

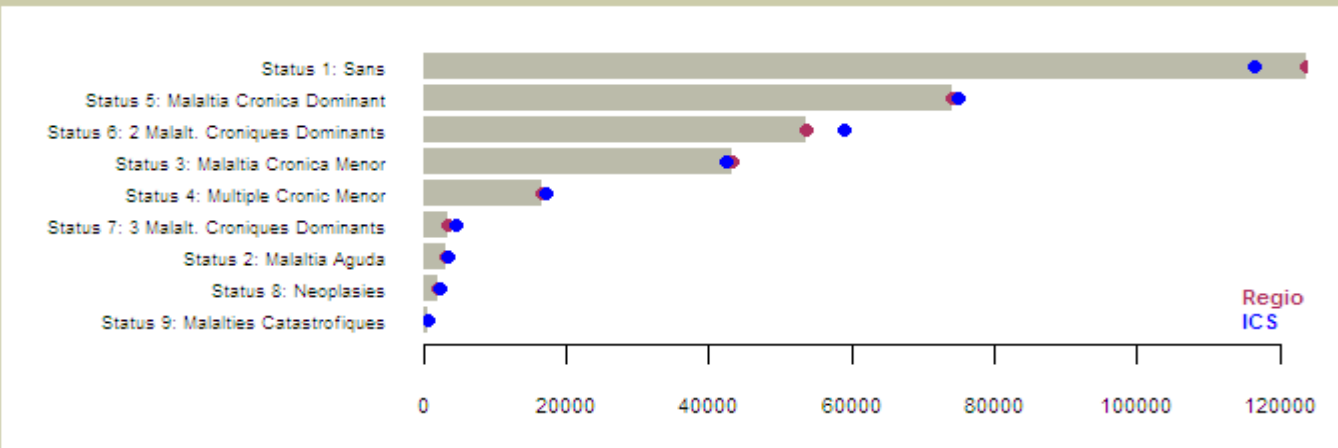
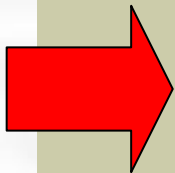


Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

**Programa de Prevenció i Atenció
a la Cronicitat:
Aplicacions pràctiques a malalts
avançats complexes**

Distribució de la morbiditat en població assignada atesa Catalunya Central 2010

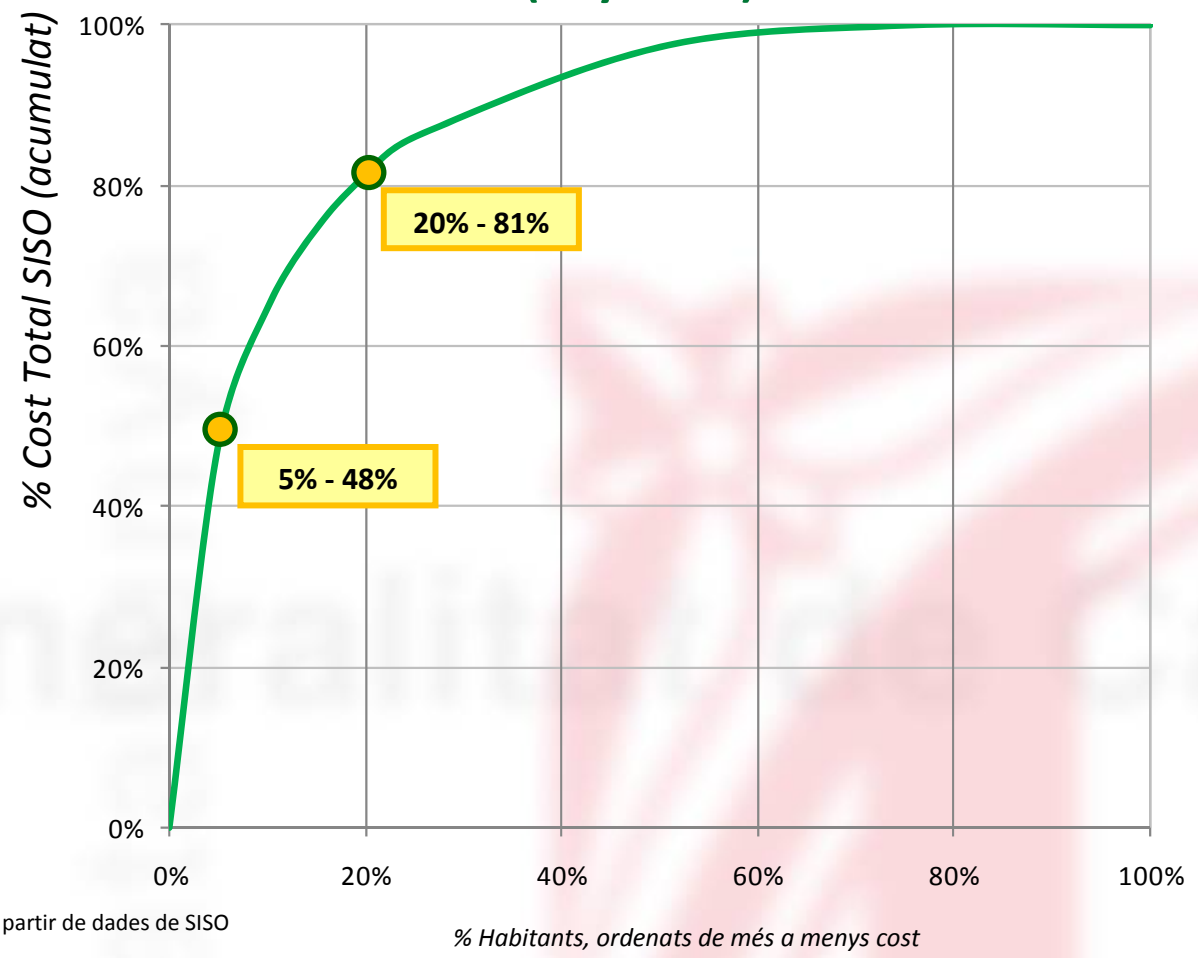
Status	n	%	E ₁	Ratio	E ₂	Ratio
Status 1: Sans	123.811	38,57	123.811	1,00	116.377	1,06
Status 2: Malaltia Aguda	3.229	1,01	3.229	1,00	3.546	0,91
Status 3: Malaltia Cronica Menor	43.246	13,47	43.246	1,00	42.468	1,02
Status 4: Multiple Cronic Menor	16.561	5,16	16.561	1,00	17.291	0,96
Status 5: Malaltia Cronica Dominant	74.149	23,10	74.149	1,00	74.831	0,99
Status 6: 2 Malalt. Croniques Dominants	53.691	16,73	53.691	1,00	59.018	0,91
Status 7: 3 Malalt. Croniques Dominants	3.570	1,11	3.570	1,00	4.497	0,79
Status 8: Neoplasies	2.063	0,64	2.063	1,00	2.318	0,89
Status 9: Malalties Catastrofiques	694	0,22	694	1,00	668	1,04



