
Adequació de la xarxa socio sanitària en l'atenció a la cronicitat

Barcelona, juliol de 2014

Direcció i coordinació: Pla director sociosanitari

Autors o redactors: Íngrid Bullich
Teresa Elias
Carme Ferrando
Antoni Salvà
Pau Sánchez

Revisors: Carles Blay
Cristina Contel
Joan Cunill
Joan Espauella
Benito Fontecha
Josep Ganduxer
Marco Inzitari
Albert Ledesma
Montse Puigdollers
Anna Ribera
Anna Riera
Jordi Roca
Lluís Viguera

Alguns drets reservats

© 2014, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Pla director sociosanitari



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>.

Edita: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Pla director sociosanitari

1a edició: Barcelona, maig de 2014

Dipòsit legal: DL B 18764-2014

Assessorament lingüístic: Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Sumari

1.	Resum executiu	5
2.	Introducció	8
3.	Model d'atenció	10
4.	Avaluació de l'estat actual de l'atenció sociosanitària	11
4.1	Desenvolupament de recursos.....	12
5.	Propostes estratègiques.....	14
5.1	Promoure l'adaptació de la xarxa als nous reptes que presenta l'abordatge de la cronicitat	15
5.2	Consensuar amb Benestar Social i Família la reconversió de la llarga durada.....	16
5.3	Promoure accions de millora en l'atenció a les persones ateses a la xarxa.....	18
4.3.1	Introduir l'atenció pal·liativa a les persones amb malaltia crònica avançada	19
4.3.2	Pla d'atenció integral de malalties neurològiques que cursen amb discapacitat.....	20
4.3.3	Consensuar i difondre les bases per a les rutes assistencials de les persones amb deteriorament cognitiu.....	20
4.3.4	Facilitar l'atenció en el sistema sanitari de les persones amb fragilitat relacional.....	21
4.3.5	Model d'atenció a la fragilitat.....	22
5.4	Millorar l'eficiència dels recursos sociosanitaris mitjançant el coneixement clínic, la recerca i la innovació.....	23
4.4.1	Millorar l'ús i el coneixement en els sistemes d'informació de la xarxa i recursos sociosanitaris.....	24
4.4.2	Impulsar la incorporació del coneixement clínic i les bones pràctiques	24
4.4.3	Adaptar el sistema de compra de serveis	25
6.	Evolució de la xarxa sociosanitària	26
6.1	Recursos sociosanitaris d'internament.....	26
6.2	Recursos sociosanitaris sense internament i equips de suport	31
6.3	Revisar el mapa de serveis de Catalunya en funció dels nous objectius estratègics.....	36
7.	Avaluació	37
8.	Llista d'acrònims.....	38

Sumari figures

Figura 1. Adequació de la xarxa socio sanitària a l'atenció a la cronicitat	7
Figura 1. Evolució en percentatges d'envelliment i de sobreenvelliment	8
Figura 2. Resum de l'anàlisi DAFO en l'àmbit socio sanitari	11
Figura 3. Recursos socio sanitaris. Catalunya, 2013	13
Figura 4. Ràtios de recursos poblacionals. Catalunya, 2013.....	13
Figura 5. Model d'institucionalització de llarga durada	16
Figura 6. Evolució dels models de llarga durada.....	18
Figura 7. Piràmides de població adulta i persones d'edat avançada	23

1. Resum executiu

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 proposa una transformació del model amb una orientació als malalts amb patologies cròniques i crea el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) i, posteriorment, el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Paral·lelament a l'establiment de programes específics, vol desenvolupar i implantar accions pròpies dels plans directors per donar resposta als problemes de salut de més impacte, treballant conjuntament amb el PPAC i el PIAISS.

Es manté l'objectiu de la xarxa sociosanitària de millorar l'atenció de salut a les persones que necessiten atenció geriàtrica, les que requereixen cures pal·liatives, les que pateixen algun tipus de deteriorament cognitiu i les que pateixen malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat. Així doncs, el Pla director sociosanitari, en el marc actual, orienta els seus objectius estratègics a cobrir les necessitats de les persones que són objecte d'atenció sociosanitària des d'un model d'atenció integrat, centrat en la persona i el seu entorn i evita la fragmentació assistencial. Conseqüentment, l'adequació de la xarxa sociosanitària a l'atenció a la cronicitat ha d'afavorir l'organització de serveis sanitaris i socials, promovent models d'atenció comunitària proactius per a les persones amb patologia crònica i alternatives a l'hospitalització convencional, per tal d'aconseguir uns millors resultats en salut per a aquesta població i, alhora, més accessibilitat i eficiència del sistema.

El sector sociosanitari evoluciona cap a l'atenció intermèdia, definida com un ventall de serveis integrats per promoure una recuperació més ràpida de la malaltia, prevenir l'ingrés innecessari en hospitals d'aguts, prevenir l'internament prematur de llarga durada, facilitar l'alta hospitalària puntual i maximitzar l'autonomia del pacient.

L'adequació de la xarxa sociosanitària a la realitat de la cronicitat porta a la proposta de creació d'un gran sector d'atenció a la llarga durada, que el sistema sanitari haurà de considerar i garantir la cobertura de les necessitats de salut de les persones pertanyents a aquest sector.

Es proposen actuacions sobre les diferents línies d'atenció del PDSS, mitjançant actuacions concretes com és la garantia de l'atenció pal·liativa específica a les persones amb malaltia crònica avançada quan ho requereixen i el desenvolupament de plans d'atenció i rutes assistencials per a persones amb malalties neurològiques que cursen amb discapacitat i persones amb deteriorament cognitiu.

Pren rellevància l'enfocament de la xarxa sociosanitària davant de la prevenció i l'atenció a la fragilitat de la població, especialment de la gent gran, per tal de portar a la pràctica clínica els coneixements epidemiològics sobre les persones vulnerables o en situació de risc de patir discapacitat, amb l'objectiu de retardar-ne l'aparició o el seu empitjorament. S'enllacen altres nivells assistencials en aquest punt, amb programes d'activitat física, de suport nutricional, de prevenció de caigudes o de prevenció de complicacions associades a l'ingrés hospitalari, entre d'altres.

La millora de l'eficiència dels recursos sociosanitaris mitjançant el coneixement clínic, la recerca i la innovació són punts cabdals per al seguiment i l'evolució de l'adequació de la xarxa sociosanitària al nou entorn de la cronicitat. Els sistemes d'informació i les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) en general són elements fonamentals per avançar en l'atenció integrada, han de permetre fer el seguiment de l'activitat del sector sanitari i han de permetre la detecció de bones pràctiques assistencials. Alhora, la formació i la difusió del coneixement científic del sector entre els professionals són altres eines per assolir les fites plantejades.

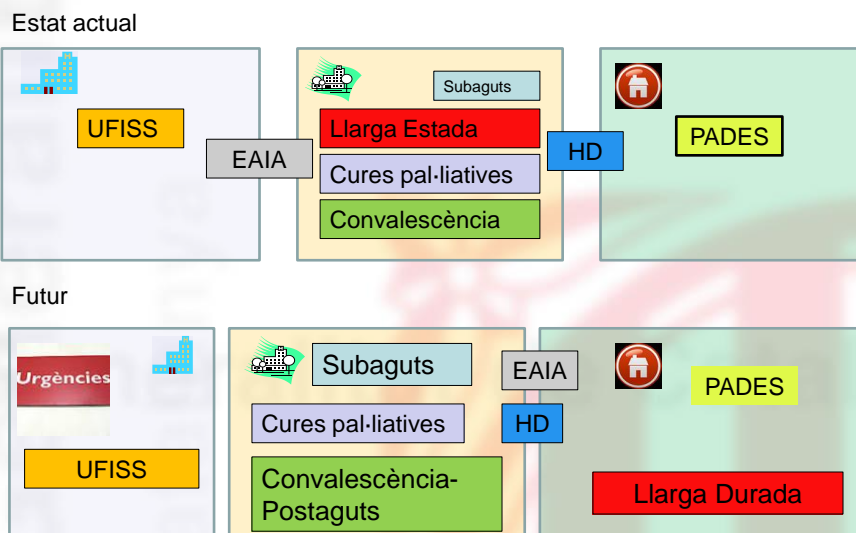
La xarxa sociosanitària ha d'adequar els diferents recursos a les necessitats que presenten els diferents àmbits assistencials, i aconseguir treballar de forma integrada, multidisciplinària i continuada, i tenint com a centre d'atenció la persona i el seu entorn. D'aquesta manera, es planteja una extensió del model sociosanitari en els diferents àmbits assistencials, mitjançant una major integració dels recursos específics sociosanitaris amb els serveis i centres hospitalaris i d'atenció primària i comunitària en què treballen.

