d'un procés de revisió de la medicació.	NO VALORAT A LA 2a ONADA
27	TÍTOL: MORTALITAT INTRA- O POSTHOSPITALARIA (*) DIMENSIO: SEGURETAT PERFIL: RESULTATS DE SALUT	SÍ; 2 criteris >75%	(*) Pot ser expressat com a nombre de casos o taxa de mortalitat estandarditzada (observada vs. esperada) de manera global o per malalties cròniques determinades durant l'ingrés hospitalari o en determinats períodes després de l'ingrés (per ex. al cap de 30 dies).	MORTALITAT HOSPITALÀRIA (*) (*) Pot ser expressat com a nombre de casos o taxa de mortalitat (observada vs. esperada) durant l'ingrés hospitalari de manera global o per malalties cròniques determinades durant l'ingrés hospitalari. Addicionalment, es pot calcular per determinats períodes de seguiment després de l'ingrés o de l'alta associats a la qualitat de l'atenció hospitalària (per exemple, al cap de 30 dies).

Avaluació de la cronicitat

28	TÍTOL: QUALITAT DE VIDA RELACIONADA AMB LA SALUT DELS USUARIS (*)	SÍ; 2 criteris >75%	(*) Es pot calcular pels usuaris (pacients com els seus cuidadors principals) de manera global o específica per als programes següents: pacient crònic complex-PCC, malaltia crònica avançada-MACA, ATDOM-atenció domiciliària, programa pacient expert Catalunya-PPE-CAT, gestió de casos o programa d'atenció integrada en el territori. Es pot recollir amb un instrument validat de manera genèrica o específica per malaltia/condició de forma basal i un temps després (per ex. postintervenció), permeten calcular el canvi o guany en la qualitat de vida en termes de percepció de salut física (per ex.: dolor, benestar físic), psicològica, social i limitacions funcionals.	ÍDEM 1a ONADA	(*) Es pot calcular la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) dels usuaris (tant pacients com els seus cuidadors principals) atesos en els programes següents: pacient crònic complex-PCC, malaltia crònica avançada-MACA, ATDOM-atenció domiciliària, programa pacient expert Catalunya-PPE-CAT, gestió de casos o programa d'atenció integrada en el territori. És necessari utilitzar un instrument validat genèric (per exemple, EUROQOL, SF-36) i/o un específic per la malaltia/condició. El seguiment longitudinal de la QVRS permetrà calcular el canvi o guany en termes de percepció de salut física (per ex.: dolor, benestar físic), psicològica, social i limitacions funcionals.
	DIMENSIÓ: ATENCIÓ CENTRADA PACIENTS / EFECTIVITAT CLÍNICA				
	PERFIL: EXPERIÈNCIA DELS USUARIS I PROVEÏDORS				
29	TÍTOL: CÀRREGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL (*)	NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS	(*) Es pot calcular pel cuidador principal dels pacients vinculats a un programa d'atenció a la cronicitat: pacient crònic complex-PCC, malaltia crònica avançada-MACA, ATDOM-atenció domiciliària, programa pacient expert Catalunya-PPE-CAT, gestió de casos o programa d'atenció integrada en el territori). Es pot recollir amb un instrument validat (per ex. test Zarit).	NO VALORAT A LA 2a ONADA	
	DIMENSIÓ: ATENCIÓ CENTRADA PACIENTS / APODERAMENT				
	PERFIL: EXPERIÈNCIES DELS USUARIS I PROVEÏDORS				

