

## Serveis Sociosanitaris: Indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i la família

02



Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

---

**Serveis** socio-sanitaris: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i a la família. - (Planificació i avaluació sanitàries; 2)

A la part superior de la portada: Pla Director Socio-sanitari  
ISBN 84-393-7175-6

I. Hilarión, Pilar, dir. II. Catalunya. Departament de Salut III.  
Pla Director Socio-sanitari (Catalunya) IV. Col·lecció:  
Planificació i avaluació sanitàries; 2

1. Serveis sanitaris - Catalunya - Avaluació 2. Serveis sanitaris - Catalunya - Control de qualitat  
614.39(467.1)

---

---

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

---

Edita: Direcció General de Planificació i Avaluació.  
Pla Director Socio-sanitari  
Primera edició: Barcelona, setembre de 2006  
Tiratge: 1.000 exemplars  
ISBN: 84-393-7175-6  
Dipòsit legal: B-35.215-2006

---

Assessorament editorial: Pau Tutusaus (Responsable de Publicacions, Imatge i Difusió Corporativa del Departament de Salut)  
Producció editorial: Prous Science, S.A.

---

## Serveis Sociosanitaris: Indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i la família

# SUPORT METODOLÒGIC – Fundació Avedis Donabedian

## COORDINACIÓ

Pilar Hilarión	Fundació Avedis Donabedian
Mònica Miró	Direcció General de Planificació i Avaluació Sanitària
Antoni Salvà	Pla Director Sociosanitari, Departament de Salut
Rosa Suñol	Fundació Avedis Donabedian
Cristina Minguell	Direcció General de Planificació i Avaluació Sanitària
Carmen Caja	Pla Director Sociosanitari, Departament de Salut

## GRUP DE TREBALL

Hortènsia Aguado	Àrea de Serveis i Qualitat, Servei Català de la Salut
Salvador Altimir	Hospital Germans Trias i Pujol
Trini Álvarez	Hospital Sant Joan de Reus
Núria Anglès	Residència Santa Susanna de Caldes
Esther Atienza	Complex Assistencial en Salut Mental Benito Menni
Montserrat Bernabeu	Institut Guttmann
Rosa Bonafonte	Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López (Torribera)
Montse Bret	Hospital Germans Trias i Pujol
Mercè Burgués	Centre Sociosanitari Palau
Anna Cabello	Clínica Nostra Senyora de Guadalupe
Federico Cabestany	Fundació Hospital Sant Antoni Abat
Carmen Caja	Pla Director Sociosanitari, Departament de Salut
M. Josep Caldés	Hospital de la Santa Creu de Vic
Alícia Casals	Fundació Saciosanitària de Barcelona
Carme Casas	Fundació Sant Llätzer
Rosa Colomer	Programes d'Atenció Domiciliària-Equips de Suport (PADES) Verneda
Isabel Crespo	Antic Hospital de Sant Jaume
Eulàlia Cucurella	Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, Departament de Benestar i Família
Teresa Elias	Regió Sanitària de Barcelona
Joan Espauella	Hospital de la Santa Creu de Vic
Jordi Espunyés	Departament de Salut
Manuel Esteban	PADES Reus
Esther Fajardo	Hospital de Granollers
Joan Ferrer	Unió Catalana d'Hospitals
Isabel Fort	Centre Sociosanitari El Carme
Marta Gabernet	Unitat d'Atenció al Client, Regió Sanitària Lleida
Elena Galeano	Casal de Curació
Manoli Garcia	Centre Sociosanitari El Carme
José Augusto García	Consorti Hospitalari de Catalunya
Andreu Garrigós	Centre Eixample, Fundació Conviure
Domènec Gil	Hospital Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental
Josep Giné	PADES Martorell
Pilar Hilarión	Fundació Avedis Donabedian
Secundino López	Institut d'Assistència Sanitària, Girona
Dolors Lozano	Consorti Sanitari Integral de l'Hospitalet

Patrícia Maguet	Fundació d'Esclerosi Múltiple
Laura Marjanedas	Antic Hospital Sant Jaume
Xavier Martín	Residència Can Torras
Esther Martínez	Hospital Santa Creu de Tortosa, Grup d'Assistència Sanitària i Social (SAGESSA)
Annabel Martínez	PADES Lleida ciutat
Vanessa Massó	Unió Catalana d'Hospitals
Josep Medina	Institut Guttmann
Cristina Minguell	Direcció General de Planificació i Avaluació Sanitària
Ramon Miralles	Hospital de l'Esperança
Mònica Miró	Direcció General de Planificació i Avaluació Sanitària
Amèrica Morera	Hospital de Dia ACE
Mercedes Moriano	PADES Mollet
Teresa Noguera	Hospital Jaume Nadal Meroles
Anna Novellas	Institut Català d'Oncologia (ICO)
Anna Ollé	Pius Hospital de Valls
Elisabeth Padró	Centre Vallparadís
Núria Perramon	Fundació Socio-sanitària de Manresa
Josep Maria Picaza	PADES Mataró
Teresa Pi-Sunyer	Servei d'Infeccions, Hospital del Mar
Montserrat Puigdollers	Regió Sanitària de Barcelona
Giomar Riaño	Parc Sanitari Pere Virgili
Empar Ribera	Unió Catalana d'Hospitals
Mireia Rosell	Albada, Consorci Sanitari Parc Taulí
Joan Carles Rovira	Hospital Sant Jaume de Manlleu
Pedro Roy	Psicoclínica Nostra Senyora de la Mercè
Antoni Salvà	Pla Director Socio-sanitari, Departament de Salut
Xavier Salvador	Servei Català de la Salut
Antonio San José	Hospital Vall d'Hebron
Pau Sánchez	Centre Socio-sanitari de l'Hospitalet
M. Jesús Sanguino	Fundació Hospital Sant Antoni Abat
Carme Sanz	Mutuam
Marcos Serrano	Hospital Santa Maria, Lleida
Rosa Suñol	Fundació Avedis Donabedian
Montserrat Suriñach	Hospital Sant Jaume de Manlleu
Lluís Tàrraga	Fundació ACE
Jordi Trelis	Societat Catalana de Cures Pal·liatives (ICO), Germans Trias i Pujol
Elisabeth Vallés	Servei Català de la Salut
Manel Valls	Fundació Socio-sanitària de Manresa
Montserrat Vaqueiro	Albada, Consorci Sanitari Parc Taulí
Silvia Viel	Hospital Residència Sant Camil
Elisenda Ylla-Català	Hospital de la Santa Creu de Vic
Antonio Yuste	Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia

# ÍNDEX

1. PRESENTACIÓ .....	1
2. INTRODUCCIÓ	
2.1. Conceptes i evolució de millora de la qualitat .....	2
2.2. Experiències pràctiques .....	3
2.3. Experiències amb indicadors .....	4
3. METODOLOGIA D'AVALUACIÓ I MILLORA DE LA QUALITAT .....	6
4. METODOLOGIA D'ELABORACIÓ DELS INDICADORS DE SERVEIS SOCIO SANITARIS .....	9
5. INDICADORS .....	13
5.1. Indicadors generals .....	15
Dimensió 1: Atenció als pacients i família .....	19
Dimensió 2: Aspectes relacionals i drets de la persona .....	27
Dimensió 3: Organització i gestió del centre .....	33
Dimensió 4: Coordinació de l'atenció .....	37
5.2. Indicadors específics per dispositiu .....	41
Indicadors comuns dels serveis d'hospitalització .....	47
Mitjana estada .....	51
Llarga estada .....	55
Hospital de dia .....	61
UFISS .....	67
PADES .....	73
EAIA .....	79
5.3. Indicadors específics per línia d'atenció .....	85
Geriatría .....	91
Demències .....	97
Malalties neurodegeneratives que cursen amb discapacitat .....	103
Pal·liatius .....	109

# 1 PRESENTACIÓ

El Pla Director Sociosanitari del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya té entre els seus objectius la millora de la qualitat dels serveis d'atenció al ciutadà.

L'any 2003, la Divisió Sociosanitària va iniciar una revisió dels indicadors de qualitat elaborats el 1996 pels centres sociosanitaris, que feien especial referència a la millora de la qualitat dels serveis de convalescència i llarga estada. Per continuar afavorint aquest propòsit, es promou el Projecte d'Avaluació Externa de Qualitat dels Serveis Sociosanitaris a Catalunya 2005-06. Aquesta avaluació vol servir d'impuls per a la millora de tots els centres de la xarxa i alhora ajudar a garantir un nivell bàsic de qualitat.

El Programa Vida als Anys ja va iniciar un primer consens i valoració d'indicadors de qualitat en el període de 1992 a 1993 pels centres sociosanitaris de mitjana i llarga estada. L'any 1996 es va realitzar una revaluació dels objectius inicialment establerts. Aquesta experiència va ser una de les primeres desenvolupades a Europa. En aquest cas, la millora de tot el sector va ser del 66,8% en relació amb la valoració inicial, fet que va demostrar la utilitat de l'aplicació d'aquest sistema de qualitat.

En els sectors de salut mental i de drogues, també s'ha fet servir aquesta metodologia, basada en el consens del sector i en la recerca d'oportunitats de millo-

ra, tant per als centres en concret com per a les oportunitats de millora en tot el sector. A Europa, aquesta metodologia va néixer a Dinamarca i Holanda, països amb una àmplia tradició en metodologies basades en el consens, i ha estat desenvolupada per a la seva aplicació a Catalunya.

El document que es presenta en aquest text és el resultat d'un projecte en el qual un grup d'experts format per tècnics i per representants de les diferents organitzacions del sector i dels centres, amb el suport metodològic i tècnic de la Fundació Avedis Donabedian, van revisar el llistat d'indicadors de qualitat bàsics utilitzats fins llavors, i van dissenyar una proposta d'indicadors específics per tipus de dispositiu i per línia d'atenció.

Volem fer palès el nostre agraïment a cadascuna de les persones que han contribuït a la redacció d'aquest document, que ha de permetre continuar millorant la qualitat de l'atenció sociosanitària a Catalunya i que posa de manifest l'interès del Departament de Salut i del Pla Director respecte de la millora de la qualitat assistencial a tots els nivells assistencials i especialment de l'àmbit sociosanitari.

**M<sup>a</sup> Lluïsa de la Puente**  
*Directora General de Planificació i Avaluació*

## 2 INTRODUCCIÓ

### 2.1 CONCEPTES I EVOLUCIÓ DE LA MILLORA DE LA QUALITAT

“L’atenció de qualitat és el tipus d’atenció que maximitza el benestar del pacient després de tenir en compte el balanç de pèrdues i guanys esperats, tot tenint en compte el procés d’atenció en totes les seves parts” (Avedis Donabedian, 1980).

Progressivament l’avaluació i la millora de la qualitat han anat evolucionant. En una primera fase, l’evolució es va encaminar cap a l’avaluació de la mesura i la descripció. Posteriorment evolucionà cap a una avaluació centrada en el judici, que té en compte valors de referència; i en aquest moment, tal i com la descriu Guba i Lincoln, es porten a terme avaluacions basades en la negociació i el consens<sup>1,2</sup>. En aquesta avaluació, amb un enfocament constructiu, les persones implicades en el procés d’avaluació participen en el mateix disseny de l’avaluació per detectar-hi oportunitats de millora.

Si revisem la història de la qualitat, es poden trobar exemples de com el fet de treballar per assegurar uns resultats òptims de l’atenció ha estat una preocupació constant en l’evolució dels sistemes de qualitat. Els primers antecedents documentats que es relacionen amb el tema de la qualitat de l’atenció es remunten a la segona meitat del segle XIX, quan Florence Nightingale va estudiar les taxes de mortalitat dels hospitals militars durant la guerra de Crimea<sup>3</sup>, i va identificar la relació entre la mesura dels resultats i la millora de l’atenció.

Una altra referència habitual és la definició de *The Minimum Standard*, feta pel Col·legi Americà de Cirurgians l’any 1918, en la qual s’especificaven els estàndards mínims que havia de complir un centre assistencial, i que van ser la base de la futura acreditació<sup>4</sup>.

Cal remarcar també la creació de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), formada l’any 1951 per

una agrupació de col·legis professionals americans, i que va iniciar la seva tasca acreditant els centres assistencials, que ho sol·licitaven de manera voluntària, si complien uns estàndards de qualitat preestablerts. Durant la seva evolució, ha impulsat el desenvolupament de diferents metodologies en l’àmbit de la qualitat i n’ha estès l’actuació a altres tipus de centres sanitaris i de continuïtat de l’atenció internacionals, creant la Joint Commission International per a l’acreditació d’organitzacions, tant hospitalàries com de tipus socio sanitari o de continuïtat de l’atenció del pacient i la família<sup>5</sup>.

Una aportació significativa de la dècada dels cinquanta, en l’àmbit metodològic, va ser la de Paul Lembdke, cirurgià de la John Hopkins University Medical School, que va desenvolupar un nou mètode per avaluar la qualitat: l’audit mèdic<sup>6</sup>. Lembdke, profundament preocupat per la variabilitat dels resultats que observava en la seva pràctica diària, va establir el que va ser el desenvolupament dels criteris explícits, que permetien la comparació entre centres i professionals, i una sistemàtica de recollida d’informació que incloïa la verificació de les dades i el disseny de l’estudi.

Més endavant, entre 1965 i 1966, als Estats Units es van crear els programes federals d’atenció a les persones grans o persones sense recursos (MEDICARE i MEDICAID), que van fixar objectius i estàndards per a l’atenció dels pacients en aquest tipus de programes.

Cal citar també els treballs de J. Williamson, que als anys setanta va introduir una nova metodologia amb la formulació del concepte ABNA, *achievable benefit not achieved* (benefici possible no assolit), que mesura la diferència entre els estàndards considerats com a desitjables per al diagnòstic i el tractament, i la pràctica real avaluada tant mitjançant la revisió de les històries clíniques com mitjançant la revisió de l’estat dels pacients i la tramesa de qüestionaris, en els quals es reflecteix el seu estat de salut. Williamson

<sup>1</sup> Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park (CA): Sage; 1999.

<sup>2</sup> Disponible a: <http://www.srds.ndirect.co.uk/4th.htm> [Consulta efectuada el 26/05/05].

<sup>3</sup> JCAHO. Florence Nightingale: Measuring Hospital Care Outcomes. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1999.

<sup>4</sup> Disponible a: <http://www.jcaho.org/about+us/history.htm> [Consulta efectuada el 6/06/2005].

<sup>5</sup> Disponible a: <http://www.jcaho.org> [Consulta efectuada el 6/06/2005].

<sup>6</sup> Lembdke PA. Lembdke papers. 1951-1963. Located in: Modern Manuscripts Collection, History of Medicine Division, National Library of Medicine, Bethesda, MD; MS C 426.



va establir els “resultats desitjables” de l’atenció i va posar especial èmfasi en la millora de la qualitat obtinguda a través dels estudis<sup>7</sup>. S’inaugurava així l’etapa de la *quality assurance* (garantia de qualitat), després de l’etapa anterior més centrada en l’avaluació que en la millora.

Tanmateix, un dels autors que més impacte va tenir en el canvi del panorama de la qualitat va ser, sens dubte, R. Brook, que va establir un seguiment dels pacients a llarg termini després de l’atenció sanitària. Els treballs de Brook van ser una de les aportacions més interessants quan, posteriorment, es van desenvolupar els mètodes per establir l’adequació de procediments, i es van posar de manifest les hipòtesis que permetien explicar la variabilitat (sistemes de pagament, formació dels professionals, etc.) i la manera d’abordar-la des del punt de vista dels estudis de qualitat<sup>8</sup>.

Més recentment s’ha presentat un canvi important pel que fa a l’enfocament filosòfic i conceptual, en proposar el pas de *quality assurance* a *continuous quality improvement* (millora contínua de la qualitat), sorgida de l’adaptació de conceptes i estratègies de la qualitat industrial al sector sanitari.

En aquest breu repàs històric, no podem oblidar l’aportació d’un gran estudiós en aquest camp, el Professor Avedis Donabedian, que l’any 1966 va portar a terme la classificació dels mètodes d’avaluació de la qualitat en l’estructura, procés i resultat<sup>9,10</sup>. Fruit d’aquesta reflexió, tant Donabedian com Heather Palmer han realitzat aportacions sobre les dimensions de la qualitat que han influït de manera decisiva en la conceptualització d’aquesta disciplina<sup>11</sup>. Aquestes dimensions de la qualitat van ser integrades en la proposta efectuada per l’OMS (Figura 1).

Aquesta conceptualització orienta cap a la necessitat de centrar-se en temes que ajudin a millorar l’efectivitat de les intervencions dels professionals dels equips d’atenció al pacient i a la família en un entorn comunitari. L’atenció centrada en la persona i la seguretat dels pacients constitueixen els eixos de l’atenció sobre els quals s’integren els temes relacionats amb l’eficàcia, les necessitats de personal i la responsabilitat social.

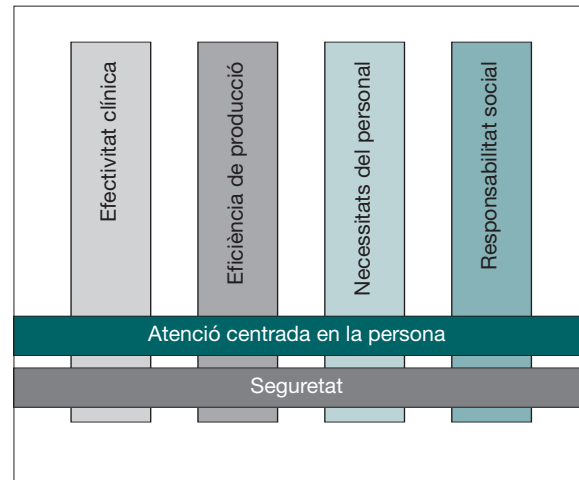


Figura 1: Dimensions de la qualitat segons l’OMS<sup>12</sup>.

## 2.2 EXPERIÈNCIES PRÀCTIQUES

En l’àmbit sociosanitari existeixen diverses experiències relacionades amb la millora de la qualitat. La majoria van lligades al desenvolupament de la millora de la qualitat als centres hospitalaris, però progressivament, amb la incorporació de dispositius diferenciats més integrats a la comunitat, s’ha vist la necessitat de poder comptar amb metodologies específiques d’avaluació i millora de la qualitat. De fet, en els processos d’acreditació en l’àmbit internacional, existeix una clara diferenciació entre atenció hospitalària, atenció en unitats de subaguts, en unitats de llarga estada, en hospitals de dia i l’atenció domiciliària.

A Espanya, la nostra experiència amb valoració d’indicadors de qualitat en el sector sociosanitari arrenca l’any 1992-1993 amb el programa Vida als Anys de la Generalitat de Catalunya. En aquest aspecte, va ser una experiència pionera.

A partir d’aquesta primera experiència, progressivament es produeix la incorporació d’altres sectors en la valoració d’indicadors de qualitat mitjançant un sistema d’elaboració consensuada amb el sector. Posteriorment, aquesta metodologia s’ha anat desenvolupant en diferents sectors de la salut mental, dro-

<sup>7</sup> Neuhauser D. John Williamson and the terrifying results of the Medical Practice Information Demonstration Project. *Qual Saf Health Care* 2002;11:387-9.

<sup>8</sup> Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: Measuring quality of care. *N Engl J Med* 1996;335:966-70.

<sup>9</sup> Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Qual Rev Bull* 1986;12:99-108.

<sup>10</sup> Donabedian A. The quality of medical care: How can it be assessed. *JAMA* 1988;260:1743-8.

<sup>11</sup> Palmer RH, Hargraves JL, Orav EJ, Wright EA, Louis, TA. Leadership for quality improvement in group practices. *Medical Care* 1996;34 Suppl. 9:40-51.

<sup>12</sup> WHO EURO, Barcelona. Measuring hospital performance: Defining the subdimensions and a framework for selecting evidence-based indicators. Barcelona: WHO; 2003; Int EUR/03/5038066.

godependències i altres àmbits socio-sanitaris i de serveis socials.

### 2.3 EXPERIÈNCIES AMB INDICADORS

El 1986, la JCAHO va iniciar el desenvolupament d'un sistema d'indicadors de resultats integrat en el sistema d'acreditació, que permetien la comparació dels diferents proveïdors de serveis. Els indicadors "indiquen", és a dir, assenyalen la possibilitat que s'estigui produint un problema que cal avaluar si existeix en estudis posteriors. Posteriorment, han evolucionat a indicadors centrats en l'actuació. La tendència en aquest moment és coordinar els esforços de les diferents organitzacions per a la mesura d'indicadors de qualitat, aprofundir més en aquests indicadors i expandir la utilització de mesures centrals o clau de l'atenció que haurien de ser sistemàticament monitorades pel sector. Amb els resultats d'aquests indicadors, és necessari potenciar la detecció i implantació d'oportunitats de millora a través dels resultats del monitoratge dels indicadors, i donar resposta a la societat dels resultats obtinguts amb la utilització dels recursos disponibles<sup>13</sup>.

Diferents organitzacions realitzen esforços per unificar els indicadors de qualitat. Per exemple, la National Quality Forum disposa d'estàndards consensuats en diferents àmbits de continuïtat de l'atenció, tenint en compte aspectes relacionats amb la qualitat de vida de la persona i la gestió del risc<sup>14</sup>. Cal destacar el treball desenvolupat per institucions com l'Institut of Medicine, amb la proposta de millora de l'organització de l'atenció a les persones de l'àmbit

socio-sanitari<sup>15</sup>. Els centres vinculats al MEDICARE i el MEDICAID tenen sistemes d'indicadors de qualitat que els ajuden a identificar oportunitats de millora en funció dels resultats obtinguts<sup>16</sup>. Altres experiències i publicacions d'indicadors de qualitat relacionats amb el procés d'atenció destaquen diverses iniciatives, que tenen en compte les dades recollides en el conjunt mínim de bases de dades (CMBD) dels pacients i els resultats esperats amb l'atenció en diferents àmbits<sup>17-20</sup>. També s'ha de tenir en compte el paper de les societats científiques en les recomanacions de bones pràctiques per a l'atenció de les persones en l'àmbit socio-sanitari. A tall d'exemple, es poden citar les associacions de geriatría, neurologia, psiquiatria, cures pal·liatives i altres societats professionals que integren els diferents membres de l'equip interdisciplinari.

A Catalunya, la valoració amb indicadors de qualitat de manera consensuada es va iniciar l'any 1992-1993, amb els indicadors de qualitat dels serveis socio-sanitaris de mitjana i llarga estada, tal i com s'ha comentat prèviament. Aquests indicadors varen ser revisats i revaluats el 1996, amb una millora significativa del sector. Fruit d'aquesta experiència, l'any 2003 es torna a emprendre el projecte amb la revisió dels indicadors avaluats el 1996, amb la finalitat d'identificar nous indicadors consensuats amb el sector.

En el disseny de nous indicadors, cal tenir en compte les tendències amb relació a l'atenció dels pacients. Una d'aquestes prioritats és la millora de la seguretat com un element clau per millorar la qualitat de l'atenció. Cal destacar l'informe de l'Institut of Medicine, on es reforça el concepte que errar és humà i que, per tant, s'han d'activar estratègies per prevenir-ho<sup>21-23</sup>. Dins de les polítiques de la

<sup>13</sup> JCAHO. Evolution of performance measurement at the Joint Commission 1986-2010: A Visioning Document. Joint Commission Accreditation Health Care Organizations. Disponible a: <http://www.jcaho.org/pms/reference+materials/future+goals+and+objectives.htm> [Consulta efectuada el 26/05/05].

<sup>14</sup> NQF. National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: An Initial Performance. A Consensus report. National Quality Forum, Washington 2004. Disponible a: <http://www.qualityforum.org/txnCFINALpublic.pdf> [Consulta efectuada el 26/05/05].

<sup>15</sup> Wunderlich GS, Kohler PO, editores. Committee on Improving Quality in Long-Term Care. Division of Health Care Services. Institute of Medicine, Washington, D.C. Disponible a: <http://www.iom.edu/focuson.asp?id=8089> [Consulta efectuada el 26/06/05].

<sup>16</sup> Abt Associates. National Nursing Home Quality measures. User's manual. Centers for Medicare and Medicaid Services. Cambridge 2004. Disponible a: <http://www.cms.hhs.gov/quality/nhq/QMUsersManual.pdf> [Consulta efectuada el 26/05/05].

<sup>17</sup> Morris JN, Jones RN, Fries BE, Hirdes JP. Convergent validity of minimum data set-based performance quality indicators in postacute care settings. *Am J Med Qual* 2004;19:242-7.

<sup>18</sup> AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible a: <http://www.ahrq.gov/research/ltxic.htm> [Consulta efectuada el 26/05/05].

<sup>19</sup> Lorenz K, Lynn J, Morton SC, Dy S, Mularski R, Shugarman L et al. End-of-Life Care and Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 110. (Prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0003.) AHRQ Publication No. 05-E004-2. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.

<sup>20</sup> CIHI. Development of National Indicators and Reports for Home Care. Final Project Report. Phase 2. Canadian Institut for Health Information. Ontario 2004. Disponible a: [http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw\\_page=process\\_download\\_form\\_e](http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=process_download_form_e) [Consulta efectuada el 26/05/05].

<sup>21</sup> Institute of Medicine, 2000. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Eds.). Washington, D.C.: National Academy Press. Disponible a: <http://www.iom.edu/report.asp?id=5575> [Consulta efectuada el 26/05/05].

<sup>22</sup> IOM. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Washington, D.C., 2001. Disponible a: <http://www.iom.edu/Object.File/Master/27/184/0.pdf> [Consulta efectuada el 26/06/05].

<sup>23</sup> IOM. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM (Eds.). Committee on Data Standards for Patient Safety. Institute of Medicine. Washington, D.C. Disponible a: <http://www.nap.edu/books/0309090776/html/> [Consulta efectuada el 26/06/05].

National Health Service per a la millora de l'atenció dels pacients, s'inclou com a tema clau el monitoratge d'indicadors de seguretat dels pacients, així com l'anàlisi dels resultats obtinguts i la introducció de mesures en funció de l'anàlisi realitzada. En aquest context, s'aconsella crear una cultura de la seguretat en les organitzacions, conduir i donar suport al personal, integrar l'activitat de gestió del risc dins dels processos clau de l'organització, promoure el registre i notificació d'esdeveniments relacionats amb la seguretat dels pacients, involucrar i millorar la comunicació amb els pacients, aprendre i comunicar les lliçons de seguretat preses, i posar en marxa solucions per prevenir fer mal als pacients, mitjançant la introducció de canvis en la pràctica diària<sup>24</sup>. Els objectius del JCAHO pel 2006

en matèria de seguretat en l'atenció dels pacients en àmbits socio-sanitaris inclouen l'adequada identificació dels pacients, la millora de la comunicació entre l'equip d'atenció interdisciplinari, la millora de la seguretat en la prescripció i utilització de la medicació, la reducció dels riscs associats a les infeccions, la reducció dels riscs relacionats amb les caigudes dels pacients, la millora de la cobertura de les vacunes dels pacients i la prevenció de les lesions per pressió, entre altres<sup>25</sup>.

Per una altra banda, existeix un interès creixent per mesurar els resultats que es deriven de l'atenció als ciutadans. La percepció de la qualitat de vida de les persones és fonamental per identificar l'impacte dels resultats de l'atenció que es dona a la persona i a la família en un entorn socio-sanitari<sup>26,27</sup>.

<sup>24</sup> National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. An overview guide for NHS staff. London 2004. Disponible a: <http://www.npsa.nhs.uk/seven-steps> [Consulta efectuada el 26/05/05]

<sup>25</sup> JCHCO. 2006 Long Term Care National Patient Safety Goals. Joint Commission Accreditation Healthcare Organization. Disponible a: [http://www.jcaho.org/accredited+organizations/long+term+care/npsg/06\\_npsg\\_ltc.htm](http://www.jcaho.org/accredited+organizations/long+term+care/npsg/06_npsg_ltc.htm) [Consulta efectuada el 26/05/05].

<sup>26</sup> Schalock R, Verdugo MA. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Alianza Editorial, Madrid 2002.

<sup>27</sup> Badia X, Salameró M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 3ª Ed. Edimac, Barcelona 2002.

### 3 METODOLOGIA D'AVALUACIÓ I MILLORA DE LA QUALITAT

La millora de la qualitat es pot entendre com l'establiment de quina ha de ser, en cada moment, la pràctica considerada correcta a la llum dels coneixements actuals, comparar-la amb la que estem fent, identificar si hi ha problemes i els motius, aplicar els canvis necessaris per millorar-los i, finalment, comprovar si són efectius els canvis portats a terme.

El cercle de la qualitat o el seu equivalent, cicle avaluatiu de qualitat (PDCA), recull a grans trets les passes necessàries per introduir la millora: es parteix del fet que la qualitat s'ha de planificar<sup>28</sup>, introduir-hi les millores proposades, monitorar els canvis i, finalment, poder consolidar en la pràctica diària de manera adaptada allò que s'ha après amb el monitoratge dels resultats.

Per millorar la qualitat existeixen diferents estratègies, entre les més utilitzades hi ha els enfocaments adreçats a la resolució de problemes, l'enfocament per monitoratge de les funcions clau de l'organització, l'abordatge de manera transversal de processos d'atenció de determinades patologies i/o problemes rellevants, etc. En aquest context, ens centrarem en l'apartat del monitoratge dels indicadors de qualitat, ja que permet ser un instrument de millora per a tot un sector, bé sigui mitjançant la mateixa autoavaluació o mitjançant el sistema d'avaluació externa.

Un sistema de monitoratge inclou la mesura i avaluació, de manera periòdica, d'aspectes rellevants de l'atenció, per mitjà de l'ús d'indicadors de qualitat. Aquest sistema requereix definir el tipus d'atenció que es realitza en un determinat servei o centre mitjançant un procés de "dimensionat", que estableixi les principals àrees de treball i creï els indicadors que permeten mesurar-ho. Quan aquests indicadors s'avaluen de manera periòdica, permeten tenir una visió de conjunt de la qualitat del servei i actuar en els casos en què es presentin desviacions.

El monitoratge ha de permetre assegurar que "allò bàsic està bé". Es tracta d'un sistema basat en mesures periòdiques que es contrasten amb un valor de referència. En qualsevol cas, el monitoratge té com a fi últim identificar problemes, situacions millorables o bé desviacions, i els indicadors actuen com una

crida d'atenció o un senyal d'alerta que ens adverteixen d'aquesta possibilitat.

Atès que un indicador és un instrument de mesura que utilitzarem de manera sistemàtica i que el seu resultat es tindrà en compte en la gestió de la qualitat, haurem d'assegurar-nos que reflecteix la realitat.

Per això cal tenir en compte tres característiques o propietats que ha de reunir tot indicador:

- Validesa. Un indicador és vàlid quan compleix l'objectiu d'identificar situacions en què es podria millorar la qualitat de l'atenció.
- Sensibilitat. Quan es detecten tots els casos en què es produeix una situació o problema real de qualitat.
- Especificitat. Quan només es detecten aquells casos en què existeixen problemes de qualitat.

Aquests aspectes s'han de tenir en compte quan es procedeix a la construcció d'indicadors, i s'han de seleccionar aquells amb un grau de validesa, sensibilitat i especificitat més alt.

Els passos que s'han de seguir per dissenyar un sistema de monitoratge per a l'avaluació de la qualitat són els que es mostren a la Figura 2.

Aquest procés implica definir les grans dimensions que s'han d'avaluar i les àrees rellevants, i dissenyar i construir els indicadors corresponents de manera consensuada.

#### Definir les dimensions

Consisteix a especificar l'àmbit de l'assistència que se sotmetrà a monitoratge. Convé definir en aquest procés de dimensionat les activitats professionals, estructures, circuits i tipologia de pacients atesos en els diferents dispositius que intervenen en el procés. Això ens garanteix que cap aspecte important susceptible de millora no serà oblidat.