Alhora, es planteja un creixement de l'atenció intermèdia com a substitució parcial de l'atenció hospitalària en persones grans amb comorbiditat i situacions de complexitat assistencial que es beneficien d'un model d'atenció geriàtric, multidisciplinari i centrat en la persona. Finalment, es planteja l'apropament dels recursos sociosanitaris ambulatoris en l'àmbit d'atenció primària, especialment per reforçar l'atenció sociosanitària amb un enfocament comunitari i orientat a assolir un envelliment saludable de la població i a atendre proactivament les persones en les situacions en les quals presenten fragilitat i prediscapacitat.

La implementació de les mesures d'adequació de la xarxa sociosanitària requereix l'establiment de criteris nous de planificació dels serveis i recursos sociosanitaris, que es basen en l'anàlisi dels perfils i necessitats poblacionals, i alhora en l'avaluació i el seguiment continuats d'indicadors i estàndards específics i progressius que acompanyin el desenvolupament del procés d'implementació de les accions que es descriuen al llarg d'aquest document.

Figura 1. Adequació de la xarxa socio sanitària a l'atenció a la cronicitat

Evolució de la xarxa socio sanitària

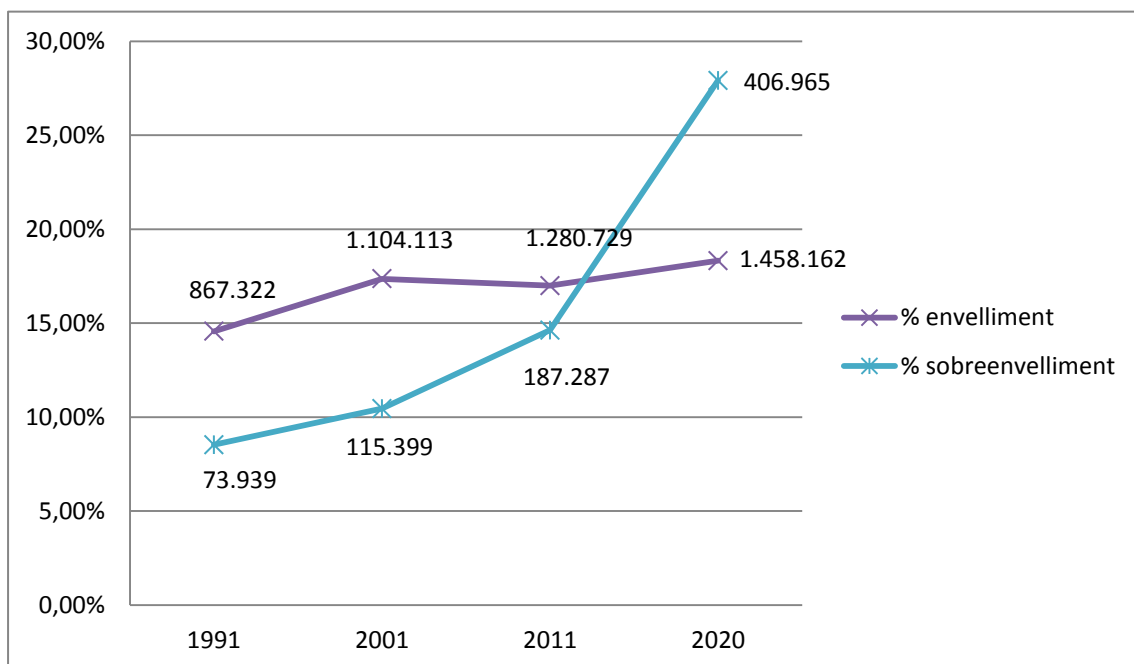


2. Introducció

L'evolució demogràfica a Catalunya mostra una tendència a un envelliment progressiu de la població, com en altres països. Aquest és un fet rellevant, considerat positiu i que està condicionat en gran part per la disminució de la mortalitat, la disminució de la natalitat, els avenços científics de la medicina i, com a conseqüència, l'increment de l'esperança de vida.

L'augment del percentatge d'envelliment de la nostra població ve acompanyat d'un increment del percentatge de sobreenvelliment, que l'any 2011 se situava en un 14,6%. La projecció per a l'any 2020 és que el 27,91% de persones de 65 anys o més superaran els 84 anys (figura 1).

Figura 2. Evolució en percentatges d'envelliment i de sobreenvelliment. Catalunya, 1991-2020



Aquest ràpid creixement del grup de persones d'edat avançada està promovent canvis en el nostre sistema de salut. L'envelliment demogràfic té com a conseqüència per a l'entorn sanitari l'existència d'un alt percentatge de persones amb malalties cròniques, la qual cosa comporta un increment de la demanda sanitària i un augment del perfil de persones fràgils amb risc de discapacitat i/o d'emmalaltir.

El principal cost dels sistemes sanitaris correspon a la població de més de 65 anys, fonamentalment en els últims anys de la vida, i una gran part d'aquest cost està relacionat amb l'atenció hospitalària.¹ També cal recordar que aquestes persones són més vulnerables a l'aparició de complicacions, principalment durant les hospitalitzacions i, en especial, si són perllongades.

- **Envel·liment demogràfic**
- **Gran prevalença de malalties cròniques i persones amb fragilitat**
- **Increment d'hospitalitzacions en aquesta població**

Les recomanacions de l'OMS² de l'any 2005 aconsellaven canviar les polítiques de salut per afrontar el repte de la cronicitat i adequar-les, evolucionant cap a models d'atenció integrada, multidisciplinària, i orientar-les a les necessitats dels pacients i a promoure la prevenció de la malaltia.

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 vol donar resposta als reptes de futur, i establir el camí que ha de seguir el sistema sanitari els propers anys. Proposa fer una transformació del model amb una orientació als malalts crònics. En aquest context, el Departament de Salut, de forma conjunta amb el Departament de Benestar Social i Família, ha creat el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC). Es tracta d'una estratègia interdepartamental, amb una visió poblacional que ha de transformar el model assistencial.

El Pla de salut, a més d'establir programes específics, vol desenvolupar i implantar els plans directors per donar resposta als problemes de salut de més impacte, i treballar conjuntament amb el PPAC per adequar els recursos de la xarxa sociosanitària a les necessitats de les persones que són objecte d'atenció. El Pla director sociosanitari (PDSS) ha treballat les actuacions estratègiques que ha de dur a terme, en el marc de la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.

¹ Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Pollack CE. Continuity and the Costs of Care for Chronic Disease. 2014 Maig;174(5):742-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.245 [Epub ahead of print].

² OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital [Internet]. 2005 [consultat el 9 de juliol de 2014]. Disponible a: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf

En el marc del Pla de Govern 2013-2016, el setembre de 2013 es va crear el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). La creació d'un marc conjunt d'interacció dels serveis sanitaris i socials es presenta com una oportunitat per enfocar el canvi de paradigma i de model de relació, per tal d'establir un marc d'actuació integral des d'una perspectiva poblacional i avançar en l'entrellaçament dels serveis socials bàsics i els serveis sanitaris per oferir una atenció integral i integrada, centrada en la persona.

3. Model d'atenció

Durant més de 25 anys, els recursos sociosanitaris han desenvolupat un model d'atenció integral destinat a millorar l'atenció de gent gran amb malalties, de persones amb malalties cròniques i de persones amb malalties en situació terminal.³ Aquest model ha estat orientat a necessitats, i ha ubicat en el centre d'atenció la persona malalta i la família, fent-les participants dels objectius i els programes terapèutics. Així mateix, els professionals treballen en equips interdisciplinaris coordinats amb tots els àmbits assistencials i els recursos i programes específics amb què s'ha col·laborat de manera més intensa, s'han ubicat al voltant de la persona, que continua sent el centre d'atenció, i participen en el procés terapèutic i en la presa de decisions.

La tipologia de la població usuària dels diferents recursos és, en general, gent gran amb comorbiditat, polimedicada, a més de persones tributàries d'atenció pal·liativa pel fet de presentar malalties en fase avançada. Els professionals de l'entorn sociosanitari han anat adquirint coneixements i expertesa en l'atenció integral i interdisciplinària d'aquesta tipologia de persones i les seves malalties.