Data Actualització: 27/04/2011

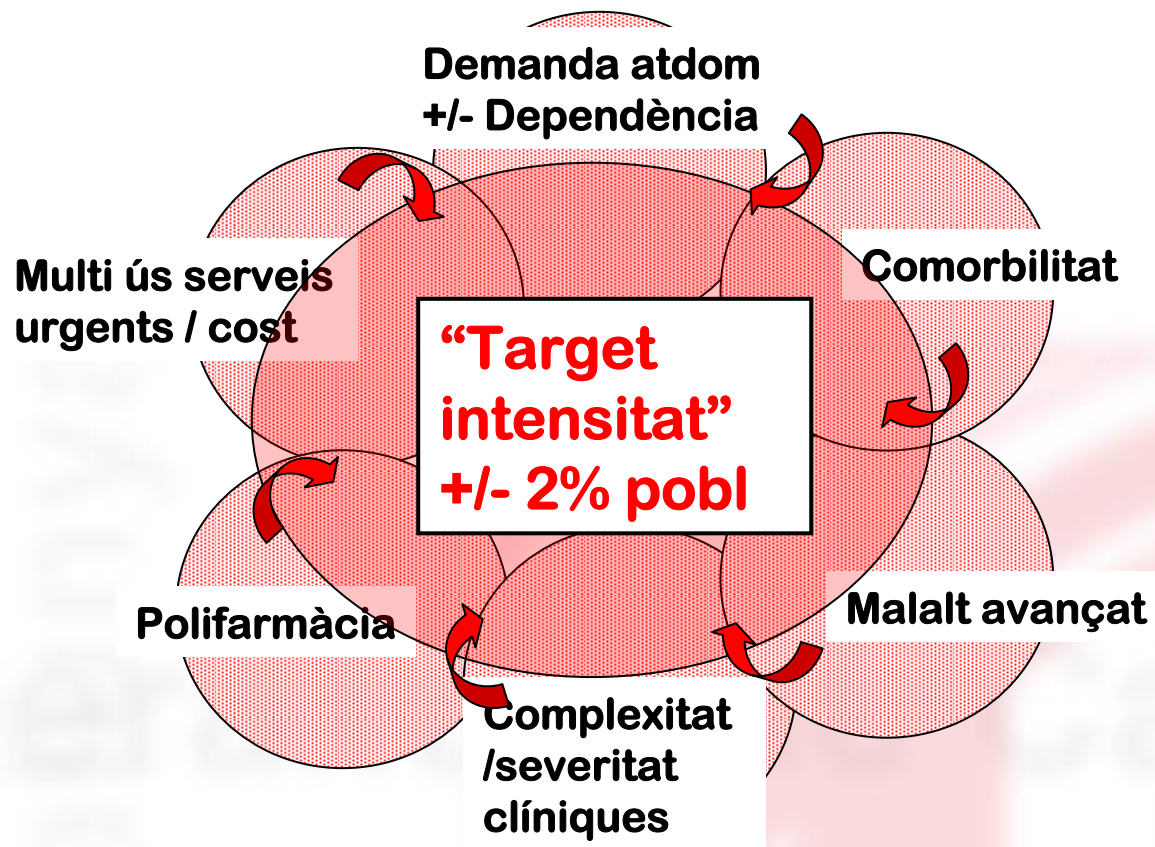
E₁ : esperats per edat i sexe segons àmbit | E₂ : esperats per edat i sexe segons ICS

Corba de concentració de costos totals d'assistència sanitària (any 2008)