Avaluació de la cronicitat

30	<p>TÍTOL: SATISFACCIÓ DELS USUARIS AMB EL PROGRAMA (*)</p> <p>DIMENSÍO: ATENCIÓ CENTRADA PACIENTS</p> <p>PERFIL: EXPERIÈNCIA DELS USUARIS I PROVEÏDORS</p>	<p>NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS</p>	<p>(*) Es pot calcular pels usuaris (pacients com els seus cuidadors principals) de manera global o específica per als programes següents: pacient crònic complex-PCC, malaltia crònica avançada-MACA, ATDOM-atenció domiciliària, programa pacient expert Catalunya-PPE-CAT, gestió de casos o programa d'atenció integrada en el territori. Es pot aplicar un instrument de satisfacció amb l'atenció rebuda validat.</p>	<p>NO VALORAT A LA 2a ONADA</p>	
31	<p>TÍTOL: FIDELITAT DELS PACIENTS AMB EL PROGRAMA (*)</p> <p>DIMENSÍO: ATENCIÓ CENTRADA PACIENTS</p> <p>PERFIL: EXPERIÈNCIA DELS USUARIS I PROVEÏDORS</p>	<p>NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS</p>	<p>(*) Es pot calcular pels usuaris (pacients com els seus cuidadors principals) com a voluntat de ser tractat de nou o com a índex de fidelització/adherència al programa de manera global o específica per als programes següents: pacient crònic complex-PCC, malaltia crònica avançada-MACA, ATDOM-atenció domiciliària, programa pacient expert Catalunya-PPE-CAT, gestió de casos o programa d'atenció integrada en el territori.</p>	<p>NO VALORAT A LA 2a ONADA</p>	
32	<p>TÍTOL: DESPESA FARMACÈUTICA</p> <p>DIMENSÍO: EFICIÈNCIA</p> <p>PERFIL: COSTOS/ EFICIÈNCIA</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p>	<p>(*) Cost en euros de la despesa en fàrmacs. Es pot calcular per habitant, per recepta, per assegurat consumidor, etc. de manera global o segons subgrups fàrmacs/malalties d'interès (per ex. pacients crònics complexos).</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>

Avaluació de la cronicitat

33	<p>TÍTOL: DESPESA SANITÀRIA (*)</p> <p>DIMENSIO: EFICIÈNCIA</p> <p>PERFIL: COSTOS/ EFICIÈNCIA</p>	<p>NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS</p>	<p>(*) Costos directes i indirectes en euros. Es pot calcular per habitant, per assegurat consumidor, etc. de manera global o segons programes, intervencions/processos assistencials o malalties d'interès. S'hi pot afegir la despesa específica de farmàcia.</p>	<p>NO VALORAT A LA 2a ONADA</p>
34	<p>TÍTOL: CONSUM DE TIRES REACTIVES ADEQUAT AL TIPUS DE DIABETIS MELITUS (*)</p> <p>DIMENSIO: ADEQUACIÓ/ EFICIÈNCIA</p> <p>PERFIL: COSTOS/ EFICIÈNCIA</p>	<p>NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS</p>	<p>(*) D'acord amb les recomanacions específiques establertes a les guies de pràctica clínica vigents. Es pot calcular com a nombre o taxa d'utilització de tires reactives segons el tipus de diabetis mellitus.</p>	<p>NO VALORAT A LA 2a ONADA</p>
35	<p>TÍTOL: PACIENTS/ CUIDADORS AMB BAIXA LABORAL SUPERIOR A 3 MESOS (*)</p> <p>DIMENSIO: EFICIÈNCIA/ APODERAMENT</p> <p>PERFIL: COSTOS/ EFICIÈNCIA</p>	<p>NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o prevalença/incidència (observada vs. esperada) de baixes laborals per malaltia</p>	<p>NO VALORAT A LA 2a ONADA</p>

