

CATÁLOGO

de servicios residenciales para personas mayores



Gipuzkoako Foru Aldundia
Diputación Foral de Gipuzkoa

Presentación

Este catálogo de servicios residenciales para personas mayores define el conjunto de servicios a proveer a las personas, junto al objetivo de aseguramiento de la calidad asistencial y al de la homogeneización de esa calidad en todos los centros residenciales para personas mayores tanto públicos como privados concertados en Gipuzkoa.

El catálogo consta de cuatro partes o elementos relacionados entre sí estrechamente: a) la cartera de servicios directos a proveer a la persona usuaria, b) buenas prácticas de una serie de procesos y áreas de actuación considerados clave en la atención residencial, c) un sistema de indicadores para medir la calidad de algunos de esos procesos y su evolución, y d) los ratios y el perfil de los profesionales involucrados en la atención directa, tanto en términos de un centro estándar como en su despliegue.

La Diputación Foral de Gipuzkoa complementará este catálogo de servicios con un plan de implantación que permita que la totalidad de los centros residenciales de Gipuzkoa funcionen con estos parámetros de calidad en un plazo no superior a 3 años.

CARTERA DE SERVICIOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES, DE OBLIGADA PRESTACIÓN POR PARTE DE LOS CENTROS CONCERTADOS CON LA DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA

I.- SERVICIOS INCLUIDOS DENTRO DEL PRECIO PÚBLICO:

SERVICIOS HOSTELEROS

- Alojamiento: habitaciones, baños, espacios comunes.
- Manutención: desayuno, comida, merienda, cena.
- Lavandería: incluye planchado, arreglo, y distribución de la ropa.
- Limpieza de espacios generales y habitaciones.
- Mantenimiento - reparación de elementos materiales de uso directo del usuario (excluyendo elementos técnicos complejos).
- Custodia de propiedades personales (joyas, etc.)

SERVICIOS DE CUIDADOS PERSONALES Y ATENCION INDIVIDUAL PERSONALIZADA

- Valoración integral-diagnóstico (Plan de Atención individualizada).

A) Ayuda para las actividades básicas de vida diaria (24 h/día).

- Ayuda para higiene personal, aseo y vestido
- Ayuda para estética del usuario.
- Ayuda para el orden de habitaciones y pertenencias del usuario.
- Ayuda para levantar - acostar.
- Ayuda para transferencias - traslados.
- Ayuda para tratamiento de la inmovilidad.
- Ayuda en alimentación.
- Ayuda para tratamiento de la incontinencia.
- Ayuda en la administración de la medicación.

B) Ayudas para el manejo de trastornos del comportamiento:

- Tratamiento para el exceso y/o inhibición de conducta, apoyo en contención.

C) Ayudas para actividades instrumentales de la vida diaria.

- Tramitación de recursos.
- Gestión Ayudas Técnicas.
- Acompañamiento a centros hospitalarios y/o consultas (si no hay familia).
- Administración de los recursos económicos necesarios para gastos de bolsillo (peluquería, gastos de ocio, ropa...).
- Gestiones personales.

SERVICIOS SANITARIOS

A) Servicios médicos

- Valoración integral - diagnóstico (Plan Atención individualizada).
- Atención sanitaria preventiva: primaria, secundaria y terciaria.
- Atención sanitaria general: tratamientos / medicación / seguimiento.
- Atención en grandes síndromes geriátricos.
- Atención sanitaria específica y de urgencia.
- Rehabilitación menor.
- Valoración y atención nutricional y necesidades alimentarias.
- Asesoramiento médico a usuarios y familias.
- Traslados centros sanitarios: programados y urgentes.
- Seguimiento de usuarios hospitalizados.

B) Servicios de enfermería

- Valoración integral- diagnóstico (Plan de atención individualizada)
- Despliegue y seguimiento del plan de atención individualizada.
- Atención de enfermería preventiva.
- Atención de enfermería: tratamientos, curas, obtención de muestras, constantes, seguimiento de enfermedades crónicas y agudas.
- Control y gestión de la medicación de los residentes.
- Gestión de material sanitario
- Asesoramiento de enfermería a usuarios y familias.
- Seguimiento de usuarios hospitalizados.