#### Seleccionar els aspectes més rellevants

Es tracta de prioritzar els aspectes més importants relacionats amb el procés definit. Podem utilitzar criteris diferents de prioritització, com ara:

<sup>28</sup> Juran JM, Godfrey AB, editores. Juran's Quality Handbook. 5th ed. Nueva York: McGraw-Hill; 1999.

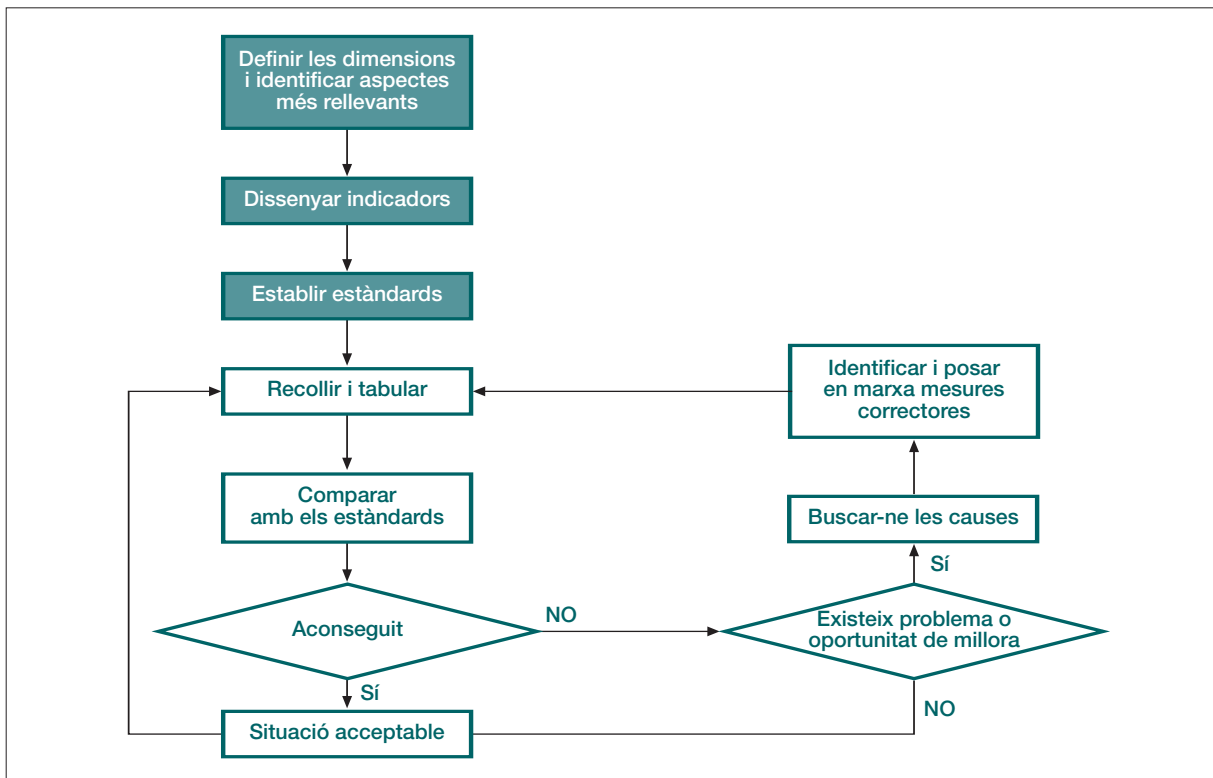


Figura 2. Passos per dissenyar i avaluar un sistema de monitoratge i avaluació de la qualitat. (Font: Modificat de *Criteris de qualitat en l'Atenció Primària de Salut* [SCMFyC], 1993.)

- Nombre de clients o pacients afectats.
- Risc de l'activitat per al pacient.
- Cost assumible pel sector.
- Possibilitat que sigui desenvolupada pel sector en els propers dos a tres anys.

### Dissenyar i construir els indicadors i els seus estàndards

L'indicador de qualitat és la mesura quantitativa que s'utilitza com a guia per controlar i valorar la qualitat d'aspectes importants de la pràctica assistencial. Per a la construcció d'indicadors és recomanable definir i considerar una sèrie d'apartats que seran d'ajuda per seleccionar-ne els que reuneixin les millors característiques. A la taula de la pàgina següent s'enumeren aquests apartats i el seu significat.

#### Recollir i tabular

Es tracta de la recollida i tabulació periòdica de resultats. Les valoracions d'indicadors requereixen una valoració diagnòstica del punt de partida, amb la finalitat d'identificar la situació de cada centre i del

sector amb relació als indicadors proposats. Una vegada efectuada aquesta valoració diagnòstica, s'identifiquen àrees i oportunitats de millora per ser desenvolupades pels centres en els propers dos a tres anys. Una vegada finalitzat aquest període, es realitza una nova valoració, amb la finalitat d'identificar les millores aconseguides en els centres i en el sector dels indicadors pactats. Per identificar si un indicador ha estat assolit, es compara amb l'estàndard prèviament pactat en els indicadors dissenyats.

#### Interpretació de resultats i propostes de millora

Amb l'informe dels resultats aconseguits en la valoració d'indicadors de qualitat, caldrà realitzar una anàlisi a cada centre i servei, amb la finalitat d'identificar oportunitats de millora en funció dels elements de mesura de l'indicador que no s'hagin assolit. Aquest fet pot comportar l'inici d'un projecte de millora per part dels equips. Una vegada identificades les causes, proposades les accions de millora i ja implantades, es continua amb la mesura sistemàtica de l'indicador, i s'ha d'observar si les accions portades a terme han produït les millores desitjades.

### Model de fitxa tècnica utilitzat per al disseny dels criteris de bona pràctica

<b>Criteri:</b>	Judici de bona pràctica
<b>Nom de l'indicador:</b>	Nom i enunciat de l'aspecte que es vol mesurar.
<b>Dimensió:</b>	Característica o atribut de l'assistència que es valora.
<b>Àrea rellevant:</b>	Aspecte específic que es valora.
<b>Justificació:</b>	Explicació dels propòsits i raó de ser de l'indicador. Utilitat de l'indicador com a mesura de la qualitat. Es relaciona amb la validesa; és a dir, el que volem mesurar té sentit?
<b>Fórmula:</b>	Sistema de mesura de l'indicador. Expressió matemàtica que reflectirà el resultat de la mesura. Habitualment s'expressa en forma de percentatge, però també pot fer-se com una mitjana o un nombre absolut.
<b>Explicació de termes:</b>	Explicitació dels conceptes i elements de mesura inclosos en el numerador i el denominador de l'indicador. Definició de termes de l'indicador que puguin ser ambigus.
<b>Població:</b>	Definició clara de la unitat d'estudi, amb especificació dels criteris d'inclusió o exclusió <sup>29</sup> . Explicitació de la població referida en cada cas. Pel que fa als indicadors de taxa, la població del numerador (aquella que compleix les condicions de l'indicador) sempre és una part de la població total del denominador. Per tant, el denominador inclou el nombre total de casos revisats. Es poden revisar la totalitat dels casos que compleixen els criteris d'inclusió dels diferents indicadors o una mostra. En aquest cas, caldrà fer una selecció de casos que siguin representatius del conjunt de la població utilitzant les tècniques de mostreig.
<b>Tipus:</b>	Estructura, procés o resultat:  <i>Estructura:</i> elements necessaris per a l'atenció, tant pel que fa a recursos humans, com tecnologies o protocols.  <i>Procés:</i> manera en què es desenvolupa l'atenció.  <i>Resultat:</i> conseqüències de l'atenció.
<b>Fonts de les dades:</b>	Explicació de l'origen de la informació per verificar el grau d'acompliment de l'indicador. Seqüència d'obtenció de dades.
<b>Estàndard:</b>	Grau desitjable d'acompliment del criteri.
<b>Comentaris:</b>	Descripció d'aclariments si procedeixen. Reflexió sobre la validesa de l'indicador. Identificació dels possibles factors de confusió. També inclou aspectes que poden ajudar a una millor clarificació de l'indicador.

<sup>29</sup> En fer la quantificació de l'indicador, no sempre és necessari ni factible mesurar sobre la totalitat de la població definida. En aquests casos es recorre a la revisió d'una mostra. Per escollir la mostra serà necessari tenir en compte el nombre d'unitats necessàries (grandària) i les condicions de selecció aleatòria perquè el resultat de l'indicador sigui considerat representatiu.

## 4 METODOLOGIA D'ELABORACIÓ DELS INDICADORS DE SERVEIS SOCIOSANITARIS

Atès que l'objectiu d'aquest projecte és establir els indicadors d'avaluació externa consensuats dels serveis socio-sanitaris, descrivim a continuació la metodologia utilitzada.

En la Figura 3 s'exposa l'esquema per al desenvolupament dels indicadors de qualitat que es va utilitzar, tant per a la formació dels grups de treball segons la procedència per tipus de dispositiu, com per la manera com s'articula la proposta d'indicadors realitzada. El treball es va realitzar amb diferents grups de consens.

Els participants dels diferents grups es van seleccionar tenint en compte la composició dels membres de l'equip interdisciplinari que configuren cadascun dels dispositius socio-sanitaris, la representació de les entitats patronals del sector, els gestors dels centres, els professionals, els representants de les societats

científiques, i els representants dels usuaris i de la mateixa administració. També es va tenir en compte la distribució territorial dels diferents participants en el treball de consens dels indicadors. El nombre total de persones que van participar de manera activa en tot el procés va ser de 76, en representació de 63 organitzacions o institucions del sector socio-sanitari.

Per portar a terme el treball s'han fet les activitats següents:

- Donar una formació bàsica als components del grup.
- Revisar els indicadors anteriors i el grau d'assoliment.
- Identificar les àrees prioritàries d'avaluació comunes a tots els serveis i els dispositius que cobria la divisió socio-sanitària.

	Mitjana estada			Llarga estada			UFISS		PADES	Hospitals de dia		EAIA		
	Convalescència	Cures paliatives	Psicogeriatría	Geriatría	Malalties neurodegeneratives	Demència	Geriatría	Cures paliatives		Geriatría	Malalties neurodegeneratives	Geriatría	Cures paliatives	Alzheimer
Demència														
Neurodegeneratives														
Geriatría														
Paliatiu														
Propis del dispositiu														
Comuns a tots														

Figura 3. Esquema utilitzat per a la configuració dels grups de treball per a l'elaboració dels indicadors de qualitat. UFISS: Unitat Funcional Interdisciplinària Socio-sanitària; PADES: Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport; EAIA: Equips d'Avaluació Integral Ambulatòria.

- Pactar els nous criteris d'avaluació que s'utilitzaran globalment.
- Fer treballs de grup per establir i consensuar els criteris d'avaluació que s'utilitzaran en cada dispositiu socio-sanitari.
- Fer treballs de grup per establir i consensuar els criteris d'avaluació que s'utilitzaran per cada línia assistencial.
- Revisar i consensuar amb el grup general els indicadors proposats pels grups específics.
- Consensuar els estàndards d'acompliment recomanables dels nous criteris.
- Pactar les condicions específiques per a l'avaluació de cada indicador proposat.

La metodologia utilitzada per al disseny dels indicadors ha estat desenvolupada en quatre etapes. En cadascuna d'aquestes etapes es van formar grups de treball específics en funció de la temàtica que calia abordar:

1. Formació del grup de treball general. Aquest grup de treball va revisar tots els indicadors avaluats l'any 1996 i va prioritzar els indicadors de qualitat comuns a tots els dispositius d'atenció. Es van definir un total de 20 indicadors, agrupats en quatre dimensions bàsiques:
  - Atenció als pacients i la família.
  - Aspectes relacionals i drets de les persones.
  - Organització i gestió del centre.
  - Coordinació de l'atenció.
2. Formació dels grups de treball per tipus de dispositiu. Es van crear sis grups de treball amb representants dels diferents professionals i tipologia de centres. Per cada tipus de dispositiu es van dissenyar de cinc a set indicadors. Els indicadors comuns dels serveis d'hospitalització es presenten de manera agrupada a l'inici de la presentació d'indicadors d'aquest grup. Els grups que es varen crear van ser els següents:
  - Mitjana estada (convalescència, psicogeriatría, cures pal·liatives i mitjana estada polivalent).
  - Llarga estada.
  - Hospital de dia.
  - Unitat Funcional Interdisciplinària Socio-sanitària (UFISS) i Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES).
  - Equips d'Avaluació Integral Ambulatòria (EAlA).
3. Formació dels grups de treball per línia d'atenció. Es van crear quatre grups de treball amb representants dels diferents professionals i tipologia de centres. Per cada tipus de dispositiu es van dissenyar

una mitjana de cinc indicadors. Els grups que es varen crear van ser els següents:

- Geriatria.
- Demència/Alzheimer.
- Malalties neurodegeneratives que cursen amb discapacitat (MND).
- Pal·liatius.

4. Una vegada dissenyats els indicadors específics, el grup general de la primera fase va tornar a revisar el conjunt d'indicadors per assegurar-ne l'adequació i viabilitat de desenvolupament pel sector en els propers tres anys.

De forma resumida, la manera com s'integren els diferents grups de treball es pot consultar en la (Figura 4).

Per iniciar la dinàmica de treball, cadascun dels 12 grups creats va indicar quins eren els objectius que el sector socio-sanitari hauria de desenvolupar en els propers dos a tres anys per donar resposta a les necessitats d'atenció del pacient i la família. Posteriorment, es van concretar els temes prioritaris que calia abordar, es van proposar els indicadors tenint en compte les diferents àrees rellevants, i es va posar un èmfasi especial en la definició de termes dels indicadors, amb la finalitat de facilitar-ne la implantació per part del sector.

La metodologia emprada pels grups ha consistit en el treball presencial en reunions del grup específic, treball amb els companys del centre de treball i, posteriorment, reunions de consens amb el grup de treball. Una vegada finalitzada cada etapa del grup de treball, aquesta proposta passa a retroalimentar els següents grups de treball, amb les conseqüents propostes de millora. La fase final del projecte, a més de les rondes de consens utilitzant la tècnica Delphi amb integrants del grup de treball, va comptar amb la revisió final dels indicadors per part del grup general.

Per identificar els indicadors consensuats i que s'avaluen per a cada tipus de dispositiu, a continuació es presenten de manera esquemàtica els indicadors que procedeix avaluar (Figura 5).

Com es pot apreciar, a cada dispositiu s'avaluarà els indicadors generals (20), els indicadors específics per tipus de dispositiu (5 a 7) i els indicadors específics per línia d'atenció (5 a 6), és a dir, una mitjana de 31 a 33 indicadors per dispositiu. El nombre total d'indicadors que han estat dissenyats es de 76.

En funció de la tipologia de dispositius que tingui cada centre, s'avaluaran els indicadors específics per a cada tipus de dispositiu i aquells indicadors per línia d'atenció que cal avaluar a cada dispositiu concret. Per valorar els indicadors generals d'un centre socio-sanitari, la mostra serà la dels diferents dispositius d'atenció acreditats.



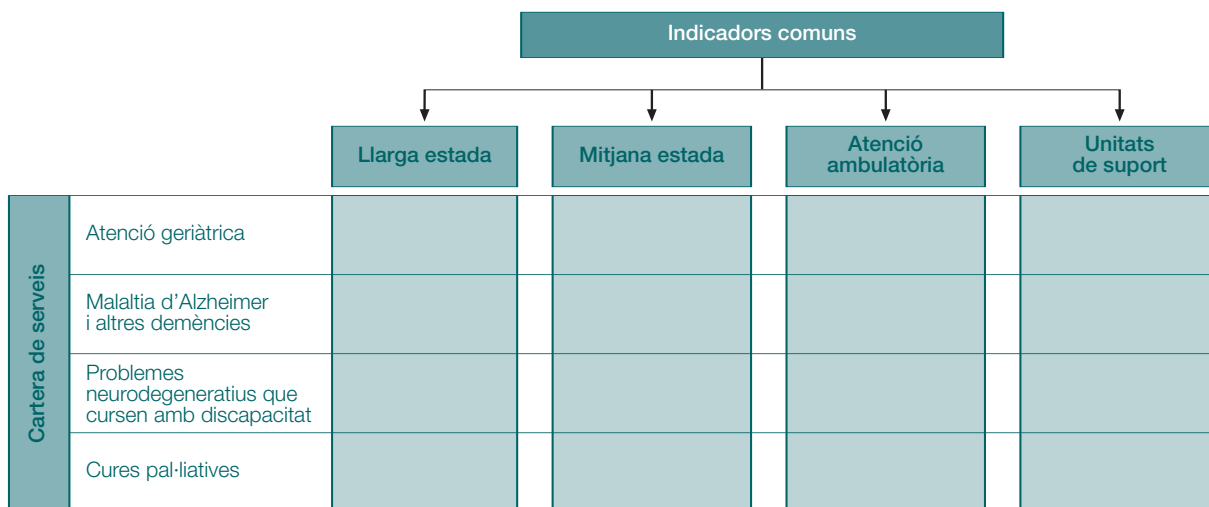


Figura 4. Esquema dels grups de treball.

Cal tenir en compte que els indicadors són instruments de mesura que ens permeten expressar quantitativament aspectes de l'assistència, l'organització o la gestió i que, alhora, serveixen de guia per avaluar la qualitat o l'adequació de les activitats que es porten a terme.

Quan aquests indicadors es mesuren de manera periòdica i sistemàtica, ens donen informació del

procés i de les seves tendències. Això permet identificar problemes o oportunitats de millora, i introduir les modificacions necessàries en el procés, per tal d'aconseguir una millora contínua de la qualitat del treball assistencial.

Una vegada dissenyats els indicadors, en una segona etapa es realitza la revisió dels indicadors per tal d'avaluar el nivell de qualitat de cadascun dels

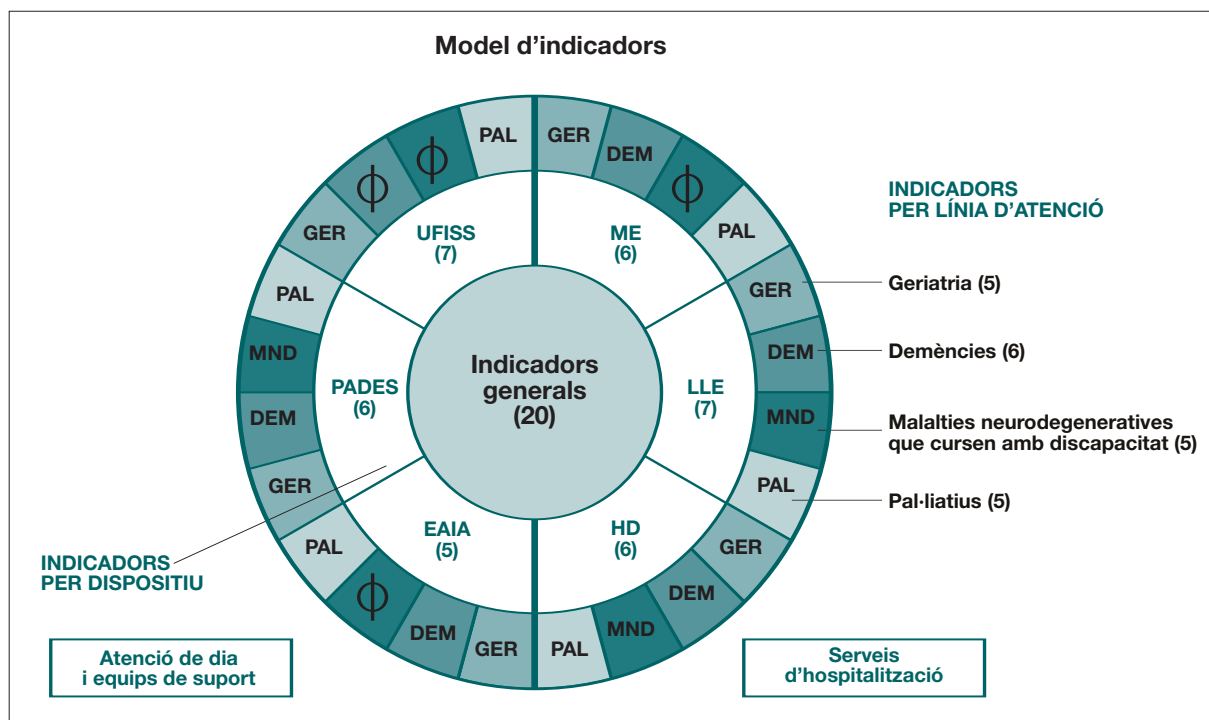


Figura 5. Esquema de la proposta final d'indicadors sociosanitaris. ME: mitjana estada; LLE: llarga estada; HD: Hospitals de dia; EAIA: Equips d'Atenció Integral Ambulatoria; PADES: Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport; UFISS: Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària.

àmbits inclosos en el projecte i determinar la situació del sector vers la qualitat de l'atenció.

A continuació, en l'apartat de resultats, es presentarà en primer terme els indicadors generals consensuats amb els grups de treball. Després es presentaran els indicadors per tipus de dispositiu i, finalment, es

presentaran els indicadors prioritzats per línia d'atenció. De totes maneres, hi ha indicadors que, encara que estiguin assignats a un dispositiu o línia d'atenció concreta, la gran majoria podrien ser utilitzats com a criteris de bones pràctiques d'implantació recomanada de manera transversal de tota l'organització.

# INDICADORS 5

INDICADORS GENERALS

5.1

## DIMENSIÓ 1: ATENCIÓ ALS PACIENTS I LA FAMÍLIA

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Control de símptomes	1 (GEN)	Els pacients atesos tenen una valoració del dolor, per poder instaurar mesures oportunes i adequades pel seu abordatge i valorar-ne l'efectivitat.	80%
Seguretat dels pacients	2 (GEN)	Els pacients atesos tenen una valoració dels principals riscos en el moment d'ingressar o a l'inici de l'atenció, i de manera periòdica, per identificar la necessitat d'establir mesures preventives i de control dels factors relacionats amb aquests riscos.	90%
Seguretat dels pacients	3 (GEN)	Els pacients atesos tenen una valoració dels principals riscos d'esdeveniments sentinella quan ingressen o a l'inici de l'atenció, i de manera periòdica, per identificar la necessitat d'establir mesures preventives.	90%
Seguretat dels pacients	4 (GEN)	Els serveis o unitats on són atesos els pacients tenen disposen un programa de prevenció de caigudes.	100%
Seguretat dels pacients	5 (GEN)	Els professionals apliquen mesures per a la prevenció del <i>delirium</i> o síndrome confusional aguda en els pacients que atenen.	80%
Seguretat dels pacients	6 (GEN)	El centre té un sistema de detecció, monitoratge i millora dels processos bàsics relacionats amb la seguretat de la medicació.	100%
Nutrició	7 (GEN)	Els pacients amb risc nutricional tenen una atenció específica per cobrir les seves necessitats.	80%
Educació al pacient i la família	8 (GEN)	Els pacients i les seves famílies tenen elaborat un pla educatiu, en funció de la valoració de les seves necessitats, per afavorir l'adaptació als nous condicionants de salut i a les noves situacions a les quals s'han d'adaptar.	80%

## DIMENSIÓ 2: ASPECTES RELACIONALS I DRETS DE LA PERSONA

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Aspectes ètics	9 (GEN)	El centre desenvolupa instruments que ajuden a garantir l'abordatge dels temes ètics en la pràctica diària de l'organització.	90%
Aspectes ètics	10 (GEN)	El centre vetlla perquè els pacients disposin de la informació per a la presa de decisions quan s'ha de realitzar un procés que pugui implicar un risc per al pacient.	80%
Comunicació del pacient	11 (GEN)	El centre disposa de sistemes que afavoreixin la comunicació en persones amb dificultat per expressar-se.	90%
Comunicació del pacient	12 (GEN)	Els pacients amb alteració sensorial per pèrdua de visió o audició tenen una valoració de les seves necessitats, i s'especifica el tipus de suport o ajuda que necessiten per millorar la interacció amb l'entorn.	70%
Satisfacció dels usuaris	13 (GEN)	El pacients atesos als serveis socio-sanitaris tenen un grau de satisfacció alt dels serveis rebuts.	100%
Qualitat de vida percebuda	14 (GEN)	Els pacients atesos en dispositius socio-sanitaris tenen una valoració periòdica de la seva qualitat de vida percebuda amb relació a la salut.	70%
Relació amb la família	15 (GEN)	El centre promou la vinculació de la família dins el procés d'atenció dels pacients.	90%

### DIMENSIÓ 3: ORGANITZACIÓ I GESTIÓ DEL CENTRE

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Gestió del coneixement	16 (GEN)	Els membres de l'equip assistencial realitzen regularment activitats de formació continuada, docència i recerca per al manteniment i millora de les seves competències.	66%
Gestió de la qualitat	17 (GEN)	El centre disposa d'un quadre de comandament d'indicadors de qualitat i de gestió del risc relacionat amb l'atenció del pacient, amb la finalitat de contribuir a la millora d'aquesta atenció.	80%

### DIMENSIÓ 4: COORDINACIÓ DE L'ATENCIÓ

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Continuïtat de l'atenció	18 (GEN)	Quan es dona l'alta els pacients, se'ls hi proporciona un informe d'alta que integra les diferents àrees que han intervingut en el procés d'atenció.	90%
Continuïtat de l'atenció	19 (GEN)	El centre facilita la informació necessària per assegurar la continuïtat de l'assistència quan un pacient és derivat o traslladat a un servei d'urgències o a altres serveis o unitats.	90%
Continuïtat de l'atenció	20 (GEN)	La unitat té definida la sistemàtica de coordinació i de millora de la continuïtat de l'atenció tant dins com fora de la unitat.	90%

**Dimensió 1:  
Atenció als pacients i la família**



Àrea rellevant:

## Control de símptomes

**Criteri:** *Els pacients atesos tenen una valoració del dolor, per poder instaurar mesures oportunes i adequades pel seu abordatge i valorar-ne l'efectivitat.*

**Nom de l'indicador (núm. 1 GEN):** Valoració del dolor.

**Justificació:** La prevalença de dolor en el centres és alta i presenta un infradiagnòstic i tractament. Per aquest motiu esdevé fonamental detectar els pacients que presenten dolor, amb la finalitat de poder realitzar un abordatge integral del tractament, atès l'impacte que té en la qualitat de vida de la persona.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb valoració del dolor}}{\text{Nombre total de pacients atesos al servei o unitat}} \times 100$$

**Definició de termes:** S'entén per valoració del dolor quan es tenen en compte, com a mínim, els següents apartats:

- Valoració del dolor quan ingressen i de manera periòdica en tots els pacients ingressats<sup>30</sup>.
- En el pacient amb dolor es realitza una valoració de les característiques, intensitat, localització i factors relacionats amb l'aparició i/o disminució d'aquest dolor.

La valoració del dolor s'ha de realitzar de manera sistemàtica a tot pacient atès als serveis socio-sanitaris, des del moment de l'ingrés o en la primera visita, i de manera periòdica segons el protocol establert pel centre.

**Fonts de dades:** Històries clíniques.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 80%.

Àrea rellevant:

## Seguretat dels pacients

**Criteri:** *Els pacients atesos tenen una valoració dels principals riscos quan ingressen o a l'inici de l'atenció, i de manera periòdica, per identificar la necessitat d'establir mesures preventives i de control dels factors relacionats amb aquests riscos.*

**Nom de l'indicador (núm. 2 GEN):** Valoració de riscos.

**Justificació:** La detecció de riscos del pacient esdevé fonamental per activar un seguit de mesures per prevenir i detectar-ne l'aparició.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb valoració periòdica de riscos mitjançant una escala validada o de consens}}{\text{Total de pacients atesos al servei o unitat}} \times 100$$

**Definició de termes:** Des del moment de l'ingrés i després de manera periòdica, quan es realitza la revaluació del pla, es realitzarà una valoració dels següents riscos del pacient:

- Risc de lesions per pressió.
- Risc de caigudes<sup>31</sup>.
- Risc de desnutrició.

Per valorar aquests riscos s'utilitzaran escales validades o de consens del sector. La periodicitat de la valoració d'aquestes escales serà quan ingressi i en cada revisió del pla terapèutic: cada 21 dies a les unitats de mitjana estada i cada quatre mesos en les unitats de llarga estada. En els pacients atesos en dispositius ambulatoris, també es farà una valoració inicial i un seguiment segons el protocol, tenint en compte els canvis que poden produir-se en la situació del pacient.

<sup>30</sup> Cas que no hi hagi cap protocol de valoració del dolor a la unitat, que especifiqui la periodicitat de la valoració, com a mínim, s'ha de reavaluar el dolor amb cada valoració del pacient per a la reformulació del pla terapèutic. Si el pacient presenta dolor, la freqüència de la valoració s'ajustarà a les necessitats i situació de cada pacient.

<sup>31</sup> El risc de caiguda es pot avaluar mitjançant criteris clínics, que poden anar acompanyats d'altres escales per valorar l'equilibri i la marxa de la persona.

**Fonts de dades:** Documentació del centre, història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

Àrea rellevant:

### Seguretat dels pacients

**Criteri:** *Els pacients atesos tenen una valoració dels principals riscos d'esdeveniments sentinella quan ingresen o a l'inici de l'atenció, i de manera periòdica, per identificar la necessitat d'establir mesures preventives.*

**Nom de l'indicador (núm. 3 GEN):** Valoració de riscos.

**Justificació:** El problema de la seguretat dels pacients és un dels temes prioritaris de les polítiques de salut als països líders en la millora de la qualitat. La gestió dels riscos esdevé fonamental, no tan sols pel que fa a la morbiditat sobreafeçada que pugui representar per als pacients, sinó també pels importants costos que implica. Les unitats sociosanitàries han de detectar el risc i activar estratègies per ajudar a disminuir la incidència de lesions accidentals atribuïbles als processos de l'atenció. Cal tenir en compte que la millora de la seguretat prové de les interaccions dels components que minimitzen l'aparició dels errors i maximitza la probabilitat d'interceptar-los abans que apareguin<sup>32</sup>.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb valoració de riscos d'esdeveniments sentinella}}{\text{Total de pacients atesos al servei o unitat}} \times 100$$

**Comentaris:** Aquest indicador només valora la realització de la detecció del risc per part dels professionals del centre i no n'avalua la incidència. Es desdoblà per avaluar de manera diferenciada la valoració a l'ingrés de la valoració periòdica.

**Definició de termes:** Des del moment de l'ingrés o a l'inici de l'atenció, i després de manera periòdica, quan es realitza la reavaluació del pla, es realitzarà una valoració dels següents riscos del pacient:

- Sospita de maltractament, negligència o abús.
- Risc d'heterolesió.
- Risc de suïcidi.
- Risc de fuga.

En els dispositius ambulatoris, aquesta valoració es farà com a mínim a l'ingrés, quan existeixi un canvi significatiu en la situació del pacient i quan es realitzi una reavaluació del pla, o bé, com a mínim, de manera anual.

**Fonts de dades:** Història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** Aquest indicador tan sols avalua la detecció dels riscos d'esdeveniments sentinella per part dels professionals, sense entrar a avaluar la freqüència del risc detectat. Es desdoblà per avaluar de manera diferenciada la valoració a l'ingrés de la valoració periòdica.