INDICADORS DE PROCÉS					
36	<p>TÍTOL: PACIENTS ATESOS QUE TENEN UNA VALORACIÓ MULTIDIMENSIONAL INTEGRAL (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ATENCIÓ INTEGRAL / CONTINUITAT</p> <p>PERFIL: VALORACIÓ USUARIS</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual; 1 criteri >80%</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre o % de malalts amb aquesta valoració realitzada per un equip multidisciplinari de professionals en relació amb el total de malalts. Inclou almenys la valoració de la capacitat funcional, el risc social, el deteriorament cognitiu i la fragilitat; també s'hi poden incloure altres síndromes geriàtriques, com ara la desnutrició, caigudes, delírium, úlceres per pressió. Es pot calcular de manera global o específica per als programes següents: pacient crònic complex-PCC, malaltia crònica avançada-MACA, ATDOM-atenció domiciliària, gestió de casos o programa d'atenció integrada en el territori.</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>
37	<p>TÍTOL: PACIENTS AMB RECOMANACIÓ D'HÀBITS DE VIDA SALUDABLES O APLICACIÓ DEL PROGRAMA D'ACTIVITATS PREVENTIVES I DE PROMOCIÓ DE LA SALUT (PAPPS) (*)</p> <p>DIMENSIÓ: APODERAMENT</p> <p>PERFIL: VALORACIÓ USUARIS</p>	<p>NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a nombre de casos o prevalença (observada vs. esperada) de malalts amb aquestes recomanacions (inclou tabac, alcohol, exercici físic i dieta) en relació amb el total de malalts visitats. La prescripció d'exercici físic pot ser a través del Pla d'Activitat Física, Esport o Salut (PAFES).</p>	<p>NO VALORAT A LA 2a ONADA</p>	

Avaluació de la cronicitat

38	TÍTOL: PACIENTS AMB VALORACIÓ DE RISC D'ÚLCERES PRESSIÓ EN EL PROGRAMA (*) DIMENSIÓ: SEGURETAT PERFIL: VALORACIÓ USUARIS	NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS	(*) Pot ser expressat com a nombre de casos, % o prevalença (observada vs. esperada) per determinats programes com, per ex., ATDOM-atenció domiciliària.	NO VALORAT A LA 2a ONADA	
39	TÍTOL: CONCILIACIÓ DE FÀRMACS ENTRE ATENCIÓ PRIMÀRIA I HOSPITAL D'AGUTS A L'ALTA O EN ALTRES TRANSICIONS (*) DIMENSIÓ: ADEQUACIÓ / EFECTIVITAT CLÍNICA PERFIL: CONCILIACIÓ I REVISIÓ TERAPÈUTICA	SÍ; 2 criteris >75%	(*) Pot ser expressat com a nombre o % de pacients conciliats sobre el grup de risc seleccionat (polimedicats, pacient crònic complex, etc.).	ÍDEM 1a ONADA	ÍDEM 1a ONADA
40	TÍTOL: PACIENTS EN TRACTAMENT ANTICOAGULANT ORAL AMB UN BON CONTROL DE LA INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO (INR) DINS DELS	SÍ; 2 criteris >75%	(*) Pot ser expressat com a nombre de casos, % o prevalença/incidència (observada vs. esperada) de manera poblacional o segons el dispositiu assistencial o programa d'atenció específic.	ÍDEM 1a ONADA	ÍDEM 1a ONADA

Avaluació de la cronicitat

	<p>MARGES TERAPÈUTICS (*) DIMENSIO: ADEQUACIÓ / EFFECTIVITAT CLÍNICA PERFIL: CONCILIACIÓ I REVISIÓ TERAPÈUTICA</p>			
41	<p>TÍTOL: HOSPITALITZACIONS POTENCIALMENT EVITABLES (*)</p> <p>DIMENSIO: ADEQUACIÓ / EFFECTIVITAT CLÍNICA PERFIL: ADEQUACIÓ SERVEIS / RECURSOS</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p>	<p>(*) Pot ser expressat com a % d'altres d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria amb diagnòstic principal definit com a Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) o hospitalització potencialment evitable. Les ACSC són patologies en les quals una bona atenció ambulatoria pot, potencialment, prevenir la necessitat d'hospitalització, o aquelles en les quals una ràpida intervenció pot prevenir complicacions o un empitjorament de la condició clínica del pacient.</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p> <p>(*) Pot ser expressat com a % d'altres d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria amb diagnòstic principal definit com a Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) o hospitalització potencialment evitable. També pot ser calculat com un índex estandarditzat d'hospitalitzacions (indicador de qualitat de la prevenció) per a determinades patologies. Les ACSC són patologies en les quals una bona atenció ambulatoria pot, potencialment, prevenir la necessitat d'hospitalització, o aquelles en les quals una ràpida intervenció pot prevenir complicacions o un empitjorament de la condició clínica del pacient.</p>
42	<p>TÍTOL: PACIENTS AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA AMB ESPIROMETRIA DIAGNÒSTICA PERIODICITAT ADEQUADA (*)</p>	<p>FUSIONAT AMB UN ALTRE INDICADOR (I43)</p>	<p>(*) Aquest indicador compost inclou l'acompliment d'aspectes clau del procés amb els criteris de les guies de pràctica clínica en els territoris. Es pot calcular com el nombre o % de pacients atesos amb compliment d'aquests aspectes clau en relació amb el total de</p>	<p>FUSIONAT AMB UN ALTRE INDICADOR (I43)</p>