La satisfacció dels usuaris dels recursos sociosanitaris sempre ha estat bona i se n'ha avaluat molt bé la utilització, en la qual destaca el tracte rebut, l'ajuda personal i la competència dels professionals.

- **Atenció integrada, treball en equip interdisciplinari, centrat en la persona**
- **Professionals capacitats i amb expertesa**
- **Alt grau de satisfacció dels usuaris**
- **Coordinació entre àmbits assistencials**

³ Salvà-Casanovas A, Llevadot D, Miró M, Vilalta M, Rovira JC. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001;39(2)101-8.

4. Avaluació de l'estat actual de l'atenció sociosanitària

La utilització de la metodologia DAFO ha permès detectar les debilitats, amenaces, forteses i oportunitats que en aquest moment es troben en el sector sociosanitari (figura 2).

Figura 3. Resum de l'anàlisi DAFO en l'àmbit sociosanitari

Debilitats <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de pagament • Sistemes d'informació • Heterogeneïtat en l'ús de recursos SS • Encaix amb l'APAD • Usuaris similars de llarga estada i residències 	Amenaces <ul style="list-style-type: none"> • Crisi socioeconòmica • Envel·liment de la població • Alta prevalença de malalties cròniques
Fortaleses <ul style="list-style-type: none"> • Expertesa del sector • Motivació dels professionals • Xarxa sociosanitària • Model d'atenció • Model de treball 	Oportunitats <ul style="list-style-type: none"> • Cerca d'eficiència del sistema • Proveïdors amb multinivells • Integració de serveis i finançament • Llei 39/2006 de promoció i atenció a les persones amb dependència (LAPAD) • Programa de prevenció i atenció a la cronicitat • Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)

De les debilitats detectades, en destaca:

- El sistema de pagament per estades constitueix una debilitat important que dificulta la promoció de l'eficiència i l'orientació cap a resultats en salut dels recursos d'institucionalització sociosanitaris.
- El comportament heterogeni dels diferents recursos. Per exemple, l'anàlisi de l'estada mitjana de convalsència mostra una gran variabilitat entre les estades mitjanes dels diferents centres. Segons les dades del CMBD-SS, l'estada mitjana de Catalunya l'any 2012 va ser de 52,4 dies, amb un 11,2% dels episodis amb estades superiors als 90 dies (la qual cosa suposa el 41,2% de les estades).
- També es reflecteix la similitud d'una part important dels usuaris de la llarga estada sociosanitària amb la tipologia de persones ateses en residències assistides.

Constitueixen amenaces la crisi socioeconòmica actual i l'envelliment demogràfic que va acompanyat d'una alta prevalença de malalties cròniques. De fet, es coneix que un alt percentatge de persones grans amb malalties cròniques són ingressades a hospitals d'aguts, quan podrien ser ateses en models alternatius.⁴

L'expertesa i motivació dels professionals, el model d'atenció i la xarxa desenvolupada en aquests anys constitueixen fortaleeses importants que han de tenir un paper destacat en les actuacions que s'han de dur a terme. La capacitació dels professionals de la xarxa és en l'atenció a persones fràgils amb comorbiditat, amb síndromes geriàtriques i en situacions de final de vida, i utilitzen la metodologia de l'avaluació integral.

Entre les oportunitats, es destaca que la situació econòmica ha d'ajudar a cercar l'eficiència del sistema, mitjançant un pla de salut que orienta el sistema sanitari a l'atenció de la cronicitat i que ha creat el PPAC com a catalitzador de les seves accions.

4.1 Desenvolupament de recursos

El desenvolupament de recursos sociosanitaris ha tingut un creixement progressiu fins al 2009, any en què es va estabilitzar. Segons dades publicades a la memòria del CatSalut 2012, l'activitat sociosanitària es duu a terme en 93 centres d'internament, on hi ha 5.398 llits de llarga estada i 3.389 de mitjana estada, i 73 hospitals de dia, amb 2.037 places. Quant als equips de suport a la xarxa d'atenció hospitalària, hi ha 64 unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS), 80 equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA) i, com a suport a l'atenció primària (AP), hi ha 106 equips del Programa d'atenció domiciliària. Equips de suport (PADES), que inclouen els equips d'atenció residencial (EAR) i els equips de teràpia d'observació directa ambulatoria (ETODA). Tots aquests recursos tenen una bona distribució poblacional i territorial (figura 3). A la figura 4 es poden veure les taxes de recursos sociosanitaris actuals.

⁴ Poteliakhoff E, Thompson J. The Kings Fund. Emergency bed use: what the numbers tell us. 2011 Des.

Figura 4. Recursos socio sanitàrics. Catalunya, 2013

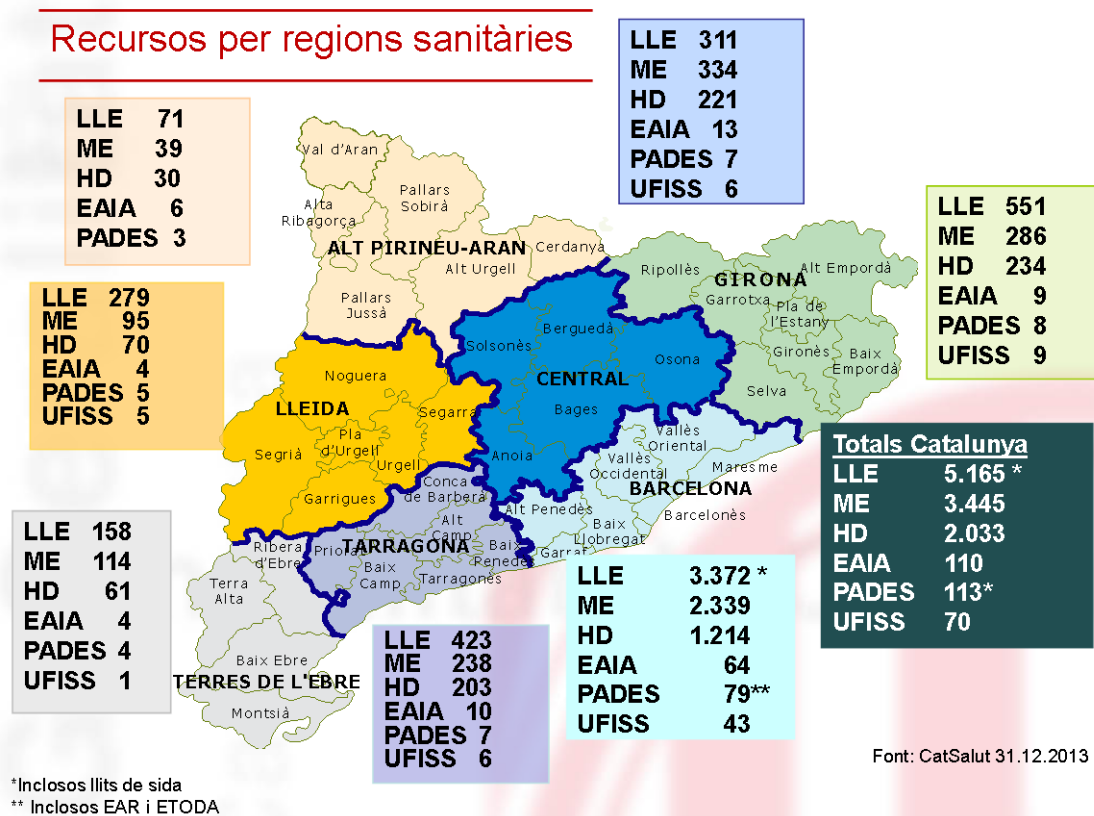


Figura 5. Ràtios de recursos poblacionals. Catalunya, 2013

Població total = 7.568.988 hab. Població > 64 anys = 1.311.461 hab.

RECURS	LLITS/ PLACES/ EQUIPS	RÀTIO	ESTÀNDARDS COBERTURA POBLACIONAL
Llarga estada*	4.943	3,79 llits/1.000 habitants > 64 anys	5/1.000 hab. > 64 anys
Convalescència	2.147	1,63 llits/1.000 habitants > 64 anys	1,8/1.000 hab. > 64 anys
Cures pal·liatives	366	4,83 llits/100.000 habitants	8/100.000 pobl. total
Mitjana estada polivalent	669		
Mitjana estada	3.182	2,42 llits/1.000 habitants > 64 anys	2,42/1.000 hab. > 64 anys
Hospital de dia	1.909	1,45 places/1.000 habitants > 64 anys	1,5/1.000 hab. > 64 anys
PADES	75	0,99 PADES/100.000 habitants	1 PADES/ 100.000 hab.