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de SISO

“Clústers” de complexes / avançats: Identificació x diverses metodologies

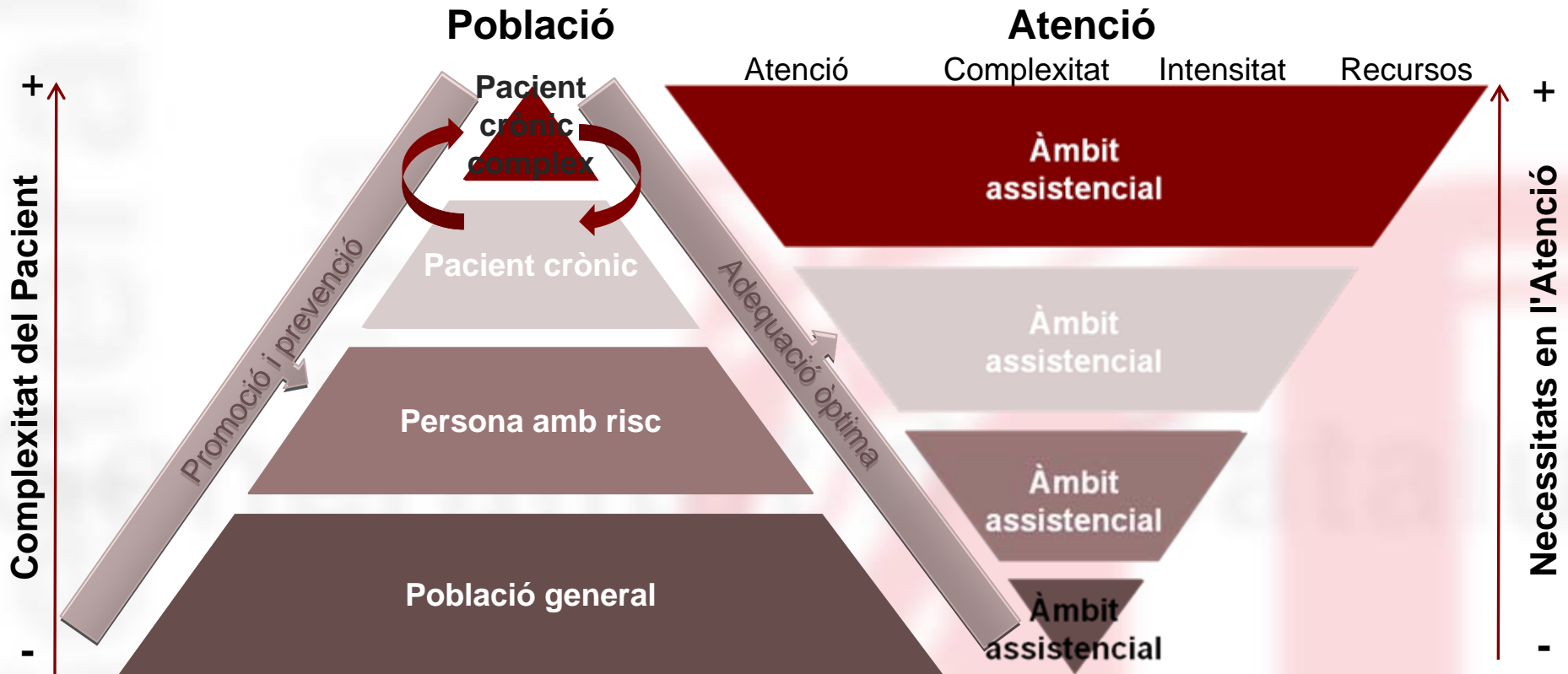


Model conceptual

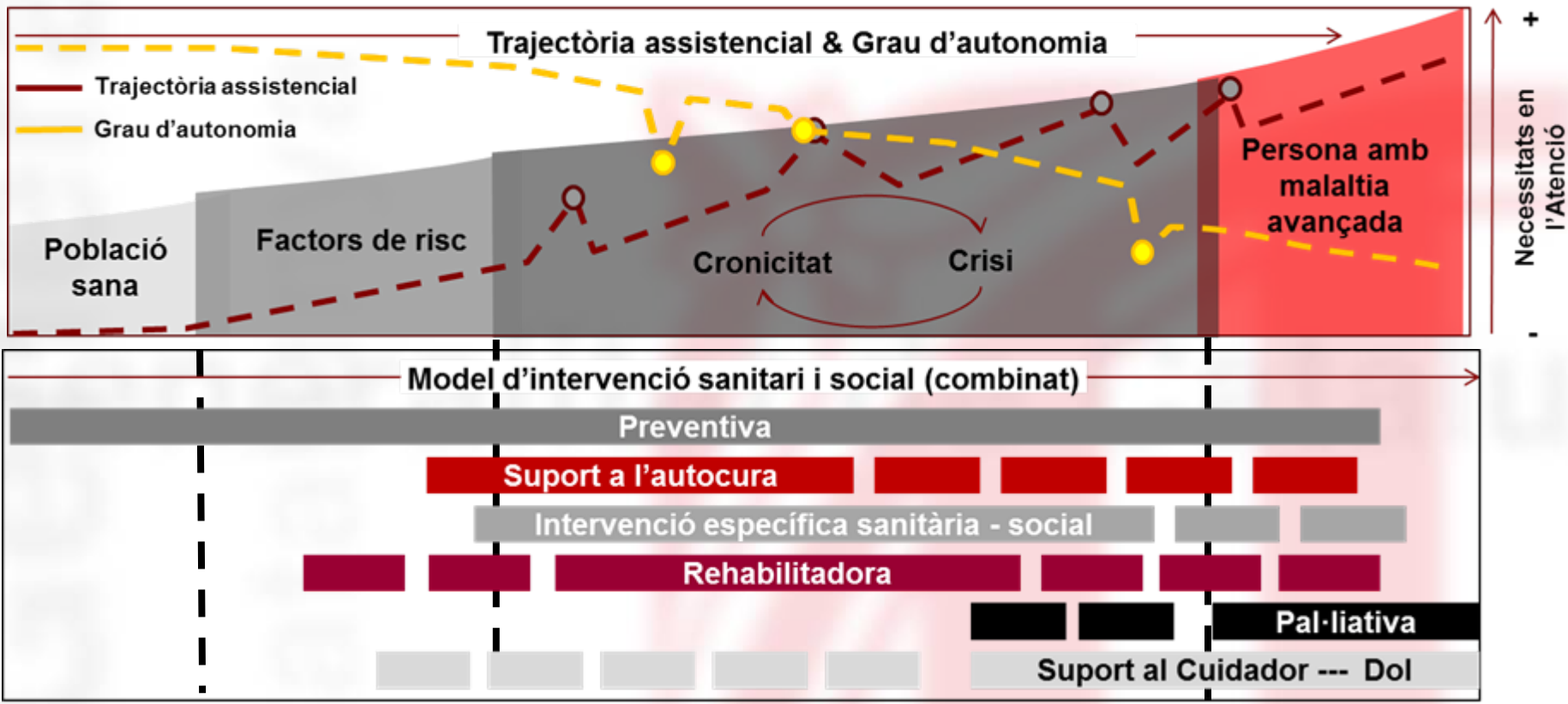
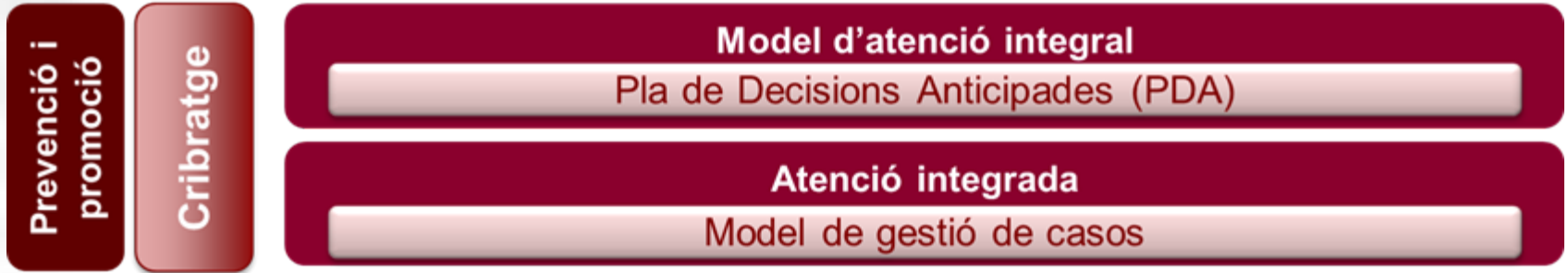
Xarxes de salut