<sup>32</sup> Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999. # 0-309-06837-1. Disponible a <http://books.nap.edu/catalog/9728.html>  
Agency of Health Research and Quality. AHRQ's Patient Safety Initiative: Building Foundations, Reducing Risk. Disponible en [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)  
World Health Organization [www.who.int]. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. Washington, DC. [Actualitzada l'octubre 2004; visitada el desembre 2004]. Disponible: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)

Àrea rellevant:

**Seguretat dels pacients**

**Criteri:** *Els serveis o unitats on són atesos els pacients disposen d'un programa de prevenció de caigudes.*

**Nom de l'indicador (núm. 4 GEN):** Prevenció de caigudes.

**Justificació:** És fonamental detectar i gestionar el risc per millorar la seguretat dels pacients. El fet de disposar del protocol de control i prevenció de caigudes ajuda els equips a reflexionar sobre les estratègies d'intervenció, tant pel que fa a l'entorn com pel que fa al control dels factors de risc dels pacients. La valoració sistemàtica del risc de caigudes ajuda a activar mesures preventives en funció dels riscos. Quan s'ha produït una caiguda, és necessari valorar-ne, no tan sols la incidència, sinó també poder identificar si les causes han estat per un tema estructural, de l'entorn o de tipus organitzatiu, o bé si s'han produït en residents amb risc alt de caiguda, per poder establir un programa preventiu en funció dels factors de risc.

**Fórmula:** Existència d'un programa de prevenció de les caigudes.

**Definició de termes:** El programa de prevenció de caigudes implica que:

- El centre compta amb un sistema de monitoratge de caigudes.
- Quan es produeix una caiguda, el full de registre inclou: hora de la caiguda, factors de risc, mesures preventives aplicades, circumstàncies de la caiguda i conseqüències de la caiguda.
- Es compta amb un estudi de quantificació anual, amb l'anàlisi dels factors relacionats amb les caigudes i amb propostes de millora en funció dels resultats obtinguts.

**Fonts de dades:** Documentació del centre.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 100%.

**Comentaris:**

Cal recordar que quan hi ha risc de caiguda la restricció o immobilització de la persona no és un criteri d'indicació de primera elecció, sinó d'última<sup>33</sup>.

El centre ha d'endegar mesures per disminuir el risc de caigudes (terra antilliscant, senyalització quan el sòl és humit, senyalització dels canvis de nivells, esglaons), tenint en compte els resultats obtinguts.

Àrea rellevant:

**Seguretat dels pacients**

**Criteri:** *Els professionals apliquen mesures per a la prevenció del delirium o síndrome confusional aguda en els pacients que atenen.*

**Nom de l'indicador (núm. 5 GEN):** Protocol de delirium.

**Justificació:** És necessari abordar el tema, ja que poden presentar un quadre de síndrome confusional aguda entre el 10 i el 60% dels malalts grans amb

patologia aguda<sup>34</sup> i de convalescència, entre el 22 i el 89% dels pacients de les unitats de llarga estada o psicogeriatría<sup>35-37</sup> i al voltant del 80% dels malalts oncològics durant els últims dies<sup>38</sup>. Per això és imprescindible activar mesures per detectar i prevenir-ne la incidència, amb un enfocament multifactorial i interdisciplinari.

**Fórmula:** Existència del protocol de prevenció, detecció i tractament de la síndrome confusional aguda.

<sup>33</sup> Departament de Sanitat i Seguretat Social. L'ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives en pacients psiquiàtrics i persones demenciades. Comitè de Bioètica de Catalunya, Barcelona 2002.

<sup>34</sup> Inouye SK. Prevention of delirium in hospitalized older patients: Risk factors and targeted intervention strategies. *Ann Med* 2000;32:257-63.

<sup>35</sup> Britton A, Russell R. Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD000395.

<sup>36</sup> Meagher D. Delirium: Optimising management. *MBJ* 2001;322:144-9.

<sup>37</sup> Huang SC, Tsai SJ, Chan CH, Hwang JP, Sim CB. Characteristics and outcome of delirium in psychiatric inpatients. *Psychiatry Clin Neurosc* 1998;52:47-50.

<sup>38</sup> Centeno C. *Medicina Paliativa* 2003;1:24-35.

Centeno C. *Medicina Paliativa* 2003;3:149-56.

Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. *Palliat Med* 2004;18:184-94.

**Definició de termes:** El protocol de prevenció, detecció i tractament de la síndrome confusional aguda ha d'especificar l'abordatge multifactorial que es proposa desenvolupar dins el programa de prevenció del *delirium*.

El protocol inclou, com a mínim, els següents apartats:

- Descripció dels objectius i població a la qual s'adreça.
- Sistema de valoració i revaloració del pacient.
- Sistemàtica d'actuació:
  - Mesures preventives aplicades a població de risc.
  - Tractament farmacològic i no farmacològic.
  - Intervenció sobre l'entorn.
- Algoritme de presa de decisions (recomanable).
- Sistema de seguiment i avaluació del protocol.

El protocol ha de ser vigent: ha d'estar elaborat, avaluat o revisat durant els tres últims anys.

**Fonts de dades:** Documentació del centre.

**Tipus:** Estructura.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** De manera complementària, en l'avaluació d'aquest indicador es valorarà l'existència d'un registre del nombre d'episodis que s'han presentat durant l'últim any, i la valoració de l'eficàcia del programa. Els resultats obtinguts no afectaran els resultats de l'indicador.

Àrea rellevant:

### Seguretat dels pacients

**Criteri:** *El centre té un sistema de detecció, monitoratge i millora dels processos bàsics relacionats amb la seguretat de la medicació.*

**Nom de l'indicador (núm. 6 GEN):** Seguretat en l'ús de la medicació.

**Justificació:** És necessari disposar d'un procediment per garantir la qualitat dels processos de gestió dels medicaments i registrar-ne els efectes adversos. Els tractaments farmacològics poden produir esdeveniments no desitjats, i és necessari vetllar per la seguretat en els diferents processos d'administració de medicació. Cal disposar de sistemes que puguin ajudar a detectar possibles errors de medicació, amb la finalitat de poder activar mesures preventives.

**Fórmula:** Existència d'un sistema de notificació, prevenció i avaluació dels esdeveniments adversos previsibles en l'administració de medicació.

**Definició de termes:** L'existència d'un sistema de notificació i prevenció dels esdeveniments adversos previsibles en l'ús de medicació implica, com a mínim, els següents aspectes:

- Existència d'un sistema de detecció i notificació d'errors de medicació, per a la millora de la segu-

retat de la medicació en els processos bàsics de prescripció, dispensació i administració de medicació.

- Existència d'un estudi, com a mínim anual, en què es realitza una anàlisi i propostes de millora en funció dels resultats obtinguts.

**Fonts de dades:** Documentació del centre i documentació del servei de farmàcia.

**Tipus:** Estructura.

**Estàndard:** 100%.

**Comentaris:** A la web <http://www.errorsmedicacio.org> els centres poden donar-se d'alta com a centre notificador i obtenir una anàlisi comparativa dels seus resultats en relació amb la resta de centres notificadors de Catalunya.

Per millorar la seguretat en l'administració de la medicació, entre altres mesures, cal que el centre tingui una guia farmacològica amb recomanacions per a l'ús dels fàrmacs més habituals, on es recullen: característiques de les diferents presentacions, possibilitats de preparació (barreges amb aliments, amb altres fàrmacs, etc.), formes d'administració dels fàrmacs, interaccions amb els fàrmacs d'ús comú i descripció de les reaccions adverses dels fàrmacs més habituals.

Àrea rellevant:

**Nutrició**

**Criteri:** *Els pacients amb risc nutricional tenen una atenció específica per cobrir les seves necessitats.*

**Nom de l'indicador (núm. 7 GEN):** Atenció nutricional.

**Justificació:** L'organització ha de comptar amb un sistema que afavoreixi la satisfacció de les necessitats dels pacients amb risc nutricional. Cal assegurar l'adequada ingesta i aportació hídrica, adaptada en funció de les característiques i requeriments de cada persona. Els serveis socio-sanitaris han d'afavorir les adaptacions i la utilització de dispositius que millorin l'alimentació i nutrició de la persona oferint varietat de dietes amb textures adaptades.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb aplicació dels plans d'intervenció pel suport nutricional}}{\text{Total de pacients amb risc nutricional atesos al servei o unitat}} \times 100$$

**Definició de termes:** Tots els pacients han de tenir una valoració dels risc nutricional inicial i periòdica<sup>39</sup>, en cada revisió del pla terapèutic.

Els pacients amb risc nutricional mitjà o alt han de disposar de:

- Un pla d'intervenció ajustat als objectius terapèutics en persones en les quals es detecta risc nutricional.
- Una dieta dels pacients que inclogui la descripció de les adaptacions necessàries, la via d'administració, i on constin les al·lèrgies i intoleràncies alimentàries.
- Un sistema per garantir l'aportació hídrica.
- Un sistema per adequar i donar suport a les persones amb dificultats d'alimentació.

En la història clínica s'identificarà com s'aplica el programa nutricional a cada pacient en funció del risc detectat.

**Fonts de dades:** Història clínica i documentació del centre.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** En els dispositius ambulatoris, s'avaluaran els elements de mesura que es descriuen a la definició de termes en funció de la naturalesa del recurs.

Àrea rellevant:

**Educació al pacient i la família**

**Criteri:** *Els pacients i les seves famílies tenen elaborat un pla educatiu, en funció de la valoració de les seves necessitats, per afavorir l'adaptació als nous condicionants de salut i les noves situacions a les quals s'han d'adaptar.*

**Nom de l'indicador (núm. 8 GEN):** Educació al pacient i la família.

**Justificació:** És freqüent el desconeixement dels pacients i de la família sobre la malaltia, les limitacions que se'n deriven, les noves mesures quotidianes que hauran d'aplicar i la possible evolució. Aquest desconeixement pot dificultar l'afrontament

i comprensió de la nova situació, i en pot limitar la col·laboració, per tant, els professionals han d'assegurar-se que tant els pacients com els familiars reben la informació suficient i d'una manera entenedora.

La família, dins el procés d'atenció, és un element clau de suport al pacient. La detecció de les necessitats, tant del pacient com de la família o cuidador principal sobre l'atenció, és fonamental per assegurar l'abordatge integral en l'entorn del pacient i la continuïtat dels processos d'atenció. Cal tenir cura en tot moment d'evitar els riscos de claudicació familiar per sobrecàrrega del cuidador.

<sup>39</sup> En els pacients en situació de malaltia terminal o molt avançada, s'adaptarà la periodicitat de la revisió de la valoració nutricional a la situació de cada pacient.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb pla educatiu individualitzat ajustat a la valoració de les necessitats educatives}}{\text{Total de pacients atesos al servei o unitat}} \times 100$$

**Definició de termes:** Es comprovarà a la història clínica que hi ha un programa educatiu per al pacient:

- Cada pacient disposarà d'una valoració de les seves necessitats educatives i de les de la seva família<sup>40</sup>.
- El pla d'educació, formació i/o ensinistrament de cada pacient, família i cuidador principal inclourà les activitats individuals o grupals que es preveu que els diferents membres de l'equip interdisciplinari portin a terme.

Aquest pla d'educació ha d'explicitar clarament els objectius que es pretenen assolir, així com les estratègies necessàries pel seu assoliment.

**Fonts d'informació:** Història clínica del pacient i documentació de la unitat.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** En la valoració de les necessitats educatives i de suport a la família, es recomana tenir en compte:

- Sistema d'informació i assessorament. Educació relacionada amb les necessitats del pacient.
- Processos per afavorir l'afrontament i acceptació de la malaltia o nova situació. Abordatge per tractar situacions de dol.
- Valoració del grau de coneixement de la malaltia i de la capacitat cuidadora.
- Informació sobre l'adequació de l'entorn per afavorir l'autonomia.
- Mesures de contenció emocional i suport actives. Actuacions davant el risc de claudicació familiar.

Per facilitar la realització de la valoració de les necessitats educatives del pacient i la família, cal l'elaboració d'un pla d'educació i valorar el grau d'assoliment dels objectius plantejats. S'aconsella el desenvolupament d'un programa d'educació al pacient en la unitat, servei o centre<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> En la valoració de les necessitats educatives cal tenir en compte allò que necessita aprendre el pacient o la família, la voluntat o desig per aprendre i les barreres que puguin dificultar aquest procés.

<sup>41</sup> S'aconsella que el programa educatiu del pacient i de la família inclogui la descripció dels següents apartats:

1. Descripció del programa educatiu: objectius, població diana, activitats ofertes tant individualment com en grup, guies per realitzar els principals programes educatius, cronograma d'activitats i recursos del programa.
2. Explicitació del sistema de valoració de necessitats educatives del pacient i la família.
3. Sistema d'elaboració del pla d'educació, individual o grupal, i calendari d'activitats.
4. Disponibilitat de fitxes i materials audiovisuals de suport per facilitar el procés educatiu: educació sobre la malaltia, rehabilitació, nutrició, medicació, activitats de la vida diària (AVD), adequació de l'entorn, utilització de recursos, etc.
5. Sistema d'avaluació del programa d'educació, tant individualment com per a cada tipus de programa educatiu ofert. Aquests programes han d'estar actualitzats i s'han de revisar de manera periòdica.

Dimensió 2:  
Aspectes relacionals i drets de les persones

Àrea rellevant:

## Aspectes ètics

**Criteri:** *El centre desenvolupa instruments que ajuden a garantir l'abordatge dels temes ètics en la pràctica diària de l'organització.*

**Nom de l'indicador (núm. 9 GEN):** Abordatge dels temes ètics.

**Justificació:** Els professionals i l'organització del centre han de vetllar per promoure els drets de les persones dins cadascun dels serveis. Aquest fet implica identificar, protegir i promoure els drets de les persones en un marc ètic de l'organització. Això suposa que l'organització ha treballat per crear un entorn que afavoreixi l'atenció amb un tracte digne i respectuós, així com l'existència de mecanismes que ajuden la persona en el procés de presa de decisions i el respecte dels valors individuals i col·lectius.

**Fórmula:** Existència d'instruments i sistemàtiques que ajudin en l'abordatge de la bioètica en el centre.

**Definició de termes:** El centre ha de definir i facilitar els instruments i metodologies que utilitzarà per ajudar a abordar els temes ètics de l'organització. Aquest fet implica:

- L'existència d'un comitè d'ètica o la possibilitat de poder accedir a algun comitè extern, per canalitzar consultes o per definir pautes d'actuació en cas de conflicte ètic.

- L'existència de guies i protocols o pautes d'actuació per abordar el tema. Com a mínim s'ha d'abordar els dos apartats següents:

- Normativa d'actuació pel que fa a documents de consentiment informat.
- Orientacions sobre la utilització dels documents de voluntats anticipades.

En funció de les necessitats dels pacients, s'aconseilla incloure temes com la valoració de la competència per prendre decisions, recomanacions sobre ordres de no ressuscitació, orientacions per l'atenció de pacients en estat vegetatiu, guia per a les decisions clíniques amb relació a la nutrició artificial.

- Especificació de les accions per preservar els drets en persones que requereixen protecció especial (incapacitacions, maltractaments, etc.).
- Que el centre tingui disponible un registre de casos en els quals ha calgut una intervenció o protecció especial<sup>42</sup>.

**Fonts de dades:** Documentació del centre.

**Tipus:** Estructura.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** Es recomana la progressiva formació en bioètica dels membres de l'organització.

Àrea rellevant:

## Aspectes ètics

**Criteri:** *El centre vetlla perquè els pacients disposin de la informació per a la presa de decisions quan s'ha de realitzar un procés que pugui implicar un risc per al pacient.*

**Nom de l'indicador (núm. 10 GEN):** Consentiment informat.

**Justificació:** El consentiment informat implica l'acceptació d'un procediment diagnòstic o terapèutic

per part d'una persona competent, després d'un procés gradual d'informació adequada que realitza l'equip de salut. El consentiment informat és un procediment ètic que es fonamenta en els principis bioètics de dignitat i autonomia. Els pacients han de saber en què consisteix el procediment, els avantatges, possibles riscos, complicacions o inconvenients que es puguin derivar del procés diagnòstic i/o terapèutic de risc, per afavorir la seva participació en el seu procés d'atenció.

<sup>42</sup> Persones tutelades, casos de maltractaments, negligència o abús, problemes o conflictes ètics.



**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb la informació de suport sobre els processos diagnòstics i/o terapèutics de risc}}{\text{Nombre total de pacients atesos que hagin estat sotmesos a un procediment de risc}} \times 100$$

**Definició de termes:** Pels procediments de risc tant diagnòstics com terapèutics que es realitzen als pacients, s'evidencia l'existència d'un sistema d'informació al pacient sobre la descripció del procediment, les possibles complicacions o els riscos associats, avantatges i inconvenients, en un llenguatge planer i adequat per al pacient.

Caldria definir els procediments de risc i que en la història clínica es fes constar el tipus d'informació que ha rebut el pacient (oral o escrita).

**Àrea rellevant:****Comunicació del pacient**

**Criteri:** *El centre disposa de sistemes que afavoreixin la comunicació en les persones amb dificultat per expressar-se.*

**Nom de l'indicador (núm. 11 GEN):** Comunicació del pacient.

**Justificació:** Les persones amb accident vascular cerebral (AVC), demència o patologies neurodegeneratives necessiten una valoració del llenguatge i de les capacitats comunicatives per identificar si requereixen intervenció i suport per part de personal especialitzat, per donar resposta a les seves necessitats. En funció del grau d'afectació, els pacients poden necessitar un tractament de logopèdia.

És important dissenyar i implementar un programa per fomentar la comunicació i afavorir la rehabilitació de les persones amb alteració de la comunicació secundària a una patologia.

**Fórmula:** Existència del programa per afavorir la comunicació dels pacients que tenen dificultat per expressar-se.

**Definició de termes:** Existència d'un programa específic per facilitar la comunicació amb les persones que tenen dificultat per expressar-se.

Es valorarà que hi hagi un document de consentiment informat en la història clínica dels pacients que ho requereixen.

**Fonts de dades:** Història clínica i documentació del centre.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** El centre ha de disposar d'una relació de procediments de risc en els quals cal el consentiment informat (per exemple, procediments com les contencions físiques, transfusions, col·locació d'una sonda nasogàstrica per continuar el procés d'alimentació, proves diagnòstiques i/o terapèutiques de risc, etc.). També es valorarà l'existència d'un model de consentiment informat amb informació específica segons els riscos, beneficis i alternatives.

- Aquest programa incorpora la valoració de la necessitat de comunicació en tots els pacients atesos. Les persones amb AVC, demència o altres malalties degeneratives, amb problemes de comunicació, han de tenir una valoració del llenguatge i de la capacitat per comunicar-se. Els pacients amb necessitats especials de comunicació són revaluats per un logopeda, i tots tenen descrites dins el pla terapèutic estratègies d'abordatge i d'intervenció (per exemple grups de llenguatge, grups de memòria verbal, etc.).
- El centre disposarà i realitzarà la divulgació del protocol d'actuació per afavorir la comunicació en persones amb dificultat per expressar-se i, en funció de les necessitats detectades, podrà oferir formació bàsica sobre el programa i les estratègies que cal seguir.
- El centre disposarà i utilitzarà material de suport que ajudi a la comunicació dels pacients<sup>43</sup>.

**Fonts de dades:** Documentació del centre, històries clíniques i observació.

**Tipus:** Estructura.

**Estàndard:** 90%.

<sup>43</sup> Existiran ajudes tècniques: plafons de comunicació, programes informàtics i/o ajudes tècniques especials per a la comunicació (per exemple comunicadors de tecnologia baixa i alta).

Àrea rellevant:

## Comunicació del pacient

**Criteri:** *Els pacients amb alteració sensorial per pèrdua de visió o audició tenen una valoració de les seves necessitats i s'especifica el tipus de suport o ajuda que necessiten per millorar la interacció amb l'entorn.*

**Nom de l'indicador (núm. 12 GEN):** Abordatge de l'alteració sensorial.

**Justificació:** És important dissenyar i implementar un programa per fomentar la comunicació dels pacients amb alteració sensorial, bé sigui visual o auditiva. Un altre aspecte que s'ha de tenir en compte és que les limitacions sensorials visuals i auditives poden afavorir l'aparició de problemes relacionats amb la seguretat i qualitat de vida dels pacients. Per aquest motiu és imprescindible que els diferents dispositius responsables de l'atenció del pacient detectin aquesta problemàtica i abordin el tema.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb alteració sensorial que disposen d'una valoració i abordatge de la seva situació}}{\text{Nombre de pacients amb alteracions sensorials atesos al servei o unitat}} \times 100$$

**Definició de termes:** Tot pacient ha de tenir una valoració inicial de la capacitat visual i auditiva. En cas que es detecti una alteració i no n'hi hagi constància a la història clínica es comprovarà l'existència d'una interconsulta per abordar el problema.

**Fonts de dades:** Història clínica del pacient.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 70%.

Àrea rellevant:

## Satisfacció dels usuaris

**Criteri:** *El pacients atesos als serveis socio-sanitaris tenen una gran satisfacció pel que fa als serveis rebuts.*

**Nom de l'indicador (núm. 13 GEN):** Satisfacció dels usuaris.

**Justificació:** La valoració de la satisfacció dels usuaris és fonamental per identificar els resultats en la percepció de l'usuari sobre la satisfacció de les seves necessitats i expectatives. El grau de satisfacció es troba determinat pel judici personal, fruit d'una experiència individual, i ve conformat per les expectatives prèvies sobre el servei; per tant, és el mateix usuari del servei la font d'informació rellevant. La satisfacció és, doncs, un sentiment subjectiu del client, que té un gran valor per a la gestió i millora del centre o servei, ja que ens permet avaluar l'acceptabilitat dels esforços de planificació i provisió de serveis. Cal que el centre incorpori en el procés de gestió les propostes de millora efectuades a partir dels resultats de les valoracions de satisfacció realitzades en els usuaris.

**Fórmula:** Mitjana obtinguda a la pregunta de satisfacció global en l'estudi de satisfacció dels usuaris ( $\geq 8,3 \pm 1,7$ ).

**Definició de termes:** S'utilitzarà una de les preguntes de l'enquesta de satisfacció de l'usuari per valorar aquest ítem: puntuació global de 0 a 10 de l'atenció rebuda al centre.

A partir d'una puntuació superior o igual a  $8,3 \pm 1,7$ , es considera assolit l'indicador.

Aquesta informació s'obindrà de l'estudi de satisfacció efectuat durant els dos últims anys.

**Fonts de dades:** Documentació del centre.

**Tipus:** Resultat.

**Estàndard:** 100%

**Comentaris**<sup>44</sup>:

<sup>44</sup> La mitjana del sector socio-sanitari a l'estudi d'opinió dels usuaris del 2004 va ser de 8.

Àrea rellevant:

### Qualitat de vida percebuda

**Criteri:** *Els pacients atesos en dispositius sociosanitaris tenen una valoració periòdica de la seva qualitat de vida percebuda amb relació a la salut.*

**Nom de l'indicador (núm. 14 GEN):** Valoració de la qualitat de vida percebuda.

**Justificació:** La valoració de la qualitat de vida relacionada amb la salut esdevé fonamental per identificar l'eficàcia de l'abordatge de les diferents intervencions portades a terme. Aquest tipus de mesura, si es monitora periòdicament quan es dona d'alta als pacients, pot ser una eina planificadora que, fruit de l'anàlisi comparativa que es realitza en la valoració de la mitjana de puntuació dels pacients donats d'alta, ajudi a identificar oportunitats de millora.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Pacients amb valoració d'escalas de qualitat de vida}}{\text{Nombre de pacients atesos donats d'alta al servei o unitat}} \times 100$$

Àrea rellevant:

### Relació amb la família

**Criteri:** *El centre promou la vinculació de la família dins el procés d'atenció dels pacients.*

**Nom de l'indicador (núm. 15 GEN):** Vinculació de la família i/o referent.

**Justificació:** L'eix d'atenció en els centres sociosanitaris, amb un vessant sanitari i social integrats, implica el fet de tenir en compte els diferents elements relacionals i de suport que pugui tenir el pacient en el seu procés rehabilitador i d'atenció. Potenciar el manteniment de la relació familiar i afectiva habitual contribueix a afavorir la corresponsabilització entre la família o referent amb el pacient. L'equip d'atenció ha de donar suport per ajudar a mantenir aquells vincles que puguin ser beneficiosos per al pacient i, alhora, ajudar a prevenir la claudicació familiar en malalties de llarga durada o amb un pes important per a la família.

**Definició de termes:** Tot pacient atès als dispositius sociosanitaris ha de poder avaluar, mitjançant una escala de valoració, la seva qualitat de vida en el moment que se li dona l'alta o, en els casos d'una intervenció ambulatoria, quan es finalitza un procés determinat. Per valorar la qualitat de vida s'utilitzaran escales validades o de consens del sector (per exemple, EuroQol, SF-36, WhoQol).

**Fonts de dades:** Història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 70%.

**Comentaris:** L'enquesta de valoració de la qualitat de vida percebuda es passarà a tots els pacients que compleixen els criteris d'inclusió per poder realitzar l'enquesta, i en funció de les seves capacitats cognitives. És recomanable, sempre que sigui possible, que aquesta valoració es torni a repetir al cap de sis mesos i un any després de finalitzar el procés d'atenció. La valoració d'aquest indicador durant la primera valoració dels indicadors serà complementària i no afectarà els resultats de l'avaluació

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb família i/o referent amb valoració de la situació familiar}}{\text{Nombre total de pacients atesos al servei o unitat amb família i/o referent}} \times 100$$

**Definició de termes:** La valoració de la situació familiar de la persona implica la valoració dels següents apartats:

- Vinculació<sup>45</sup> de la família o referent en el procés d'atenció.
- Pactes i acords a què s'hagi arribat amb la família.
- Constància del familiar o referent principal.
- Risc de claudicació familiar.

Continua→

<sup>45</sup> Es considera vinculació explícita quan existeix la voluntat de la família o referent de participar de manera organitzada en les activitats del pla terapèutic.

Aquesta valoració familiar es realitzarà en el moment de l'ingrés i si no hi hagut canvis significatius, aquesta informació es tornarà a reavaluar, com a mínim, de manera anual.

Cal deixar constància a la història clínica de la valoració de la situació familiar efectuada.

**Fonts de dades:** Història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

Dimensió 3:  
Organització i gestió del centre

Àrea rellevant:

## Gestió del coneixement

**Criteri:** Els membres de l'equip assistencial realitzen regularment activitats de formació continuada, docència i recerca per al manteniment i millora de les seves competències.

**Nom de l'indicador (núm. 16 GEN):** Formació continuada, docència i recerca.

**Justificació:** La formació, docència i recerca són instruments bàsics per als membres de l'equip, tant de manera individual en les seves categories professionals com en col·lectiu, per tal d'actualitzar i ampliar els seus coneixements, fer-ne difusió i mantenir una relació científica amb altres col·legues.

La formació continuada, la docència i la recerca han de formar part de l'activitat habitual de qualsevol professional de la salut, atesa la seva relació directa amb la millora de la competència i de la qualitat de l'assistència.

**Fórmula:** Assistència dels membres de l'equip a activitats de formació, docència i realització d'estudis de recerca vinculats al seu àmbit assistencial.

**Definició de termes:**

- Formació continuada: Cada professional participa almenys un cop a l'any en una activitat de for-

mació continuada relacionada amb el seu lloc de treball (com a mínim el 70% del personal). Aquest apartat s'avaluarà amb constància de la documentació acreditada de l'assistència al curs.

- Docència: Cada equip participarà i/o col·laborarà, com a mínim, en una activitat docent, interna o externa, de personal d'altres recursos, on actuarà com a equip de suport.
- Recerca: Els equips participaran en línies d'investigació pròpies o compartides amb altres equips. Cada equip interdisciplinari realitzarà, com a mínim, una comunicació bianual en forma oral o pòster per realitzar la divulgació dels treballs realitzats en el seu àmbit assistencial.

**Fonts de dades:** Documentació de la unitat o del centre, i constància dels cursos i comunicacions.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 66%.

**Comentaris:** Els elements de mesura de l'activitat docent i de recerca seran complementaris en la valoració de l'indicador.

Àrea rellevant:

## Gestió de la qualitat

**Criteri:** El centre disposa d'un quadre de comandament d'indicadors de qualitat i de gestió del risc relacionat amb l'atenció del pacient, amb la finalitat de poder contribuir a la millora d'aquesta atenció.

**Nom de l'indicador (núm. 17 GEN):** Quadre de comandament dels indicadors de qualitat.

**Justificació:** Per millorar es necessita tenir informació de l'eficàcia i els resultats dels programes portats a terme. El fet de disposar d'un quadre de comandament d'indicadors ajuda a desenvolupar el recolzament del lideratge en la millora de la qualitat de l'organització, a implicar el personal en les activitats de monitoratge i millora, en el procés de presa de decisions, i també a aconseguir millores basades en comparacions amb el desenvolupament propi i amb altres organitzacions.

**Fórmula:** Existència d'un quadre de comandament d'indicadors de qualitat segons els elements definits a l'indicador.

**Definició de termes:**

- Existència d'un quadre de comandament d'indicadors de qualitat que reflecteixi el sistema de monitoratge d'indicadors de cadascuna de les següents àrees. En aquest quadre de comandament estaran integrats els diferents indicadors que el centre monitora i, com a mínim, s'inclourà un indicador de cada àrea:
  - Riscos prevenibles: per exemple, lesions per pressió, caigudes, infeccions, errors de medicació, broncoaspiracions, pacients amb *delirium* (síndrome confusional aguda), incontinències.
  - Relacionats amb l'atenció a la persona: per exemple, millora per realitzar AVD, guany fun-

cional en convalescència, millora de la marxa, reingressos a urgències, reaccions adverses a la medicació, sondatge vesical permanent, pacients amb contenció física, pacients amb dolor, acompliment de protocols, mortalitat ajustada en convalescència.

- Esdeveniments sentinella: per exemple, fugues, suïcidis, intents de suïcidi, heteroagressions. Aquests indicadors s'inclouran si se'n presenta algun cas.
- Indicadors d'activitat i flux: per exemple, derivacions, ús de recursos durant la convalescència quan ja s'ha donat l'alta, cures pal·liatives i llarga estada, mortalitat.
- Indicadors d'opinió dels usuaris i de percepció de la seva qualitat de vida<sup>46</sup>.
- Cal deixar constància de l'anàlisi de les tendències i propostes de millora efectuades en funció de l'anàlisi dels resultats. Aquest estudi, amb les propostes de millora, s'ha de realitzar, com a mínim, anualment.

**Fonts de dades:** Documentació del centre.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** La periodicitat de recollida de dades dependrà de les possibilitats del centre o servei i de les necessitats detectades; però, com a mínim, serà anual.

Per tal de facilitar la recollida i interpretació de dades, cal especificar en la descripció del quadre de comandament d'indicadors el mètode i la periodicitat de recollida d'informació.

S'aconsella que el personal del centre rebi notificació periòdica, a través del sistema d'informació o divulgació d'informació existent en el centre<sup>47</sup>, sobre els resultats dels quadres de comandament dels indicadors en els quals es trobin directament implicats.

<sup>46</sup> En aquest apartat d'indicadors de valoració de l'opinió del client, s'aconsella incloure els resultats de l'estudi d'opinió del client intern de l'organització.

<sup>47</sup> Com a mínim anual.

**Dimensió 4:  
Coordinació de l'atenció**



Àrea rellevant:

## Continuïtat de l'atenció

**Criteri:** *Quan es dona d'alta els pacients, se'ls hi proporciona un informe d'alta, que integra les diferents àrees que han intervingut en el procés d'atenció.*

**Nom de l'indicador (núm. 18 GEN):** Informe d'alta.

**Justificació:** L'informe d'alta és fonamental per assegurar la continuïtat de l'atenció. La unitat o servei s'ha d'assegurar que el dispositiu responsable de donar continuïtat als processos d'atenció té la informació clau de l'abordatge interdisciplinari i la resposta i evolució del pacient, així com la necessitat de continuar amb intervencions que requereixen suport o seguiment. S'ha de tenir en compte que l'informe d'alta es treballa a partir de la història clínica unificada i mitjançant les valoracions interdisciplinàries realitzades en els plans d'atenció.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients donats d'alta amb un informe d'alta que integra les diferents àrees que han intervingut en el procés d'atenció}}{\text{Total de pacients donats d'alta durant l'últim any}} \times 100$$

**Definició de termes:** Els pacients que se'ls doni l'alta disposaran d'un informe d'alta que integra les dife-

rents àrees<sup>48</sup> que han intervingut en el procés d'atenció. Els continguts mínims de l'informe seran els següents:

- Antecedents.
- Motiu d'ingrés.
- Valoració interdisciplinària a l'ingrés.
- Curs evolutiu.
- Diagnòstic clínic, funcional, psicoafectiu i social<sup>49</sup>.
- Tractament farmacològic.
- Indicacions i recomanacions quan se li dona l'alta.
- Necessitats de continuïtat de l'assistència en un altre dispositiu assistencial.
- Professionals responsables de l'atenció.