Font: RCA i càlcul de recursos a partir de les estades contractades.

5. Propostes estratègiques

Les propostes d'actuacions del PDSS s'han fet seguint les directrius actuals de planificació, orientades a millorar l'atenció, la salut i a obtenir, com a conseqüència, una millora de l'eficiència.^{5,6} L'expertesa de l'atenció sociosanitària ha d'afavorir una evolució cap a l'atenció compartida i integrada, tant de l'atenció primària amb l'atenció especialitzada, com de l'atenció social i sanitària, i evitar la fragmentació assistencial.

Cal promoure models d'atenció comunitària proactius per a les persones amb malaltia crònica⁷ i alternatives a l'hospitalització convencional, per tal d'aconseguir millores de salut en aquesta població i ser més eficients en la prestació de serveis.

El sector sociosanitari ha d'evolucionar cap a l'atenció intermèdia,⁸ definida com un ventall de serveis integrats per promoure una recuperació més ràpida de la malaltia, prevenir l'ingrés innecessari en l'hospital d'aguts i l'internament prematur de llarga durada, facilitar l'alta hospitalària puntual i maximitzar l'autonomia dels pacients. La definició inclou els serveis que compleixen els criteris següents:

- Estan adreçats a persones que, d'una altra manera, haurien d'afrontar innecessàriament estades hospitalàries perllongades o un ingrés inadequat a l'atenció hospitalària aguda i de llarg termini.
- Es proporcionen sobre la base d'una avaluació exhaustiva, la qual té com a resultat un pla individual d'atenció estructurat que consisteix en una teràpia activa, el tractament o l'oportunitat per a la recuperació.

⁵ Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008 Febr-Maig;27(3):759–69.

⁶ Ouslander JG, Maslow K: Geriatrics and the triple aim: defining preventable hospitalizations in the long-term care population. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Des;60(12):2313-8.

⁷ Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *J Am Med Assoc*. 2002 Feb 27;287(8):1022-8.

⁸ Department of Health. Intermediate Care – Halfway Home. Updated Guidance for the NHS and Local Authorities [Internet]. 2009 Jul [consultat el 9 de juliol de 2014]. Disponible a: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@pg/documents/digitalasset/dh_103154.pdf

- Tenen un resultat planificat de maximitzar l'autonomia i, en general, permet que els pacients i usuaris de serveis reprenguin l'estada a casa.

Els professionals de l'entorn sociosanitari, amb l'expertesa en l'atenció integral a la gent gran amb malaltia crònica, a persones amb malaltia avançada i amb la experiència en el treball interdisciplinari i altament coordinat, han de tenir un rol rellevant en la transformació cap a un model d'atenció més comunitari.⁹

Cal promoure experiències d'atenció integrada que permetin compartir els coneixements, millorar els resultats en salut i fer una utilització més eficient dels recursos.

El Pla director sociosanitari, en el marc actual del Pla de salut 2011-2015, orienta els objectius estratègics a cobrir les necessitats de les persones. L'adequació de la xarxa sociosanitària per a l'atenció a la cronicitat ha d'afavorir l'organització de serveis sanitaris i socials per cobrir les necessitats de persones, molt sovint amb malalties cròniques complexes.

5.1 Promoure l'adaptació de la xarxa als nous reptes que presenta l'abordatge de la cronicitat

Aquest objectiu vol adequar la xarxa sociosanitària a les necessitats actuals, millorar l'accessibilitat i l'eficiència, tant de la mateixa xarxa, com la del sistema sanitari, i evolucionar cap a models d'atenció integrada i compartida. El sistema sanitari ha de potenciar l'atenció intermèdia a través del desenvolupament d'alternatives a l'hospitalització d'aguts, com és el cas de subaguts, i promoure l'atenció domiciliària integrada (atenció primària, hospitalització a domicili i PADES), els hospitals de dia d'aguts orientats a persones amb malalties cròniques i l'increment de l'eficàcia de la convallescència dels postaguts.

Alguns dels objectius del Pla de salut relacionats amb aquesta línia estratègica són els relatius als ingressos urgents i reingressos.

Així doncs, les accions incloses en aquesta línia es corresponen al disseny d'alternatives assistencials a l'hospitalització d'aguts a partir de la reordenació dels recursos sanitaris existents al territori i a l'adequació dels recursos sense internament amb l'objectiu de donar resposta a les necessitats dels pacients amb malaltia complexa. En aquest sentit, s'ha començat un treball de planificació de recursos que serveix d'orientació per a la planificació territorial i té en compte l'evolució del sector sociosanitari, així com el d'atenció primària i atenció hospitalària.¹⁰

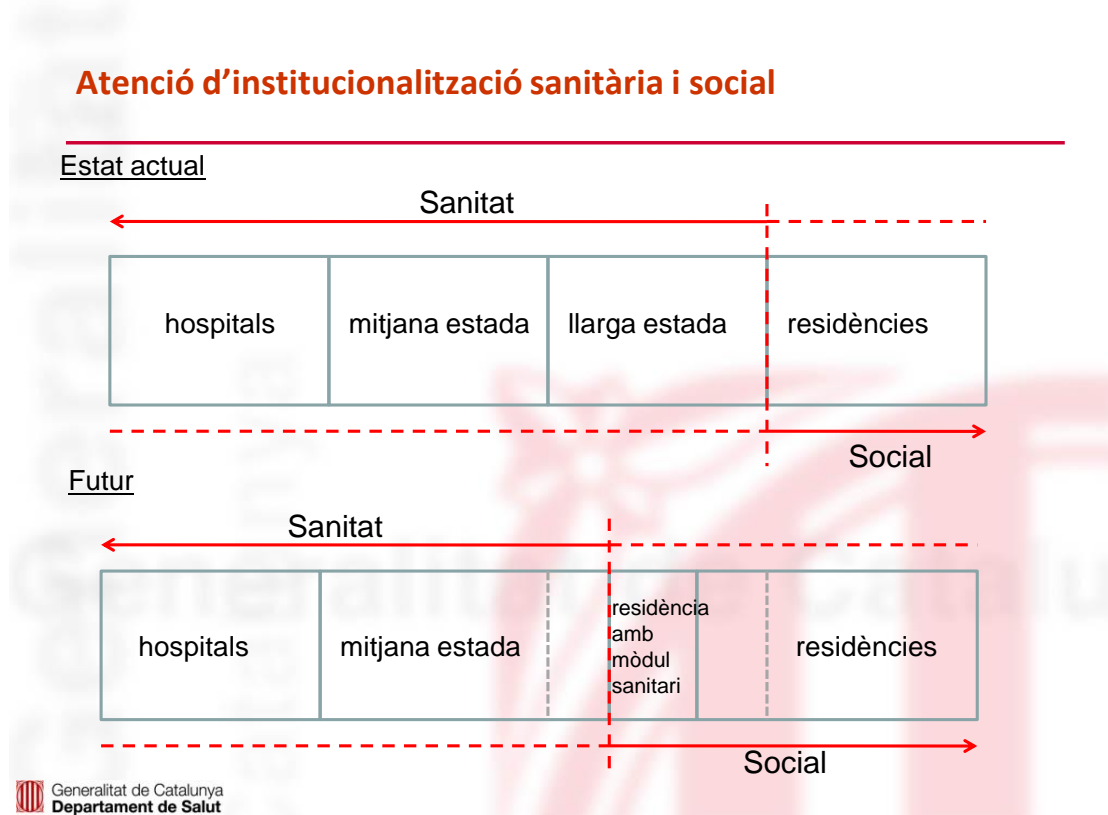
⁹ Heckman GA, Molnar FJ, Lee L. Geriatric medicine leadership of health care transformation: to be or not to be? *Can Geriatr J.* 2013; 16(4):192-5. doi:10.5770/cgj.16.89

¹⁰ Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Criteris de planificació sobre hospitalització i alternatives assistencials en l'atenció a la cronicitat [Internet]. 2014 Feb [consultat el 9 de juliol de 2014]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/criteris_planif_alter_assis.pdf

5.2 Consensuar amb Benestar Social i Família la reconversió de la llarga durada

Es proposa la creació d'un gran sector d'atenció de la llarga durada que inclogui els serveis socials actuals i part de la llarga estada actual (figura 5). Cal considerar que les persones ingressades en aquest sector presenten unes necessitats de salut que el sistema sanitari ha d'atendre i cobrir.