Xarxes socials

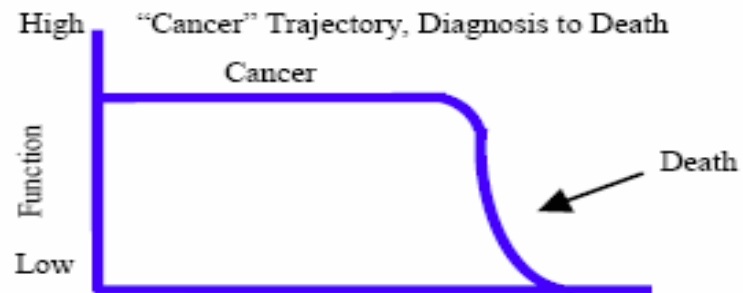
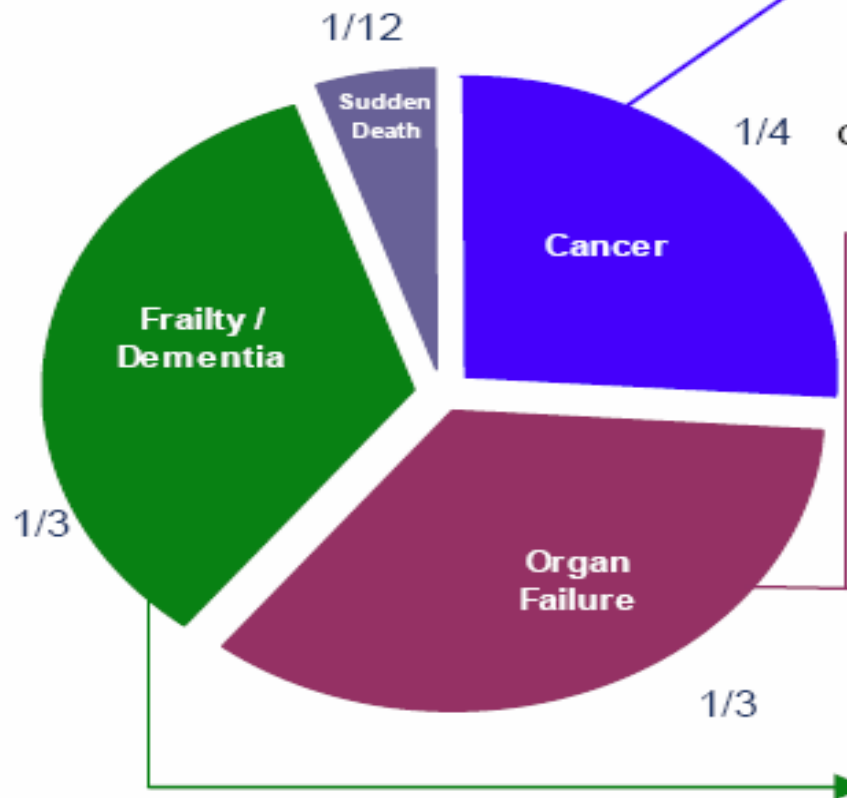
Xarxes comunitàries



Model assistencial



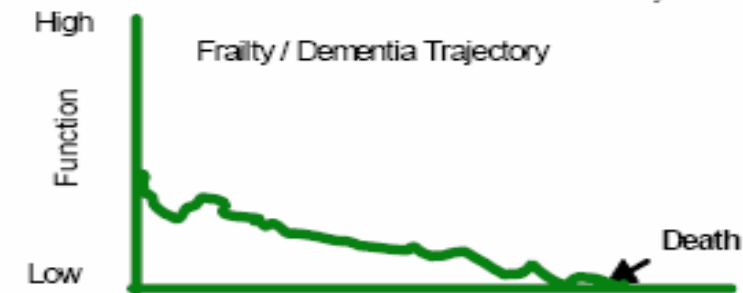
GP's workload - Average 20 deaths/GP/yr
(approximate proportions)



Onset of incurable cancer → Time - Often a few years, but decline usually seems <2 months