En l'informe d'alta s'han d'emfatitzar les recomanacions que es facin al pacient i a la família, així com la valoració de la necessitat d'altres recursos. L'informe serà redactat en un llenguatge clar i entenedor per a l'usuari. Es deixarà una còpia de l'informe a la història clínica del pacient.

**Fonts de dades:** Història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

Àrea rellevant:

## Continuïtat de l'atenció

**Criteri:** *El centre facilita la informació necessària per assegurar la continuïtat de l'assistència quan un pacient és derivat o traslladat a un servei d'urgències o a altres serveis o unitats.*

**Nom de l'indicador (núm. 19 GEN):** Informe de trasllat.

**Justificació:** Cal que el canvi d'equipament assistencial vagi acompanyat d'una correcta transmissió de les dades del procés assistencial realitzat en la unitat

o servei, perquè serveixi de guia per iniciar o continuar l'atenció en l'equipament receptor del pacient, fet que afavoreix la continuïtat assistencial.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients traslladats amb informe de trasllat complet}}{\text{Nombre de pacients traslladats a urgències o a altres serveis o unitats}} \times 100$$

<sup>48</sup> Amb inclusió d'informació rellevant per part de l'equip interdisciplinari (com a mínim per part mèdica, d'infermeria i treball social).

<sup>49</sup> En pacients diagnosticats amb demència, cal especificar l'estadiatge evolutiu que presenta el pacient en el moment de l'alta.

**Definició de termes:** El centre envia un informe de trasllat amb els següents continguts bàsics:

- Dades d'identificació.
- Antecedents personals i patològics.
- Diagnòstic.
- Resum clínic.
- Tractament mèdic i cures del pacient.
- Situacions especials<sup>50</sup>.
- Acords presos amb el malalt o la família amb relació a la conducta terapèutica.
- Motiu i objectius del trasllat.
- Acords telefònics previs amb el metge de guàrdia.

- Condicions en les quals es trasllada el pacient<sup>51</sup>.
- Metge responsable del trasllat.

En els casos d'accés a la història clínica electrònica, es considerarà correcte quan el professional tingui accés a la documentació clínica rellevant del pacient i hi consti el motiu del trasllat al servei.

**Fons de dades:** Història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

Àrea rellevant:

## Continuïtat de l'atenció

**Criteri:** *La unitat té definida la sistemàtica de coordinació i de millora de la continuïtat de l'atenció tant dins com fora de la unitat.*

**Nom de l'indicador (núm. 20 GEN):** Continuïtat de l'assistència.

**Justificació:** La coordinació entre els diferents dispositius de la xarxa és un requisit indispensable per afavorir la continuïtat assistencial i facilitar l'accés als recursos que requereix el pacient. Pel que fa a la coordinació interna dels equips, els protocols de funcionament de la unitat són un sistema necessari per realitzar una gestió correcta de la unitat, atès que contribueixen a millorar la coordinació de l'equip de la unitat, fet que afavoreix els processos de continuïtat assistencial. L'existència de la descripció del funcionament intern afavoreix la presa de decisions del personal, facilita els processos d'adaptació del nou personal i l'autoavaluació de l'equip.

**Fórmula:** Existència de sistemàtiques definides per facilitar la continuïtat de l'atenció tant dels mateixos equips com de la resta de dispositius de salut amb els quals es relaciona.

**Definició dels termes:**

- Existència d'un protocol de coordinació amb la xarxa sociosanitària, atenció primària de salut i hospitals de referència, que defineixi el procés de coordinació amb els diferents recursos, i faci constar els fluxos, el model i el mecanisme de sol·licitud d'interconsultes i la informació necessària per assegurar la continuïtat de l'assistència<sup>52</sup>.
- Existència d'un protocol de funcionament i coordinació dins la unitat. El protocol inclou els següents apartats:
  - Definició de la dinàmica de funcionament de la unitat.
  - Principals circuits de la unitat.

Continua→

<sup>50</sup> Persona incapacitada, voluntats anticipades, limitació de l'esforç terapèutic, donació d'òrgans, capacitat de comprensió i ajudes per millorar la comunicació, principals acords pactats.

<sup>51</sup> Tipus de transport, acompanyament, equips que porta el pacient, estabilitat del pacient, etc.

<sup>52</sup> Amb la finalitat de facilitar la coordinació amb altres dispositius, a continuació es presenta, a manera de recomanació, alguns temes que caldria tenir en compte en la seva elaboració:

- Definició de la cartera de serveis del recurs propi, per tal de divulgar-los a la resta de dispositius.
- Definició dels criteris de derivació al mateix recurs.
- Sistema de coordinació a l'inici del procés de valoració i en el moment de l'alta dels pacients, amb especificació detallada quan es presenten riscos: persona fràgil, deteriorament funcional greu, etc.
- Sistema de registre.
- Protocols consensuats.
- Mecanismes per assegurar la continuïtat:
  - Prèvia a l'ingrés.
  - Durant l'ingrés.
  - En el moment de l'alta.
  - Posterior a l'alta.

- Descripció dels principals processos d'atenció al pacient.
- Sistemàtica de l'actuació.
- Sistemes de registres.

Aquests protocols han d'estar disponibles a la unitat i s'han de donar a conèixer a través del pla de comunicació interna de l'organització.

**Fonts d'informació:** Documentació de la unitat.

**Tipus d'indicador:** Estructura.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** Aquest protocol i sistemàtica els haurien de conèixer tots els membres de la unitat i han d'estar a la unitat a disposició de ser consultats i utilitzats.

Aquest indicador es desdoblarà per avaluar de manera diferenciada la coordinació amb la xarxa i la interna.

INDICADORS ESPECÍFICS  
PER DISPOSITIU

5.2

## INDICADORS COMUNS DELS SERVEIS D'HOSPITALITZACIÓ

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Administració de la medicació	1 (HOS)	Els centres disposen d'un sistema de dosi unitària per ajudar a garantir la correcta administració de la medicació al pacient.	80%
Seguretat del pacient	2 (HOS)	La subjecció o contenció mecànica i aïllament dels pacients es realitza de manera segura i només quan és estrictament necessari.	70%

## MITJANA ESTADA

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Millora funcional	1 (ME)	La unitat de mitjana estada realitza una valoració de l'eficàcia de les seves intervencions mitjançant la valoració de la millora funcional dels pacients que segueixen un programa de rehabilitació.	70%
Prevenició i detecció de <i>delirium</i>	2 (ME)	Es realitza un diagnòstic precoç de <i>delirium</i> en pacients en situació de risc que ingressen en les unitats de mitjana estada, amb la finalitat d'activar mesures encaminades a iniciar el seu tractament de manera precoç.	75%
Incontinència	3 (ME)	Els pacients amb incontinència d'aparició recent i relacionada amb problemes de mobilitat tenen un programa de suport per evitar la utilització sistemàtica de bolquers.	66%
Seguretat del pacient	4 (ME)	Els pacients amb risc de lesions per pressió de la unitat tenen un seguit de mesures preventives per evitar l'aparició de lesions a la pell.	Com a màxim el 15%

## LLARGA ESTADA

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Valoració del pacient	1 (LLE)	Les unitats de llarga estada realitzen de manera periòdica un cribratge als seus pacients per detectar trastorns depressius.	90%
Tractament farmacològic	2 (LLE)	Els pacients ingressats a la unitat de llarga estada tenen una revisió periòdica del tractament farmacològic per assegurar-ne l'adequació i eficàcia.	90%
Atenció a la família	3 (LLE)	El centre ha de tenir definit el programa de suport a la família.	80%
Millora funcional	4 (LLE)	La unitat realitza una avaluació dels programes per al manteniment i la millora de l'autonomia funcional, psicològica i sociocultural.	80%
Alta del pacient	5 (LLE)	Els pacients ingressats en una unitat de llarga estada tenen una valoració periòdica de la idoneïtat o no de continuar en aquesta unitat.	90%

## HOSPITAL DE DIA

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Valoració del pacient	1 (HD)	Els pacients amb alteracions cognitives són avaluats neuropsicològicament per determinar el grau i l'abast del deteriorament.	80%
Millora funcional	2 (HD)	Els pacients que puguin beneficiar-se de mesures rehabilitadores a l'hospital de dia en programes terapèutics generals o específics mantenen, milloren o compensen la seva capacitat funcional.	85%
Programes d'atenció	3 (HD)	Els hospitals de dia realitzen de manera periòdica una avaluació dels programes d'atenció al pacient i la família oferts per la unitat.	80 %
Seguretat dels pacients	4 (HD)	Els hospitals de dia disposen d'elements preventius per intentar evitar o disminuir la interacció dels riscos del pacient, amb la finalitat de garantir-li un entorn segur i adequat.	83%
Suport a la família	5 (HD)	L'hospital de dia disposa d'estratègies d'intervenció i suport al cuidador davant la detecció de risc de claudicació familiar.	90%
Satisfacció dels usuaris	6 (HD)	Els usuaris de l'hospital de dia se senten satisfets amb l'atenció que reben dels professionals de l'hospital de dia.	80%

## UFISS

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Accessibilitat del pacient a l'UFISS	1 (UFISS)	El temps màxim de resposta a una interconsulta efectuada a l'UFISS és de 24 h.	80%
Accessibilitat del pacient a l'UFISS	2 (UFISS)	La unitat té definits els criteris d'accés i alta dels pacients que han de ser atesos per l'UFISS.	100%
Atenció al pacient	3 (UFISS)	Els pacients que són atesos a la unitat tenen una valoració multidimensional integral.	90%
Atenció al pacient	4 (UFISS)	Els pacients atesos a la unitat tenen assignada una persona de referència per a la gestió del cas, que afavorirà la continuïtat del procés d'atenció i la realització del pla d'actuació previst.	90%
Atenció al pacient	5 (UFISS)	La unitat disposa d'un conjunt de protocols d'atenció i organitzatius que ajuden a minimitzar la variabilitat no desitjable de la seva actuació.	80%
Proactivitat	6 (UFISS)	l'UFISS desenvolupa i aplica protocols de proactivitat per a la selecció/detecció i atenció de pacients de risc des dels primers dies d'ingrés.	100%
Satisfacció altres serveis	7 (UFISS)	l'UFISS avalua de manera periòdica el grau de satisfacció dels professionals dels principals serveis amb els quals es relaciona per a la valoració i seguiment conjunt dels pacients.	100%



## PADES

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Accessibilitat al PADES	1 (PADES)	El PADES facilita l'accessibilitat dels que tenen una sol·licitud d'atenció per part de diferents dispositius assistencials.	90%
Valoració del pacient	2 (PADES)	L'equip fa una valoració multidimensional de la persona atesa al PADES.	85%
Valoració del pacient	3 (PADES)	El PADES té definits els criteris de complexitat utilitzats per valorar els pacients.	100%
Pla d'atenció	4 (PADES)	L'equip realitza una valoració multidimensional i interdisciplinària de manera oportuna per procedir a l'elaboració del pla d'atenció integral del pacient i la seva família.	90%
Atenció a la família o cuidador principal	5 (PADES)	Els professionals del PADES, dins el programa d'acompanyament durant el procés de dol, realitzen contactes de seguiment amb la família després de produït l'èxitus.	90%
Protocols d'atenció	6 (PADES)	El PADES utilitza protocols assistencials per garantir una bona praxi i millorar la continuïtat.	80%

## EAIA

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM.	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Valoració del pacient	1 (EAIA)	Tot pacient atès a l'EAIA té una valoració multidimensional per ajudar a clarificar-ne el diagnòstic i establir un pla d'atenció.	90%
Diagnòstic del pacient	2 (EAIA)	L'abordatge multidimensional de la persona per part dels professionals de l'EAIA permet millorar l'efectivitat del procés diagnòstic del pacient.	90%
Pla d'atenció	3 (EAIA)	Els pacients atesos per l'EAIA tenen un pla d'atenció integral d'abordatge interdisciplinari després de ser valorats per l'equip.	90%
Atenció al pacient	4 (EAIA)	Els pacients atesos per l'EAIA tenen un millor control dels símptomes previs, especialment el del símptoma guia emergent que ha activat la derivació a aquest dispositiu.	60%
Atenció al pacient	5 (EAIA)	L'EAIA disposa d'un conjunt de protocols d'atenció que ajuden a minimitzar la variabilitat no desitjable de la seva actuació.	80%

INDICADORS ESPECÍFICS  
PER DISPOSITIU

5.2

Indicadors comuns  
dels serveis d'hospitalització

Àrea rellevant:

## Administració de medicació

**Criteri:** Els centres disposen d'un sistema de dosi unitària per ajudar a garantir la correcta administració de la medicació al pacient.

**Nom de l'indicador (núm. 1 HOS):** Sistema de dosis unitàries de medicació.

**Justificació:** És un sistema necessari que ajuda a millorar la seguretat dels processos de control de la prescripció i dispensació de fàrmacs, i facilita la detecció del risc de polimediació i de possibles interaccions per assolir la màxima efectivitat del tractament i millorar la seguretat dels pacients.

**Fórmula:** Existència del sistema de dosi unitària.

**Definició de termes:** S'entendrà per sistema de dosi unitària correcte aquell que inclogui els elements següents:

- Registre de prescripció, dispensació i administració de medicació individualitzada<sup>53</sup>.
- Validació farmacèutica de la prescripció mèdica.
- Sistema d'alerta per al·lèrgies i interacció de medicaments d'importància clínica. (Recomanat.)

- Monitoratge del consum de medicaments a la unitat amb un estudi de la utilització dels fàrmacs de risc, i ajustament a la guia farmacoterapèutica del centre. (Recomanat.)

**Fonts de dades:** Observació, documentació del centre, història clínica i documentació del servei de farmàcia.

**Tipus:** Estructura i procés.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** Es valora de manera positiva la incorporació progressiva de la informàtica en la prescripció de l'ordre mèdica, amb la finalitat d'evitar les transcripcions i disposar d'un sistema assistit de prescripció de medicació. En les dosis individualitzades setmanals, s'ha de tenir especial cura dels canvis de medicació.

El fet de disposar d'una guia de prescripció i administració de medicació actualitzada, afavoreix la implantació del sistema d'unidosi i la utilització segura de la medicació.

Àrea rellevant:

## Seguretat del pacient

**Criteri:** La subjecció o contenció mecànica i l'aïllament dels pacients es realitza de manera segura i només quan és estrictament necessari.

**Nom de l'indicador (núm. 2 HOS):** Contenció física del pacient.

**Justificació:** És necessari ajudar a crear un entorn cultural, social i físic que limiti la utilització de les contencions a les situacions que clínicament estiguin estrictament indicades i justificades. Cal abordar el tema per assegurar el bon ús de la mesura aplicada, així com el registre a la història clínica del seguiment del pacient.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb constància a la història clínica de la indicació i seguiment de la contenció}}{\text{Nombre de pacients amb una contenció física}} \times 100$$

**Definició de termes:** A la història clínica del pacient han de constar els apartats següents:

- Raó que motiva la immobilització (factors de risc del pacient).
- Mesures preventives aplicades abans de la contenció.

<sup>53</sup> Tenint en compte les normatives legals existents.

- Ordre facultativa (tipus, durada, periodicitat, indicació del material homologat a utilitzar)<sup>54</sup>.
- Constància de la informació al pacient o la família.
- Seguiment de la valoració de necessitats: s'inclou per exemple, el seguiment de la hidratació, eliminació, nutrició, integritat de la pell i si necessita continuar la contenció física.
- Revaluació ordre mèdica periòdica depenent del factor de risc del pacient<sup>55</sup>.

**Població:** Pacients ingressats a la unitat que tinguin o hagin tingut criteri d'indicació de contenció física.

**Fonts de dades:** Històries clíniques, observació, etc.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 70%.

**Comentaris:** S'aconsella l'existència d'un full específic per assegurar l'adequat seguiment del pacient. Es comprovarà per observació si el tipus de contencions utilitzades pel centre són homologades.

<sup>54</sup> S'aconsella que totes les contencions físiques que s'indiquin als pacients siguin sempre una indicació interdisciplinària i consensuada per l'equip, atès que això permet identificar alternatives i/o altres propostes per tal de garantir que la limitació sigui la mínima imprescindible.

<sup>55</sup> Màxim setmanal durant el primer mes, i després, com a màxim, de manera mensual i sempre que ho requereixi l'estat del pacient.

INDICADORS ESPECÍFICS  
PER DISPOSITIU

5.2

1. Mitjana estada

Àrea rellevant:

## Millora funcional

**Criteri:** La unitat de mitjana estada realitza una valoració de l'eficàcia de les seves intervencions mitjançant la valoració de millora funcional dels pacients que segueixen un programa de rehabilitació.

**Nom de l'indicador (núm. 1 ME):** Millora funcional i de l'autonomia del pacient.

**Justificació:** Els professionals de la unitat han d'adequar l'estratègia terapèutica en funció dels resultats aconseguits en els pacients que es troben en el programa de rehabilitació a la unitat.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients que han tingut, com a mínim, una millora funcional del 30\%}}{\text{Nombre de pacients donats d'alta de la unitat de convalsència al domicili amb diagnòstic d'accident vascular cerebral (AVC) o fractures}} \times 100$$

**Definició de termes:** Per avaluar la millora funcional s'utilitzarà l'índex de Heinemann corregit<sup>56</sup>:

$$\frac{(\text{Barthel alta} - \text{Barthel ingrés})}{(\text{Barthel previ} - \text{Barthel ingrés})} \times 100$$

Àrea rellevant:

## Prevenició i detecció del delirium

**Criteri:** Es realitza un diagnòstic precoç de delirium en pacients en situació de risc que ingressen a les unitats de mitjana estada, amb la finalitat d'activar mesures encaminades a iniciar el seu tractament de manera precoç.

**Nom de l'indicador (núm. 2 ME):** Detecció precoç de delirium.

**Justificació:** Els pacients que ingressen a les unitats de mitjana estada, amb molta freqüència, poden tenir factors que els predisposen a patir delirium. D'altra banda, el fet d'haver estat ingressat recent-

ment a un hospital d'aguts constitueix un factor desencadenant freqüent. L'aparició de delirium és una complicació que modifica considerablement el pronòstic de la malaltia de base. La seva prevenició i la detecció precoç incideixen en l'èxit de la terapèutica de la malaltia de base i del mateix delirium.

**Població:** La població de referència seran els pacients diagnosticats d'AVC o de fractures de la unitat de convalsència que hagin estat donats d'alta al domicili.

**Fonts de dades:** Història clínica del pacient, CMBDSS i documentació de la unitat.

**Tipus:** Resultat.

**Estàndard:** 70%.

**Comentaris:** És possible que algunes unitats no tinguin sistematitzada la recollida de l'índex de Heinemann (que implica recollir el Barthel previ), però en canvi sí que disposen del guany funcional (Barthel alta - Barthel ingrés), en aquest casos, aquest paràmetre es considera vàlid.

ment a un hospital d'aguts constitueix un factor desencadenant freqüent. L'aparició de delirium és una complicació que modifica considerablement el pronòstic de la malaltia de base. La seva prevenició i la detecció precoç incideixen en l'èxit de la terapèutica de la malaltia de base i del mateix delirium.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients als quals s'ha aplicat un sistema de diagnòstic precoç de delirium}}{\text{Total de pacients en situació de risc de delirium}} \times 100$$

<sup>56</sup> Substitució del guany potencial (100) pel Barthel real previ.

**Definició de termes:** En els pacients en situació de risc que presentin un canvi recent en el seu estat mental, s'utilitzarà un sistema de cribratge de *delirium*. Per a la detecció precoç del *delirium* convé utilitzar instruments de detecció objectius (CAM, criteris DSM -IV, etc).

Es considera que el pacient es troba en situació de risc de *delirium* quan coincideixen un factor predisponent (edat >75 anys, dependència prèvia, antecedents de *delirium*) i un factor desencadenant recent (cirurgia major, traumatisme recent, descompensació metabòlica, postAVC).

Les escales que cal utilitzar han de ser validades, o bé han de ser les utilitzades per consens del sector.

**Població:** Es valorarà aquest indicador en els pacients en situació de risc de *delirium* que presentin els factors que predisposen i desencadenants explicats a la definició de termes.

**Fonts de dades:** Història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 75%.

**Comentaris:** S'aconsella que hi hagi el protocol de detecció i actuació en cas de *delirium*, on s'especifiqui el sistema de valoració del risc, les mesures preventives i les mesures terapèutiques d'intervenció farmacològica i no farmacològica.

Àrea rellevant:

### Incontinència

**Criteri:** *Els pacients amb incontinència d'aparició recent, relacionada amb problemes de mobilitat, tenen un programa de suport per evitar la utilització sistemàtica de bolquers.*

**Nom de l'indicador (núm. 3 ME):** Tractament de la incontinència d'inici recent.

**Justificació:** L'atenció als processos d'eliminació està considerada pels pacients un dret bàsic relacionat amb la seva dignitat. Totes les mesures preventives i de suport han d'anar encaminades a aconseguir el màxim grau d'autonomia del pacient i a preservar les funcions existents. Aquest indicador està encaminat a millorar l'adequació de la utilització de recursos i estratègies d'intervenció per millorar la incontinència d'inici recent.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients que no porten bolquers}}{\text{Nombre de pacients amb incontinència d'inici recent que fa més d'un mes que estan ingressats}} \times 100$$

**Definició de termes:** Aquest indicador serà valorat en els pacients que presentin una incontinència recent (relacionada amb problemes de mobilitat). Es consideren criteris d'exclusió el diagnòstic de demència, l'AVC de més de tres mesos d'evolució, l'ingrés inferior a un mes i la incontinència prèvia a la situació que ha motivat l'ingrés.

**Fonts de dades:** Història clínica del pacient, documentació de la unitat i observació del pacient.

**Tipus:** Resultat.

**Estàndard:** 66%.

Àrea rellevant:

### Seguretat del pacient

**Criteri:** *Els pacients amb risc de lesions per pressió de la unitat tenen un seguit de mesures preventives per evitar l'aparició de lesions a la pell.*

**Nom de l'indicador (núm. 4 ME):** Incidència de lesions per pressió.

**Justificació:** Entre les motivacions més importants per treballar aquest tema es poden destacar, entre altres, la prevalença de lesions per pressió en els centres, els riscos i complicacions que es poden derivar arran d'aquesta problemàtica, l'alt cost sanitari i social que comporten i l'impacte que tenen en la qualitat de vida

Continua→

de la persona. Cal tenir en compte, que el primer estudi nacional de lesions per pressió a Espanya indica que la prevalença d'aquest tipus de lesions en els centres socio-sanitaris és del 7,6%<sup>57</sup>. Les mesures preventives en funció del risc tenen un impacte important en la incidència d'aparició de les úlceres per pressió.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients ingressats amb aparició de lesions per pressió tipus II-IV}}{\text{Nombre de pacients ingressats a la unitat durant el període estudiat}} \times 100$$

**Definició de termes:** La valoració del risc de lesions per pressió es farà, mitjançant la utilització d'una escala validada, a tots els pacients que ingressin a la unitat.

Es valorarà l'aparició de casos nous (taxa d'incidència) en els pacients atesos a la unitat. La taxa

d'úlceres del tipus II-IV no pot ser superior al 15% anual.

**Població:** Pacients ingressats a la unitat durant el temps de realització de l'estudi. Seran criteris d'exclusió del numerador les lesions en estadiatge tipus I.

**Fonts de dades:** Històries clíniques, observació i documentació de la unitat.

**Tipus:** Resultat.

**Estàndard:** Com a màxim el 15%.

**Comentaris:** De manera complementària s'avaluarà el nombre d'úlceres per pacient del total dels pacients amb lesions per pressió i l'estadiatge d'aquestes lesions. Aquests resultats no afectaran el grau d'acompliment de l'indicador.

#### Àrea rellevant:

### Monitoratge d'indicadors de la unitat

**Nom de l'indicador (núm. 17 dels indicadors generals):** Aquest apartat correspon a l'explicitació de la definició de termes de l'indicador general del quadre de comandament d'indicadors de qualitat, en el qual es proposen indicadors que s'han d'avaluar de manera específica per tipus de recurs.

**Definició de termes:** Indicadors que, com a mínim, es recomana monitorar en unitats de mitjana estada:

- Eficiència del guany funcional per pacient<sup>58</sup>:

$$\frac{\text{Barthel alta} - \text{Barthel ingrés}}{\text{Dies estada}}$$

- En lloc de l'escala de Barthel, també es pot utilitzar l'índex d'AVD del CMBDSS.
- Percentatge de pacients segons el grau de complexitat<sup>59</sup>.
- Nombre de pacients als quals s'ha enviat un informe previ a l'alta a primària, com a mínim, 48 h abans de l'alta/Nombre de pacients donats

d'alta al domicili que necessiten cures i que no es poden desplaçar a les àrees bàsiques de salut.

- Avaluació dels programes oferts per la unitat<sup>60</sup>:
  - Percentatge d'assistència.
  - Grau de participació.
  - Grau de satisfacció dels pacients.
  - Temps per accedir al programa<sup>61</sup>.
  - Mitjana anual d'hores de participació setmanal de cada pacient.
  - Hores ofertes anualment d'activitats.
  - Indicadors d'efectivitat dels diferents programes.
- El quadre de comandament d'indicadors de qualitat inclou els resultats dels estudis de satisfacció dels usuaris.
- Monitoratge d'indicadors de gestió del risc: taxa de caigudes, incidència i prevalença de lesions per pressió, taxa de broncoaspiracions, taxa d'infecció nosocomial global i diferenciada per principals tipus d'infecció.
- Percentatge de persones de convalescència que estan en el grup de rehabilitació del RUG.

<sup>57</sup> Primer Estudio Nacional de prevalencia de UPP en España. Gerokomos 2003;14:37-47.

<sup>58</sup> Sempre que sigui possible, les dades d'aquesta valoració s'obtidrà de l'índex d'AVD del CMBDSS.

<sup>59</sup> En unitats de mitjana estada, els pacients complexos estaran bàsicament determinats per la presència de febre, vòmits, deshidratació, necessitats de medicació endovenosa, administració d'oxigenoteràpia, necessitat de quatre visites o més en un mes per a consulta a urgències o de l'especialista, per reagudització o estat de la seva situació, i els pacients amb difícil control dels símptomes o inestabilitat clínica o de trastorn de la conducta. Aquests pacients complexos presenten una difícil resposta a les estratègies adoptades, increment de la demanda d'atenció, increment de la utilització de recursos, major nombre de necessitats alterades, la malaltia produeix un impacte important en el pacient i/o família, i el risc de claudicació familiar pot ser major.

<sup>60</sup> Programes de fisioteràpia, teràpia ocupacional i logopèdia per a les unitats de convalescència; programa de psicoestimulació per a psicogeriatría i programa lúdic i recreatiu per a les unitats de mitjana estada.

<sup>61</sup> Comptabilitzat des de l'ingrés a la unitat i l'inici d'activitat del pacient.



INDICADORS ESPECÍFICS  
PER DISPOSITIU

5.2

2. Llarga estada

Àrea rellevant:

## Valoració del pacient

**Criteri:** *Les unitats de llarga estada realitzen de manera periòdica un cribatge als seus pacients per detectar trastorns depressius.*

**Nom de l'indicador (núm. 1 LLE):** Detecció de la depressió.

**Justificació:** La depressió és una patologia força prevalent en els pacients de llarga estada. La detecció i tractament adequat ajuden a millorar de manera significativa la qualitat de vida dels pacients ingressats a la unitat.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb cribatge de trastorn depressiu}}{\text{Nombre total de pacients ingressats a la unitat}} \times 100$$

**Definició de termes:** Els pacients han de tenir una valoració sistemàtica del seu estat anímic, com a mínim, quan ingressen i quan es faci la reavaluació del pla d'atenció interdisciplinari, i cal deixar constància d'aquesta valoració a la història clínica. Quan els pacients tinguin un deteriorament cognitiu

lleu o moderat, presentin manifestacions compatibles amb canvis de l'estat d'ànim o situacions reactives, i en situacions d'estats de dependència sobrevinguda, cal utilitzar una escala validada o de consens del sector (Cornell, Yesavage, Hamilton, etc.) pel cribatge de possibles estats depressius. Entre les escales que usualment s'utilitzen hi ha, per exemple, l'escala de Yesavage o la de Hamilton pels casos de deteriorament cognitiu més greus.

**Població:** Els criteris d'inclusió pel cribatge de depressió amb escales validades o de consens del sector seran un deteriorament lleu o moderat de l'estat cognitiu, amb manifestacions compatibles amb l'estat d'ànim dels pacients, i les situacions reactives a estats de dependència sobrevinguda.

**Fonts de dades:** Història clínica del pacient.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** En els casos de deteriorament cognitiu greu, la detecció de la depressió es pot fer mitjançant la informació facilitada per la família o el professional.

Àrea rellevant:

## Tractament farmacològic

**Criteri:** *Els pacients ingressats a la unitat de llarga estada tenen una revisió periòdica del tractament farmacològic per assegurar-ne l'adequació i eficàcia.*

**Nom de l'indicador (núm. 2 LLE):** Revisió del tractament farmacològic.

**Justificació:** La prescripció d'un tractament farmacològic requereix una reavaluació periòdica per intentar prevenir la polimediació i detectar les reaccions adverses a la medicació i els efectes col·laterals.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb revisió del tractament farmacològic de manera periòdica<sup>62</sup>$$

**Definició de termes:** La periodicitat màxima de revisió del tractament pautat a les unitats de llarga estada serà quadrimestral, sempre que no hi hagi canvis o

<sup>62</sup> Com a màxim cada quatre mesos, i sempre que hi hagi un canvi en l'estat del pacient.

situacions prèvies que ho requereixin. En aquests casos, i en tot tractament amb una durada inferior a quatre mesos, s'haurà d'especificar la data d'inici i de finalització. A la història clínica del pacient hi constaran les dates de les revisions dels tractaments farmacològics efectuats. Es podrà evidenciar, bé dins del curs clínic o en el full del pla terapèutic o fulls d'ordres mèdiques, o bé en el sistema informàtic utilitzat. En aquesta revisió constarà el facultatiu que ha realitzat la revisió.

**Àrea rellevant:**

### Atenció a la família

**Criteri:** *El centre ha de tenir definit un programa de suport a la família.*

**Nom de l'indicador (núm. 3 LLE):** Programa de suport a la família.

**Justificació:** La família, dins el procés d'atenció, és un element clau de suport al pacient durant el procés d'atenció. La detecció de les necessitats de la família o del cuidador principal envers l'atenció del pacient són fonamentals per assegurar l'abordatge integral en l'entorn del pacient i la continuïtat dels processos d'atenció.

**Fórmula:** Existència del programa segons els criteris establerts a la definició de termes.

**Definició de termes:** El programa explicitarà com es duran a terme els apartats següents:

- Sistema d'informació i assessorament.
- Educació relacionada amb les necessitats del pacient.