SERVICIOS PSICOSOCIALES

A) Area social

- Valoración integral - diagnóstico (Plan Atención Individualizada).
- Información sobre recursos sociales, apoyo en el ingreso, en el proceso de adaptación y en los problemas de convivencia.
- Programas de intervención en el área familiar: atención familiar, formación, participación en el PAI.
- Programas de intervención social y comunitaria: apoyo social, integración y participación social, voluntariado.

B) Area psicológica

- Valoración integral - diagnóstico (Plan Atención Individualizada).
- Programas de intervención en funciones cognitivas: Psicoestimulación, entrenamiento en memoria, orientación en la realidad.
- Programas de intervención en funciones psicoafectivas, para el estado de ánimo, depresión, trastornos de ansiedad.
- Apoyo personal en las distintas áreas de forma individualizada y grupal.
- Programas de intervención en el área comportamental.

C) Area de actividades sociales

- Programas de intervención educativo cultural: Animación socio - cultural.

SERVICIOS DE INFORMACION/ATENCION Y PARTICIPACION AL USUARIO Y LA FAMILIA

A) Servicio de información

- Reglamento de régimen interior.
- Folleto explicativo

B) Servicios administrativos

- Contrato.

C) Servicio de atención a la persona usuaria y su familia

- Procedimiento de quejas, sugerencias y reclamaciones.

D) Participación de la persona usuaria y su familia

- Cauces de participación

II.- SERVICIOS NO INCLUIDOS DENTRO DEL PRECIO PÚBLICO:

Estos servicios también serán de obligada prestación, aunque su financiación se realizará de forma directa por los usuarios, al margen del precio público abonado por el servicio residencial, aplicando el régimen de tarifas que el centro tenga establecido.

- Servicio telefónico e Internet.
- Máquina expendedora de bebidas calientes / servicio de cafetería.
- Peluquería.
- Podología.

PROCESOS CLAVE EN LA ATENCION RESIDENCIAL

PROCESO: INGRESO EN EL CENTRO Y ADAPTACIÓN

ELEMENTOS ESTRUCTURALES:

- Se celebra una entrevista previa con el futuro usuario y, en su caso, con la familia.
- Se elabora un Plan de Atención Individual provisional con base en la entrevista previa y la documentación inicial en el que se definen las necesidades y primeros cuidados a prestar al nuevo residente.
- Existe un protocolo escrito que detalla el proceso de ingreso y adaptación al centro, así como un responsable identificado para su cumplimiento.

PROCESO: VALORACIÓN Y DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

- Los PAI se elaboran en un equipo multidisciplinar con la presencia de figuras de las siguientes áreas: sanitaria, cuidados de la vida diaria y relaciones socio-familiares.
- Los PAI incluyen al menos los siguientes apartados:
 - Valoración funcional, física, mental y socio-familiar.
 - Definición de objetivos, responsables y plazos en las áreas valoradas.
- Se elabora el PAI completo de todo nuevo residente en el plazo máximo de dos meses a partir de su fecha de entrada en el centro.
- Todos los PAI se actualizan y documentan al menos una vez al año.
- Existe un sistema de registro de los ajustes continuos del PAI realizados por parte de los profesionales de las diferentes áreas del centro entre una revisión anual y la siguiente.
- Se comunica total o parcialmente el PAI al residente o persona de referencia que lo pida, respetando el derecho a la intimidad del residente.

PROCESO: DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

GENERAL

- Asegurar el cumplimiento del PAI de cada residente es responsabilidad del centro residencial.
- Las modificaciones en la prestación de los cuidados previstos en el PAI son autorizadas por la enfermera responsable u otro coordinador asistencial cualificado y existe un sistema de registro de las mismas.
- Los profesionales del centro residencial son los responsables de las consecuencias que se deriven de la eventual delegación de la prestación de los cuidados a otras personas (personal en prácticas, voluntarios, familiares, colaboradores).

ALIMENTACIÓN

- Se necesita la autorización del médico del centro o la enfermera designada para:
 - Dar de comer a un residente en su habitación.
 - Dar de comer en boca.
- Se registran las incidencias en la alimentación tanto autónoma como asistida.
- Las dietas especiales y los suplementos nutricionales se dispensan por prescripción facultativa.