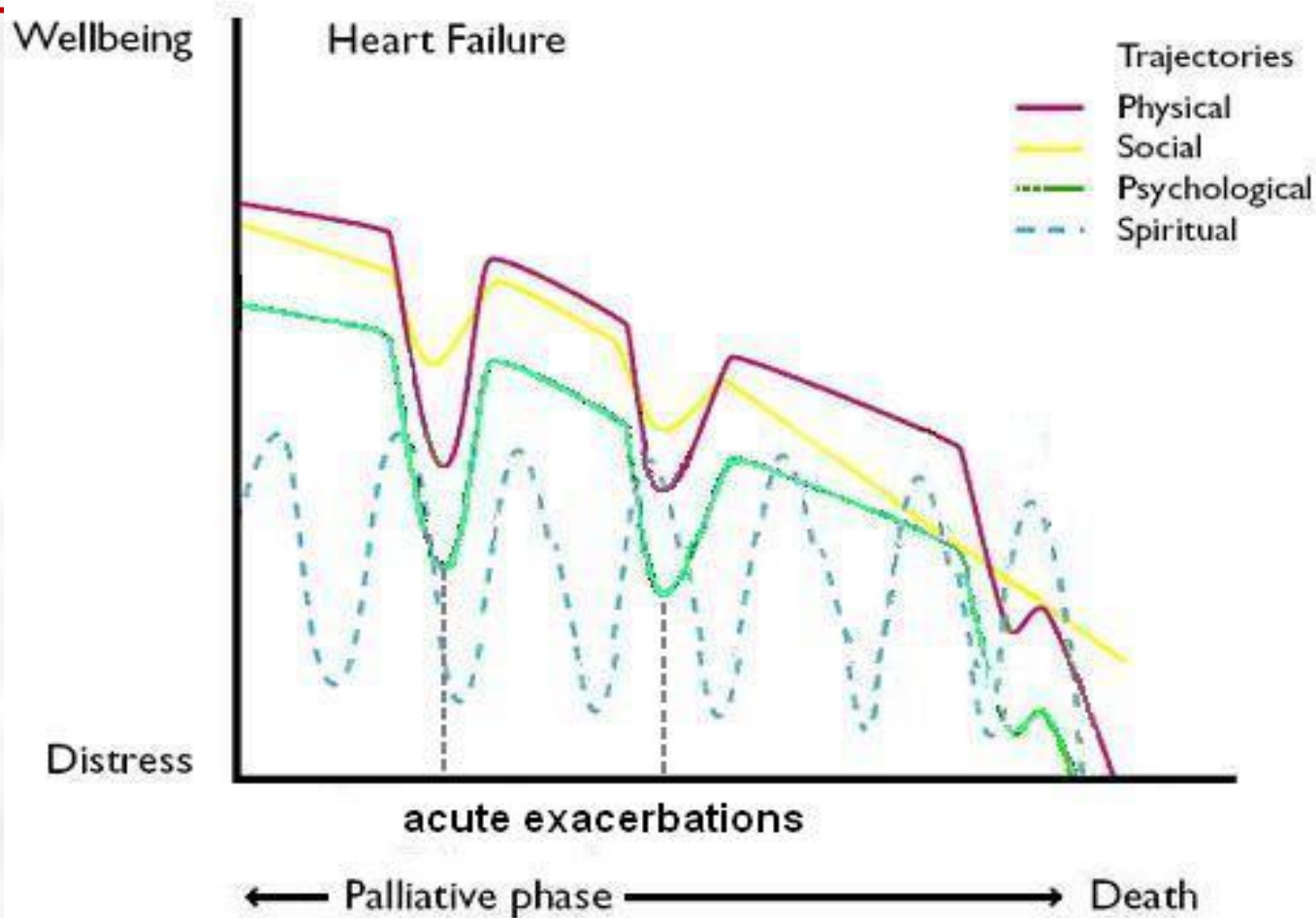


Begin to use hospital often, self-care becomes difficult → Time ~ 2-5 years, but death usually seems "sudden"



Onset could be deficits in ADL, speech, ambulation → Time ~ quite variable - up to 6-8 years

Figure 2: Physical, social, psychology and spiritual wellbeing in the last year of life



Murray, S. A et al. BMJ 2008; 336:958-959

**Ineficàcia, Ineficiència,
Patiment, Cost,**

Experiències Catalunya

Punts forts:

- **Compromís institucional**
- **Experiències assistencials i organitzatives**
- **Experiència sociosanitària**
- **Gestió i compra serveis**
- **Gestió cas, infermeres**
- **“Maduressa” i “actitud”**

Àrees de millora:

- **Estructura i Fragmentació de proveïdors i serveis**
- **Informació fragmentada**
- **Algunes competències**