**Àrea rellevant:**

### Millora funcional

**Criteri:** *La unitat realitza una avaluació dels programes per al manteniment i la millora de l'autonomia funcional, psicològica i sociocultural.*

**Nom de l'indicador (núm. 4 LLE):** Avaluació de programes.

**Justificació:** Per poder garantir un grau d'autonomia adequat a les possibilitats del pacient de llarga estada, és necessari tenir un conjunt d'intervencions que s'ocupin dels aspectes físics, psicològics i socials, amb

**Població:** Aquest indicador serà avaluable en els pacients amb tractament farmacològic ingressats a la unitat.

**Fonts de dades:** La història clínica, els fulls d'ordres mèdiques i els fulls del pla terapèutic.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

- Mesures de contenció i suport activades.
- Valoració del grau de coneixement de la malaltia i de la capacitat cuidadora.
- Informació sobre l'adequació de l'entorn per afavorir l'autonomia.
- Ajuda en processos de dol i acceptació d'una nova situació.

Aquest programa explicitarà de manera clara els objectius, població a la qual s'adreça, estratègies d'intervenció, calendari d'activitats, recursos assignats, criteris d'avaluació i sistemes de registre utilitzats. Aquest programa ha d'estar actualitzat i, com a màxim, s'ha de revisar cada tres anys.

**Fonts de dades:** Documentació de la unitat.

**Tipus:** Estructura.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** De manera complementària s'avaluarà el grau d'aplicació del programa.

l'objectiu d'intervenir de manera integral. El conjunt d'intervencions prevenen les situacions de dependència o faciliten l'adaptació d'una manera menys desfavorable.

**Fórmula:** Existència d'una avaluació periòdica dels programes pel manteniment i millora de l'autonomia funcional, psicològica i sociocultural.

**Definició de termes:** Els programes que seran avaluats són els següents:

Continua→

- Programa funcional.
- Programa psicològic.
- Programa d'animació sociocultural.

Cada programa tindrà un sistema de monitoratge. L'avaluació dels programes de manteniment i millora inclouen una valoració d'indicadors d'activitat i de resultat:

- La tipologia dels pacients segons els programes oferts.
- El percentatge d'assistència segons la tipologia de pacients de cada programa.
- La mitjana anual d'hores mensuals/pacient de participació per programa/activitat.
- El percentatge de variació de millora o manteniment en escales d'autonomia i cognitives.
- El grau de satisfacció de l'usuari amb el programa.

L'equip farà propostes de millora segons l'anàlisi dels resultats de l'avaluació dels indicadors.

El centre deixa constància del procés d'avaluació realitzat. La periodicitat de realització d'aquesta avaluació serà com a mínim anual.

**Fonts de dades:** Documentació de la unitat.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** Per a l'avaluació de cada programa, prè-

viament, el centre l'ha de tenir descrit, i ha d'especificar els objectius que es volen assolir, a quina població s'adreça, la programació d'activitats en funció dels objectius previstos per a cadascun dels programes, la programació d'activitats individualitzada per a cada pacient de llarga estada, la existència de llistes de participació, quins indicadors seran els utilitzats per avaluar els programes, i l'accessibilitat i adequació dels programes.

Entre les activitats pròpies de cada programa, es detallen a continuació alguns possibles indicadors que es poden incloure per efectuar l'avaluació del programa:

- Programa funcional: es proposa comptar amb la valoració d'aspectes físics (equilibri estàtic i dinàmic, balanç articular i muscular, etc.) i valoracions de les activitats de la vida diària.
- Programa psicològic que contempla:
  - Valoració cognitiva: Minimental, Escala de Blessed o proves neuropsicològiques.
  - Valoració emocional: Escala de depressió geriàtrica, Escala d'ansietat de Hamilton, valoració clínica.
  - Valoració psicosocial: es poden utilitzar escales validades o de consens del sector, per exemple, el Multiphasic Environment Assessment Procedure (MEAP) de Moss (1979) i l'adaptació espanyola de Fernández Ballesteros, Izal (1977).
- Programa d'activitats socioculturals: es proposa l'avaluació i seguiment de paràmetres com la comunicació, participació, motivació i relació.

**Àrea rellevant:**

## Alta del pacient

**Criteri:** Els pacients ingressats en una unitat de llarga estada tenen una valoració periòdica de la idoneïtat o no de continuar en aquesta unitat.

**Nom de l'indicador (núm. 5 LLE):** Preparació de l'alta.

**Justificació:** Tot pacient ingressat pot presentar una evolució clínica i social favorable cap a la millora o estabilització de la seva situació. Aquest fet pot incidir en els motius que van motivar l'ingrés, i seran necessàries les reavaluacions periòdiques per identificar si el pacient ha deixat de tenir els criteris inicials que en van justificar l'ingrés. Aquest fet implica que els equips han d'activar un procés de preparació de l'alta del pacient.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients en els quals consta a la revisió del pla terapèutic la valoració de la possibilitat d'alta del pacient}}{\text{Nombre total de pacients ingressats a la unitat amb una estada superior als quatre mesos}} \times 100$$

**Definició de termes:** Es considera que s'ha realitzat la valoració de les possibilitats de donar l'alta quan aquesta consta registrada a la història clínica del pacient. Aquesta valoració es realitzarà de manera quadrimestral per l'equip interdisciplinari.

**Població:** La població de referència serà aquella que consti que ha estat ingressada a la unitat almenys quatre mesos.

**Fonts de dades:** Història clínica del pacient.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** Es valorarà de manera complementària a la història clínica l'existència de mesures adreçades a preparar l'alta del pacient de la unitat.

**Àrea rellevant:**

### Monitoratge d'indicadors de la unitat

**Nom de l'indicador (núm. 17 dels indicadors generals):** Aquest apartat correspon a l'explicitació de la definició de termes de l'indicador general del quadre de comandament d'indicadors de qualitat, en el qual es proposen indicadors que cal avaluar de manera específica per tipus de recurs.

**Definició de termes:** Indicadors que, com a mínim, es recomana monitorar en unitats de llarga estada:

- Estada mitjana dels pacients.
- Capacitat funcional dels pacients.
- Indicadors de gestió del risc:
  - Taxa de caigudes.
  - Taxa d'incidència i prevalença de lesions per pressió.
  - Taxa de prevalença d'infeccions.
- Indicadors de fluxos de pacients:
  - Ingressos.
  - Altes a domicili.
  - Traslats a urgències.
  - Derivacions a altres dispositius.
- Indicadors d'activitat:
  - Participació en programes de manteniment de funcions.
  - Participació en programes oferts pel centre.
- Nombre de pacients amb procés d'incapacitació judicial iniciat o resolt durant l'ingrés.
- Pacients que disposen de voluntats anticipades.
- Grau de satisfacció dels pacients.

INDICADORS ESPECÍFICS  
PER DISPOSITIU

5.2

3. Hospital de dia

Àrea rellevant:

Valoració del pacient

**Criteri:** *Els pacients amb alteracions cognitives són avaluats neuropsicològicament per determinar el grau i l'abast del deteriorament.*

**Nom de l'indicador (núm. 1 HD):** Valoració neuropsicològica.

**Justificació:** Els resultats de la valoració neuropsicològica permeten definir i adequar els objectius terapèutics per una determinada persona. A més, en el cas que es realitzi algun tipus d'estimulació cognitiva, la valoració neuropsicològica servirà per definir els objectius d'aquesta estimulació i per valorar-ne els resultats una vegada acabat el tractament. La valoració servirà també com a informe específic per facilitar la coordinació de l'atenció.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients que tenen una valoració neuropsicològica segons els criteris definits a l'indicador}}{\text{Nombre de pacients amb criteri d'indicació de valoració neuropsicològica}} \times 100$$

**Definició de termes:** Entenem per valoració neuropsicològica aquella exploració realitzada per un professional capacitat, i inclou la valoració de les següents funcions: atenció/concentració, orientació, llenguatge, memòria, aprenentatge, pràxies, gnòsies, funcions visuoperceptives, càlcul i funcions executives. A més de la valoració dels aspectes cognitius, cal tenir en compte la valoració funcional i conductual de la persona. Aquesta valoració permet detectar aspectes funcionals, les funcions alterades i aquelles que es troben preservades.

No caldrà tornar a realitzar la valoració si el pacient disposa dels resultats d'una exploració neuropsicològica realitzada durant l'any previ a l'inici de la utilització de qualsevol dispositiu de la xarxa socio-sanitària, sempre i quan el motiu d'aquesta valoració prèvia sigui el mateix que el motiu d'ingrés a l'hospital de dia. Cal deixar constància de la valoració efectuada a la història clínica del pacient.

**Població:** Criteris d'inclusió: presència d'alguna afectació cognitiva; canvis significatius i objectius en l'aspecte cognitiu, en què s'ha descartat l'existència de quadre confusional agut, i que hi hagi una estabilitat clínica i una persistència dels símptomes superior a un mes.

Criteris d'exclusió: diagnostic de demència i amb un GDS-FAST 6-7, dèficits sensorials que facin impossible la realització de la valoració. Cal tenir en compte que, en funció dels criteris d'exclusió de determinats tipus de test, es poden incloure pacients amb dèficits motors o atàxies greus, ja que hi ha tests o subtests que no es poden realitzar quan la limitació motora és important.

**Fonts de dades:** Història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** S'aconsella que cada centre expliciti el tipus de proves de valoració neuropsicològica que realitzarà en funció de la tipologia dels pacients.

A continuació s'especifiquen, a tall d'exemple, algunes proves que es poden incloure dins la valoració neuropsicològica dels malalts:

- Funcionament cognitiu, per exemple, Test de Mini Mental State.
- Intensitat de l'alteració o dèficit cognitiu, per exemple, CAMCOG-R<sup>63</sup>.
- Perfil clínic de capacitats, per exemple, Test Barcelona<sup>64</sup> (versió reduïda).
- Diagnòstic diferencial, per exemple, Addensbrooke's cognitive examination<sup>65,66</sup>.
- Valoració conductual, per exemple, NPI-Q.

Es recomana efectuar la valoració neuropsicològica quan s'ingressa a l'hospital de dia i anualment, amb la intenció d'avaluar l'evolució cognitiva en els pacients que tinguin criteri d'indicació. En funció de l'evolució dels pacients, aquesta valoració es podria realitzar semestralment o quan l'equip ho consideri necessari.

S'aconsella relacionar els resultats de la valoració neuropsicològica amb la valoració de la sobrecàrrega del cuidador<sup>67</sup>.

Aquest indicador es desdoblarà per avaluar de manera diferenciada la valoració neuropsicològica bàsica i especialitzada.

<sup>63</sup> Lozano Gallego M, Llinas Regla J, López-Pousa S, Vilalta Franch J. CAMDEX-R in the clinical evaluation of dementias. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:125-9.  
<sup>64</sup> Pena-Casanova J, Guardia J, Bertran-Serra I, Manero RM, Jame A. Shortened version of the Barcelona test (I): Subtests and normal profiles. *Neurologia* 1997;12: 99-111.  
<sup>65</sup> Mathuranath PS, Nestor PJ, Berrios GE, Rakowicz W, Hodges JR. A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology* 2000;55:1613-20.  
<sup>66</sup> No inclou la funció executiva ni visoconstructiva, fet pel qual s'aconsella completar amb un altre test.  
<sup>67</sup> Vegeu l'indicador 15 del grup d'indicadors generals, en el qual s'inclou la valoració del risc de claudicació familiar.

Àrea rellevant:

### Millora funcional

**Criteri:** Els pacients que puguin beneficiar-se de mesures rehabilitadores a l'hospital de dia en programes terapèutics generals o específics mantenen, milloren o compensen la seva capacitat funcional.

**Nom de l'indicador (núm. 2 HD):** Millora de la capacitat funcional.

**Justificació:** Els pacients d'aquest recurs tenen objectius de recuperació funcional o de manteniment de la seva capacitat funcional. En general es tracta de persones amb risc de pèrdua d'autonomia i que moltes vegades n'acaben de recuperar una part en un hospital d'aguts o en una unitat de convalescència. Per tant, és important que els pacients atesos en aquest recurs compleixin aquest objectiu de millora o manteniment de la capacitat funcional. En malalties amb possible evolució progressiva, cal incloure, a més de la millora i el manteniment, la compensació de la pèrdua d'alguna capacitat funcional (per exemple davant la pèrdua de funcionalitat de la mà dreta, reeducar l'esquerra perquè faci les mateixes funcions).

**Fórmula:**

Nombre de pacients sense pèrdua de la funció física

$$\frac{\text{Nombre de pacients sense pèrdua de la funció física}}{\text{Nombre total de pacients donats d'alta de l'hospital de dia rehabilitador}} \times 100$$

**Definició de termes:** El nombre de pacients sense pèrdua de la funció física, això vol dir pacients que quan se'ls hi dona l'alta han de tenir una puntuació a l'escala de valoració funcional superior o igual a la que tenien quan van ingressar (per exemple, Barthel, índex AVD del CMBDSS).

**Població:** Aquest indicador s'avaluarà en pacients donats d'alta de l'hospital de dia rehabilitador. No és convenient avaluar-lo en situacions de malalties neurodegeneratives.

**Fonts de dades:** Històries clíniques i documentació del centre.

**Tipus:** Resultat.

**Estàndard:** 85%.

Àrea rellevant:

### Programes d'atenció

**Criteri:** Els hospitals de dia realitzen de manera periòdica una avaluació dels programes d'atenció al pacient i la família oferts per la unitat.

**Nom de l'indicador (núm. 3 HD):** Avaluació dels programes.

**Justificació:** Els programes terapèutics oferts han de ser variats, han de tenir en compte les capacitats de l'usuari i han de ser avaluats per identificar oportunitats de millora i adequació de les intervencions en funció de les necessitats detectades. La recollida de dades de cada programa n'ha de permetre avaluar els resultats i ha de facilitar el procés de millora contínua de la qualitat dels diferents programes oferts.

**Fórmula:** Existència d'una avaluació anual dels programes descrits a la definició de termes.

**Definició de termes:** Els paràmetres que com a mínim ha de completar l'avaluació anual de cada programa inclouen:

- Tipologia de pacients que hi participen.
- Proporció de pacients que hi participen per cada tipus de programa.
- Mitjana de temps de participació per cada pacient segons tipologia de programa<sup>68</sup>.
- Grau de compliment dels indicadors per avaluar l'efectivitat de cada programa.

L'hospital de dia ha de realitzar una anàlisi dels resultats dels indicadors d'avaluació i ha de realitzar propostes de millora en funció dels resultats aconseguits. Els resultats aconseguits i les propostes de millora constaran a la memòria anual de la unitat.

Continua→

<sup>68</sup> Nombre d'hores setmanals, mensuals o anuals que hi participa de mitjana cada pacient, depenent de com ho reculli cada unitat.



Dels programes que s'especifiquen a continuació, com a mínim, l'hospital de dia n'ha d'avaluar tres, dels quals com a mínim un ha de ser de rehabilitació<sup>69</sup>:

- A. Rehabilitació física i funcional.
- B. Rehabilitació i estimulació cognitiva (aquest programa es pot articular de manera integrada o diferenciada amb la rehabilitació funcional).
- C. Millora/recuperació del llenguatge, la parla i la veu.
- D. Deglució: per a persones amb un risc alt de broncoaspiració.
- E. Seguretat al domicili.
- F. Educació sanitària del pacient i família.

**Fonts de dades:** Documentació del centre.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 80%.

Àrea rellevant:

## Seguretat dels pacients

**Criteri:** *Els hospitals de dia disposen d'elements preventius per intentar evitar o disminuir la interacció dels riscos del pacient, amb la finalitat de garantir-li un entorn segur i adequat.*

**Nom de l'indicador (núm. 4 HD):** Seguretat dels pacients.

**Justificació:** L'hospital de dia ofereix assistència a la població que pot presentar una disminució de la capacitat física, cognitiva o sensorial. Aquestes persones, poden tenir dificultats a l'hora de realitzar tasques quotidianes de manera segura a causa d'alteracions de la mobilitat, de la capacitat de judici o raonament i de la percepció visual, entre d'altres. Per tant, és necessari disposar d'elements idonis en l'entorn que augmentin la seguretat i disminueixin els perills.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre d'elements o espais amb adequació de l'entorn i mesures de seguretat}}{\text{Nombre total d'elements o espais observats}} \times 100$$

**Comentaris:** S'aconsella que els programes estiguin prèviament descrits i que cada programa s'ofereixi, com a mínim, amb dos nivells d'activitat, en funció de les necessitats del pacient.

Prèviament a la intervenció amb l'usuari, cada hospital de dia haurà d'elaborar els seus programes específics d'atenció, en els quals s'especificaran els criteris d'avaluació. Els programes estaran dissenyats en funció de les característiques de la població que atén el centre o unitat.

Cada hospital de dia, en funció de les característiques de la població que atén, prioritzarà actuacions que donin resposta a les necessitats majoritàries d'aquesta població. El fet de tenir definida la cartera de serveis i la protocolització de l'actuació en les problemàtiques assolibles per l'hospital de dia, en consonància amb els recursos humans i materials de què es disposa, ajuda a l'assoliment de la missió i objectius estratègics de l'hospital de dia per donar resposta a les necessitats de la població atesa.

**Definició de termes:** Els elements de l'entorn que es tindran en compte són:

- Seguretat en l'accessibilitat a la medicació.
- Emmagatzematge de productes perillosos.
- En el cas de persones amb demència, estratègies per evitar fugues.
- Seguretat de l'entorn en relació amb el risc de caigudes.
- Elements de l'entorn que faciliten l'orientació tempoespacial.
- Barreres arquitectòniques.

**Fonts de dades:** Observació.

**Tipus:** Estructura.

**Estàndard:** 83%.

**Comentaris:** Per tal de facilitar l'aplicació de mesures de seguretat a l'hospital de dia, a continuació es fa una breu relació sobre alguns dels aspectes que poden servir de guia:

- Seguretat en l'accessibilitat a la medicació per part del pacient (la medicació ha d'estar ubicada

<sup>69</sup> Apartats A, B o C.

en un lloc segur, tancat amb clau i que no sigui de fàcil accés).

- Emmagatzematge dels productes perillosos, per exemple, productes de neteja, estris que poden tallar, material lúdic de dimensions petites que es puguin empassar, etc. Cal tenir-los protegits o sota clau.
- En el cas de persones amb demència cal aplicar estratègies per evitar fugues, per exemple, sistema de seguretat o codificació per a l'accés a l'hospital de dia, disponibilitat de diferents espais per a les persones amb risc, dotar d'elements d'identificació personal a les persones amb risc de fuga, protocol d'actuació davant d'una fuga.
- Seguretat de l'entorn amb relació al risc de caigudes,

és a dir, modificació o adequació de les instal·lacions i mobiliari per disminuir la influència dels factors extrínsecs en les caigudes dels pacients.

- Assegurar la correcta senyalització dels diferents espais, tenint especial cura de l'accés a l'hospital de dia quan l'espai es troba compartit amb altres unitats. Distribució d'espais que permetin una bona orientació per part del pacient.
- Assegurar la correcta mobilitat de les persones amb mobilitat reduïda, per exemple, persones que van amb cadira de rodes, etc.
- Aquest indicador es desdoblarà per avaluar de forma diferenciada la prevenció de riscos i l'adequació a l'entorn.

**Àrea rellevant:**

### Suport a la família

**Criteri:** *L'hospital de dia disposa d'estratègies d'intervenció i suport al cuidador davant la detecció de risc de claudicació familiar.*

**Nom de l'indicador (núm. 5 HD):** Prevenció de la claudicació.

**Justificació:** La claudicació del cuidador en un mòdul diürn com és l'hospital de dia condiona tot l'abordatge davant el malalt, fins i tot, la continuïtat del procés d'atenció. Per aquest motiu és necessari valorar en tots els casos el risc de claudicació i poder incidir de manera específica quan es constati.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de famílies amb pla de suport}}{\text{Nombre de famílies amb risc de claudicació familiar}} \times 100$$

**Definició de termes:** A la història clínica del pacient s'evidenciaran les mesures preventives i pautes d'intervenció davant el risc de claudicació familiar, i es revisarà la situació en cada revisió interdisciplinària del pla terapèutic. Els apartats que, com a mínim, s'han de registrar són els següents:

- Constatació de valoració del risc de claudicació familiar.
- Actuacions previstes en el pla d'atenció interdisciplinari.
- Temporalització de les actuacions.
- Professionals encarregats de dur-les a terme.

**Població:** Famílies o cuidador principal detectat com de risc en la valoració de la detecció dels riscos de claudicació familiar de cadascun dels pacients atesos a l'hospital de dia.

**Fonts de dades:** Històries clíniques.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** Entre les estratègies a tenir en compte en el pla de suport a les famílies, cal potenciar la coordinació amb altres recursos d'ingrés temporal, programes respir, ajuts al domicili i altres ajuts de serveis socials per al suport al cuidador.

Àrea rellevant:

**Satisfacció dels usuaris**

**Criteri:** Els usuaris de l'hospital de dia se senten satisfets amb l'atenció que reben dels professionals de l'hospital de dia.

**Nom de l'indicador (núm. 6 HD):** Satisfacció dels usuaris.

**Justificació:** La valoració del grau de satisfacció dels usuaris és un element indispensable per a la millora del servei. És indispensable, en un mòdul socio-sanitari, incloure tant la valoració del pacient (quan aquesta sigui possible) com la de la família.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre d'usuaris amb satisfacció superior al 75\% a les preguntes del qüestionari que exploren les àrees de la definició de termes}}{\text{Nombre d'usuaris enquestats}} \times 100$$

**Definició de termes:** La unitat realitzarà la valoració del grau de satisfacció dels usuaris a través d'una enquesta o qüestionari d'opinió.

El qüestionari inclourà, com a mínim, els següents aspectes:

- Informació i educació que se'ls ha donat.

- Suport emocional: disposició del professional per escoltar i fer-se càrrec del cas.
- Organització del servei (horaris, canvis, etc.).
- Confiança en els professionals (sentir-se en bones mans).

Es considera un resultat inadequat qualsevol resultat de les preguntes de satisfacció que no arribi al 75% de valoració positiva. La periodicitat de l'estudi serà, com a màxim, bianual.

**Fonts de dades:** Registres específics elaborats per aquest motiu.

**Tipus:** Resultat.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** En els malalts amb deteriorament cognitiu, s'adequarà l'instrument de recollida de dades a la situació del pacient. En cas que el malalt no pugui participar, es preguntarà a la família.

S'aconsella que l'estudi de satisfacció del pacient i la família es realitzin de manera diferenciada per a pacients i famílies, ateses les necessitats específiques i diferenciades que presenten.

Es recomana incloure-hi una pregunta sobre el temps d'estada a l'hospital de dia, per realitzar una valoració diferenciada en funció d'aquesta variable.

Àrea rellevant:

**Monitoratge d'indicadors de la unitat**

**Nom de l'indicador (núm. 17 dels indicadors generals):** Correspon a l'explicitació de la definició de termes de l'indicador general del quadre de comandament d'indicadors, en el qual es proposen indicadors a avaluar de manera específica per tipus de recurs.

**Definició de termes:** Indicadors que, com a mínim, es recomana monitorar a l'hospital de dia:

- Riscos que es poden prevenir: taxa de caigudes.
- Relacionats amb l'atenció a la persona:
  - Indicadors de la funció física dels pacients.
  - Indicadors de la funció cognitiva dels pacients.
  - Taxa de trastorns disruptius greus en els pacients amb demència.
  - Percentatge de persones que realitzen els diferents programes.
  - Percentatge de la demanda a l'hospital de dia que no ha pogut utilitzar el recurs per problemes del transport.

- Esdeveniments sentinella: fugues, agressions, etc.
- Indicadors d'activitat i flux:
  - Temps mitjà d'espera per accedir a l'hospital de dia.
  - Estada mitjana global i per tipologia d'usuaris.
  - Índex d'ocupació, índex de pacients nous.
  - Incompareixences programades i no programades.
  - Percentatge de malalts ingressats per tipologia de pacients.
  - Percentatge de pacients que han necessitat intervencions psicosocials per claudicació familiar.
  - Motiu i destí quan se'ls hi dóna l'alta.
  - Percentatge de reingressos.
- Indicadors d'avaluació de programes oferts per hospitals de dia: resum de les activitats realitzades i nombre de persones participants en els programes que es realitzen, com ara tallers de psicoestimulació i psicomotricitat, programes psicoeducatius per a familiars de pacients amb demència i grups psicoeducatius.

INDICADORS ESPECÍFICS  
PER DISPOSITIU

5.2

4. UFISS  
Unitat Funcional  
Interdisciplinar SocioSanitària

Àrea rellevant:

### Accesibilitat del pacient a l'UFISS

**Criteri:** El temps màxim de resposta a una interconsulta efectuada a l'UFISS és de 24 hores.

**Nom de l'indicador (núm. 1 UFISS):** Temps de resposta.

**Justificació:** És necessària una intervenció precoç de les UFISS per garantir una valoració integral de qualitat al pacient durant l'ingrés, així com un bon suport als equips consultors.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre d'interconsultes amb temps de resposta màxim 24 h}}{\text{Nombre total de pacients amb interconsulta a l'UFISS}} \times 100$$

**Definició de termes:** De les sol·licituds de valoració o interconsulta efectuades a l'UFISS, es comprovarà

en quines s'ha donat resposta durant les primeres 24 hores des de l'arribada de la sol·licitud a la unitat. Les interconsultes realitzades en cap de setmana o festiu, comptaran a partir del primer dia hàbil de la unitat.

**Població:** Aquest indicador procedeix avaluar en els pacients valorats per l'UFISS durant el període estudiant.

**Fonts de dades:** Històries clíniques i documentació de la unitat.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** Es valorarà el temps de resposta en horari de dilluns a divendres, excloent-ne els festius intersetmanals.

Àrea rellevant:

### Accesibilitat del pacient a l'UFISS

**Criteri:** La unitat té definits els criteris d'accés i alta dels pacients que han de ser atesos per l'UFISS.

**Nom de l'indicador (núm. 2 UFISS):** Criteris d'accés i alta de la unitat.

**Justificació:** L'equip de l'UFISS, com a equip consultor i avaluador, ha de tenir definits criteris per ajudar a unificar els criteris d'actuació dels diferents dispositius i, alhora, ajudar a interpretar els resultats. El fet de poder tenir establerts uns criteris per ajudar a millorar la coordinació entre els diferents recursos, contribueix a disminuir la variabilitat i contribueix per l'adequada utilització del recurs. El fet de poder tenir definida la tipologia dels pacients atesos permet adequar les intervencions i valorar els resultats en funció de la tipologia dels pacients atesos.

**Fórmula:** Existència de criteris generals i específics d'accés i alta dels pacients valorats per la unitat.

**Definició de termes:** La unitat definirà els criteris generals i específics segons la tipologia de pacients atesos (oncològic, geriàtric, demències, etc.). Caldrà detallar de manera clara els següents paràmetres:

- Criteris d'accés per ser valorats per l'UFISS:
  - Criteris d'inclusió.
  - Criteris d'exclusió.
- Criteris per ser donats d'alta els pacients de l'UFISS.

**Fonts d'informació:** Documentació de la unitat.

**Tipus:** Estructura.

**Estàndard:** 100%.

Àrea rellevant:

### Atenció al pacient

**Criteri:** *Els pacients que són atesos a la unitat tenen una valoració multidimensional integral.*

**Nom de l'indicador (núm. 3 UFISS):** Valoració del pacient.

**Justificació:** Els pacients atesos per les UFISS són pacients derivats generalment per la complexitat i problemàtica del seu abordatge. El fet de millorar l'objectivització de la situació multidimensional dóna elements a tot l'equip interdisciplinari per a l'abordatge integral de cada cas. Una bona valoració permet un plantejament de l'estratègia terapèutica adequat a la situació de cada pacient i el seu entorn. El fet de documentar la valoració de manera sistemàtica serveix com un instrument que ajuda a millorar la coordinació de l'equip.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb valoració multidimensional integral}}{\text{Nombre total de pacients atesos per l'UFISS}} \times 100$$

**Definició de termes:** La valoració del pacient inclou, com a mínim, els següents paràmetres:

- Valoració clínica i funcional:
  - Valoració de les activitats bàsiques de la vida diària, per exemple, etc.
  - Valoració de les activitats instrumentals de la vida diària, per exemple, OARS, etc.
  - Signes i símptomes predominants relacionats amb la malaltia oncològica i les principals síndromes geriàtriques.

Àrea rellevant:

### Atenció al pacient

**Criteri:** *Els pacients atesos a la unitat tenen assignada una persona de referència per a la gestió del cas, que afavorirà la continuïtat del procés d'atenció i la realització del pla d'actuació previst.*

**Nom de l'indicador (núm. 4 UFISS):** Persona de referència.

**Justificació:** És necessari identificar el nom del professional que en aquell cas fa la intervenció més activa, perquè sigui l'interlocutor amb l'equip responsable del pacient, així com amb el mateix pacient i la

- Valoració psicològica:
  - Estat cognitiu, per exemple, Pfeiffer, etc.
  - Estat emocional, per exemple, Escala analògica visual, etc.
- Valoració social:
  - Detecció del cuidador principal en el genograma.
  - Situació familiar.
- Valoració de creences i valors:
  - Coneixement de la malaltia.
  - Opinions.
  - Testament vital, últimes voluntats, disposicions prèvies, etc.
  - Temes pendents per resoldre a nivell vital.
  - Grau d'acceptació de la situació.
- Valoració de la utilització de recursos:
  - Recursos utilitzats actualment: social, serveis de salut, etc.
  - Recursos demanats.

Aquesta informació es comprovarà en les històries clíniques dels pacients.

**Població:** Numerador: total de pacients als quals s'ha efectuat una valoració integral multidimensional segons els elements definits a l'indicador.

Denominador: total de pacients atesos per l'UFISS durant el període estudiat.

**Fonts de dades:** Història del pacient.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

seva família. Aquest fet promourà una comunicació més àgil amb les diferents persones i equipament implicats, i contribuirà a millorar la continuïtat del procés d'atenció de la persona.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb identificació de la persona de referència del cas}}{\text{Nombre total de pacients amb seguiment de l'UFISS}} \times 100$$

Continua→

**Definició de termes:** A les històries clíniques hi constarà el nom del professional de referència de l'UFISS per a la gestió del cas, tenint en compte que l'abordatge que es realitza és de tipus interdisciplinari.

**Població:** Pacients als quals els professionals de l'UFISS realitzen un seguiment.

**Fonts de dades:** Històries clíniques.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** Es desitjable que la persona de referència del cas en l'UFISS, i sempre que sigui possible, es posi en contacte amb el gestor de cas del pacient per potenciar la coordinació i continuació del procés d'atenció de la persona.

Àrea rellevant:

## Atenció al pacient

**Criteri:** La unitat disposa d'un conjunt de protocols d'atenció i organitzatius que ajuden a minimitzar la variabilitat no desitjable de la seva actuació.

**Nom de l'indicador (núm. 5 UFISS):** Protocols de la unitat.

**Justificació:** El fet de disposar de protocols a la unitat contribueix a millorar la unificació de criteris i disminuir la variabilitat d'aquelles actuacions en les quals l'evidència científica existent faci recomanacions de bona pràctica per assegurar uns millors resultats. Els protocols han de facilitar el procés de presa de decisions del personal de l'equip i han de valorar l'impacte i efectivitat de la seva aplicació, especialment l'impacte pel que fa al benestar i qualitat de vida del pacient i la família.

**Fórmula:** Existència dels protocols amb els criteris descrits a la definició de termes.

**Definició de termes:**

- La unitat disposarà dels següents protocols, en funció de la tipologia de pacients atesos:

- Sedació (UFISS pal·liatiu).
- Agonia, fi de la vida i acompanyament durant el procés del dol (UFISS pal·liatiu i geriatria).
- Principals síndromes geriàtriques (*delirium*, restrenyiment, mobilitat, nafres, etc.).
- Els protocols han de ser vigents i, com a màxim, han d'estar elaborats, avaluats o revisats durant els tres últims anys. El protocol inclou, com a mínim, descripció dels objectius, població a la qual s'adreça, sistemàtica de valoració, estratègies d'intervenció d'actuació, mecanismes de coordinació, algoritme de presa de decisions, i sistema de seguiment i avaluació del protocol.