HIGIENE Y ARREGLO PERSONAL

- Se asegura y registra la prestación diaria de los siguientes cuidados a las personas residentes:
 - Afeitado de los hombres que lo necesiten.
 - Higiene bucal (al menos una vez).
 - Aseo personal.
- Se programa, asegura, y registra la prestación periódica de los siguientes cuidados, al menos con carácter mensual:
 - Depilación facial de las mujeres que lo necesiten
 - Corte de uñas de pies y manos
 - Acceso a los servicios de peluquería y podología.
 - Mantenimiento e higiene de prótesis y ortoprótesis
- En ausencia de necesidades mayores de higiene, se asegura el cumplimiento de al menos dos duchas/baños semanales con higiene total del cuerpo.

ROPA, CAMA Y VESTIDO

- Se identifica la ropa de uso individual del residente.
- Se supervisa diariamente el estado de la ropa interior, cambiándola cuando es necesario.
- Se aseguran al menos dos cambios semanales de ropa exterior.
- Se asegura el uso de ropa adecuada al momento y al tiempo y que los residentes están correctamente vestidos.
- Se asegura el lavado, planchado y mantenimiento menor de la ropa (arreglo de desperfectos menores derivados del uso cotidiano).
- La ropa de cama y las toallas se cambian al menos semanalmente, y diariamente cuando lo requieren las necesidades.

INCONTINENCIA ESFINTERIANA

- La enfermera registra esta circunstancia en la historia sanitaria del residente: tipo de incontinencia, intervención y productos indicados.
- Se asegura la adecuada higiene de las personas afectadas.
- La incontinencia irreversible se trata mediante el uso programado de absorbentes, en horario básico y modelo indicado, con registro.
- Se asegura el traslado programado y a demanda de aquellas personas no incontinentes o con control relativo de esfínteres con problemas para acceder al WC de forma autónoma.

AYUDAS TÉCNICAS

- Las sillas de ruedas, andadores y bastones son propiedad de los residentes y de uso personal. Se identifica claramente a sus propietarios.
- Las ayudas técnicas de uso común, con matrícula a nombre del centro residencial, se utilizan para situaciones puntuales o provisionales.
- El acceso al mantenimiento e higiene de las ayudas técnicas está programado y se registra su ejecución.

RESTRICCIONES FÍSICAS

- Existe un protocolo de usos e indicaciones, aprobado por la Diputación Foral, y un responsable identificado en el centro.
- Existe un registro de restricciones que incluye la identificación del usuario, el tipo de restricción, motivo, fecha de inicio y de revisión, indicación y firma del facultativo, información a la familia y respuesta de la misma con firma del familiar.

ATENCIÓN E INTIMIDAD

- Existe un manual de buena práctica elaborado en el propio centro con la participación del personal de atención directa.
- El manual es público, de obligado cumplimiento y se revisa periódicamente.
- El manual define cómo se aplican las normas de:
 - Respeto a los derechos de los residentes.
 - Intimidad y dignidad.
 - Seguridad.
 - y buena práctica profesional en la prestación de los cuidados personales.

PROFESIONAL DE REFERENCIA

- Cada residente contará con un profesional identificado de referencia que conocerá los detalles de su PAI, sus circunstancias personales y su percepción subjetiva.
- El profesional de referencia participará de modo activo en las decisiones del PAI y las revisiones del mismo.
- Promueve las modificaciones del PAI que considere necesarias ante la enfermera.

INCIDENCIAS Y REGISTRO

- Existe un registro general diario y por turno de las incidencias que se hayan detectado, firmado por las auxiliares que hayan realizado el turno.
- Existe un registro específico de los residentes que lo precisen, por indicación de la enfermera, que recoja los aspectos específicos necesarios.
- La asignación de tareas se programa para cada tarea/residente/auxiliar, de modo que sea posible el seguimiento de su realización.
- Las visitas nocturnas están programadas, definiendo usuarios y tareas necesarias

ÁREA: ÁREA SOCIAL

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

- Existe una historia social para cada residente
- Existe un protocolo escrito que determina los criterios a seguir ante situaciones de desprotección de los residentes (incapacidad para la toma de decisiones, maltrato, abuso por parte de terceros).
- Están identificados los usuarios que no cuentan con soporte sociofamiliar, los aislados, los marginados..., y se interviene para la mejora de estas situaciones.
- El centro vela por los derechos de los residentes que requieran una incapacidad, sin que ello implique la asunción automática de la tutela.
- Existe un protocolo de atención a sugerencias y quejas, se ha identificado un responsable del mismo y existe un registro de las quejas y sugerencias producidas, así como del tratamiento que se ha dado a las mismas
- Existe un protocolo escrito sobre el voluntariado en el centro que cumple los requisitos establecidos legalmente sobre la cobertura de riesgos del voluntariado. Se ha identificado un responsable del mismo.
- Existe un programa para el apoyo y el fomento de la participación de las familias.