Avaluació de la cronicitat

	<p>DIMENSIÓ: ADEQUACIÓ / EFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: ACOMPLIMENT ELEMENTS CLAU DEL PROCÉS</p>		malalts atesos amb malaltia pulmonar obstructiva crònica.	
43	<p>TÍTOL: PACIENTS AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA PACIENTS AMB ACOMPLIMENT D'ASPECTES CLAU DEL PROCÉS (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ADEQUACIÓ / EFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: ACOMPLIMENT ELEMENTS CLAU DEL PROCÉS</p>	SÍ; rellevant per al model conceptual	(*) Aquest indicador compost inclou l'acompliment d'aspectes clau del procés amb els criteris de les guies de pràctica clínica en els territoris: espirometria, vacunació antigripal educació sanitària per al maneig dels inhaladors, pla de cures, deshabitució tabàquica durant ingrés, indicació activa d'oxigenoteràpia domiciliària. Es pot calcular com el nombre o % de pacients atesos amb compliment d'aquests aspectes clau en relació amb el total de malalts atesos amb malaltia pulmonar obstructiva crònica.	<p>PACIENTS AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA PACIENTS AMB ACOMPLIMENT D'ELEMENTS CLAU DEL PROCÉS (*)</p> <p>(*) Aquest indicador compost inclou l'acompliment d'elements clau del procés amb els criteris de les guies de pràctica clínica en els territoris: espirometria diagnòstica amb periodicitat adequada, vacunació antigripal, educació sanitària per al maneig dels inhaladors, pla de cures, deshabitució tabàquica durant ingrés, indicació activa d'oxigenoteràpia domiciliària. Es pot calcular com el nombre o % de pacients atesos amb compliment d'aquests aspectes clau en relació amb el total de malalts atesos amb malaltia pulmonar obstructiva crònica.</p>
44	<p>TÍTOL: PACIENTS AMB INSUFICIÈNCIA CARDÍACA AMB ACOMPLIMENT D'ASPECTES CLAU DEL PROCÉS (*)</p> <p>DIMENSIÓ:</p>	SÍ; rellevant per al model conceptual	(*) Aquest indicador compost inclou l'acompliment d'aspectes clau del procés amb els criteris de les guies de pràctica clínica en els territoris: vacunació antigripal, resultats ecogràfics i pautes terapèutiques, educació	<p>IDEM 1ª ONADA</p> <p>(*) Aquest indicador compost inclou l'acompliment d'elements clau del procés amb els criteris de les guies de pràctica clínica en els territoris: vacunació antigripal, resultats ecogràfics i pautes terapèutiques, educació</p>