Figura 6. Model d'institucionalització de llarga durada



Els objectius de l'adequació de la llarga estada sociosanitària són:

- Dur a terme un enfocament comunitari en els serveis i les prestacions, amb una visió global i de continuïtat assistencial.
- Promoure un sistema d'atenció integral i integrat dels serveis amb base territorial.
- Clarificar els conceptes *sanitari* i *social* i les competències dels diferents departaments.

- Seguir la tendència dels models d'atenció i provisió de serveis sociosanitaris i de llarga estada amb la resta de CA i del món occidental.¹¹ Per a aquesta reconversió es detecten diversos factors crítics que cal avaluar:
 - La diferència entre convenis col·lectius en el sector de la salut i el sector social.
 - La necessitat que les entitats proveïdores elaborin plans de reordenació per adaptar el model d'atenció a la cartera de serveis socials.
 - La preparació, l'expertesa i la dotació actual permet l'ingrés directe a les unitats de llarga estada des dels hospitals d'aguts o les unitats de convalescència i cures paliatives. Això permet evitar el bloqueig de llits sanitaris.
 - Les diferències en el copagament de l'usuari. En el cas de les residències hi ha finançament estatal des del primer dia, tot i que està subjecte al fet de disposar de l'acreditació de la llei de dependència (LAPAD).
 - Els centres sociosanitaris tenen unitats de farmàcia hospitalària, mentre que, en el cas de les residències, la medicació la dispensen les oficines de farmàcia, cosa que comporta un cost més elevat i una gestió diferent.
 - Els centres sociosanitaris, quan es converteixen en residència, hauran d'aplicar un 4% d'IVA si són entitats amb ànim de lucre.
 - Aquesta reordenació ha d'anar en paral·lel amb la reconversió del model d'atenció sanitària a les residències.
 - Es requereix la integració de les xarxes sanitàries i socials en el territori que permeti donar continuïtat al procés d'atenció a les persones.

Aquesta reconversió s'ha de fer amb un treball conjunt del Departament de Salut, el Departament de Benestar Social i Família i amb patronals i el sector, i s'ha de buscar les fórmules de col·laboració més adients. En aquest sentit, el 3 de setembre de 2013 es va publicar l'Acord de Govern 120/2013, pel qual es va crear el Pla interdepartamental d'interacció dels serveis sanitaris i socials, que va evolucionar amb l'Acord de Govern 28/2014, de 25 de febrer, i va esdevenir el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS).

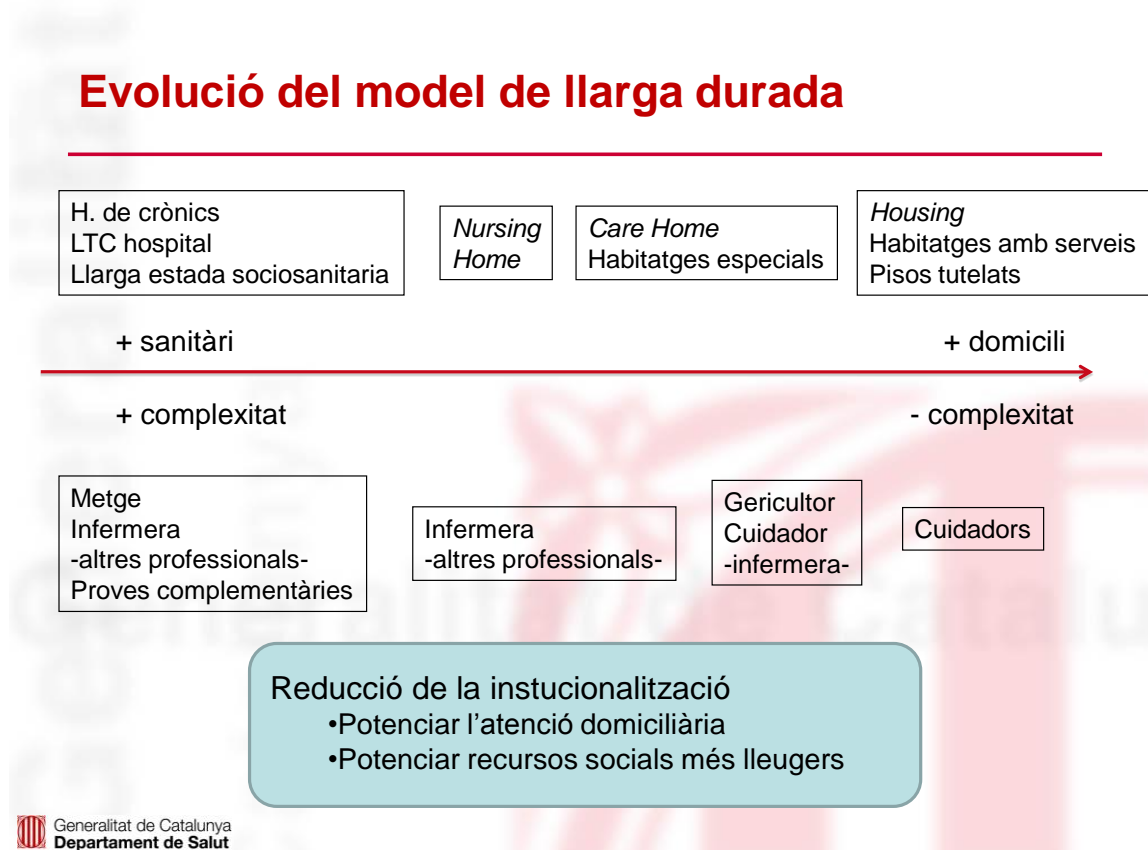
Els àmbits d'aquest Acord són:

- les xarxes de residències assistides de gent gran i persones amb discapacitat,
- la xarxa sanitària d'utilització pública,
- la xarxa de serveis socials bàsics,
- la xarxa de salut mental i
- la xarxa de llarga estada sociosanitària.

¹¹ The Economist Intelligence Unit. Healthcare strategies for an ageing society. London: The Economist Intelligence Unit Limited, 2009.

Conseqüentment, i en estreta relació amb la conversió de la llarga estada, cal potenciar l'atenció domiciliària i el model d'atenció a les residències (figura 6).

Figura 7. Evolució dels models de llarga durada



5.3 Promoure accions de millora en l'atenció a les persones ateses a la xarxa

El PDSS defineix les línies d'actuació del Departament de Salut per millorar l'atenció de salut a les persones que necessiten atenció geriàtrica, cures paliatives, que pateixen algun tipus de deteriorament cognitiu i les que pateixen malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat. Es mantenen les mateixes línies d'atenció que fins ara ha tingut el PDSS.

- **Persones grans**
- **Persones amb necessitats d'atenció paliativa**
- **Persones amb malaltia d'Alzheimer i altres deterioraments cognitius**
- **Persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat**

En general, es tracta de persones amb malalties cròniques i, per tant, la planificació de l'assistència ha de seguir les directrius del Pla de salut i evolucionar cap a un model més orientat a la cronicitat, segons els diferents projectes impulsats pel PPAC i en què el PDSS ha fet o duu a terme accions específiques.

Es proposen actuacions sobre les diferents línies d'atenció del PDSS, mitjançant actuacions concretes sobre el model d'atenció, afavorint la difusió de coneixements i facilitant informació i l'atenció a grups específics.

5.3.1 Introduir l'atenció pal·liativa a les persones amb malaltia crònica avançada

El model d'atenció a la persona en situació de malaltia avançada requereix que s'incorporin noves formes organitzatives en els territoris. Es planteja un model col·laboratiu d'atenció basat en la coordinació entre àmbits i recursos assistencials, tant convencionals com específics de cures pal·liatives (PADES, UFISS, UCP), i la implicació de tots els actors del sistema sanitari català, així com la formació en cures pal·liatives dels professionals dels diferents àmbits.

El model potencia l'equitat i l'accessibilitat en funció de les necessitats que presenta la persona amb malaltia avançada i terminal, i vetlla per adequar la prestació de serveis tenint en compte la complexitat d'aquestes necessitats, especialment en persones amb càncer, insuficiència cardíaca, insuficiència hepàtica, insuficiència renal, insuficiència respiratòria, esclerosi lateral amiotròfica (malalties de la motoneurona), malaltia de Parkinson, corea de Huntington, malaltia d'Alzheimer (demències) i sida.