ÁREA: ÁREA PSICOLÓGICA

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

- Existen programas de intervención psicológica dirigidos a: estimulación cognitiva, ansiedad, depresión, dificultades de relación. Los programas tienen definidos criterios de inclusión de los usuarios y La evolución de los usuarios dentro de los mismos se refleja en su historial.
- Existe un protocolo escrito que determina los criterios a seguir para el manejo de problemas de conducta.
- Las decisiones adoptadas para el manejo de problemas de conducta se reflejan en la historia del residente.

ÁREA: PLAN DE ACTIVIDADES

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

- El Plan general de Actividades está plasmado en un documento aprobado por la Dirección y difundido públicamente en el centro.
- El Plan incluye actividades de entretenimiento, estimulación, relación con las familias y relación con la comunidad.
- Las actividades terapéuticas tienen definidos criterios de inclusión de usuarios.
- Existe un responsable del plan o responsables parciales de las áreas del mismo.
- Existe una evaluación anual escrita del plan de actividades que incluye resultados, índice de participación, opinión de los usuarios y os monitores, ajustes propuestos, etc.

ÁREA: ATENCIÓN SANITARIA

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

HISTORIA CLÍNICA

- La historia clínica incluye, al menos: valoración protocolizada al ingreso y evaluación actualizada con diagnósticos, síndromes geriátricos, tratamientos, evolución médica y de enfermería, situación funcional y cognitiva.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

- Existe un plan de seguimiento protocolizado y registrado de enfermedades crónicas como diabetes, estreñimiento, hipertensión, etc.

ESTADO NUTRICIONAL

- El estado nutricional de todos los residentes se valora, registra y actualiza con periodicidad mínima anual.

MEDICACIÓN

- Existe registro actualizado.

- La preparación es en forma de unidosis
- La enfermera prepara la medicación diaria o la supervisa si existe servicio de farmacia, y el auxiliar dispensa la medicación oral u otras que indique la enfermera.
- Se toma como referencia la "Guía farmacológica y terapéutica" elaborada por la Diputación Foral y el Departamento de Sanidad.

INTERVENCIONES SANITARIAS ESPECIALES

- Existe un recordatorio de indicaciones específicas limitadas.
- Existe un registro de: fecha de inicio, motivo, indicación facultativa, seguimiento y fecha de stop.

ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Existe registro del lugar de producción, localización, fecha de inicio y stop.
- Existe un protocolo de prevención y seguimiento.

RESIDENTES COLONIZADOS POR SARM

- Se sigue el protocolo de actuación acordado por la Diputación Foral.

INCONTINENCIA ESFINTERIANA

- Se realiza una intervención protocolizada y registrada que incluya: definición, tipo de intervención y producto indicado.

REHABILITACIÓN DE MANTENIMIENTO

- Se realiza de modo programado y bajo la supervisión de personal cualificado.
- Existe registro de los residentes que la realizan, incluyendo: motivo, indicación facultativa, periodicidad y evolución.

PREVENCIÓN, FORMACIÓN Y EDUCACIÓN

- Existe un protocolo de vacunaciones.
- Existe un protocolo de actuación específica en caso de terminalidad
- Existe un protocolo de prevención de infecciones.

CONSULTAS EXTERNAS Y TRASLADOS HOSPITALARIOS

- Existe un protocolo para el acompañamiento con la documentación que debe aportarse (incluyendo como mínimo datos personales, diagnósticos y tratamientos, estado funcional y cognitivo y motivo de consulta o traslado), previsión de acompañamiento y aviso al mismo.

PROCESO: FIN DEL SERVICIO

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

- Existirá un protocolo de acompañamiento en los últimos momentos de la vida
- Existe un protocolo de actuación en caso de fallecimiento y bajas voluntarias con un responsable identificado para su gestión global, así como un sustituto en caso de ausencia del anterior.
- En caso de fallecimiento, el protocolo recoge la sistemática a seguir para el tratamiento del cuerpo, el aviso a los allegados, el asesoramiento respecto a los trámites funerarios, la entrega de pertenencias, la documentación del residente, la comunicación administrativa de la baja y los trámites para finalizar el contrato.
- El centro cuenta con un modelo de informe de salida firmado, para el caso de que el residente sea trasladado a otro centro.
- El informe de salida recoge el Plan individual de cuidados y toda la información necesaria para garantizar la continuidad de los mismos.