Avaluació de la cronicitat

	<p>ADEQUACIÓ/ EFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: ACOMPLIMENT ELEMENTS CLAU DEL PROCÉS</p>		<p>sanitària i pla de cures, informació de tractaments amb inhibidors de l'enzim de l'angiotensina (IECA) i antagonista dels receptors de l'angiotensina II (ARAI), informació de tractaments amb betablocadors, informació d'autocura, autocontrol de pes i actuacions. Es pot calcular com el nombre o % de pacients atesos amb compliment d'aquests aspectes clau en relació amb el total de malalts atesos amb insuficiència cardíaca.</p>		<p>d'autocura, autocontrol de pes i actuacions. Es pot calcular com el nombre o % de pacients atesos amb compliment d'aquests aspectes clau en relació amb el total de malalts atesos amb insuficiència cardíaca.</p>
45	<p>TÍTOL: PACIENTS AMB DEPRESSIÓ QUE TENEN DIAGNÒSTIC DE DEPRESSIÓ I EXPLORACIÓ DE RISC DE SUÏCIDI (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ADEQUACIÓ / EFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: ACOMPLIMENT ELEMENTS CLAU DEL PROCÉS</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual</p>	<p>(*) Aquest indicador compost inclou l'acompliment d'aspectes clau del procés amb els criteris de les guies de pràctica clínica en els territoris: diagnòstic de depressió, exploració del risc de suïcidi,. Es pot calcular com el nombre o % de pacients atesos amb compliment d'aquests aspectes clau en relació amb el total de malalts atesos amb depressió.</p>	<p>PACIENTS AMB DEPRESSIÓ AMB ACOMPLIMENT D'ELEMENTS CLAU DEL PROCÉS (*)</p>	<p>(*) Aquest indicador compost inclou l'acompliment d'elements clau del procés amb els criteris de les guies de pràctica clínica en els territoris: diagnòstic de depressió, exploració del risc de suïcidi, atenció psicològica i psicoeducativa. Es pot calcular com el nombre o % de pacients atesos amb compliment d'aquests aspectes clau en relació amb el total de malalts atesos amb depressió.</p>
46	<p>TÍTOL: PACIENTS AMB DEPRESSIÓ AMB ATENCIÓ AMB PSICOLÒGICA I</p>	<p>FUSIONAT AMB UN ALTRE INDICADOR (I45)</p>	<p>(*) Aquest indicador compost inclou l'acompliment d'aspectes clau del procés amb els criteris de les guies de pràctica clínica en els</p>	<p>FUSIONAT AMB UN ALTRE INDICADOR (I45)</p>	

Avaluació de la cronicitat

	<p>PSICOEDUCATIVA (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ADEQUACIÓ / EFFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: ACOMPLIMENT ELEMENTS CLAU DEL PROCÉS</p>	<p>territoris. Es pot calcular com el nombre o % de pacients atesos amb compliment d'aquests aspectes clau en relació amb el total de malalts atesos amb depressió.</p>		
47	<p>TÍTOL: PACIENTS AMB DIABETIS MELITUS 2 AMB ACOMPLIMENT D'ASPECTES CLAU DEL PROCÉS (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ADEQUACIÓ / EFFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: ACOMPLIMENT ELEMENTS CLAU DEL PROCÉS</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p> <p>(*) Aquest indicador compost inclou l'acompliment d'aspectes clau del procés amb els criteris de les guies de pràctica clínica en els territoris: vacunació antigripal, consum de tabac, control de la tensió arterial, colesterol LDL (lipoproteïna de baixa densitat), hemoglobina glicosilada, cribratge ocular amb càmeres no midriàtiques, atenció al peu diabètic. Es pot calcular com el nombre o % de pacients atesos amb compliment d'aquests aspectes clau en relació amb el total de malalts atesos amb diabetis mellitus 2.</p>	ÍDEM 1a ONADA	ÍDEM 1a ONADA
48	<p>TÍTOL: NENS/ADOLESCENTS AMB ASMA AMB ACOMPLIMENT D'ASPECTES CLAU DEL PROCÉS (*)</p> <p>DIMENSIÓ:</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual</p> <p>(*) Aquest indicador compost inclou l'acompliment d'aspectes clau del procés amb els criteris de les guies de pràctica clínica en els territoris: espirometria diagnòstica realitzada i actualitzada, vacunació</p>	ÍDEM 1a ONADA	(*) Aquest indicador compost inclou l'acompliment d'elements clau del procés amb els criteris de les guies de pràctica clínica en els territoris: espirometria diagnòstica realitzada i actualitzada, vacunació antigripal, educació sanitària sobre el maneig d'inhaladors. Es pot calcular com el nombre o % de nens/adolescents atesos amb compliment d'aquests aspectes clau en