Aquest és un objectiu col·laboratiu amb el PPAC sobre la millora de l'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada, en què els recursos sociosanitaris específics de cures pal·liatives han de participar, concretament, en les rutes de complexitat. La detecció de pacients persones amb malaltia crònica avançada,¹² i tot el procés terapèutic assistencial derivat, és una oportunitat per a l'atenció integrada/compartida dels equips dels diferents entorns.

¹² Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO. Med Clin (Barc). 2013 Mar;140(6):241-5.

5.3.2 Pla d'atenció integral de malalties neurològiques que cursen amb discapacitat

A Catalunya, l'augment de la cronicitat de les malalties neurològiques que cursen amb discapacitat i les dades epidemiològiques corresponents pel que fa a la incidència i la prevalença, condueixen a fer un reflexió profunda sobre el tractament que s'ofereix des dels diferents àmbits assistencials i des del territori concret. Aquesta reflexió va lligada a les múltiples i diverses necessitats que les persones afectades i famílies presenten. Els objectius del Pla director sociosanitari en relació amb aquesta línia són:

- Millorar el model d'atenció a les persones afectades de malalties neurodegeneratives (MND) que poden ocasionar discapacitat, respecte al diagnòstic, el tractament, els recursos, l'accessibilitat i la continuïtat assistencial.
- Definir els estàndards per disposar de recursos humans i materials que corresponen a cada unitat territorial.
- Dissenyar, consensuar i establir un model territorial d'atenció que inclogui i garanteixi, a la persona afectada i al seu entorn, la disponibilitat d'una guia de recursos, públics i privats, i també d'interlocutors vàlids i clarament identificats, perquè es relacioni amb el dispositiu d'atenció sanitària i sociosanitària més adient.
- Crear circuits amb atenció especialitzada de nivell terciari.

5.3.3 Consensuar i difondre les bases per a les rutes assistencials de les persones amb deteriorament cognitiu

L'atenció a les persones amb demència és un dels processos clínics integrats prioritzats pel Pla de salut de Catalunya 2011-2015. El Pla de salut planteja nous enfocaments en la gestió clínica d'aquests processos, de manera que, mantenint-se l'equitat, es posi l'èmfasi en l'eficàcia, l'eficiència i la visió col·laborativa, integral i integrada de l'atenció a les persones. En aquest context, el PDSS i el PPAC promouen redactar les bases per a l'atenció comunitària de la demència, atès que és en l'entorn comunitari on viuen aquests pacients i on majoritàriament són atesos.

L'objectiu és oferir el marc de referència sobre el qual es desenvoluparan i implementaran les rutes assistencials territorials l'any 2014 amb els elements nuclears que cal que hi constin, fent un ús eficient dels recursos i utilitzant les guies de pràctica clínica de referència.

Aquest document pretén centrar-se en una visió comunitària i tractar actuacions en els àmbits següents:

- Detecció precoç i sistemàtica per part dels equips d'atenció primària (EAP).
- Criteris d'interconsulta i de derivació a l'atenció especialitzada.
- Tractament farmacològic i no farmacològic dels pacients.
- Suport als cuidadors en l'abordatge psicosocial.
- Estratègies de gestió de casos i gestió de crisis.
- Abordatge de les situacions associades a la complexitat.
- Alternatives assistencials (centres de dia, etc.).
- Paper dels recursos comunitaris (associacions, estratègies de pacient expert, etc.).

5.3.4 Facilitar l'atenció en el sistema sanitari de les persones amb fragilitat relacional

Les actuacions proposades estan relacionades amb l'atenció a persones amb fragilitat relacional, com pot ser el cas de persones amb deteriorament cognitiu o amb algun tipus de lesió cerebral. També es proposa la difusió d'informació a la població relacionada amb les àrees de competència del PDSS.

Una de les actuacions del Pla de salut de Catalunya 2011-2015, concretament la línia 5, proposa accentuar l'enfocament cap als pacients i les famílies. Cal iniciar processos per atendre determinats grups poblacionals amb fragilitat relacional sobre la base d'una discriminació positiva.

Com a resposta a una petició feta per associacions de familiars, l'any 2012 es va crear la targeta Cuida'm. Es tracta d'una targeta individual que permet que els serveis sanitaris puguin identificar persones que, per les seves característiques especials, necessiten una atenció diferenciada. L'any 2013 es va posar en marxa l'experiència pilot en algunes àrees per a persones amb demència i deteriorament cognitiu moderat, discapacitat intel·lectual greu i profunda, lleu o moderada amb trastorns de conducta i trastorn de l'espectre autista. La targeta vol millorar l'atenció donant-los prioritat i facilitar l'accés als serveis de salut, facilitar la relació entre professionals i facilitar l'acompanyament dels familiars o cuidadors, sempre que sigui possible. Aquesta iniciativa ha estat avaluada favorablement pel Comitè de Bioètica de Catalunya i la Comissió de Deontologia del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. L'any 2014, després dels primers resultats d'avaluació obtinguts, se n'amplia l'ús a la totalitat de dues regions sanitàries (Catalunya Central i Girona) i en algunes àrees de gestió assistencial de la Regió Sanitària Barcelona.

5.3.5 Model d'atenció a la fragilitat

La creació del PPAC és una oportunitat rellevant, ja que ajudarà a adequar el sistema sanitari a la integració de serveis socials i sanitaris. Moltes accions van dirigides a l'atenció a la complexitat, la qual està vinculada, en part, a l'atenció pal·liativa a les persones amb malaltia crònica avançada. Altres accions han anat dirigides a la base de la piràmide, i han promogut actituds preventives en col·laboració amb l'Agència de Salut Pública.

Fent un paral·lelisme en la piràmide de la població adulta amb les persones grans, podem agrupar en el perfil de persones amb factors de risc les persones grans en situació de prediscapacitat. Aquest grup de persones els anomenen *fràgils* (figura 7).

La fragilitat és una situació de més vulnerabilitat per resoldre els desequilibris homeostàtics davant d'un esdeveniment estressant, fet que augmenta el risc de resultats adversos, incloent-hi caigudes, delírium o discapacitat i també ingressos hospitalaris.¹³ Hi ha dos models ben definits, el fenotípic de Fried L., basat en estudis epidemiològics, i el d'acumulació de dèficits de Rockwood. Aquest darrer és molt útil per comprendre moltes actuacions en el camp de la geriatria i de l'atenció de persones amb comorbiditat i diferents graus de complexitat clínica. Més recentment, s'ha posat l'èmfasi en la possibilitat de portar a la pràctica clínica els coneixements epidemiològics sobre les persones vulnerables o en situació de risc de patir discapacitat, amb l'objectiu de retardar-ne l'aparició o l'evolució.¹⁴

Hi ha evidències de l'eficàcia de programes d'activitat física i suport nutricional al tractament de persones fràgils per prevenir les complicacions associades a aquesta condició, com són les caigudes, o per prevenir la discapacitat.

De la mateixa manera, comencen a aparèixer experiències de diagnòstic i tractament multidisciplinari amb aquests objectius. El desenvolupament d'aquest model orientat a les situacions de prediscapacitat comporta tenir en compte els recursos d'atenció primària i els especialitzats en determinades circumstàncies, però també els recursos comunitaris de salut pública, municipals o els serveis socials que poden fer accions o activitats sobre les quals dur a terme les intervencions.