ÁREA: ORGANIZACIÓN GENERAL

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

UBICACIÓN

- El residente está bien ubicado en la zona que corresponde a su perfil de usuario y su capacidad cognitivo- relacional.
- El residente está conforme con su compañero/a de habitación y sus compañeros de mesa de comedor.

PERSONALIZACION DE ESPACIOS

- El residente dispone de sus efectos personales (cuadros, pequeños objetos, aparatos de TV- radio, plantas) dentro de lo que las posibilidades de su habitación y de las necesidades de movilización permiten.

FORMACIÓN

- Se desarrolla un plan de formación del personal sobre la respuesta a personas con trastornos de conducta.
- Se desarrolla una formación continua sobre aspectos principales de la salud (prevención, higiene, patologías frecuentes entre los mayores) tanto para el personal como para los residentes.

MODELO ASISTENCIAL DEL CENTRO

- El centro dispone de un documento escrito que recoge sus principales criterios asistenciales.

ELEMENTOS ESTRUCTURALES E INDICADORES QUE SERÁN OBJETO DE INSPECCIÓN EN LAS RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES PROPIOS Y CONCERTADAS DE GIPUZKOA DESDE 2006.

ÁREA	ELEMENTO ESTRUCTURAL	INDICADORES DE PROCESO O RESULTADO	STANDARD U OBJETIVO	FUENTE DE OBTENCION
ACOGIDA E INGRESO	Existe un protocolo de ingreso y un responsable designado.	Los expedientes individuales de residentes incluyen registro de entrevista previa al ingreso y PAI escrito provisional.	100 %	Historia social e historia sanitaria del residente
VALORACION Y DISEÑO DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL	Existe un modelo tipo de PAI que incluye: valoración física, funcional, mental y socio- familiar; y objetivos, responsables y plazos estimados.	Los residentes que llevan más de 2 meses en el centro disponen de un PAI no provisional escrito según modelo.	80 %	Documento PAI de cada residente
		Los residentes disponen de un PAI escrito actualizado en los últimos 12 meses.	60 %	Documento PAI de cada residente

ÁREA	ELEMENTO ESTRUCTURAL	INDICADORES DE PROCESO O RESULTADO	STANDARD U OBJETIVO	FUENTE DE OBTENCION
CUIDADOS PERSONALES Y VIDA DIARIA	- Existe una sistemática clara y trazable para asignar qué auxiliar presta qué cuidado a qué residente, su periodicidad y verificación en relación con a los cuidados: - Diarios - No diarios - Nocturnos - Acceso a otros servicios	Nº y relación de residentes a los que se alimenta en boca.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registros asistenciales
		Nº y relación de residentes con dietas especiales y suplementos nutricionales.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registros asistenciales
		Nº y relación de residentes que hacen vida cama- sillón.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registros asistenciales
		Nº y relación de residentes que utilizan pañales de incontinencia, segmentados por tipos de pañal.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registros asistenciales
	La ejecución de cuidados directos e indirectos respeta las frecuencias indicadas en el documento base. *	Nº y relación de residentes que tienen barras en cama.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registro de restricciones físicas
		Nº y relación de residentes que llevan cinturón pélvico.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registro de restricciones físicas
	- Existe un cuaderno parte de incidencias en la prestación de los cuidados. - Existe un protocolo de restricciones físicas conforme a requisitos de documento base. *	Nº y relación de residentes que no pueden salir del centro por prescripción documentada por persona autorizada y consentida por familiar de referencia o tutor.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registro de restricciones físicas
		El parte de incidencias se rellena y recoge incidencias relevantes en relación con los cuidados personales y de vida diaria. Se firma y se identifica a las personas que hacen las anotaciones.	SIN STANDARD DEFINIDO	Parte de incidencias
	- Cada residente tiene designado un profesional de referencia. - El centro identifica y puede aportar datos contrastables de las personas que, por prescripción médica, tienen algún tratamiento especial.	La comprobación de los PAIs de varios residentes elegidos al azar y la comprobación del despliegue, ejecución y verificación de sus cuidados evidencia que el sistema de trabajo se cumple. Se identifica quién es el profesional de referencia.	COMPROBAR AL MENOS UN 5 %	Documento PAI de cada residente