**Fonts de dades:** Cens de protocols i documentació del centre.

**Tipus:** Estructura.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** Els protocols poden ser elaborats per la unitat o, conjuntament, amb l'hospital.

Àrea rellevant:

## Proactivitat

**Criteri:** L'UFISS desenvolupa i aplica protocols de proactivitat per la selecció/detecció i atenció de pacients de risc des dels primers dies d'ingrés.

**Nom de l'indicador (núm. 6 UFISS):** Proactivitat de l'UFISS.

**Justificació:** Les UFISS de geriatria i cures pal·liatives són equips hospitalaris de suport que actuen a tots els serveis clínics de l'hospital. És necessari que una

part de l'activitat assistencial de les UFISS vagi dirigida a aquells pacients amb més risc o necessitats socio-sanitàries establint sistemes, acords i protocols amb els serveis clínics a fi de seleccionar proactivament pacients sense necessitat d'esperar la interconsulta del professional que atén el pacient. L'atenció de l'UFISS ha d'ajudar a permetre iniciar intervencions intrahospitalàries compartint l'assistència del pacient (comanagement) amb els equips assistencials, o bé per planificar les altes el més aviat possible.

**Fórmula:** Existència de mesures proactives per a la selecció/ detecció de pacients.

**Definició de termes:** Proactivitat: detecció de pacients amb criteris d'indicació de ser valorats per l'UFISS, mitjançant participació en sessions clíniques periòdiques, detecció de pacients mitjançant criteris establerts en protocols, indicadors de la unitat d'admissions o altres que tingui establerts la unitat en funció de la seva finalitat.

S'entén per pacient proactiu aquell que és valorat sense interconsulta prèvia i amb criteris d'indicació definits als protocols corresponents.

**Fonts de dades:** Documentació de la unitat i història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 100%.

Àrea rellevant:

### Satisfacció altres serveis

**Criteri:** L'UFISS avalua de manera periòdica el grau de satisfacció dels professionals dels principals serveis amb els quals es relaciona per a la valoració i seguiment conjunt dels pacients.

**Nom de l'indicador (núm. 7 UFISS):** Satisfacció altres serveis.

**Justificació:** Una font important de trobar oportunitat de millores és la valoració del grau de satisfacció de les necessitats i expectatives de les persones i serveis amb els quals es treballa. En aquesta línia i amb l'afany de recerca d'indicadors de qualitat de la millora de l'actuació de les UFISS, es fa del tot necessari poder mesurar el grau de satisfacció relacionat amb els serveis amb els quals es relaciona la unitat.

**Fórmula:** La mitjana global de puntuació de l'estudi ha de ser com a mínim de 7/10.

**Definició de termes:** Es considera un estudi d'opinió aquell que inclou la valoració de l'opinió i el grau de satisfacció dels professionals dels serveis als quals dona suport l'UFISS. La unitat podrà utilitzar diferents estratègies de recollida d'informació. L'estudi ha d'incloure la metodologia emprada,

**Comentaris:** S'aconsella l'existència de protocols consensuats amb els serveis clínics sobre el paper i la intervenció de l'UFISS en el seguiment del cas. Els protocols han d'especificar els circuits de selecció, valoració, intervenció, seguiment i alta dels pacients inclosos.

Aquests protocols han d'estar definits amb els diferents serveis per a l'abordatge de les principals patologies:

- UFISS geriatria: persona gran fràgil (medicina interna), ictus (neurologia), fractura de fèmur (traumatologia), altres.
- UFISS pal·liatiu: pacients pal·liatiu (oncologia mèdica, oncologia radioteràpica, hematologia medicina interna, cirurgia general, etc.).

De forma complementària en la valoració de l'indicador, s'identificarà la proporció de pacients atesos per l'UFISS que han estat identificats de forma proactiva.

representativitat de la mostra utilitzada, presentació de resultats globals i detallada per serveis i les propostes de millora en funció dels resultats aconseguits a l'estudi.

Es valorarà el fet que s'hagi realitzat en un període de temps no superior a dos anys abans de la valoració d'aquest indicador. L'estudi ha de recollir el grau de satisfacció dels diferents professionals del servei (mèdic, infermeria i treball social).

Els paràmetres que inclou la valoració d'aquest indicador són els següents:

- Temps de resposta a la demanda d'interconsulta.
- Participació/implicació en el seguiment del cas.
- Accessibilitat als professionals de l'UFISS.
- Aportacions al seguiment/resolució del cas (recomanat).

El serveis que, com a mínim, han d'estar valorats han de ser:

- UFISS de geriatria:
  - Medicina interna/Unitat Geriàtrica d'Aguts.
  - Neuro.
  - Trauma.
  - Vasculat<sup>70</sup>/cirurgia general.

Continua→

<sup>70</sup> Només s'avaluarà quan procedeixi avaluar per l'existència del servei.



- UFISS de pal·liatius:
  - Oncologia.
  - Hematologia.
  - Radioteràpia.

**Font de dades:** Documentació de la unitat.

**Tipus:** Resultat.

**Estàndard:** 100%.

**Comentaris:** En la mesura que sigui possible, s'aconseja que la valoració sigui efectuada per una persona o servei aliè a la unitat.

Aquest indicador es desdoblarà per avaluar l'existència de l'estudi i els resultats obtinguts.

**Àrea rellevant:**

## Monitoratge d'indicadors de la unitat

**Nom de l'indicador (núm. 17 dels indicadors generals):** Aquest apartat correspon a l'explicitació de la definició de termes de l'indicador general del quadre de comandament d'indicadors de qualitat, en el qual es proposen indicadors que s'han d'avaluar de manera específica per tipus de recurs.

**Definició de termes:** L'UFISS realitza un monitoratge, com a mínim de manera anual, dels principals processos relacionats amb l'atenció al pacient:

- Tipus de consulta - intervenció:
  - Assistència per l'equip habitual. Planificació de l'alta.
  - Assistència compartida (comanagement).
  - Assistència per l'UFISS.
- Serveis consultors (percentatge de pacients atesos de cada servei).

- Estada mitjana:
  - Des de l'ingrés hospitalari a la data de sol·licitud d'interconsulta o inici de valoració per part de l'UFISS (global, i diferenciat pels casos proactius).
  - Des de la data d'inici de valoració per l'UFISS fins l'alta hospitalària.
  - Estada mitjana hospitalària global dels pacients atesos per l'UFISS.
- Diagnòstic principal.
- Estat funcional del pacient (UFISS geriatria): Katz, Barthel, etc.
- Qualitat de vida (UFISS pal·liatius): Karnofsky, etc.
- Percentatge de pacients segons la complexitat clínica<sup>71</sup>.
- Destí quan se li dona l'alta.

<sup>71</sup> S'entén per complexitat clínica quan han d'intervenir activament els tres professionals bàsics de l'UFISS (metge, infermer i treballador social), per abordar les problemàtiques clíniques i psicosocials de difícil maneig dels pacients i la família.

INDICADORS ESPECÍFICS  
PER DISPOSITIU

5.2

5. PADES  
Programa d'Atenció Domiciliària  
i Equips de Suport

Àrea rellevant:

## Accessibilitat al PADES

**Criteri:** El PADES facilita l'accessibilitat dels que tenen una sol·licitud d'atenció per part de diferents dispositius assistencials.

**Nom de l'indicador (núm. 1 PADES):** Inici de l'atenció.

**Justificació:** És necessari donar resposta a les peticions d'assistència rebudes en un termini adequat per facilitar l'accessibilitat dels pacients, i donar resposta oportuna a les necessitats d'atenció.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients atesos en el termini de temps establert}}{\text{Nombre de peticions d'atenció rebudes al PADES}} \times 100$$

**Definició de termes:** Des de la rebuda de la petició d'assistència es planifiquen els contactes amb el pacient i la família:

- Contacte telefònic amb el pacient o la família en les primeres 48 hores, per programar la primera visita.
- Realització de la primera visita, abans de set dies des de la data de recepció de la sol·licitud d'atenció per part del PADES.

El termini de temps per realitzar el contacte i la visita es comptabilitzarà en dies laborables.

**Població:** Es procedirà a avaluar aquest indicador en els casos assistencials dels PADES que requereixen visites de seguiment. Seran criteris d'exclusió no ser tributari de seguiment per part del PADES, per exemple, pacients que requereixen només una valoració de la CIMSS.

**Fonts de dades:** Històries clíniques, arxiu de les peticions i altra documentació de suport del PADES.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

Àrea rellevant:

## Valoració del pacient

**Criteri:** L'equip fa una valoració multidimensional de la persona atesa al PADES.

**Nom de l'indicador (núm. 2 PADES):** Valoració del pacient.

**Justificació:** Per assolir la cobertura de les necessitats dels pacients atesos pel PADES, cal fer una valoració integral mitjançant la intervenció de tots els professionals que formen l'equip.

Per tal de fer una valoració objectiva de la situació cal utilitzar, sempre que sigui possible, instruments estandarditzats i validats que permetin reflectir i quantificar les necessitats dels pacients i llurs famílies.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients que tenen feta una valoració multidimensional}}{\text{Nombre total de pacients atesos al domicili pel PADES}} \times 100$$

**Definició de termes:** En la valoració multidimensional del pacient a la història clínica, cal reflectir en l'apartat de valoració sociofamiliar els següents paràmetres:

- Valoració de l'entorn al domicili.
- Valoració de riscos del pacient i de la família.
- Recursos de la família.
  - Personals:
    1. Capacitats i habilitats cuidadores de la família.
    2. Valoració la complexitat del cas.
    3. Valoració del risc social.
  - Familiars.
  - Estructurals.
  - Econòmics.
- Impacte emocional de la malaltia i situació del pacient i de la família.
- Valoració de creences i valors (inclou la valoració del sentit de la vida pel pacient).

**Població:** Procedirà avaluar aquest indicador en tots els pacients atesos al domicili pel PADES.

**Fonts de dades:** Història clínica i fulls de registre de PADES.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 85%.

Àrea rellevant:

### Valoració del pacient

**Criteri:** El PADES té definits els criteris de complexitat utilitzats per valorar els pacients.

**Nom de l'indicador (núm. 3 PADES):** Criteris de complexitat.

**Justificació:** La pràctica assistencial dels equips del PADES està orientada a l'atenció de les situacions més complexes. Aquesta complexitat pot ser a causa de la malaltia de base, la terapèutica instrumental, la utilització del circuit assistencial, el risc social o els aspectes bioètics.

**Fórmula:** Existència del protocol sobre com definir, detectar i intervenir segons el grau de complexitat del pacient.

**Definició de termes:** Existència d'un protocol en el qual es defineixen els següents apartats:

- Definició dels criteris de complexitat següents:
  - Clínic, malaltia complexa.

- Terapèutica instrumental.
- Utilització del circuit assistencial.
- Complexitat per risc social.
- Complexitat per risc bioètic.
- Criteris i sistemàtica per detectar casos complexos.
- Sistemàtica d'actuació segons la complexitat del pacient.
- Sistema de registre a la història clínica.
- Difusió efectuada del protocol a l'equip d'atenció interdisciplinari.

El protocol ha d'estar elaborat o revisat, com a mínim, cada tres anys.

**Fonts de dades:** Documentació de la unitat i actes de reunió de l'equip.

**Tipus:** Estructura.

**Estàndard:** 100%.

Àrea rellevant:

### Pla d'atenció

**Criteri:** L'equip realitza una valoració multidimensional i interdisciplinària de manera oportuna per procedir a l'elaboració del pla d'atenció integral del pacient i la seva família.

**Nom de l'indicador (núm. 4 PADES):** Pla d'atenció integral.

**Justificació:** Un cop realitzada la visita a domicili i detectats els problemes i necessitats del pacient i la família, ens marcaríem els objectius per definir el pla terapèutic i les accions per dur-lo a terme.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de plans integrals realitzats segons definició de termes}}{\text{Nombre total de pacients atesos}} \times 100$$

**Definició de termes:** El pacient ha de tenir elaborat un pla d'atenció integral que inclogui les següents àrees:

- Control de símptomes i confort del malalt.
- Grau i necessitats d'informació sobre la malaltia<sup>72</sup>.
- Educació sanitària del pacient i la família, amb existència d'un pla educatiu amb constància de l'acció o intervenció realitzada<sup>73</sup> i de la seva avaluació.
- Impacte emocional del pacient i el cuidador principal.
- Suport al cuidador principal i la família.
- Mesures de seguretat i adaptació de l'entorn.
- Creences i valors (valoració del sentit de la vida del pacient, etc.).
- Gestió de recursos:
  - Demandes d'atenció expressades pel pacient i la família.
  - Objectius expressats i prioritzats per la família.
  - Necessitats objectivades i recurs òptim considerat per l'equip.
  - Registre de les entrevistes inicials i de seguiment<sup>74</sup>.

Continua→

<sup>72</sup> Aportació de coneixements, suport emocional i/o de relació d'ajuda per afavorir l'adaptació a un nou procés de salut o d'aspectes socials al domicili.

<sup>73</sup> Per exemple maneig de l'enllitament, RHB, nutrició, ajut a les AVD.

<sup>74</sup> Informació i assessorament que s'ha donat a la família. Mesures de contenció i suport portades a terme.

Només s'han d'incloure en el pla d'atenció els aspectes d'aquestes àrees que s'han detectat com a problemàtics o per treballar. Per tant, en la valoració dels pacients, s'ha de deixar constància conforme en aquestes àrees no cal intervenció perquè ja estan resoltes o satisfetes.

Aquesta valoració s'ha d'efectuar en els primers 15 dies laborables des de l'inici d'atenció del PADES.

El pla inclou el llistat de problemes que cal abordar, l'especificació de quins són els problemes prioritaris del pacient, la formulació d'objectius, l'especificació de les estratègies d'intervenció que es portaran a terme i l'especificació dels professionals responsables. El pla ha de recollir les expectatives i objectius del pacient envers el seu procés d'atenció, els pactes i acords amb el pacient i la família i l'especificació dels criteris d'avaluació. Ha d'estar elaborat per l'e-

quip interdisciplinari i ha de ser revisat periòdicament per tal que estigui actualitzat.

**Població:** Tots els casos assistencials del PADES en què es fan visites de seguiment. Serà un criteri d'exclusió que faci menys de 15 dies laborables que han contactat amb el PADES.

**Fonts de dades:** Històries clíniques.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** El pla ha d'anar acompanyat d'un sistema d'informació escrita en el domicili dels acords i aspectes clau que cal tenir en compte pel pacient i la família.

#### Àrea rellevant:

### Atenció a la família o cuidador principal

**Criteri:** *Els professionals del PADES, dins el programa d'acompanyament durant el procés de dol, realitzen contactes de seguiment amb la família després de produït l'èxitus.*

**Nom de l'indicador (núm. 5 PADES):** Programa d'acompanyament durant el procés de dol.

**Justificació:** El suport i acompanyament al pacient, la família i altres persones implicades esdevé fonamental en tot procés d'atenció al final de la vida. Cuidar al que queda forma part del pla d'atenció dels equips del PADES, amb la finalitat de poder donar suport i acompanyament, i sobretot poder detectar situacions que requereixen una intervenció oportuna per part de l'equip d'atenció o d'altres dispositius o recursos.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de famílies amb contacte postèxitus}}{\text{Nombre de famílies amb un pacient atès pel PADES i que ha estat èxitus}} \times 100$$

**Definició de termes:** A la història clínica queda constància del procés d'acompanyament i suport efectuat. Cal deixar constància del/s contacte/s efectuats amb la família després que el pacient hagi estat èxitus.

- Oferta d'activitats d'acompanyament/suport efectuades.
- Accions portades a terme en funció del protocol establert pel centre o unitat.
- Registre de les entrevistes a familiars i tipus de seguiment realitzat.

**Població:** Famílies dels pacients que han estat èxitus i dels quals el PADES realitzava el seguiment.

**Fonts de dades:** Història clínica dels pacients.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** S'avaluarà en els casos assistencials amb seguiment a càrrec del PADES.

Àrea rellevant:

## Protocols d'atenció

**Criteri:** *El PADES utilitza protocols assistencials per garantir una bona praxi i millorar la continuïtat.*

**Nom de l'indicador (núm. 6 PADES):** Protocols assistencials.

**Justificació:** Tots els professionals han d'utilitzar criteris unificats a l'hora d'afrontar les diverses situacions que es poden produir en el domicili, per ajudar a disminuir la variabilitat de la pràctica assistencial en aquelles accions que han demostrat la utilitat i adequació en l'atenció de la persona.

**Fórmula:** Existència dels protocols actualitzats especificats en la definició de termes.

**Definició de termes:** Els protocols han de ser vigents i, com a màxim, han d'estar elaborats, avaluats o revisats durant els tres últims anys. Cada protocol inclou com a mínim la descripció dels objectius, població a la qual s'adreça, criteris de valoració, sistemàtica d'actuació, mecanismes de coordinació, algoritme de presa de decisions, regis-

tres proposats i sistema de seguiment i avaluació del protocol.

Es disposarà com a mínim dels protocols següents:

- Dol.
- Agonia.
- Tractament subcutani i utilització de bombes.
- Dispnea i suport respiratori (considerant teràpia respiratòria, oxigenoteràpia, atenció al pacient amb traqueotomia, atenció al pacient amb ventilació mecànica<sup>75</sup>, etc.).
- Claudicació familiar.

En els casos d'adaptació de guies de bona pràctica o guies clíniques, cal especificar la font, tipus d'evidència i data en la qual va ser proposada.

**Fonts de dades:** Documentació del PADES i actes de reunió de l'equip.

**Tipus:** Estructura.

**Estàndard:** 80%.

Àrea rellevant:

## Monitoratge d'indicadors de la unitat

**Nom de l'indicador (núm. 17 dels indicadors generals):** Aquest apartat correspon a l'explicitació de la definició de termes de l'indicador general del quadre de comandament d'indicadors de qualitat, en el qual es proposen indicadors que cal avaluar de manera específica per tipus de recurs.

**Definició de termes:** Indicadors que, com a mínim, es recomana monitorar de manera anual en el PADES:

Monitoratge dels següents indicadors:

- Èxits al domicili dels pacients que desitgen morir a casa.

- Satisfacció del cuidador principal o la família després del procés d'atenció rebut.
- Tipologia de pacients segons el grau de complexitat.
- Ingressos produïts per descans familiar.
- Casos de claudicació familiar no detectats prèviament.
- Capacitat de donar resposta: recursos aconseguits sobre els indicats.
- Complicacions presentades al domicili.
- Visites a urgències del pacient.
- Presentació de resultats amb especificació de la metodologia de recollida d'informació.
- Propostes de millora efectuades en funció dels resultats obtinguts.

<sup>75</sup> Aquest apartat de ventilació mecànica cal que estigui descrit quan hi hagi la possibilitat de poder tenir un pacient amb ventilació mecànica a casa i que tingui un seguiment a càrrec del PADES.

INDICADORS ESPECÍFICS  
PER DISPOSITIU

5.2

6. EAIA

Equips d'Avaluació Integral Ambulatòria

Àrea rellevant:

## Valoració del pacient

**Criteri:** *Tot pacient atès a l'EAIA té una valoració multidimensional per ajudar a clarificar-ne el diagnòstic i establir un pla d'atenció.*

**Nom de l'indicador (núm. 1 EAIA):** Valoració del pacient.

**Justificació:** La valoració dels pacients atesos per l'EAIA ajuda a facilitar el procés de presa de decisions de l'equip i a la formulació del pla d'atenció integral. El fet de millorar l'objectivització de la situació multidimensional de cada cas dóna elements a tot l'equip interdisciplinari per a l'abordatge integral de cada cas. Una bona valoració permet un plantejament de l'estratègia terapèutica adequat a la situació de cada pacient i al seu entorn.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb valoració multidimensional integral}}{\text{Nombre total de pacients atesos per l'EAIA}} \times 100$$

**Definició de termes:** Els continguts que, com a mínim, haurà d'incloure la valoració són:

- Valoració clínica<sup>77</sup>
- Avaluació funcional, cognitiva i emocional
- Valoració neuropsicològica<sup>78</sup>

Àrea rellevant:

## Diagnòstic del pacient

**Criteri:** *L'abordatge multidimensional de la persona per part dels professionals de l'EAIA permet millorar l'efectivitat del procés diagnòstic del pacient.*

**Nom de l'indicador (núm. 2 EAIA):** Efectivitat del procés diagnòstic.

- Valoració social: valoració de la situació familiar i capacitat cuidadora.
- Valoració de les necessitats d'informació i suport.
- Resultats de proves diagnòstiques.
- Llistat de problemes actius i inactius.

La valoració ha d'incloure els cribratges que es passaran a cadascun dels pacients en funció de la seva situació, motius de consulta principal o protocol establert.

**Població de referència:** Per valorar aquest indicador es realitzarà un mostreig dels pacients valorats l'últim any per l'EAIA.

**Fonts d'informació:** Documentació de la unitat i història clínica.

**Tipus d'indicador:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** S'aconsella l'existència d'un protocol de valoració multidisciplinari per part dels diferents membres de l'equip en l'EAIA. Aquest protocol hauria de descriure les actuacions que ha de portar a terme l'equip interdisciplinari a fi de realitzar el diagnòstic del pacient. És convenient especificar els diferents criteris de cribratge que seran utilitzats, així com la freqüència de revaloració.

**Justificació:** Endegar el procés assistencial requereix que el diagnòstic es realitzi de manera adequada i oportuna per tal d'iniciar de manera dinàmica el procés terapèutic per a cada cas. La valoració per part dels equips de l'EAIA ha de contribuir a una millor concreció del diagnòstic, per identificar les estratègies

<sup>77</sup> Inclou antecedents personals, motiu de consulta, anamnesi i exploració física del pacient.

<sup>78</sup> Els pacients amb alteració o dèficit cognitiu necessitaran una valoració neuropsicològica que inclourà uns mínims d'avaluació cognitiva: llenguatge, praxi, gnosi, memòria, raonament abstracte i funcions executives. L'avaluació neuropsicològica es pot efectuar en els últims sis mesos per qualsevol dispositiu de la xarxa.

Els pacients candidats a l'exploració neuropsicològica seran els que mostrin per cribratge una avaluació cognitiva alterada mitjançant, la història clínica o el test abreujat. Els criteris d'inclusió que es poden tenir en compte en la indicació d'una valoració neuropsicològica són canvis significatius i objectius a nivell cognitiu, en què s'ha descartat l'existència de quadre confusional agut, i que es trobin clínicament estables i tinguin una persistència dels símptomes. Dins els criteris d'exclusió hi haurà el grau de deteriorament cognitiu greu.



teràpèutiques més adients en funció de la situació del pacient i de la seva família, amb la finalitat d'afavorir el plantejament d'una estratègia integral. En la revisió per part de l'EAIA cal efectuar una valoració de l'estratègia terapèutica que té el pacient, amb la finalitat de poder introduir els canvis oportuns que millorin l'adequació del tractament en funció de la valoració realitzada.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients que tenen un "valor afegit" durant el seu procés diagnòstic}}{\text{Nombre de pacients en procés diagnòstic a l'EAIA}} \times 100$$

**Definició de termes:** S'entén per "valor afegit" durant el procés diagnòstic la formulació de nous diagnòstics. Es considera nou diagnòstic el canvi de

diagnòstic sindròmic a diagnòstic etiològic, o la troballa d'un de nou. Per valorar aquest apartat, es pot tenir en compte la codificació diagnòstica establerta, no només per al diagnòstic principal sinó també per a d'altres processos clínics que desenvolupi el pacient i que puguin interferir en l'evolució de la malaltia.

Aquest indicador s'avaluarà en els informes d'alta de l'EAIA o en els informes de devolució del diagnòstic al pacient.

**Població de referència:** Pacients atesos per l'EAIA que es trobin en fase diagnòstica. Serà un criteri d'exclusió haver fet menys de tres visites.

**Fonts de dades:** Història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

#### Àrea rellevant:

### Pla d'atenció

**Criteri:** Els pacients atesos per l'EAIA, després de ser valorats per l'equip, tenen un pla d'atenció integral d'abordatge interdisciplinari.

**Nom de l'indicador (núm. 3 EAIA):** Pla d'atenció interdisciplinari.

**Justificació:** Tot pla d'atenció ha de ser fruit de la valoració integral i multidimensional del pacient i del seu entorn. Aquesta valoració ha de constar conjuntament amb la valoració del pla. El pla d'atenció parteix de la identificació de problemes o situacions que requereixen intervenció per part de l'equip, amb el corresponent plantejament d'objectius i pautes d'intervenció per millorar o mantenir la funcionalitat del pacient.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb pla d'atenció integral actualitzat}}{\text{Nombre de pacients valorats per l'EAIA}} \times 100$$

**Definició de termes:** El pla terapèutic ha d'especificar els següents apartats:

- Llistat de problemes: el pla terapèutic aborda problemes físics, funcionals, psicològics i socials. També els temes relacionats amb l'abordatge de la família (pactes i acords).
- Especificació de quins són els problemes prioritaris.
- Formulació d'objectius: a més dels objectius consensuats, cal especificar les expectatives i objectius del pacient envers el seu procés d'atenció.
- Especificació de les intervencions i estratègies que es portaran a terme.
- Especificació dels criteris d'avaluació del pla.

El pla ha d'estar elaborat amb la participació de l'equip mèdic, neuropsicòleg<sup>79</sup> infermer<sup>80</sup>, treballador social i altres professionals si es creu adient.

En relació amb l'elaboració del pla, cal tenir en compte que:

- Està basat en la valoració multidisciplinària integral del pacient.
- Sempre que sigui possible, estarà elaborat conjuntament amb l'usuari i la família.

El pla deixarà constància de manera diferenciada la intervenció amb el pacient i la família, així com les

Continua→

<sup>79</sup> Pels casos d'equips específics de valoració de demències.

<sup>80</sup> Sempre i quan formin part del recurs.

estratègies per a la millora o manteniment funcional, mental, derivacions i utilització de recursos.

**Població de referència:** Pacients valorats per l'EAlA i que hagin estat visitats, com a mínim, quatre vegades.

**Fonts de dades:** Història clínica.

**Tipus d'indicador:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** Es recomana que l'EAlA disposi del material didàctic més rellevant per ajudar en els processos d'informació, educació i suport del pacient i la família.

En la visita de devolució del diagnòstic, caldrà plantejar un pla d'informació, educació i suport tant al pacient com al familiar i/o cuidador principal<sup>80</sup>. El pla interdisciplinari ha d'incloure el pla d'educació del pacient i família, tenint en compte la valoració de les necessitats educatives existents, així com la informació i suport que requereix la família del pacient.

#### Àrea rellevant:

### Atenció al pacient

**Criteri:** *Els pacients atesos per l'EAlA tenen un millor control dels símptomes previs, especialment el del símptoma guia emergent que ha activat la derivació a aquest dispositiu.*

**Nom de l'indicador (núm. 4 EAlA):** Control del símptoma guia emergent.

**Justificació:** El control de símptomes, i especialment del símptoma guia que ha activat el motiu de consulta, pot ajudar a identificar quina ha estat l'efectivitat del procés terapèutic per part dels equips d'atenció. L'avaluació del grau de millora del símptoma guia és indispensable per l'impacte que aquest símptoma té tant en el pacient com en la família.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb millora del símptoma guia emergent}}{\text{Nombre de pacients valorats per l'EAlA que realitzen una visita de seguiment posterior a la instauració del pla terapèutic}} \times 100$$

**Definició de termes:** El símptoma guia pot ser diagnòstic o per controlar una situació concreta a un pacient ja diagnosticat. La valoració del símptoma

guia s'efectuarà amb escales validades o de consens del sector, per exemple escales analogicovisuals (EVA) o de tipus categòriques, per exemple, Escala 0-4. En el control de símptomes del pacient, es valorarà si entre la primera i la tercera visita manifesta una percepció tolerable del símptoma amb una millora d'un 20% en les escales de valoració<sup>81</sup>.

Per a la valoració d'aquest indicador, es considerarà que un pacient està adaptat o té controlada la percepció del símptoma guia quan es manté amb el símptoma controlat amb un valor menor o igual a 4 en l'escala EVA, o menor o igual a 2 en una escala categòrica de 0-4.

Per als casos en què el pacient no pot expressar-se, s'observarà l'existència de signes clínics i la valoració efectuada per la família.

**Població de referència:** Pacients valorats per l'EAlA i que realitzen una visita de seguiment posterior a la instauració del pla terapèutic.

**Fonts de dades:** Història del pacient i documentació de la unitat.

**Tipus:** Resultat.

**Estàndard:** 60%.

<sup>80</sup> Especificació dels diferents apartats del pla de suport a la família:

- Valoració del grau de coneixement de la malaltia i de la capacitat cuidadora de la família.
- Demandes d'atenció expressades pel pacient i la família.
- Objectius expressats i prioritzats per la família.
- Informació i assessorament que s'ha donat a la família.
- Mesures de contenció i suport portades a terme (per exemple, grups d'ajuda mútua, etc.).

<sup>81</sup> El deteriorament cognitiu no s'ha de considerar com un símptoma guia, sinó que forma part de l'evolució clínica del procés i s'ha d'abordar globalment.

Àrea rellevant:

### Atenció al pacient

**Criteri:** L'EAIA disposa d'un conjunt de protocols d'atenció que ajuden a minimitzar la variabilitat no desitjable de la seva actuació.

**Nom de l'indicador (núm. 5 EAIA):** Protocols EAIA.

**Justificació:** El fet de poder tenir establerts uns criteris unificats ajuda a millorar la coordinació i a disminuir la variabilitat de la pràctica assistencial, contribuint a millorar l'efectivitat de les intervencions portades a terme per l'equip.

**Fórmula:** Existència dels protocols amb els paràmetres establerts a la definició de termes.

**Definició de termes:** L'equip ha de disposar dels protocols per a l'abordatge de les principals problemàtiques o síndromes ateses per l'EAIA: valoració<sup>82</sup> i pautes d'intervenció en funció de les problemàtiques detectades en l'àmbit mèdic, funcional, psicològic i social.

Els protocols han de ser vigents i, com a màxim, han d'estar elaborats, avaluats o revisats durant els últims tres anys<sup>83</sup>.

Els protocols inclouen, com a mínim, la descripció dels objectius, població a la qual s'adrecen, criteris de valoració, sistemàtica d'actuació, mecanismes de coordinació, algoritme de presa de decisions, registres proposats i sistema de seguiment i avaluació del protocol.

**Fonts de dades:** Documentació de l'EAIA.

**Tipus d'indicador:** Estructura.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** Els protocols o guies de la pràctica clínica inclouen com a mínim l'abordatge de la patologia més prevalent o de risc<sup>84</sup>, així com l'abordatge de les principals síndromes geriàtriques.

Àrea rellevant:

### Monitoratge d'indicadors de la unitat

**Nom de l'indicador (núm. 17 dels indicadors generals):** Aquest apartat correspon a l'explicitació de la definició de termes de l'indicador general de quadre de comandament d'indicadors de qualitat, en el qual es proposen indicadors que cal avaluar de manera específica per tipus de recurs.

**Definició de termes:** Indicadors que, com a mínim, es recomana monitorar en l'EAIA són:

- Temps per accedir a la primera visita.
- Temps emprat entre la primera visita i l'entrevista de devolució del diagnòstic.
- Nombre de visites emprades per al procés diagnòstic.

- Relació entre les primeres visites i les visites successives.
- Tipologia de pacients atesos segons:
  - Diagnòstic.
  - Situació funcional (Barthel, escales d'AVD, etc.).
  - Situació mental (GDS).
  - Complexitat del pacient (recomanat).
- Proves complementàries sol·licitades segons tipologia de pacient (recomanat).
- Interconsultes sol·licitades (recomanat).
- Procediments intervencionistes pautats (recomanat).