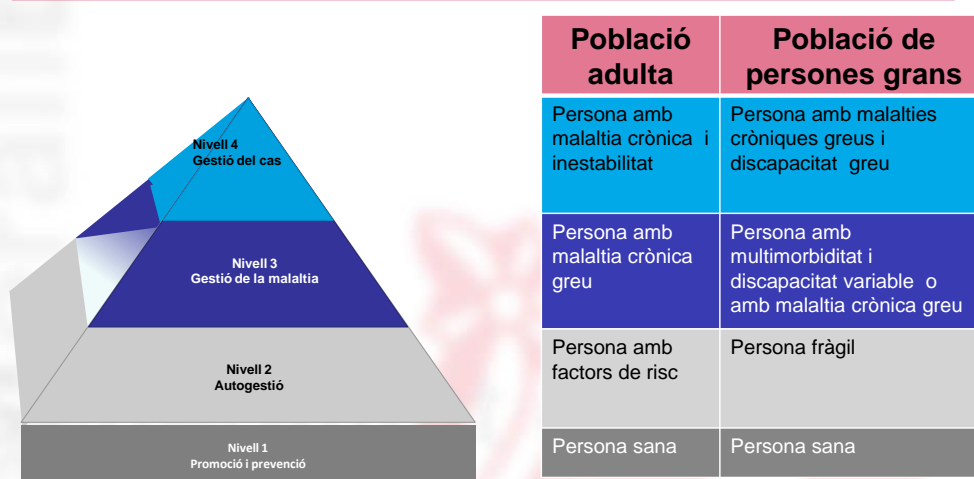
Les recomanacions en les persones adultes o en situació de fragilitat han de ser diferents, atesa la situació que presenten de prediscapacitat. El PPAC i el PDSS proposen una actuació específica sobre aquest grup de població per promoure activitats saludables que retardin l'aparició de discapacitat.

¹³ Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med*. 2001 Mar;56(3):M146-56.

¹⁴ Clegg A, Young J, Liffle S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013 Mar;381(9868):752-62.

Figura 8. Piràmides de població adulta i persones d'edat avançada

Piràmides de població adulta i persones grans



5.4 Millorar l'eficiència dels recursos sociosanitaris mitjançant el coneixement clínic, la recerca i la innovació

Els sistemes d'informació i les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), en general, són elements fonamentals per avançar en l'atenció integrada per millorar l'atenció a les persones amb malalties cròniques. Aquestes eines han de permetre fer el seguiment de l'activitat del sector sanitari, detectar bones pràctiques, en especial de les accions vinculades o efectuades per la xarxa sociosanitària i, alhora, impulsades pel Pla de salut de Catalunya 2011-2015, mitjançant actuacions liderades pel PDSS i el PPAC.

5.4.1 Millorar l'ús i el coneixement en els sistemes d'informació de la xarxa i recursos sociosanitaris

La xarxa sociosanitària disposa d'un sistema d'informació, el conjunt mínim de dades dels recursos sociosanitaris (CMBD-SS), que permet descriure la complexitat clínica de la població atesa. Es tracta d'una selecció de variables del *resident assessment instrument* (RAI), més orientat a la mitjana i la llarga estada, que permet classificar els pacients en grups d'utilització de recursos. També inclou un indicador de funció física i un altre de deteriorament cognitiu.

Aquest sistema d'informació també s'utilitza com a suport per al pagament de les estades hospitalàries, que tenen en compte la complexitat, a més de servir per orientar la planificació sociosanitària.

Es volen promoure accions per millorar aquests registres, la difusió de resultats i l'adequació del sistema de registre de tots els recursos sociosanitaris. Alhora, s'ha de treballar en el desenvolupament del registre per a l'activitat ambulatoria i per a l'activitat dels EAlA.

Paral·lelament, la història clínica electrònica agrupa el conjunt de documents que contenen dades i informació rellevant sobre la situació i l'evolució d'un pacient al llarg del seu procés assistencial. És fonamental promoure la participació de la xarxa sociosanitària en la HCCC per tal d'aconseguir la transversalitat i la continuïtat assistencial.

5.4.2 Impulsar la incorporació del coneixement clínic i les bones pràctiques

El PDSS vol potenciar la formació de professionals en aquelles àrees de coneixement relacionades amb les seves línies d'atenció. Es promocionaran cursos de geriatria, de deteriorament cognitiu, etc. La formació en atenció pal·liativa es duu a terme amb el PPAC, i se centra en l'atenció a pacients amb malalties cròniques complexes i cròniques avançades.

Alhora, amb l'objectiu de posar a l'abast dels professionals tota la documentació de referència que permet divulgar el coneixement científic, els avenços i els projectes relacionats amb l'atenció sociosanitària, el Pla director sociosanitari ha elaborat un portal amb les publicacions dels professionals de la xarxa. Aquesta actuació pretén afavorir la difusió de la producció científica del sector entre els professionals i que es puguin sumar esforços dels diferents grups que tinguin àrees de recerca comunes.

Es vol promoure la prevenció de complicacions associades a l'hospitalització dels pacients fràgils mitjançant l'elaboració d'un document de consens que reculli les actuacions recomanades per evitar aquestes complicacions esmentades, que alguns autors anomenen *discapacitat iatrogènica*.¹⁵ S'ha buscat el consens de les societats científiques (Societat Catalana de Medicina Interna, Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia), i es compta amb el suport de l'Institut de l'Envel·liment de la UAB i el lideratge del Pla director sociosanitari.

Des del PDSS, conjuntament amb el Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, es volen promoure models d'ortogeriatria orientats a millorar resultats en aquesta malaltia, mitjançant models basats en l'ingrés en unitats geriàtriques d'aguts o amb la intervenció proactiva d'equips interdisciplinaris experts com les UFISS.

Hi ha evidències sobre l'eficàcia de la intervenció d'equips experts en geriatria en l'atenció integrada i compartida de persones grans amb fractura de maluc.¹⁶ El Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, a més, té com a objectius específics la disminució de la mortalitat i la discapacitat degudes a la fractura osteoporòtica de maluc amb establiment d'un temps d'espera quirúrgic inferior a les 48 hores i l'abordatge multidisciplinari durant l'ingrés. S'ha demostrat que el fet de retardar el tractament quirúrgic de la fractura osteoporòtica de maluc augmenta la mortalitat i la morbiditat d'aquests pacients.

5.4.3 Adaptar el sistema de compra de serveis

L'evolució del sistema sanitari requereix que es revisin, juntament amb el CatSalut, els sistemes de compra o pagament de cadascuna de les línies sociosanitàries i s'avaluïn nous sistemes de compra vinculats a resultats i, alhora, s'optimitzin recursos territorials com a eina de suport i incentivació.

El treball amb el CatSalut demana estudiar nous sistemes de contraprestació de l'atenció sociosanitària. Algunes de les propostes que s'han treballat són en la línia de considerar l'alta com a paràmetre amb factors de ponderació en algunes tipologies i d'orientar part del pagament a resultats obtinguts en forma d'objectius específics i territorials.

¹⁵ Lafont C, Gérard S, Voisin T, Pahor M, Vellas B; Members of I.A.G.G./A.M.P.A Task Force. Reducing "iatrogenic disability" in the hospitalized frail elderly. *J Nutrition Health Aging*. 2011 Ago;15(8):645-60.

¹⁶ Vidán M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Set;53(9):1476-82.

6. Evolució de la xarxa sociosanitària

La transformació del sistema sanitari per donar resposta al repte de la cronicitat i la posada en marxa del Pla estratègic del Pla director sociosanitari, requereix l'evolució dels recursos existents en diferents xarxes. La xarxa sociosanitària ha d'adequar els múltiples recursos a les necessitats que els diversos àmbits assistencials presenten i aconseguir treballar de forma integrada, multidisciplinària i continuada, tenint com a centre d'atenció la persona i el seu entorn.

6.1 Recursos sociosanitaris d'internament

L'hospitalització convencional pot comportar riscos importants per a les persones d'edat avançada.¹⁷ Moltes vegades, aquestes persones amb malalties cròniques descompensades, comorbiditat i/o síndromes geriàtriques que ja estan diagnosticades no requereixen una intensitat sanitària alta. Les alternatives a l'hospitalització convencional, orientades a les necessitats de control de símptomes, rehabilitació integral i prevenció de complicacions, són més adients en aquests casos.

Les alternatives a l'hospitalització no han de ser nous recursos addicionals a la xarxa sanitària, sinó que han de sorgir de l'adequació d'altres recursos menys adients per tal d'assegurar l'atenció a persones en situació subaguda i postaguda.

6.1.1 Hospitalització de subaguts

La gent gran amb malalties cròniques que pateixen descompensacions, moltes vegades, no requereixen atenció sanitària d'alta intensitat, i podrien ser ateses en recursos d'atenció intermèdia, principalment unitats de subaguts i atenció domiciliària amb equips integrats.

Aquest tipus d'atenció a unitats de subaguts disminueix el risc associat a l'hospitalització dels pacients geriàtrics, per tant, té millors resultats en salut i també va acompanyada de menys reingressos i de menys utilització dels serveis de urgències. Es vol evitar ingressar en els hospitals d'aguts els pacients crònics amb agudització que requereixen internament de curta durada, que no necessiten alta tecnologia i que ja estan correctament diagnosticats i estables hemodinàmicament.