ÁREA	ELEMENTO ESTRUCTURAL	INDICADORES DE PROCESO O RESULTADO	STANDARD U OBJETIVO	FUENTE DE OBTENCIÓN
ATENCIÓN SOCIAL	■ Está definido el contenido inicial y la documentación a rellenar para mantener al día las historias sociales de los residentes. ■ Existen protocolos escritos o guías de actuación en relación con la incapacidad legal de residentes con limitaciones en su capacidad de decisión y responsable designado. ■ Existe un protocolo escrito de recogida y tratamiento de reclamaciones y sugerencias y responsable designado. ■ Existe un protocolo de voluntariado conforme a la legislación vigente y responsable designado. ■ El reglamento define composición y funcionamiento del órgano de representación de usuarios y familiares.	Los residentes tienen actualizada su historia social con datos personales y sociofamiliares.	80%	Historia social de los residentes
		Nº y relación de personas legalmente incapacitadas (incapacitación o curatela). La historia individual incluye el nombre del tutor y está documentado el alcance de la incapacitación.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historia social de los residentes y relación específica
		Nº y relación de personas atendidas sin soporte sociofamiliar.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historia social de los residentes y relación específica
		Existe un registro vivo de reclamaciones y sugerencias que evidencia el tratamiento dado a las mismas y su cierre.	SIN STANDARD DEFINIDO	Registro de reclamaciones
		Existe un protocolo de voluntariado conforme a la legislación vigente y responsable designado.	EXISTE	Documento concreto
		El centro aporta actas del funcionamiento de los órganos de representación del centro.	Mínimo 2 por año	Actas de reunión
ATENCIÓN PSICOLÓGICA	■ La historia y el PAI de cada residente incluye la valoración psicológica regular de los aspectos habituales (cognición, ánimo, ansiedad). ■ Existe un protocolo escrito para el tratamiento de los problemas de conducta por parte del personal. ■ Existen programas estructurados de intervención psicológica (cognición, depresión, dificultades relacionales, alteraciones conductuales).	Nº y relación de residentes con deterioro cognitivo.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historial del residente
		Nº y relación de residentes con trastornos psicóticos.	SIN STANDARD DEFINIDO	
		Existe un protocolo escrito para el tratamiento de los problemas de conducta por parte del personal.	EXISTE	Documento concreto
		Existen programas estructurados de intervención psicológica (cognición, ansiedad, depresión, dificultades relacionales, alteraciones conductuales).	EXISTE	Documento concreto
		Nº y % de auxiliares que han recibido formación en manejo de problemas de conducta en los últimos 3 años.	20 %	Registros de formación

ÁREA	ELEMENTO ESTRUCTURAL	INDICADORES DE PROCESO O RESULTADO	STANDARD U OBJETIVO	FUENTE DE OBTENCION
PLAN DE ACTIVIDADES	- Se aporta informe evaluativo del plan de actividades del ejercicio anterior con resultados cualitativos y cuantitativos. - Se aporta Plan de Actividades del año en curso firmado el Director y difundido, que responde a requisitos de documento base * en cuanto a su segmentación.		EXISTE	Documento concreto
			EXISTE	Documento concreto
ATENCIÓN SANITARIA	- Está definido el contenido inicial y la documentación a rellenar para mantener al día las historias sanitarias de los residentes. - Existen protocolos que definen el tratamiento de: - Hipertensión - Diabetes - Estreñimiento - Úlceras por presión - Colonizaciones e infecciones por SARM - Existe protocolo de realización de valoraciones nutricionales a los residentes. - Existe protocolo de derivación y acompañamiento a centros sanitarios. - Existe protocolo de prestación de cuidados paliativos. - Existen registros de la medicación que toma cada residente, su posología y periodos de administración (start-stop).	Incidencia y prevalencia de residentes con oxigenoterapia, sondaje uretral permanente, sondaje nasogástrico y ostomías.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historia sanitaria y explotación
		Incidencia y prevalencia de residentes con hipertensión arterial, diabetes y estreñimiento.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historia sanitaria y explotación
		Incidencia y prevalencia de residentes con fractura de cadera.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historia sanitaria y explotación
		Prevalencia de úlceras por presión a una fecha determinada, así como su incidencia anual y tasa de curación.	SIN STANDARD DEFINIDO	Historia sanitaria y explotación
		Existen los protocolos citados.	EXISTEN	Documentos concretos
		La comprobación de las Historias Sanitarias de varios residentes elegidos al azar y la comprobación del despliegue, ejecución y verificación de sus cuidados evidencia que el sistema de trabajo se cumple.	COMPROBAR AL MENOS UN 5 %	Historia sanitaria
FIN DEL SERVICIO	Existe un protocolo de actuación en fallecimientos y altas voluntarias que cumple los requisitos del documento base . *		EXISTE	Documento concreto