Polítiques i projectes estratègics

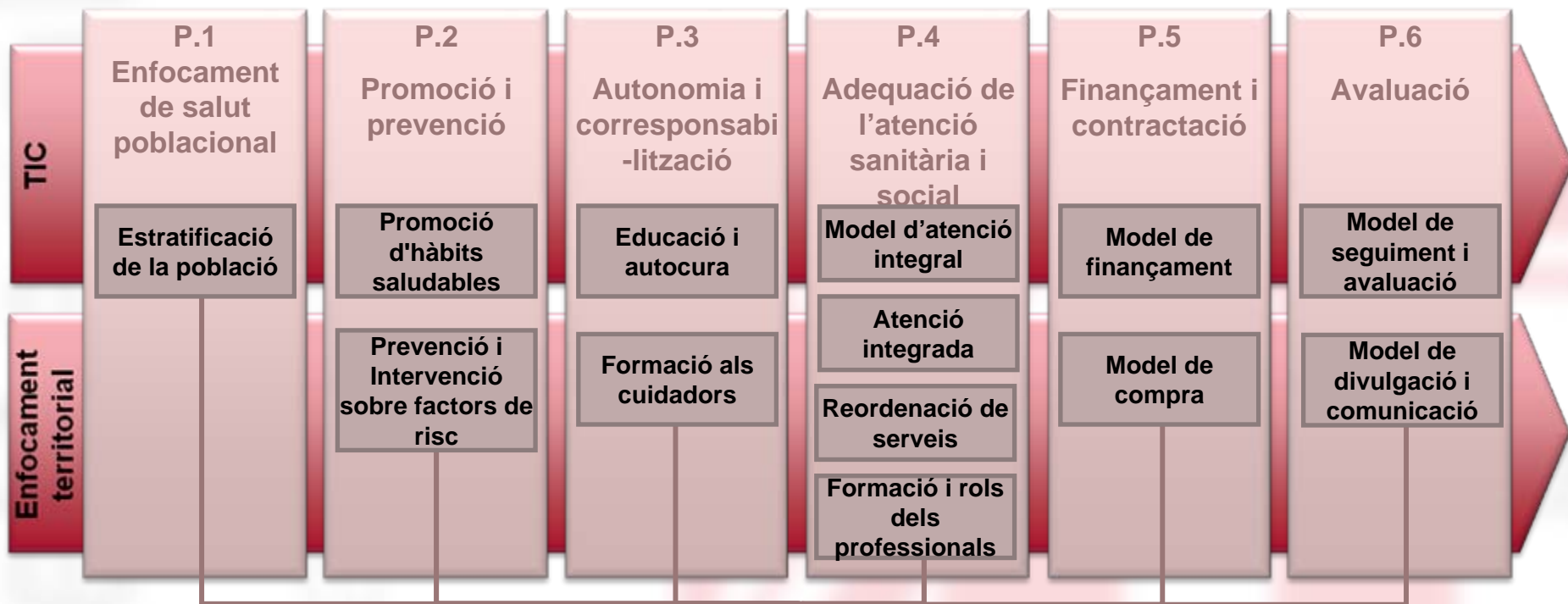
Actuacions preferents

Marquen les polítiques preferents per canviar el model d'atenció al pacient crònic

Alineades amb el Pla de Govern

Departament de Salut

Departament de Benestar Social i Família



Projectes

Proporcionaran un marc de treball tècnic que farà possible el desplegament del PPAC



Llistat de Programes

- 1** Model d'estratificació de la població
- 2** Prevenció, promoció d'estils de vida i hàbits saludables
- 3** Promoció de l'envelliment actiu i saludable
- 4** Capacitació, responsabilització i apoderament comunitari
- 5** Millora de l'atenció sanitària de llarga durada institucionalitzada (residències)
- 6** Atenció integrada i continuada sanitària i social a la comunitat
- 7** Atenció al pacient crònic complex / avançat / pluripatològic
- 8** Adequació i millora de l'atenció domiciliària
- 9** Atenció farmacològica al malalt crònic
- 10** Desenvolupament de nous rols, competències i formatives per a professionals

Enfocament triple aim (Beasley, 2009)

Millores en:

- salut**
- eficiència**
- experiència / satisfacció**

Accions-clau i requisits

Accions-clau

- **Estratificació / identificació / registre**
- **Accions integrades**
- **Millores trajectòries clíniques (ICC, avançats, caigudes, etc)**
- **Formatives**
- **Reordenacions**

Requisits

- **Lideratge institucional**
- **Lideratge local**
- **Involucrar tots els actors**
- **Benchmark**

Enfocament territorial-poblacional “multipalanca”: global + bilateral + individual a cada setting + avaluació

Programes “transversals”:

- Estratificació
- Multiingressadors
- Transicions
- Farmàcia
- Malalts avançats
- Trajectòries clíniques

Programes “bilaterals”

- At primària sanitària + social
- At primària sanitària +/- Css + residències + farmàcia

Programes específics x cada setting

- Prevenció a At Primària
- Protocolitzacions
- Reordenacions

Indicadors (globals o específics):

- Estructura
- Procés
- Resultats

**Contractació
/ DPOs /
Contractes
-Programa**

Resultats esperats (globals o específics):

- Millores clíniques
- Millores eficiència / ús recursos (farmàcia, ingressos urgents, estades, cost, etc)
- Satisfacció malalts, professionals

Aplicació pràctica: proveïdors / territoris

A cada territori:

- **Proveïdors:**
 - **3-4 accions**
 - **Insertats a contracte anyal**
 - **Específics o transversals**
 - **Indicadors específics**
- **Territori:**
 - **3-4 accions transversals**
 - **3-4 accions específiques**
 - **Indicadors comuns: registres, hospitalitzacions, farmàcia, at domiciliària, etc**

Exemple de Programa

Atenció integral i integrada de malalts avançats

Objectius

A. Millorar l'atenció de persones amb malalties cròniques evolutives amb pronòstic de vida limitat i necessitats d'atenció pal·liativa

B. Promoure l'atenció comunitària

C. Reduir els ingressos inadequats

Dianes

Persones amb malalties cròniques evolutives amb pronòstic de vida limitat i necessitats d'atenció pal·liativa (**1.6% de població**)

Àmbit

Atenció primària sanitària o Serveis mèdics hospitalaris

Accions

1. Identificació de malalts amb instrument NECPAL

2. Elaboració d'objectius i planificació terapèutica

3. Treball equip

4. Increment de l'atenció domiciliària

5. Gestió de cas : protocol i registre de intervencions telefòniques programades

6. Formació

7. Coordinació de recursos

Indicadors estructura

- Protocol identificació + instrument accessible
- Protocol assistencial
- Protocol de criteris de intervenció de equips específics
- Referent metge i infermeria

Indicadors de procés

- N° malalts identificats i registrats
- N° malalts identificats amb pla terapèutic
- N° intervencions telefòniques programades
- N° de reunions interdisciplinàries (actes)

Indicadors de resultats

- N°, increment, i cobertura de at dom
- % de professionals formats



“Malalt crònic avançat”

- Una o varies malalties**
- Mortalitat 65-85% (McNamara 2005)**
- “Pronòstic de vida limitat” (Currow, 2006)**
- Trajectòries (Scott Murray, 2008)**
- Prevalença poblacional (XGB, 2010)**

Projecte NECPAL

- **Context i background: transicions conceptuals**
- **Objectiu: millora atenció pal.liativa en tots els serveis de salut i socials**
- **Accions:**
 - 1. Construcció/validació instrument**
 - 2. Recerca (FIS): estudi prevalença, estudi longitudinal valor pronòstic, qualitatiu**
 - 3. Programa: Implementació en 3 territoris (Osona, Girona, Metropolitana Sud)**