Avaluació de la cronicitat

	<p>ADEQUACIÓ/ EFFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: ACOMPLIMENT ELEMENTS CLAU DEL PROCÉS</p>		<p>antigripal, educació sanitària sobre el maneig d'inhaladors. Es pot calcular com el nombre o % de nens/adolescents atesos amb compliment d'aquests aspectes clau en relació amb el total de nens/pacients atesos amb asma.</p>		<p>relació amb el total de nens/pacients atesos amb asma.</p>
49	<p>TÍTOL: PACIENTS AMB HIPERTENSIO ARTERIAL AMB UN BON CONTROL DE LA TENSIO ARTERIAL (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ADEQUACIÓ / EFFECTIVITAT CLÍNICA</p> <p>PERFIL: ACOMPLIMENT ELEMENTS CLAU DEL PROCÉS</p>	<p>SÍ; rellevant per al model conceptual</p>	<p>(*) Aquest indicador inclou la tensió arterial ben controlada segons criteris de la guia de pràctica clínica de referència en el territori. Es pot calcular com el nombre o % de pacients atesos amb compliment d'aquest aspecte clau en relació amb el total de malalts atesos amb hipertensió arterial.</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>
50	<p>TÍTOL: PACIENTS CRÒNICS COMPLEXOS AMB PLA TERAPÈUTIC AL SISTEMA D'INFORMACIÓ DEL PROVEÏDOR (*)</p> <p>DIMENSIÓ: ATENCIÓ INTEGRAL / ADEQUACIÓ</p> <p>PERFIL: ACOMPLIMENT ELEMENTS CLAU</p>	<p>SÍ; 2 criteris >75%</p>	<p>(*) Aquest indicador inclou l'acompliment d'aspectes clau del procés disponibles a la història clínica en els territoris.</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>	<p>ÍDEM 1a ONADA</p>

Avaluació de la cronicitat

PROCÉS				
INDICADORS D'ESTRUCTURA				
51	TÍTOL: ACCÉS DELS CIUTADANS A LA CARPETA PERSONAL DE SALUT (*) DIMENSÍO: ATENCIÓ INTEGRAL / APODERAMENT PERFIL: EXISTÈNCIA D'EINES D'INFORMACIÓ COMPARTIDES	NO ARRIBA AL GRAU DE CONSENS	(*) Aquest indicador es pot calcular com a nombre d'accessos, nombre o % persones que accedeixen a la carpeta personal de salut.	NO VALORAT A LA 2a ONADA
52	TÍTOL: ACCÉS DELS PROFESSIONALS SANITARIS A LA HISTÒRIA CLÍNICA COMPARTIDA(*) DIMENSÍO: ATENCIÓ INTEGRAL/ APODERAMENT PERFIL: EXISTÈNCIA D'EINES D'INFORMACIÓ COMPARTIDES	SÍ; 2 criteris >75%	(*) Aquest indicador es pot calcular com a nombre d'accessos, nombre o % de professionals sanitaris que accedeixen a la història clínica compartida.	ÍDEM 1a ONADA ÍDEM 1a ONADA
N O U	NO VALORAT A LA 1a ONADA, NOMÉS A LA 2a ONADA	POBLACIÓ ATESA A DISPOSITIUS ALTERNATIUS A L'HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL	(*) Pot ser expressat com a cobertura poblacional (%) o com a freqüentació (nombre de visites/contactes o taxa d'utilització) de manera global o específica per als dispositius següents: hospital de dia, consultes d'atenció ràpida i hospitalització a domicili. Aquests dispositius es consideren recursos per a pacients crònics que poden estalviar ingressos i reduir estades hospitalàries. Pot ser calculat per als grups d'interès següents: pacients crònics complexos, malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, diabetis, depressió.	