* El documento base es "Cartera de Servicios Residenciales para Personas Mayores 2005" del que este check-list es una parte

MODELO ASISTENCIAL DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA

TIEMPOS UNITARIOS POR ESTANCIA Y CATEGORÍA PROFESIONAL

Año seleccionado:

2006

Índice de Case Mix					
	1,000	0,458	0,734	1,166	1,344
PERSONAL TERAPÉUTICO	PROMEDIO	AUT	DEP	GDEP	UPSI
FUNCIÓN	Minutos por plaza y día				
Auxiliar de geriatría	92,330	39,000	62,600	110,000	127,000
Trabajador Social (D.T.S.)	1,750	1,750	1,750	1,750	1,750
D.U.E.	9,444	5,475	9,450	10,450	9,000
Monitor Ocupacional	3,306	3,045	3,045	3,045	5,414
Psicólogo	1,093	0,329	0,986	0,986	2,707
Médico	2,135	0,375	1,714	2,571	2,857
Psiquiatra	0,029	0,000	0,000	0,000	0,263
Fisioterapeuta	0,928	0,571	0,714	1,143	0,714 (*)
Otros	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Total	111,014	50,545	80,259	129,945	149,705

(*) La figura profesional de fisioterapeuta, en los ratios indicados, es muy recomendable en los centros residenciales para personas mayores, pero en esta fase de desarrollo del catálogo de servicios no será de obligada prestación.

Ejemplo:

Capacidad del centro: 100

Distribución:

AUT	DEP	GDEP	UPSI
15	20	50	15

Índice de Case Mix:

1,000

Plantilla necesaria:

PERSONAL TERAPÉUTICO	Horas / año según Modelo	Personal Equivalente (*)
Auxiliar de geriatría	56.222	34,07
Trabajador Social (D.T.S.)	1.065	0,65
D.U.E.	5.649	3,42
Monitor Ocupacional	2.069	1,25
Psicólogo	697	0,42
Médico	1.285	0,78
Psiquiatra	24	0,01
Fisioterapeuta	552	0,33
Otros	0	0,00
TOTAL	67.563	40,95

(*) Suponiendo una jornada anual de 1.650 horas

SALVEDADES:

1.- En caso de 100 ó más plazas, se podrá ofrecer servicio de DUE 24 horas. Las horas adicionales que ello suponga con respecto a las teóricas, serán deducidas de las horas asignadas a Auxiliar.

TITULACIONES:

Para el desempeño de las funciones descritas el personal deberá contar con la titulación que

REPARTO ORIENTATIVO DE LOS TIEMPOS A AUXILIAR DE GERIATRÍA:

Este apartado tiene por objeto la traducción de los tiempos unitarios señalados en el cuadro anterior, en términos de personal equivalente por unidades asistenciales.

Supuestos:

Unidad tipo de 30 plazas.

A excepción de la Unidad Psicogeriátrica, de 15 plazas.

Turnos:	Hora inicio	Hora fin	Duración (horas)
Mañana:	8:00	15:00	7,00
Tarde:	15:00	22:00	7,00
Noche:	22:00	8:00	10,00

	Nº de personas (auxiliares)			Nº plazas	Horas totales	Minutos plaza
	Mañana	Tarde	Noche			
AUTÓNOMO	1,50	1,00	0,20	30	19,50	39,00
DEPENDIENTE	2,40	1,50	0,40	30	31,30	62,60
GRAN DEPENDIENTE	4,20	2,80	0,60	30	55,00	110,00
UN. PSICOGERIÁTRICA	2,50	1,50	0,38	15	31,75	127,00