Transicions conceptuals en atenció pal·liativa

DE >>>	>>> A
Malaltia terminal	Malaltia crònica avançada evolutiva
Pronòstic de setmanes / dies / < 6 mesos	Pronòstic de vida limitat
Càncer	Totes les patologies cròniques evolutives
Mortalitat	Prevalença
Dicotomia curativa - pal·liativa	Atenció sincrònica, compartida i combinada
Intervenció rígida	Intervenció flexible
Tractament específic o pal·liatiu	El tractament específic no contraindica el pal·liatiu
Pronòstic com a ítem central	Complexitat com a criteri d'intervenció dels serveis
Cures pal·liatives	Atenció pal·liativa
Pacient Pal·liatiu	Pacient amb necessitats d'atenció pal·liativa

Transicions conceptuals en atenció pal·liativa

DE >>>	>>> A
Evolució progressiva	Evolució progressiva amb crisis
Resposta passiva a crisi	Actitud proactiva-preventiva i Gestió de Cas
Rol passiu del malalt	Autonomia del pacient: cures avançades planificades / advance care planning
Serveis Específics	Mesures de millora a tots els serveis del sistema de salut
Pacient institucionalitzat	Pacient en la comunitat

Transicions conceptuals en atenció pal·liativa s XXI:

- Visió poblacional**
- Atenció pal·liativa a tots els serveis de salut i socials**

CCOMS, 2010

Instrument NECPAL / CCOMS

Persones amb malalties cròniques avançades amb afectació severa/intensa, progressió, i alta demanda

Pregunta sorpresa	Li sorprendria que aquest malalt morís en 1 any?	
Demanda	Hi ha hagut alguna expressió implícita o explícita del malalt, família o membres de l'equip de Limitació Esforç Terapèutic o de rebuig de tractaments específics o amb finalitat curativa?	
Indicadors clínics generals (severs, sostinguts, no transitoris)	- Declivi nutricional	Pes o Albumina
	- Declivi funcional	KPS o Barthel
	- Transtorn adaptatiu	ENV / HADS
Comorbilitat	3 malalties cròniques avançades Síndromes geriàtriques múltiples Complicacions intercurrents greus	-Test Charlsson -Úlcères pressió - Infeccions - Altres
Ús de recursos	> 3 ingressos urgents en 6 mesos	O Augment demanda intervencions
Indicadors específics	Càncer, MPOC, ICC, I Hepàtica, I Renal, AVC, Demència, Geriàtrics...	Annexes

NECPAL

Avantatges

- 1. Fàcil, comprensible, aplicable en tot el sistema**
- 2. Identifica necessitats**
- 3. Molt sensible**

Limitacions

- 1. Poc específic**
- 2. Pronòstic incert**
- 3. No defineix indicació de recursos específics**

Recomanacions

- Ús com a mètode screening**
- Associar a altres instruments específics**
- Posar en marxa mesures pal·liatives (no dicotòmiques amb altres mesures)**

-
1. Identificar *Necessitats multidimensionals*
 2. Practicar un *Model d'Atenció* impecable
 3. Elaborar un *Pla Terapèutic Multidimensional i Sistemàtic (Quadre de Cures)*
 4. Identificar valors i preferències de malalt: *Ètica Clínica i Cures Avançades Planificades / Advance Care Planning*
 5. Involucrar a la família i al cuidador principal
 6. Adaptació organització, Gestió de cas, seguiment, atenció continuada i urgent, i coordinació i accions integrades de serveis

Els 6 passos per a la millora de l'atenció pal·liativa individual dels malalts identificats a serveis de salut.