<sup>82</sup> En l'apartat de valoració s'ha d'especificar el tipus de cribratge o sistemes de detecció del risc que cal utilitzar de manera sistemàtica o segons determinades situacions del pacient. El protocol ha d'especificar la indicació de proves diagnòstiques i guies de pràctica clínica adoptades.

<sup>83</sup> En cas que s'utilitzin guies de pràctica clínica, cal indicar-ne la font i la data d'elaboració.

<sup>84</sup> Mínim tres protocols o guies de pràctica clínica.

INDICADORS ESPECÍFICS  
PER LÍNIA D'ATENCIÓ

5.3

## GERIATRIA

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Pla terapèutic	1 (GE)	Els pacients geriàtrics tenen un pla terapèutic i d'atenció individualitzat i actualitzat.	90%
Manteniment i millora funcional	2 (GE)	Els pacients geriàtrics atesos amb l'objectiu de rehabilitar-se milloren la funció física gràcies a la participació en programes terapèutics específics.	80%
Incontinència	3 (GE)	Els pacients geriàtrics amb incontinència urinària tenen una valoració de la seva situació i un pla d'intervenció segons el tipus d'incontinència.	80%
Informació al pacient	4 (GE)	Els professionals que atenen pacients geriàtrics valoren el grau de comprensió i resposta del pacient una vegada ha estat informat sobre el seu diagnòstic i les implicacions de la malaltia.	70%
Prevenició de la infecció	5 (GE)	Els dispositius socio-sanitaris responsables de l'atenció del pacient geriàtric tenen en marxa un sistema de vigilància i de prevenició de la infecció nosocomial.	80%

## DEMÈNCIES/ALZHEIMER

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Diagnòstic del pacient	1 (DEM)	Els pacients amb demència tenen un diagnòstic clínic o etiològic enregistrat a la història clínica amb especificació de l'estadiatge.	90%
Informació al pacient	2 (DEM)	Els professionals que atenen pacients diagnosticats de demència valoren el grau de comprensió i resposta del pacient una vegada ha estat informat sobre el diagnòstic i les implicacions de la malaltia.	70%
Monitoratge de l'atenció	3 (DEM)	Els pacients amb diagnòstic de demència tenen una valoració global periòdica de l'estat de deteriorament.	90%
Tractament farmacològic	4 (DEM)	Els pacients amb demència atesos a qualsevol dispositiu de la xarxa sociosanitària tenen una adequació del tractament en relació amb la seva etiologia i estadiatge de la malaltia.	60%
Tractament del pacient amb psicofàrmacs	5 (DEM)	Els pacients amb demència i amb trastorns de la conducta que necessiten tractament amb psicofàrmacs tenen uns criteris d'indicació i seguiment molt acurats per prevenir efectes iatrogènics de la medicació.	90%
Satisfacció de la família	6 (DEM)	Les famílies dels pacients diagnosticats amb una demència i que es troben atesos dins de l'àmbit sociosanitari estan satisfets amb l'atenció que reben dels professionals i les institucions.	80%

## MALATIES NEUROLÒGIQUES QUE CURSEN AMB DISCAPACITAT

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Pla terapèutic	1 (MND)	Els pacients atesos i diagnosticats amb una malaltia neurodegenerativa o dany cerebral posttraumàtic o anòxic tenen un pla terapèutic individualitzat actualitzat i elaborat de manera interdisciplinària.	80%
Atenció al pacient	2 (MND)	Les unitats que atenen pacients amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat (MND) disposen d'un conjunt de protocols d'atenció i organitzatius que ajuden a minimitzar la variabilitat no desitjable de la seva actuació.	100%
Pla d'atenció	3 (MND)	Els professionals responsables de l'atenció dels pacients amb MND desenvolupen estratègies per portar a terme les activitats previstes al pla terapèutic.	90%
Qualitat de vida del pacient	4 (MND)	Les persones amb MND ateses als diferents serveis o unitats de la xarxa socio-sanitària expressen una millora en la seva percepció de la qualitat de vida relacionada amb la salut com a resposta al pla d'atenció interdisciplinari.	60%
Atenció a la família	5 (MND)	Les famílies o cuidadors principals dels pacients amb problemes de malalties neurodegeneratives que cursen amb discapacitat es mostren adaptades a la seva nova situació i no mostraran risc de claudicació familiar greu.	60%

## PAL·LIATIUS

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
Control de símptomes	1 (PAL)	Els pacients en situació de malaltia terminal expressen una millora en la seva percepció dels símptomes de dolor com a resposta al pla d'atenció efectuat per l'equip interdisciplinari.	75%
Control de símptomes	2 (PAL)	Els pacients en situació de malaltia terminal expressen una millora en la seva percepció dels símptomes d'ofec com a resposta al pla d'atenció efectuat per l'equip interdisciplinari.	75%
Qualitat de vida	3 (PAL)	Les persones en situació de malaltia terminal ateses pels diferents dispositius de la xarxa sociosanitària expressen una millora en la percepció de la qualitat de vida relacionada amb la salut com a resposta al pla d'atenció interdisciplinari.	75%
Atenció a la família	4 (PAL)	Les famílies i cuidadors principals dels pacients en situació de malaltia terminal es mostren adaptades a aquesta situació i no mostraran risc de claudicació o desajustament familiar greu.	75%
Equip interdisciplinari	5 (PAL)	Els equips d'atenció interdisciplinària realitzen de manera periòdica una anàlisi reflexiva del tancament de casos, amb la finalitat de trobar oportunitats de millora en els processos d'atenció al pacient en situació de malaltia terminal.	100%



INDICADORS ESPECÍFICS  
PER LÍNIA D'ATENCIÓ

5.3

## 1. Geriatria

Àrea rellevant:

## Pla terapèutic

**Criteri:** *Els pacients geriàtrics tenen un pla terapèutic i d'atenció individualitzat i actualitzat.*

**Nom de l'indicador (núm. 1 GE):** Pla terapèutic individualitzat.

**Justificació:** El procés d'atenció dels pacients implica recollir tot un seguit de dades relacionades amb les seves característiques i necessitats que facilitaran la realització posterior del pla d'atenció individualitzat.

El pacient geriàtric ha de tenir un pla d'atenció personalitzat que adequi l'atenció a les seves necessitats. Aquest pla l'ha de realitzar l'equip interdisciplinari tenint en compte la valoració multidimensional de la persona i les seves expectatives.

Amb relació a l'elaboració del pla, cal tenir en compte que:

- Es basa en la valoració interdisciplinària i integral del pacient.
- Està elaborat de manera interdisciplinària.
- Sempre que sigui possible, s'elaborarà conjuntament amb l'usuari i la família.
- Es reavaluarà periòdicament i cada vegada que hi hagi un canvi en la situació del malalt que en requereixi l'actualització<sup>85</sup>.

### Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb plans terapèutics individualitzats actualitzats realitzats segons la definició de termes}}{\text{Nombre total de pacients geriàtrics atesos}} \times 100$$

**Definició de termes:** Tot pacient geriàtric atès ha de tenir un pla terapèutic i d'atenció actualitzat elaborat per l'equip d'atenció interdisciplinari. El pla terapèutic ha d'especificar els següents apartats:

- Llistat de problemes: El pla terapèutic aborda problemes físics, funcionals, psicològics i socials. Així

com els temes relacionats amb l'abordatge de la família (pactes i acords). Els problemes de possible risc rellevants estaran especificats dins del pla.

- Especificació de quins són els problemes prioritaris per al pacient.
- Formulació d'objectius: A més dels objectius consensuats, cal especificar les expectatives i objectius del pacient envers el seu procés d'atenció.
- Especificació de les intervencions i estratègies que es portaran a terme, així com el professional o disciplines responsables de la seva execució.
- Especificació dels criteris que s'utilitzaran per avaluar els resultats aconseguits amb el pla.

S'han d'incloure en el pla terapèutic els aspectes que s'han detectat com a problemàtics o que necessiten intervenció o suport de professionals.

**Població:** Tots els pacients geriàtrics atesos a la xarxa socio-sanitària.

**Fonts de dades:** Històries clíniques.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** Es comprovarà si el pla recull quina intervenció es farà en funció de les àrees que la necessitin, com per exemple:

- Control de símptomes i confort del malalt.
- Informació sobre la malaltia<sup>87</sup>.
- Educació sanitària del pacient i la família.
- Suport al cuidador principal i la família.
- Mesures de seguretat i adaptació de l'entorn.
- Creences i valors.
- Gestió de recursos.
- Objectiu quan se li doni l'alta, amb especificació de la ubicació prevista quan això passi.

<sup>85</sup> CONV (C/3 set.); LLE (quadrimestral); Pal·liatiu (1 set.); H. Dia (3 set.); PADES (els pacients amb seguiment continu tindran una reavaluació c/2 set., i en els pacients fràgils de seguiment periòdic serà de tipus trimestral). En UFISS i EAIA, ja que el pacient usualment és atès per un altre dispositiu, només caldrà actualització quan existeixi un seguiment periòdic del cas, i sempre que sigui necessari. Cada centre especificarà quins són els ítems clau que cal valorar les primeres 24 hores, o en la primera visita o contacte amb el pacient.

<sup>86</sup> Aportació de coneixements, suport emocional o de relació d'ajuda per afavorir l'adaptació a un nou procés de salut o d'aspectes socials.

Àrea rellevant:

### Manteniment i millora funcional

**Criteri:** *Els pacients geriàtrics atesos amb l'objectiu de rehabilitar-se milloren la funció física gràcies a la participació en programes terapèutics específics.*

**Nom de l'indicador (núm. 2 GE):** Millora de la capacitat funcional.

**Justificació:** Els pacients geriàtrics han de tenir objectius de recuperació funcional o de manteniment de la seva capacitat funcional. En general es tracta de persones amb risc de pèrdua d'autonomia i que necessiten una intervenció activa per part de l'equip per assolir els objectius plantejats al pla d'atenció. És important que els pacients atesos compleixin aquest objectiu de millora o manteniment de la capacitat funcional amb la finalitat de poder contribuir a millorar la seva qualitat de vida percebuda.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb guany de la funció física}}{\text{Nombre total de pacients donats d'alta i atesos amb l'objectiu de rehabilitar-se}} \times 100$$

Àrea rellevant:

### Incontinència

**Criteri:** *Els pacients geriàtrics amb incontinència urinària tenen una valoració de la seva situació i un pla d'intervenció segons el tipus d'incontinència.*

**Nom de l'indicador (núm. 3 GE):** Incontinència urinària.

**Justificació:** L'atenció als processos d'eliminació està considerat pels pacients com un dret bàsic relacionat amb la seva dignitat. Totes les mesures preventives i de suport han d'anar encaminades a aconseguir el màxim grau d'autonomia del pacient i a preservar les funcions. Aquest indicador va encaminat a millorar l'adequació de la utilització de recursos i estratègies

**Definició de termes:** Els pacients ingressats en un dispositiu que té com a objectiu la rehabilitació tindran un guany funcional de, com a mínim, el 25%, des de l'inici del programa fins que són donats d'alta. La valoració del guany funcional es pot calcular per l'Índex de Heinemann<sup>87</sup> o l'Índex de guany funcional<sup>88,89</sup>.

**Població:** Pacients geriàtrics atesos a la xarxa socio-sanitària i que tinguin com a objectiu al pla d'atenció la rehabilitació. La millora funcional dels pacients de mitjana estada es valorarà en funció dels pacients que hagin marxat d'alta amb destinació al domicili. En els pacients de llarga estada, s'identificarà segons les valoracions que el pacient ha obtingut durant l'any previ. En els pacients d'hospital de dia, UFISS, PADES i EAIA<sup>90</sup>, el sistema de valoració serà entre l'inici i la finalització del procés d'atenció.

No és convenient avaluar aquest indicador en els pacients amb malalties degeneratives.

**Fonts de dades:** Històries clíniques i documentació del centre.

**Tipus:** Resultat.

**Estàndard:** 80%.

d'intervenció per millorar la incontinència d'inici recent.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb valoració i pla d'atenció segons el tipus d'incontinència}}{\text{Nombre de pacients geriàtrics amb incontinència}} \times 100$$

**Definició de termes:** Tot pacient amb incontinència ha de tenir una valoració del tipus d'incontinència i de les possibilitats de rehabilitació.

Continua→

<sup>87</sup> Per calcular el guany funcional s'utilitzarà l'Índex de Heinemann corregit =  $\frac{(\text{Barthel alta} - \text{Barthel ingrés}) \times 100}{(\text{Barthel previ} - \text{Barthel ingrés})}$

<sup>88</sup> Guany funcional = Barthel alta - Barthel ingrés

<sup>89</sup> Sempre que sigui possible, s'intentarà calcular el guany funcional mitjançant dades obtingudes a través del CMBDSS.

<sup>90</sup> En pacients en els quals l'EAIA s'encarrega del seguiment.

Com a mínim, els tres programes que s'han de tenir en compte són:

- Pacients amb incontinència funcional: Persones amb limitació de la mobilitat, que requereixen potenciar el programa de rehabilitació funcional.
- Pacients amb patologia uroginecològica amb possibilitats de rehabilitació.
- Pacients incontinents, sense possibilitats de rehabilitació i als quals s'ha d'aplicar el protocol de maneig de la incontinència.

En funció del tipus d'incontinència, cada pacient té programades una sèrie d'intervencions per millorar-la o gestionar-la.

**Població:** Pacients geriàtrics que presenten una incontinència.

**Fonts d'informació:** Històries clíniques i documentació del centre.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 80%.

#### Àrea rellevant:

### Informació al pacient

**Criteri:** *Els professionals que atenen pacients geriàtrics valoren el grau de comprensió i resposta del pacient una vegada ha estat informat sobre el seu diagnòstic i les implicacions de la malaltia.*

**Nom de l'indicador (núm. 4 GE):** Valoració de la resposta del malalt a la informació.

**Justificació:** Les persones tenen el dret d'estar informades del seu diagnòstic clínic, i de les manifestacions i conseqüències que se'n deriven, per tal de poder prendre decisions sobre el seu futur i convertir-se en un agent actiu del seu tractament. Aquesta informació ha d'estar adaptada a les capacitats cognitives de la persona.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients en els quals consta a la història clínica la resposta del pacient una vegada informat}}{\text{Nombre de pacients geriàtrics amb un diagnòstic recent o un pla terapèutic nou}} \times 100$$

**Definició de termes:** A la història clínica del pacient consta la seva resposta a la informació facilitada en l'entrevista de devolució del diagnòstic. La valoració de la resposta implica l'especificació del grau de comprensió sobre la malaltia, el grau d'acceptació inicial del diagnòstic i l'actitud del pacient una vegada ha estat informat sobre el diagnòstic i les implicacions de la malaltia.

En els casos en què el pacient no vulgui ser informat del seu diagnòstic, s'especificarà aquesta voluntat de manera clara a la seva història clínica.

**Població:** Pacients que es troben en la fase inicial del diagnòstic d'una malaltia o als quals s'ha fet un plantejament o reavaluació del pla terapèutic<sup>91,92</sup>. El deteriorament cognitiu greu serà un criteri d'exclusió per a l'avaluació d'aquest indicador.

**Fonts d'informació:** Història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 70%.

<sup>91</sup> Per a la detecció de diagnòstic nou es tindran en compte les dades del CMBDSS.

<sup>92</sup> En el pla terapèutic del pacient ha de constar la data en què es consensua el pla terapèutic i d'atenció amb el pacient i família.

Àrea rellevant:

## Prevenió de la infecció

**Criteri:** *Els dispositius socio-sanitaris responsables de l'atenció del pacient geriàtric tenen en funcionament un sistema de vigilància i de prevenció de la infecció nosocomial.*

**Nom de l'indicador (núm. 5 GE):** Infecció nosocomial.

**Justificació:** L'objectiu de la vigilància, prevenció i control de la infecció és identificar i reduir els riscos d'adquirir i transmetre infeccions entre els pacients, professionals, familiars i altres visitants. La vigilància, prevenció i control de la infecció impliquen un seguit de processos i activitats, tant en l'assistència directa al pacient com en les activitats indirectes o de suport. El programa de control de la infecció ha de garantir l'adequada realització i control del rentat o desinfecció de mans entre malalt i malalt, les mesures de prevenció de la infecció urinària en pacients amb sondatge vesical, la prevenció de la infecció respiratòria en l'ancià fràgil, la prevenció de la infecció de la ferida o lesions cutànies del pacient, el control dels aliments que es preparen i distribueixen al centre, els controls de legionel·la que es realitzen al centre, així com el seguiment i registre de la vacunació de la grip i pneumònia als malalts i la vacunació adequada dels treballadors.

**Fórmula:** Existència d'un programa de vigilància i prevenció de la infecció nosocomial.

**Definició de termes:** Els apartats del programa de vigilància i prevenció de la infecció nosocomial que s'avaluaran en aquest indicador són:

- Existència d'un programa de formació del personal sobre pràctiques de disminució del risc d'infecció.
- Existència de recomanacions escrites a les unitats sobre pràctiques per disminuir el risc d'infeccions. Es valorarà la utilització de la loció alcohòlica per a les mans<sup>93</sup>.
- Existència d'un sistema de vigilància amb notificació periòdica dels resultats a la direcció i professionals del centre<sup>94</sup>.

**Fonts d'informació:** Registres específics elaborats per aquest motiu i documentació del centre o unitat.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 80%.

<sup>93</sup> S'aconsella l'existència de recomanacions escrites per a la disminució del risc d'infecció a totes les dependències de suport del centre (bugaderia, cuina, neteja, perruqueria, etc).

<sup>94</sup> Els indicadors mínims que han de conformar la vigilància són:

A. Indicadors de procés:

- Rentat de mans.
- Inserció i manteniment dels catèters urinaris.
- Manipulació dels aliments.

Aquests processos s'avaluaran com a mínim dos cops l'any.

B. Indicadors de resultats:

- Taxa d'infecció urinària en els pacients sondats (s'aconsella seguiment durant tot l'any).
- Taxa anual de Estafilococs aureus resistents a la meticil·lina (SARM).
- Incidència de nous casos de SARM (s'aconsella seguiment durant tot l'any).
- Taxa anual de pacients i treballadors vacunats de grip.
- Taxa anual de pacients vacunats de pneumònia.
- Resultats anuals del control de Legionel·la en la xarxa d'aigua del centre.
- Resultats anuals del control dels aliments.

Àrea rellevant:

## Monitoratge d'indicadors per línia d'atenció

**Nom de l'indicador (núm. 17 dels indicadors generals):** Aquest apartat correspon a l'explicitació de la definició de termes de l'indicador general del quadre de comandament d'indicadors de qualitat, en el qual es proposen indicadors que cal avaluar de manera específica per tipus de recurs.

**Definició de termes:** A més dels indicadors descrits als diferents dispositius, es recomana monitorar els pacients geriàtrics:

- Percentatge de pacients geriàtrics inestables o complexos que s'atenen al centre<sup>95</sup>.
- Percentatge de pacients inestables que són traslladats a serveis d'urgències.

<sup>95</sup> Els criteris que es tindran en compte per definir si un pacient és complex són els següents:

**CONDICIONS DEL PACIENT:**

1. Pèrdua sobtada de la consciència o desorientació.
2. Freqüència cardíaca < 50 o > 140 per minut.
3. Pressió sistòlica < 90 o > 200 mmHg.
4. Pèrdua sobtada de l'audició o visió.
5. Dèficit motor agut.
6. Febre > 38 °C durant més de cinc dies.
7. Hemorràgia activa.
8. Alteració important d'electròlits i/o gases.
9. Deteriorament cardiorespiratori agut o progressiu suficient per incapacitar el pacient (haurà d'anar acompanyat d'algun dels criteris entre 12 i 18).
10. Evidència electrocardiogràfica d'isquèmia aguda.
11. Evisceració o dehiscència de sutures.

**NECESSITATS D'ASSISTÈNCIA:**

12. Necessitat de medicació e.v. o de fluids e.v.
13. Cirurgia o tècnica especial a realitzar abans de 24 hores.
14. Monitoratge cada 2 hores.
15. Quimioteràpia que requereixi atenció continuada.
16. Tractament en una UCI.
17. Antibiototeràpia intramuscular cada 8 hores.
18. Ventilació assistida.

Aquests criteris han estat seleccionats i adaptats del grup de criteris de complexitat i cures especials del RUG-III.

- Fries i cols. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Med Care* 1994; 32: 668-685. (Adaptat de l'Appropriateness Evaluation Protocol)\*
- Gertman et al. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; 19: 855-870.
- Matorras et al. Adecuación de los ingresos en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 290-293.

INDICADORS ESPECÍFICS  
PER LÍNIA D'ATENCIÓ

5.3

## 2. Demències i Alzheimer

Àrea rellevant:

## Diagnòstic del pacient

**Criteri:** *Els pacients amb demència tenen un diagnòstic clínic o etiològic enregistrat a la història clínica amb especificació de l'estadiatge.*

**Nom de l'indicador (núm. 1 DEM):** Diagnòstic del pacient<sup>96</sup>.

**Justificació:** La demència és una síndrome plurietiològica. Cal avaluar el malalt i establir el diagnòstic clínic i etiològic, sempre que sigui possible, per poder descartar causes reversibles i tractables. És necessari establir la fase de malaltia en què es troba la persona, per tal de poder planificar la intervenció adequada per al pacient i la seva família. El correcte diagnòstic del pacient li permet beneficiar-se d'un tractament farmacològic adequat amb fàrmacs antidemència, sempre i quan tinguin els criteris d'indicació.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb diagnòstic clínic i/o estudi etiològic de demència i especificació de l'estadiatge}}{\text{Nombre de pacients que compleixen criteris d'inclusió valorats}} \times 100$$

**Definició de termes:** Aquest indicador implica la realització del diagnòstic clínic, l'etiològic i la tipifi-

cació de l'estadiatge. El diagnòstic de demència s'ha de realitzar d'acord amb els criteris de demència establerts<sup>97</sup>. El diagnòstic etiològic, si no està establert, es farà tenint en compte les recomanacions existents<sup>98</sup>; per l'estadiatge, fase de la demència en què es troba el pacient, poden ser útils algunes escales universalment acceptades<sup>99</sup>.

**Població:** Aquest paràmetre es valorarà en pacients amb diagnòstic o sospita de demència, en qualsevol de les fases de la malaltia, que siguin atesos en l'àmbit socio-sanitari<sup>100</sup>; i en pacients de més de 65 anys que presentin deliri o trastorns del comportament.

Els criteris d'exclusió són: Fases molt avançades de la malaltia o estat terminal.

**Fonts d'informació:** Història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** A la història clínica es farà referència a les proves diagnòstiques realitzades (escàner cerebral, analítica, tests neuropsicològics, altres, etc.) i al procés diagnòstic diferencial. El pacient, durant el procés de la seva malaltia, ha de tenir, com a mínim, una prova de neuroimatge.

Àrea rellevant:

## Informació al pacient

**Criteri:** *Els professionals que atenen pacients diagnosticats de demència valoren el grau de comprensió i resposta del pacient una vegada ha estat informat sobre el diagnòstic i les implicacions de la malaltia.*

**Nom de l'indicador (núm. 2 DEM):** Resposta del malalt a la informació.

**Justificació:** Des d'un punt de vista ètic, tots els pacients tenen dret a saber el diagnòstic i el pronòs-

tic de la patologia que tenen. Tanmateix, d'entre els pacients amb malaltia d'Alzheimer, només entre un 30 i un 40% dels afectats estan informats del procés. A vegades perquè la família ho sol·licita i altres perquè el facultatiu ho decideix. És recomanable informar al pacient, sobretot en fases inicials, sobre la malaltia, el pronòstic i el tractament.

Les persones amb trastorns cognitius i, entre aquestes, els pacients amb malaltia d'Alzheimer, tenen el dret d'estar informades del seu diagnòstic clínic, i de

<sup>96</sup> Diagnòstic clínic o etiològic i la seva evolució.

<sup>97</sup> Segons criteris DSM IV, NINCDS-ADRDA per a malaltia d'Alzheimer, NINCDS-AIREN per a demència vascular, Lund-Manchester per a demència frontal i criteris McKeith per a demència per cossos de Lewy.

<sup>98</sup> Hi ha protocols per establir un diagnòstic etiològic en demències, per exemple, el Grup Demències de Societat Espanyola de Neurologia.

<sup>99</sup> Per exemple GDS – FAST, Reisberg i CDR Hugues.

<sup>100</sup> Fase: inicial, lleu, moderada o greu.



les manifestacions i conseqüències que se'n deriven, per tal de poder prendre decisions sobre el seu futur i convertir-se en un agent actiu del tractament.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb deteriorament cognitiu en els quals consta a la història clínica la resposta que el pacient ha tingut una vegada ha estat informat en l'entrevista de devolució del diagnòstic}}{\text{Nombre de pacients diagnosticats de demència}} \times 100$$

**Definició de termes:** A la història clínica del pacient consta la seva resposta a la informació facilitada en l'entrevista de devolució del diagnòstic. La valoració de la resposta implica especificar el grau de comprensió sobre la malaltia, el d'acceptació inicial del diagnòstic i l'actitud del pacient una vegada ha estat informat sobre el seu diagnòstic i les implicacions de la malaltia.

En els casos en què el pacient no vulgui ser informat del seu diagnòstic, s'especificarà de manera clara a la seva història clínica.

**Àrea rellevant:**

**Monitoratgr d'atenció**

**Criteri:** *Els pacients amb diagnòstic de demència tenen una valoració global periòdica de l'estat de deteriorament.*

**Nom de l'indicador (núm. 3 DEM):** Avaluació global del deteriorament.

**Justificació:** L'evolució clínica dels pacients amb demència és progressiva i variable. En el transcurs de la malaltia, el grau de dependència i de suport al pacient i als familiars està condicionat pel deteriorament cognitiu i els trastorns del comportament, que han de ser avaluats periòdicament amb l'objectiu d'adequar els recursos.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb valoració global del deteriorament}}{\text{Nombre de pacients diagnosticats de demència}} \times 100$$

**Població:** Pacients que tenen un deteriorament cognitiu lleu o moderat i es troben en la fase inicial del diagnòstic de demència. Aquest indicador serà avaluat en els EAIA i els hospitals de dia avaluadors.

**Fonts d'informació:** Història clínica.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 70%

**Comentaris:** Haurà de constar a la història clínica el contingut i la manera com s'ha donat a conèixer el diagnòstic a la persona afectada, el professional que ho ha fet, i si calen els comentaris pertinents.

La informació ha d'individualitzar-se per a cada pacient, tenint en compte la seva capacitat de comprensió, la d'afrontar les implicacions pronòstiques i els seus desitjos de saber quina és la seva situació. Cal tenir en compte que, en els trastorns afectius i conductuals, es pot presentar un difícil reconeixement dels dèficits i la ideació de perjudici centrada en la família. Per aquest motiu, cal estudiar l'estratègia d'informació en funció de les necessitats i capacitats individuals de cada cas.

**Definició de termes:** Els pacients diagnosticats amb demència han de tenir una avaluació periòdica dels indicadors utilitzats per avaluar-ne de manera global el deteriorament. Per avaluar l'estat del pacient, s'utilitzaran escales validades o de consens del sector.

Les escales han d'avaluar, com a mínim:

- Funcionament cognitiu: per exemple, Test de Mini Mental State.
- Estadiatge de la malaltia: per exemple, GDS-Fast.
- Funcionament global: per exemple, Test de Blessed.
- Trastorn psiquiàtric i/o conductual<sup>101</sup>: per exemple, NPI-Q.
- Cribratge trastorn depressiu<sup>102</sup>: per exemple, Test de Cornell, Hamilton.

Aquesta valoració s'ha d'efectuar quan ingressen i, com a mínim, anualment sempre i quan no hi hagi canvis en la situació del malalt, que faran que aquestes valoracions es realitzin abans del temps previst.

*Continua→*

<sup>101</sup> Es valorarà en tot pacient que tingui criteri d'indicació o que presenti alteració de la conducta.

<sup>102</sup> Quan els pacients presentin canvis en l'estat anímic.

Quan calgui un seguiment detallat de l'evolució del pacient, s'aconsellarà que aquesta avaluació es realitzi de forma trimestral. Les tres primeres escales seran valorades en tot pacient atès a la xarxa, i la quarta i cinquena només quan hi hagi un criteri d'indicació. Els resultats d'aquestes valoracions han de constar a la història clínica del pacient.

**Població:** Pacients diagnosticats de demència atesos per qualsevol dispositiu de la xarxa.

#### Àrea rellevant:

### Tractament farmacològic

**Criteri:** *Els pacients amb demència atesos a qualsevol dispositiu de la xarxa socio-sanitària tenen una adequació del tractament en relació amb l'etiologia i estadiatge de la malaltia.*

**Nom de l'indicador (núm. 4 DEM):** Adequació del tractament.

**Justificació:** El tractament farmacològic del pacient amb demència atès a la xarxa ha de tenir un abordatge rigorós, de manera que aquells malalts amb demència que es puguin beneficiar dels fàrmacs anti-demència existents en l'actualitat han de poder-ho fer amb total garantia i amb criteris avaluable que demostrin l'eficàcia del fàrmac prescrit.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb tractament farmacològic adequat de demència específica segons els criteris del Consell Assessor per al tractament de la malaltia d'Alzheimer}}{\text{Nombre de pacients diagnosticats de demència específica amb criteris de tractament amb fàrmacs antidemència segons el CADMA}} \times 100$$

**Definició de termes:** S'entén per tractament farmacològic adequat aquell que pretén abordar des d'una perspectiva integral les necessitats de salut del malalt diagnosticat de demència<sup>103</sup>, tenint en compte determinats condicionants, com per exemple:

- La combinació adequada de fàrmacs atenent als efectes adversos, les interaccions farmacològiques, les sinèrgies farmacològiques i la polimediació inadequada.

**Fonts d'informació:** Història clínica del pacient.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** Aquest indicador es desdoblarà per avaluar de manera diferenciada la valoració a l'ingrés de la valoració periòdica.

ques, les sinèrgies farmacològiques i la polimediació inadequada.

- La dosificació ajustada a la situació, es a dir, ha de ser una dosi clínicament eficaç i ajustada segons la fitxa tècnica del fàrmac (en pacients en què no es demostrï una eficàcia clínica avaluada el fàrmac ha de ser retirat).
- La temporalitat del tractament.
- La situació general del pacient i les seves característiques pròpies de metabolització.

En el cas de pacients diagnosticats de demència tipus Alzheimer, es considera un tractament adequat aquell que té en compte l'ús d'inhibidors de l'acetilcolinesterasa o memantina, si el pacient compleix els criteris establerts per a la seva prescripció. Els criteris que seran utilitzats per valorar aquest indicador seran els criteris establerts pel Consell Assessor sobre el Tractament Farmacològic de la Malaltia d'Alzheimer.

**Població:** Pacients diagnosticats de demència específica que tinguin criteris d'indicació de tractament anti-demència segons els criteris del Consell Assessor sobre el Tractament Farmacològic de la Malaltia d'Alzheimer.

**Fonts d'informació:** Història clínica: Registre de tractament amb anticolinesteràsics. Còpia de l'informe favorable per al tractament amb anticolinesteràsics emès pel Consell Assessor sobre el Tractament Farmacològic de la Malaltia d'Alzheimer a nom del pacient.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 60%.

<sup>103</sup> Diagnosticat segons criteris definits a l'indicador de diagnòstic del pacient.

**Comentaris:** Atès que no tots els dispositius i professionals tenen capacitat prescriptora, aquest indicador

s'avaluarà de forma complementària i els seus resultats no afectaran el resultat de l'avaluació.