SIGLES I ABREVIACIONS

AIAQS: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

AHRQ: Agency for Health Research and Quality

AQUAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries

DG: direcció general

DM: diabetis mellitus

E: estructura

ECP: element clau del procés

G: global

GPC: guies de pràctica clínica

HA: hipertensió arterial

HC: Health Consensus

HCC: història clínica compartida

IC: insuficiència cardíaca

ICS: Institut Català de la Salut

MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica

OCDE: Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS: Organització Mundial de la Salut

P: procés

P50: percentil 50, mediana

PATH: Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals

PIM: puntuació inicial menys mediana de la puntuació

PFM: puntuació final menys mediana de la puntuació

PPAC: Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya

QVRS: qualitat de vida relacionada amb la salut

R: resultat

TIC: tecnologies de la informació i la comunicació

UPC: Universitat Politècnica de Catalunya

BIBLIOGRAFIA

- Brook, RH.; Chassin, MR.; Fink, A.; Solomon, DH.; Koseoff, J.; Park, RE.** *A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies.* RAND: Santa Monica; 1991.
- Calderón Gómez, C.** *Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura.* FORUM: Qualitative social research. 2009; 10 (2): Art 17.
- **Campbell, SM.; Shield, T.; Rogers, A.; Gask, L.** *How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings?* Qual Saf Health Care 2004;13:428–434. doi: 10.1136/qshc.2003.007815
- **Comitè Assessor del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat.** *La cronicitat a Catalunya.* Barcelona: Departament de Salut i Departament de Benestar Social i Família; Generalitat de Catalunya; 2011.
- Departament de Salut.** *Pla de Salut de Catalunya 2011-2015.* Barcelona: Departament de Salut; Generalitat de Catalunya; 2012.
- Donabedian, A.** *The quality of medical care: how can it be assessed.* JAMA 1988; 260: 1743-8.
- **Grup de treball avaluació de la cronicitat.** *Desenvolupament d'un marc conceptual i indicadors per avaluar programes d'atenció a la cronicitat. Segon informe.* Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; Març 2013.
- Jones, J.; Hunter, D.** *Consensus methods for medical and health services research.* BMJ. 1995;311(7001):376-80.
- López-Aguilà, S.; Almazán, C.; Surís, X.; Larrosa, M.; Galimany, J.; Solà-Morales, O.** *Dolor d'espatlla: utilització apropiada de les proves de diagnòstic per la imatge.* Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
- Montes, J.; Casariego, E.; de Toro, M.; Mosquera, E.** *La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia.* Galicia Clin. 2012; 73 (Supl. 1): S7-S14.
- Muir Gray, JA.** "Evaluación de los resultados obtenidos". En: *Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria.* Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
- O+Berri,** Osakidetza. *Marco Evaluativo de las Experiencias de Integración Asistencial.* Bilbao: O+Berri & Osakidetza; 2011: Disponible en: [Http://Externos.Bioef.Org/Oberri/Informe_Evaluaci%C3%B3n_Definitivo.Pdf](http://Externos.Bioef.Org/Oberri/Informe_Evaluaci%C3%B3n_Definitivo.Pdf).
- Ollero, M.; Bernabeu, M.; Rincón, M.; Upshur, R.; Bernstein, B.** "The language of poly pathology". En: Jadad, AR.; Cabrera, A.; Martos, F.; Smith, R.; Lyons, RF. *When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge.* Granada: Andalusian School of Public Health, 2010.

Avaluació de la cronicitat

-Organització Mundial de la Salut (OMS). *Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas.* Ginebra: OMS, 2005.

-Porter, ME. *What is value in health care?* N Engl J Med. 2010;363:2477-81.

-Smith, SM.; Soubhi, H.; Fortin, M.; Hudon, C.; O'Dowd, T. *Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings.* BMJ 2012;345:e5205 doi: 10.1136/bmj.e5205

-World Health Organization (WHO). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action.* Ginebra: Global report WHO/NMC/CCH, 2002.

Avaluació de la cronicitat



INAHTA

Membre fundador



Membre corporatiu



Membre corporatiu

ciberesp

Membre corporatiu