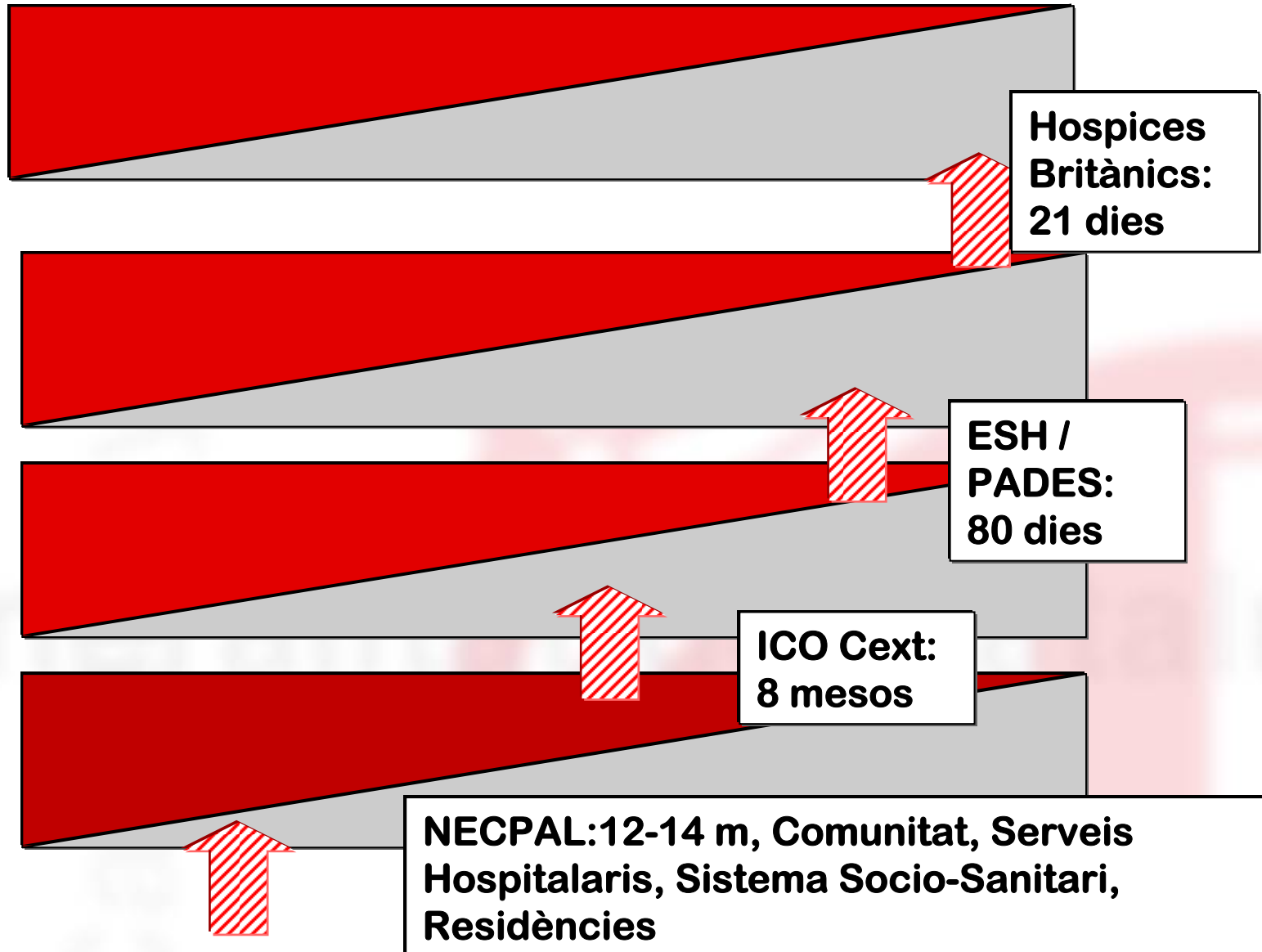
-
- 1. Les 6 mesures per avaluar i millorar l'atenció pal·liativa consisteixen en:**
 - 2. Identificar i registrar els malalts crònics avançats que poden requerir atencions pal·liatives**
 - 3. Formació dels professionals: professionals referents i protocolització de les situacions més prevalents i de les intervencions efectives**
 - 4. Treball interdisciplinari**
 - 5. Atenció del cuidador principal i família**
 - 6. Millora accessibilitat: optimització del programa ATDOM, permetre accessibilitat famílies, etc.**
 - 7. Coordinació i accions integrades sectoritzades, gestió de cas, atenció planificada i programada, atenció continuada, atenció urgent**

Els 6 passos per a la millora de qualitat de l'atenció pal·liativa a serveis de salut.

Recerca NECPAL: resultats

- **Instrument validat culturalment, factible, aplicable i senzill (Grup focal EAP)**
- **Estudi prevalença Osona:**
 - **Prevalença poblacional: 1.5% població pregunta sorpresa +**
 - **Proporció malalt avançat càncer / no càncer: 1/10**
 - **Cupo de metge de família: 28**
 - **Hospital general: 52%**
 - **Sociosanitari i residencial: 60-70%**
 - **St Pau: 26 %**
 - **Predicció de superv a 6 mesos: 50%**
 - **Estimació de supervivència: 12-14 mesos**

Un canvi de perspectiva.....



Docència NECPAL

**Activitats territorials:
tots els proveïdors**

- Taller organitzatiu**
- Taller qualitat**
- Curs bàsic EAP i Serveis**

“Malalt crònic avançat”

- Es un concepte clinic**
- Es pot identificar fàcilment**
- Àmplia acceptació en EAP**
- Introdueix canvi de “orientació”**
- Introdueix Gestió de cas i Advance care planning (Etica clinica)**
- Introdueix limitació esforç terapèutic**

Exemple: Atenció sanitària a residències

Objectius: Millora de l'atenció sanitària a residències socials-comunitàries i racionalització farmàcia i ingressos urgents i hospitalaris

Àmbit: Equips d'atenció primària sanitària i residències comunitàries (< de 100 places)

Dianes: Malalts residents amb pluripatologia, malaltia avançada i dependència / Persones residents de > 80 a

Accions:

1. Acord formal
2. Pla de intervenció sanitària (protocol·lització de situacions prevalents, identificació de malalts avançats)
3. Activitats preventives
4. Activitats d'atenció
5. Gestió integrada de farmàcia
6. Contracte EAP

Indicadors estructura:

- Acord formal
- Pla i protocols (1 preventiu i 4 d'atenció de situacions prevalents)
- Protocol de gestió de farmàcia

Indicadors de procés:

- Activitats preventives (usuaris i activitats)
- Malalts avançats identificats
- Malalts amb PIAI elaborat
- Malalts amb revisió de tractaments farmacològics

Indicadors de resultats:

- Malalts identificats
- Resultats en salut (a elaborar): preventives i atencions
- Reducció ingressos urgents
- Ús racional de la medicació

Exemple: Atenció integrada social-sanitària a la comunitat

Objectius

Avaluació, definició d'objectius i monitorització conjunta social i sanitària de persones amb pluripatologia i dependència

Dianes

Persones amb pluripatologia crònica (> de 3 malalties cròniques) i dependència (graus moderat i sever)

Àmbit

Serveis socials i sanitaris d'atenció primària

Accions

1. Establir un acord
2. Llistat comú de dianes a serveis socials i sanitaris
3. Reunions formals regulars / mes (acta reunió)
4. Elaboració de PIAIs
5. Increment de l'atenció domiciliària social i sanitària
6. Seguiment a reunions formals

Indicadors estructura

1. Acord formal
2. Llistat

Indicadors de procés

- N° persones identificades
- N° persones identificades amb PIAI
- N° reunions formals
-

Indicadors de resultats

- N° total de PIAIs elaborats
- N° total de persones amb seguiment conjunt
- Augment de activitat i cobertura de l'ATDOM
- N° persones amb seguiment
- N° ingressos urgències
- N° ingressos residencials

**“L’*ànima* dels programes
de cronicitat ha de ser la
bona atenció”**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



www.gencat.cat/salut