Àrea rellevant:

### Tractament farmacològic

**Criteri:** Els pacients amb demència i amb trastorns de la conducta que necessiten tractament amb psicofàrmacs tenen uns criteris d'indicació i seguiment molt acurats per prevenir efectes iatrogènics de la medicació.

**Nom de l'indicador (núm. 5 DEM):** Revisió adequació del tractament.

**Justificació:** Els psicofàrmacs, encara que útils i necessaris en el pacient amb demència, poden tenir importants efectes iatrogènics en relació amb el tipus de fàrmac, la dosi i el temps d'administració, ja que poden empitjorar el curs de la malaltia i la qualitat de vida del pacient. Cal reduir la indicació del psicofàrmac al mínim de dies possibles, a fi de poder evitar efectes iatrogènics, polifarmàcia i efectes col·laterals. Adequar el fàrmac a l'estadi de la malaltia contribueix a una utilització segura de la medicació.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb demència i tractament amb psicofàrmacs amb revisió periòdica de la seva prescripció}^{104-107}}{\text{Nombre de pacients diagnosticats de demència i en tractament amb psicofàrmacs}} \times 100$$

**Definició de termes:** Alguns psicofàrmacs provoquen deteriorament cognitiu i d'altres efectes neurològics indesitjables (parkinsonismes, increment del risc de patir AUC, increment de la mortalitat, etc.). Per evitar-ho, aquest tipus de tractament hauria de ser revisat periòdicament. La periodicitat màxima de revisió del tractament pautat es realitzarà depenent del tipus de psicofàrmac. A la història clínica hi constaran els motius que n'han justificat la indicació, la data d'inici del fàrmac, la justificació de la dosi i el període màxim de tractament. El facultatiu que ha realitzat la prescripció del psicofàrmac s'ha de comprometre a revisar-la de manera periòdica.

La periodicitat de revisió del tractament, es detalla a continuació:

- Antidepressius (inhibidors de la recaptació de la serotonina) - entre tres i sis mesos.
- Neurolèptics (típics) – entre 15 i 30 dies.
- Neurolèptics (atípics) – entre un i dos mesos.
- Ansiolítics (de mitjana/curta/llarga) – entre tres i sis mesos.
- Antiepilèptics<sup>108</sup> – entre tres i sis mesos.
- L-dopa<sup>109</sup> – entre tres i sis mesos.

**Població:** Pacients diagnosticats de demència que reben tractament amb psicofàrmacs.

**Fonts d'informació:** Història clínica. Les dades es recolliran del curs clínic o de les ordres mèdiques.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Comentaris:** És habitual que a un pacient que presenta una alteració de conducta puntual se li prescriu un tractament amb psicofàrmacs de manera indefinida, sense tenir en compte en alguns casos l'evolució del procés o del motiu que l'ha provocat.

El control dels símptomes es realitza en funció de la biodisponibilitat i del període de tractament. La utilització de diversos psicofàrmacs del mateix principi actiu (antidepressius, benzodiazepines, neurolèptics, antiepilèptics, antiparkinsonians) s'ha d'evitar o raonar. La utilització de fàrmacs que interfereixen amb el metabolisme de l'acetilcolina o de l'L-dopa també s'han d'evitar.

Per un millor monitoratge dels pacients que prenen psicofàrmacs, s'aconsella que els dispositius sosiosanitaris disposin d'una còpia del protocol de seguiment conjunt establert entre l'especialista i l'atenció primària (si existeix).

<sup>104</sup> Fàrmacs ansiolítics.

<sup>105</sup> Fàrmacs neurolèptics.

<sup>106</sup> Fàrmacs antidepressius.

<sup>107</sup> Fàrmacs antiepilèptics.

<sup>108</sup> Els antiepilèptics, quan s'utilitzen per al control de la conducta.

<sup>109</sup> L-dopa, per evitar interferències amb altres fàrmacs que provoquin al·lucinacions.

Àrea rellevant:

## Satisfacció de la família

**Criteri:** *Les famílies dels pacients diagnosticats amb una demència i que es troben atesos dins de l'àmbit socio-sanitari estan satisfets amb l'atenció que reben dels professionals i les institucions.*

**Nom de l'indicador (núm. 6 DEM):** Satisfacció de la família.

**Justificació:** La valoració del grau de satisfacció de les famílies és un indicador indispensable per valorar la qualitat dels serveis que s'ofereixen en l'àmbit de les demències. La família és el principal suport del pacient amb demència, i la seva satisfacció és un reflex de les intervencions de l'equip per afavorir l'adaptació a aquesta situació i prevenir-ne la claudicació.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de famílies amb satisfacció superior al 75\% a les preguntes del qüestionari que exploren les àrees de la definició de termes}}{\text{Nombre de famílies enquestades}} \times 100$$

**Definició de termes:** El recurs realitzarà la valoració del grau de satisfacció de les famílies a través d'una enquesta o qüestionari d'opinió.

El qüestionari inclourà, com a mínim, els aspectes següents:

- Accessibilitat al personal del servei.

- Informació del procés evolutiu del pacient i educació rebuda sobre com intervenir o ajudar en l'atenció del pacient.
- Suport emocional: Disposició del professional per escoltar i fer-se càrrec del cas.
- Confiança en els professionals (sentir-se en bones mans).
- Organització del servei.

Es considerarà una intervenció inadequada aquella que no arribi a un 75% de valoració positiva a les preguntes de satisfacció. La periodicitat de realització de l'estudi serà, com a màxim, bianual.

**Població:** Familiars responsables de l'atenció a pacients amb demència.

**Fonts d'informació:** Registres específics per al recurs socio-sanitari, elaborats per aquest motiu.

**Tipus d'indicador:** Resultat.

**Estàndard:** 80%.

**Comentaris:** S'aconsella que l'estudi de satisfacció de la família es realitzi de manera diferenciada en funció del recurs de la xarxa socio-sanitària que s'estigui utilitzant.

També es recomana incloure preguntes sobre el temps d'espera per accedir al recurs i la durada de l'estada o l'atenció rebuda.

**3. Malalties neurològiques  
que cursen amb discapacitat**

Àrea rellevant:

## Pla terapèutic

**Criteri:** *Els pacients atesos i diagnosticats amb una malaltia neurodegenerativa o dany cerebral posttraumàtic o anòxic tenen un pla terapèutic individualitzat actualitzat i elaborat de manera interdisciplinària.*

**Nom de l'indicador (núm. 1 MND):** Pla terapèutic.

**Justificació:** L'abordatge terapèutic parteix del model d'atenció basat en el treball en equip interdisciplinari, amb la pretensió de dur a terme un pla d'intervenció global de la persona per establir una estratègia de tractament o prevenció adequada al pronòstic de cada pacient, la seva voluntat, la situació social i les possibilitats d'integració social o derivació a altres dispositius socio-sanitaris de manera programada i adaptada.

El fet d'establir aquesta valoració sistemàtica servirà d'instrument per a la millora de la coordinació amb l'equip, i es garanteix que els pacients reben resposta als seus problemes d'una manera individualitzada, contínua i adequada.

L'equip interdisciplinari ha d'estar format per diversos professionals competents en la seva àrea o especialitat, i s'han de coordinar per elaborar i portar a terme plans terapèutics integrals amb objectius comuns a tots els professionals, tenint en compte els objectius i expectatives del pacient i la família.

El pla terapèutic és un instrument d'organització de l'atenció que permet fer-se càrrec de manera individualitzada de la persona en els seus aspectes biopsicosocials i culturals. Permet garantir una adequada continuïtat en el procés assistencial a través d'un estudi de problemes, l'establiment d'objectius terapèutics i el seguiment del pla d'intervenció. Permet millorar la qualitat d'atenció mitjançant una avaluació continuada.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb pla terapèutic actualitzat}}{\text{Nombre total de pacients atesos amb diagnòstic de MND}} \times 100$$

**Definició de termes:** Tot pacient amb malaltia neurodegenerativa o dany cerebral, atès en qualsevol dis-

positiu de la xarxa socio-sanitària, ha de tenir un pla terapèutic i d'atenció actualitzat. El pla terapèutic ha d'especificar els següents apartats:

- Llistat de problemes, detectats en la valoració inicial o periòdica, també ha d'abordar problemes físics, funcionals, psicològics i socials. Així com incloure els temes relacionats amb l'abordatge de la família (pactes i acords). El pla inclou tant els problemes reals com els potencials que impliquin un risc per al pacient.
- Especificació de quin és el llistat de problemes prioritaris del pacient.
- Formulació d'objectius: A més dels objectius consensuats, cal especificar les expectatives i objectius del pacient envers el seu procés d'atenció. Els objectius han de ser consensuats amb tot l'equip, i cal especificar si són assolibles a curt, mitjà o llarg termini. Els objectius inclouran aspectes de curació, prevenció, promoció, recuperació i suport.
- Especificació de les intervencions i estratègies que es portaran a terme en funció dels objectius plantejats, així com el professional o disciplines responsables de la seva execució.
- Especificació dels criteris d'avaluació dels resultats aconseguits amb el pla.

Amb relació a l'elaboració del pla, cal tenir en compte que:

- Està basat en la valoració multidisciplinària i integral del pacient<sup>110</sup>.
- Està elaborat de manera interdisciplinària.
- Estarà consensuat, sempre que sigui possible, amb l'usuari i família.
- Es reavaluarà periòdicament, com a mínim, de manera quadrimestral, i cada vegada que hi hagi un canvi en la situació del malalt que en requereixi l'actualització.

En el pla terapèutic s'ha d'incloure els aspectes que s'han detectat com a problemàtics o que cal treballar.

**Població:** Numerador: total de pacients als quals s'ha efectuat un pla terapèutic tenint en compte la definició de termes.

<sup>110</sup> Inclou la valoració biopsicosocial; la valoració neuropsicològica i logopèdica es realitzaran sempre que ho necessiti la persona. Cada centre especificarà quins són els ítems clau que cal valorar les primeres 24 hores, o en la primera visita o contacte amb el pacient.

Denominador: total de pacients diagnosticats d'una malaltia neurodegenerativa o que presentin dany cerebral, i que siguin atesos per qualsevol dispositiu de la xarxa durant el període estudiat.

Àrea rellevant:

### Atenció al pacient

**Criteri:** *Les unitats que atenen pacients amb malalties neurodegeneratives que cursen amb discapacitat disposen d'un conjunt de protocols d'atenció i organitzatius que ajuden a minimitzar la variabilitat no desitjable de la seva actuació.*

**Nom de l'indicador (núm. 2 MND):** Protocols i guies d'actuació.

**Justificació:** El fet de disposar de protocols d'atenció contribueix a millorar la unificació de criteris i disminuir la variabilitat d'aquelles actuacions en què l'evidència científica existent faci recomanacions de bona pràctica per assegurar-ne uns millors resultats. Els protocols han de facilitar el procés de presa de decisions del personal de l'equip i han de valorar l'impacte i efectivitat de la seva aplicació.

**Fórmula:** Existència dels protocols amb els criteris descrits a la definició de termes.

**Definició de termes:** La unitat disposarà dels següents protocols actualitzats:

- Protocol general d'atenció al pacient amb MND en relació amb la fase evolutiva i el pronòstic de les malalties.
- Protocol d'atenció al pacient amb alteració del to muscular: espasticitat i rigidesa.

Àrea rellevant:

### Pla d'atenció

**Criteri:** *Els professionals responsables de l'atenció dels pacients amb MND desenvolupen estratègies per portar a terme les activitats previstes al pla terapèutic.*

**Nom de l'indicador (núm. 3 MND):** Compliment del pla d'atenció interdisciplinari.

**Fonts d'informació:** Història del pacient.

**Tipus indicador:** Procés.

**Estàndard:** 80%.

- Protocol d'atenció del pacient amb trastorns de comunicació.
- Protocol del pacient amb disfàgia.
- Protocol d'actuació de la gastrostomia percutània per nutrició enteral.
- Implicacions ètiques en l'atenció del pacient.

Els protocols han de ser vigents i han d'estar elaborats, avaluats o revisats, com a màxim, durant els tres últims anys. Els protocols poden ser elaborats conjuntament amb altres serveis o comitès, per exemple, Comitè d'ètica. Cada protocol inclou, com a mínim, la descripció dels objectius i població a la qual s'adreça, sistema de valoració, estratègies d'intervenció d'actuació, mecanismes de coordinació, algorisme de presa de decisions<sup>120</sup> i sistema de seguiment i avaluació del protocol. Els protocols han d'estar elaborats de manera interdisciplinària.

Procedirà avaluar aquest indicador en els dispositius d'hospital de dia, mitjana i llarga estada específics per a l'atenció dels pacients amb MND.

**Fonts de dades:** Cens de protocols i documentació del centre o unitat.

**Tipus:** Estructura.

**Estàndard:** 83%.<sup>111</sup>

**Justificació:** Cada pacient ha de tenir un pla d'atenció personalitzat<sup>112</sup> que adequi les estratègies terapèutiques i de suport al pacient i la família. Aquest pla proposat ha de ser portat a terme per poder donar resposta a les necessitats d'atenció del pacient i la família.

Continua→

<sup>111</sup> Recomanat.

<sup>112</sup> Aquest pla ha de tenir en compte la definició de termes especificada a l'indicador 1 d'aquest grup d'indicadors.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb concordança entre les activitats programades i les activitats realitzades o amb estratègies per a la seva realització}}{\text{Nombre total de pacients ingressats amb MND valorats}} \times 100$$

**Definició de termes:** S'identificarà la concordança entre el llistat d'activitats previstes al pla d'atenció individualitzat i la relació d'accions que s'estiguin portant a terme o amb estratègies per assolir els objectius proposats. Per considerar vàlid l'indicador, el grau de concordança que, com a mínim, ha d'existir entre les activitats programades i les que s'estiguin portant a terme ha de ser del 70%. Per tant, com a

mínim, el 90% dels pacients han de tenir una concordança del 70% entre les activitats previstes i les portades a terme.

**Població:** Total de pacients diagnosticats d'una MND o que presentin DC i que siguin atesos per qualsevol dispositiu de la xarxa durant el període estudiat.

**Fonts d'informació:** Història clínica del pacient, pla terapèutic, programa d'activitats del centre o unitat, llistat de pacients participants, i documentació de la unitat o del centre.

**Tipus:** Procés.

**Estàndard:** 90%.

**Àrea rellevant:**

**Qualitat de vida del pacient**

**Criteri:** *Les persones amb malalties neurològiques que cursen amb discapacitat ateses als diferents serveis o unitats de la xarxa socio-sanitària expressen una millora en la seva percepció de la qualitat de vida relacionada amb la salut, com a resposta al pla d'atenció interdisciplinari.*

**Nom de l'indicador (núm. 4 MND):** Millora de la qualitat de vida.

**Justificació:** La valoració de la qualitat de vida relacionada amb la salut resulta útil com a escala de valoració dels resultats del procés rehabilitador i, per tant, esdevé fonamental per identificar l'efectivitat de l'abordatge de les diferents intervencions portades a terme. Aquest tipus de mesura, si es monitora periòdicament, quan els pacients ingressen i quan se'ls dona d'alta, pot ser una eina de gestió dels equips que ajudi a identificar oportunitats de millora fruit de l'anàlisi comparativa que es realitza.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients que presenten, com a mínim, una millora del 20% en els paràmetres de l'escala de valoració de qualitat de vida}}{\text{Nombre total de pacients atesos}} \times 100$$

**Definició de termes:** La qualitat de vida dels pacients serà valorada mitjançant escales validades o de consens del sector<sup>113</sup>.

Aquesta valoració es passarà quan ingressin i es tornarà a repetir, com a mínim, cada sis mesos. L'escala que s'ha d'utilitzar se seleccionarà en funció de les capacitats i tipologia del pacient.

Per considerar que hi ha hagut millora, com a mínim, s'ha de millorar un 20% dels paràmetres valorats, per exemple, en l'escala de 0-4 punts (amb 5 opcions), com a mínim un paràmetre ha de tenir millora.

L'avaluació de la millora de la qualitat de vida es farà entre l'ingrés i el moment de ser donat d'alta amb destinació al domicili.

**Població:** Total de pacients diagnosticats d'una MND o que presentin dany cerebral, i que siguin atesos per qualsevol dispositiu de la xarxa durant el període estudiat. S'exclouran de la valoració aquelles persones que presentin un deteriorament cognitiu que comprometi la comprensió del contingut i la finalitat de la valoració.

**Fonts de dades:** Història clínica i documentació de la unitat.

<sup>113</sup> Hi ha qüestionaris genèrics de qualitat de vida relacionada amb la salut tals com el SF-36, SF-12, SIP (Sickness Impact Profile), EUROQOL; també es poden utilitzar qüestionaris específics com el FAMS (Functional Assessment of Multiple Sclerosis Quality of Life Instrument), o altres escales específiques de malalties neurodegeneratives.



**Tipus:** Resultat.

**Estàndard:** 60%.

**Comentaris:** La valoració d'aquest indicador durant la primera valoració dels indicadors serà complementària i no afectarà els resultats de l'avaluació.

**Àrea rellevant:**

### Atenció a la família

**Criteri:** *Les famílies o cuidadors principals dels pacients amb problemes de malalties neurodegeneratives que cursen amb discapacitat es mostren adaptades a la seva nova situació i no mostraran risc de claudicació familiar greu.*

**Nom de l'indicador (núm. 5 MND):** Adaptació de les famílies.

**Justificació:** L'atenció de la família esdevé fonamental com un pilar més en l'atenció de la persona amb MND. Cal activar un seguit d'estratègies per assegurar-ne l'adaptació a aquesta nova situació i evitar-ne la claudicació.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de famílies adaptades}}{\text{Nombre de famílies de pacients atesos per MND}} \times 100$$

**Definició de termes:** Es considera que una família es troba adaptada quan, des de l'inici de l'atenció per part de l'equip d'atenció, no empitjora la seva

situació familiar i, si és possible, millora la dinàmica de funcionament familiar i de suport afectiu al pacient. Es considera que la família es troba adaptada quan:

- No existeix una major disfunció o trencament de l'estructura familiar i/o
- No s'evidencia l'existència d'una sobrecàrrega familiar greu<sup>114</sup>.

**Població:** Aquest criteri s'aplicarà a pacients que tinguin família o cuidadors principals; i pacients amb diagnòstic o inici del problema des de fa més d'un any, i que faci, com a mínim, quatre mesos des que han iniciat el recurs. No s'aplicarà en els casos de reagudització important de la situació del malalt.

**Fonts d'informació:** Història clínica i documentació de la unitat.

**Tipus:** Resultat.

**Estàndard:** 60%.

<sup>114</sup> Mitjançant la utilització d'escales validades o de consens del sector, per exemple, test de Zarit abreujat.

4. Pal·liatiu

Àrea rellevant:

## Control de símptomes

**Criteri:** *Els pacients en situació de malaltia terminal expressen una millora en la seva percepció dels símptomes de dolor com a resposta al pla d'atenció efectuat per l'equip interdisciplinari.*

**Nom de l'indicador (núm. 1 PAL):** Control del dolor.

**Justificació:** La prevalença del dolor en els malalts en situació de malaltia avançada i terminal és alta i, per tant, la seva estabilització i millora és una necessitat indiscutible. Amb el coneixement actual, tant en l'avaluació com en el tractament, se sap que és possible aconseguir-ho en més del 80% dels pacients.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients que presenten una milloria dels símptomes de dolor}}{\text{Nombre total de pacients en situació de malaltia terminal amb dolor}} \times 100$$

**Definició de termes:** El dolor serà valorat mitjançant escales validades o de consens del sector, per exemple, escales analógicovisuales (EVA) o de tipus categòriques, per exemple, escala 0-4<sup>115</sup>. Es valorarà la disminució del dolor respecte a la valoració inicial o en el moment en què apareix el símptoma. Es tindrà en compte en el control de símptomes del pacient:

Àrea rellevant:

## Control de símptomes

**Criteri:** *Els pacients en situació de malaltia terminal expressen una millora de la seva percepció dels símptomes d'ofec com a resposta al pla d'atenció efectuat per l'equip interdisciplinari.*

**Nom de l'indicador (núm. 2 PAL):** Control de la sensació d'ofec.

**Justificació:** L'avaluació del grau de millora de l'ofec és indispensable per l'alta prevalença que té entre alguns tipus de pacients<sup>117</sup>, i per l'impacte que aquest

- Si en els últims tres dies ha millorat com a mínim un 20% la seva percepció de dolor o ha disminuït un punt en l'escala categòrica (0-4).
- Si el pacient es manté amb un dolor controlat inferior a 4 en l'EVA o inferior a 2 en una escala categòrica de 0-4.

Pels casos en què el pacient no pot expressar-se, s'utilitzaran escales que puguin valorar el dolor en funció de les respostes de la persona; aquesta valoració serà efectuada pel professional<sup>116</sup>.

Pels casos dels pacients atesos ambulatoriament de manera regular, es valorarà la disminució del dolor entre les dues últimes visites.

En les unitats de cures pal·liatives, es tindrà en compte els resultats registrats de la última setmana. En les unitats de mitjana i llarga estada es tindrà en compte el registre efectuat en els últims 15 dies.

**Població:** Aquest paràmetre de valoració del dolor s'aplicarà als pacients atesos a les unitats de cures pal·liatives, UFISS, PADES, i unitats de mitjana i llarga estada amb pacients pal·liatius.

**Fonts d'informació:** Història del pacient i sistemes d'informació de la unitat.

**Tipus indicador:** Resultat.

**Estàndard:** 75%.

símptoma té tant en el pacient com en la família i l'equip. Les estratègies farmacològiques i no farmacològiques han de permetre tant al pacient com a la família donar resposta a aquesta situació quan es presenti.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de pacients que presenten una milloria dels símptomes d'ofec}}{\text{Nombre total de pacients atesos amb ofec en situació de malaltia terminal}} \times 100$$

<sup>115</sup> Es pot utilitzar també els paràmetres de valoració del dolor de l'escala de qualitat de vida de cures pal·liatives (ECP) o Palliative Care Outcome Scale (POS) - per identificar l'evolució del dolor.

<sup>116</sup> En aquest cas, es pot utilitzar també l'escala categòrica valorada per l'equip.

<sup>117</sup> Entre el 50% i el 70%, depenent de la localització del tumor, i pot arribar al 80% els darrers dies.

**Definició de termes:** L'ofec serà valorat mitjançant escales validades o de consens del sector, per exemple, escales analogicovisuals o de tipus categòriques, per exemple, escala 0-4. Es valorarà en el control de símptomes del pacient si en les últimes 72 hores manifesta una percepció tolerable de l'ofec<sup>118</sup>, amb una millora d'un 20% en les escales de valoració.

Per a la valoració d'aquest indicador, es considerarà que un pacient està adaptat o té controlada la percepció d'ofec quan es manté amb un ofec controlat inferior a 4 en l'escala EVA o inferior a 2 en una escala categòrica de 0-4.

Pels casos dels pacients atesos ambulatoriament o al domicili de manera regular, es valorarà la millora de la percepció d'ofec entre les dues últimes visites.

En les unitats de cures pal·liatives, es tindrà en compte els resultats registrats durant la última setmana. En les unitats de mitjana i llarga estada, es tindrà en compte el registre efectuat en els últims 15

dies. A les UFISS es farà entre l'inici i el final de l'atenció.

Per als casos en què el pacient no pot expressar-se, s'observarà l'existència de signes clínics i es recomana utilitzar escales categòriques basades en l'observació de la funcionalitat i capacitat per realitzar AVD.

**Població:** Aquest paràmetre de valoració de l'ofec s'aplicarà als pacients atesos a les unitats de cures pal·liatives, UFISS, PADES, i unitats de mitjana i llarga estada amb pacients en situació de malaltia terminal que presentin signes clínics d'ofec.

**Fonts d'informació:** Història del pacient i sistemes d'informació de la unitat.

**Tipus indicador:** Resultat.

**Estàndard:** 75%.

#### Àrea rellevant:

### Qualitat de vida

**Criteri:** *Les persones en situació de malaltia terminal ateses pels diferents dispositius de la xarxa sociosanitària expressen una millora en la percepció de la qualitat de vida relacionada amb la salut, com a resposta al pla d'atenció interdisciplinari.*

**Nom de l'indicador (núm. 3 PAL):** Millora de la qualitat de vida.

**Justificació:** L'objectiu de les cures pal·liatives és millorar la qualitat de vida dels pacients amb malalties en fase terminal. L'exercici pertinent de les conductes diagnòstiques i terapèutiques de les cures pal·liatives contribueixen a assolir aquest objectiu. Les diferents formes d'organització i atenció poden comportar resultats heterogenis, fet que posa de manifest la necessitat de disposar d'instruments de mesura de l'efectivitat d'aquests serveis.

Els darrers anys s'han desenvolupat i validat un nombre important d'instruments de mesura de la qualitat de vida específics per malalts en etapes avançades de la malaltia. És important que els instruments utilitzats permetin avaluar la màxima quantitat de dominis que els mateixos especialistes de cures pal·liatives consideren importants per a l'atenció al

malalt terminal, és a dir, mesurar l'efectivitat no tan sols en termes de control de dolor o altres símptomes, sinó també segons el grau de resolució d'altres problemes, com els emocionals, psicològics, espirituals o de comunicació, tant en relació amb el mateix pacient com amb els seus familiars o cuidadors. Altres característiques que cal considerar, dels instruments de mesura de qualitat de vida relacionada amb la salut, són: que siguin fàcils d'administrar, que tinguin un baix consum de temps en el seu ús, les possibilitats d'utilització en l'avaluació de resultats i com a recordatori d'algunes activitats imprescindibles que el professional ha de portar a terme. Aquestes característiques són de vital rellevància en el cas concret de les cures pal·liatives, per la idiosincràsia pròpia dels malalts i familiars atesos.

#### Fórmula:

Nombre de pacients que presenten,  
com a mínim, una millora del 20% en  
els paràmetres de l'escala de valoració  
de qualitat de vida

Nombre total de pacients atesos  
en situació de malaltia terminal

× 100

Continua→

<sup>118</sup> Aquest fet implica que, quan els pacients presenten una situació d'ofec, el pacient i/o família o cuidador principal saben les estratègies farmacològiques i no farmacològiques que s'han de realitzar.

**Definició de termes:** La qualitat de vida dels pacients serà valorada mitjançant escales validades o de consens del sector (per exemple ECP - Escala de Cures Pal·liatives<sup>119</sup>).

Es valorarà la millora de la qualitat de vida que es produeixi entre l'ingrés o inici de la intervenció i les primeres 2-3 setmanes d'aplicació del pla d'atenció. En els casos de pacients valorats i atesos per l'UFISS, s'avaluarà la millora entre l'inici i fi de l'atenció proporcionada per l'equip, en pacients que com a mínim hagin tingut una setmana d'estada des de l'inici del pla terapèutic.

Per considerar que ha existit millora, com a mínim, s'ha de millorar un 20% dels paràmetres valorats [per exemple, en l'escala de 0-4 punts (amb 5 opcions), com a mínim 1 paràmetre ha de tenir milloria].

Quan el pacient no pugui complimentar el qüestionari, sol o amb ajuda de família o professionals, s'utilitzaran escales que puguin ser valorades en funció de les respostes obtingudes del pacient a les pre-

gües del qüestionari fetes pel/s professionals que l'atenen<sup>120</sup>.

**Població:** Aquest indicador serà valorat en els pacients atesos a les unitats de cures pal·liatives i PADES. S'aconsella utilitzar-lo en la resta de pacients en situació de malaltia terminal atesos pels diferents dispositius socio-sanitaris (unitats de mitja i llarga estada, UFISS i EAIA).

**Fonts d'informació:** Història del pacient i sistemes d'informació de la unitat.

**Tipus indicador:** Resultat.

**Estàndard:** 75%.

**Comentaris:** La valoració d'aquest indicador durant la primera valoració dels indicadors serà complementària i no afectarà els resultats de l'avaluació.

#### Àrea rellevant:

### Atenció a la família

**Criteri:** *Les famílies i cuidadors principals dels pacients en situació de malaltia terminal es mostren adaptades a aquesta situació i no mostren risc de claudicació o desajustament familiar greu.*

**Nom de l'indicador (núm. 4 PAL):** Adaptació/ajustament de les famílies.

**Justificació:** L'atenció de la família esdevé fonamental com un pilar més en l'atenció de la persona en situació de malaltia terminal. Cal activar un seguit d'estratègies per assegurar-ne l'adaptació a aquesta situació, evitar-ne la claudicació i afavorir l'elaboració dels processos de dol.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de famílies adaptades}}{\text{Nombre total de pacients atesos en situació de malaltia terminal que tinguin família}} \times 100$$

**Definició de termes:** Es considera que una família es troba adaptada quan, des de l'inici de l'atenció per part de l'equip d'atenció, no empitjora la situació familiar:

- No existeix una major disfunció o trencament de l'estructura familiar o
- No s'evidencia l'existència d'una sobrecàrrega familiar greu<sup>122</sup>.

**Població:** Aquest paràmetre s'aplicarà als pacients en situació de malaltia terminal atesos en els dispositius de mitjana estada, llarga estada o PADES. També procedirà avaluar aquest indicador en tots els pacients en els quals s'hagi detectat, en la valoració inicial o periòdica, risc de claudicació o problemes familiars.

**Fonts d'informació:** Història del pacient i sistemes d'informació de la unitat.

**Tipus indicador:** Resultat.

**Estàndard:** 75%.

<sup>119</sup> Adaptada del POS - Palliative Care Outcome Scale. Medicina clínica (Barcelona) 2004;123:406-12.

<sup>120</sup> L'escala de cures pal·liatives (ECP) permet la valoració a càrrec del professional. Aquesta escala té un grau elevat de concordància entre les valoracions efectuades pels professionals i els pacients.

Àrea rellevant:

### Equip interdisciplinari

**Criteri:** *Els equips d'atenció interdisciplinària realitzen de manera periòdica una anàlisi reflexiva del tancament de casos, amb la finalitat de trobar oportunitats de millora en els processos d'atenció al pacient en situació de malaltia terminal.*

**Nom de l'indicador (núm. 5 PAL):** Capacitat reflexiva dels equips.

**Justificació:** Un dels principals motors de la millora contínua és la capacitat dels equips de poder aprendre de la mateixa pràctica. Per aquesta raó, esdevé fonamental l'adquisició de competències dels equips per a la revisió crítica de la seva praxi, amb la finalitat d'identificar aspectes clau de l'atenció sobre els quals han d'incidir.

**Fórmula:**

$$\frac{\text{Nombre de sessions de l'equip interdisciplinari per a l'anàlisi reflexiva de tancament de casos}}{\text{Nombre mínim de sessions programades anuals (4)}} \times 100$$

**Definició de termes:** Es considera sessió reflexiva aquella situació en la qual es debaten, com a mínim, els següents aspectes:

- Les unitats de cures pal·liatives, PADES, i totes aquelles que tinguin un percentatge important de pacients en situació de malaltia terminal han de tenir un espai dedicat, per a la revisió de casos per part de l'equip d'atenció interdisciplinari, amb la finalitat de trobar oportunitats de millora de l'equip en funció de la reflexió efectuada de l'anàlisi del cas.
- La unitat ha de tenir previst un sistema per registrar les conclusions bàsiques de l'anàlisi del cas. L'anàlisi del cas implica, com a mínim, registrar per cada cas que va passar, identificar les causes immediates i subjacentes i identificar estratègies d'actuació en funció dels factors associats, i es ressenya un apartat sobre el qual s'especifica el que "s'ha après amb el cas i les seves implicacions per a l'equip".
- La programació d'aquest tipus de sessions ha de ser, com a mínim, trimestral.

**Fonts d'informació:** Documentació de la unitat.

**Tipus indicador:** Procés.

**Estàndard:** 100%.

ISBN 84-090-7175-6



Amb el suport metodològic de



[www.gencat.cat/salut](http://www.gencat.cat/salut)