¹⁷ Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability. "She was probably able to ambulate, but i'm not sure". J Am Med Assoc. 2011 Oct;306(16):1782-93.

L'atenció a subaguts està destinada a persones amb malalties cròniques aguditzades que necessiten tractament integral i/o supervisió clínica continuada. L'objectiu és l'estabilització clínica i de rehabilitació integral. Aquesta situació es produeix especialment en el context d'una persona amb malaltia crònica coneguda en què es reaguditza la malaltia.

Se l'ubicarà preferentment en àmbits vinculats a centres sociosanitaris i necessitarà una intensitat de recursos intermèdia que eviti l'ingrés convencional a l'hospital d'aguts. Alguns exemples de perfil de pacients que poden ser ingressats en aquestes unitats són persones amb insuficiència cardíaca crònica, malaltia respiratòria crònica aguditzada, persones amb demència amb alguna complicació o infecció, etc.

- **Persones amb malalties cròniques diagnosticades**
- **Estabilització hemodinàmica**
- **Necessitats de tractament integral i supervisió clínica**
- **Evitar ingressos innecessaris en hospitals d'aguts**

Fins ara, s'ha definit la població vulnerable, els criteris de planificació, organització i implementació d'unitats de subaguts, els seus requeriments i, a final de 2013, es va iniciar la contractació d'una part de les unitats de subaguts amb la previsió d'implementar noves unitats el 2014 al territori català. Tot i que en el nostre sector ja hi ha experiències d'atenció a persones grans amb malalties cròniques aguditzades en el context de subaguts,^{18,19,20} els criteris específics d'avaluació de les unitats de subaguts i de l'impacte territorial de la implementació estableix una prioritat per al 2014-2015.

¹⁸ Inzitari M, Espinosa Serralta L, Pérez Bocanegra MC, Roquè Fíguls M, Argimón Pallàs JM, Farré Calpe J. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. Gac Sanit. 2011 Mar-Abr;26(2):166-9. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.007

¹⁹ Colprim D, Martín R, Parer M, Prieto J, Espinosa L, Inzitari M. Direct admission to intermediate care for older adults with reactivated chronic diseases as an alternative to conventional hospitalization. J Am Med Dir Assoc. 2013 Abr;14(4):300-2.

²⁰ Santauegènia SJ, Tomás S, Álvaro M, Porta G, Mas MA. Direct admission to intermediate care for older adults with reactivated chronic diseases: Avoiding both conventional hospitalization and Emergency Department use? J Am Med Dir Assoc. 2013 Jun;14(6):444-5.

6.1.2 Hospitalització de convalsència-postaguts

L'objectiu principal d'aquest recurs és la recuperació funcional màxima després d'ingressar a un hospital d'aguts,²¹ i assolir una millora en els resultats en salut: millora funcional, menys complicacions secundàries en l'hospitalització, menys institucionalització, etc. Són persones que necessiten hospitalització per rehabilitació i que poden ser derivades a unitats de convalsència-postaguts. En aquest entorn, es poden aplicar les teràpies de rehabilitació que necessiten, amb un enfocament d'atenció integral. Les malalties principals ingressades són els accidents vasculars cerebrals i les fractures de maluc.

- **Persones amb malaltia que causa pèrdua funcional**
- **Necessitats de rehabilitació i atenció integral**
- **Trasllat precoç des de l'hospital d'aguts**

L'activitat de postaguts es duu a terme en una unitat de convalsència immediatament després de l'hospital d'aguts de forma precoç, per tal de disminuir la durada de l'ingrés hospitalari i adequar l'assistència en un entorn de treball interdisciplinari. Aquests pacients han de tenir estades en els hospitals d'aguts inferiors al seu grup relacionat amb el diagnòstic (GRD).

Aquestes unitats han de treballar amb un model d'atenció interdisciplinari, integral i centrat en la persona. Atenen persones amb malalties que necessiten rehabilitació intensa o continuïtat d'un tractament en règim d'internament per un breu període de temps. El rol que desenvolupen els recursos sociosanitaris de suport es tenen en compte a l'hora d'establir els circuits d'accés.

- **Eficàcia dels recursos específics de rehabilitació geriàtrica**
- **Optimització del funcionament de les unitats de convalsència**

²¹ Yahya M. Skilled Nursing Facilities and Post Acute Care. J Gerontol Geriatr Res. 2011;1:101. doi:10.4712/jggr.1000101.

Els recursos específics d'atenció intermèdia per a la rehabilitació geriàtrica han demostrat que són eficaços.²² Hi ha una gran experiència d'aquestes unitats i se n'ha fet difusió dels resultats durant aquests anys.^{23,24} L'evolució de la convalescència ha d'anar orientada a l'atenció precoç i disminuir les estades d'hospitalització d'aguts mitjançant actuacions de més intensitat i adequar les estades mitjanes per a una optimització d'aquest recurs.

6.1.3 Unitats de cures pal·liatives

Aquestes unitats es dediquen a atendre malalts en fase avançada o terminal de la malaltia, amb necessitats assistencials complexes i intensives. Disposen d'equips interdisciplinaris de professionals amb els coneixements, les actituds i les aptituds per tal de poder oferir una atenció al final de la vida digna, eficaç i de qualitat.

Les unitats de cures pal·liatives han de treballar de forma estreta i coordinada amb els recursos comunitaris i d'hospitalització, millorar la continuïtat assistencial i facilitar l'accessibilitat i la derivació a les unitats específiques de cures pal·liatives, en funció de la complexitat situacional de la persona amb una malaltia avançada o en fase terminal.

Aquestes unitats han d'oferir el tractament integral i multidisciplinari a les persones que requereixen un ingrés, ja que l'abordatge a domicili no és possible, sigui quin en sigui el motiu. La indicació de l'ingrés en aquesta tipologia d'unitat ha de basar-se en la complexitat clínica, i no en el pronòstic de la persona malalta. De la mateixa manera, el criteri d'ingrés no ha de dependre del diagnòstic principal que origina la situació de malaltia avançada o terminal. Tenint en compte aquestes indicacions d'ingrés, es preveu en aquestes unitats un augment de l'accessibilitat i el percentatge de persones ateses amb diagnòstic no oncològic.

²² Bachmann S, Finger C, Huss AE, Egger M, Stuck A, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010 Abr;340:c1718.

²³ Salvà A, Martínez F, Llobet S, Vallès E, Llevadot D. Las unidades de media estancia-convalecencia en Cataluña. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2000;35(S6):31-7.

²⁴ Sánchez Ferrín P. Unidades de convalecencia. *Rev Mult Gerontol*. 2005;15(1):13-5.

6.1.4 Mitjana estada de psicogeriatria

Es manté en la mitjana estada la línia d'hospitalització de psicogeriatria de mitjana estada sociosanitària, en la qual ingressen persones amb demència amb trastorns de conducta.²⁵ Aquestes unitats tenen un comportament i uns criteris de funcionament diferents a les altres unitats de mitjana estada.

6.1.5 Llarga estada sociosanitària

La llarga estada sociosanitària ofereix atenció continuada a persones amb malalties cròniques i diferents nivells de dependència i/o complexitat que no poden ser ateses en el seu domicili. Els objectius terapèutics dels usuaris són el manteniment funcional, el control de símptomes i la millora de la qualitat de vida.

Aquest servei ha tingut un paper molt important en el desenvolupament de l'atenció sociosanitària a Catalunya.²⁶ En aquests moments hi ha uns condicionants que poden influir en l'activitat duta a terme i les seves funcions:

- La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, que garanteix una prestació econòmica o de serveis a les persones que compleixin el barem establert.
- En altres CA, els recursos de llarga estada depenen dels serveis socials.
- L'evolució dels models de llarga estada a Europa allunyada del clàssic *long-term care* i centrats en la persona.

Els diagnòstics principals que s'hi atenen són els trastorns orgànics/demència i la malaltia cerebrovascular aguda. La majoria d'ingressos corresponen a dones i l'edat mostra una variabilitat mínima al voltant dels 79 anys. La procedència és majoritàriament de domicili habitual i romanen al dispositiu aproximadament dos-cents dies.

L'anàlisi de les categories RUG III (*resource utilization groups*) o classificació de pacients segons els recursos utilitzats, ens permet fer una aproximació de les característiques de les persones ingressades i afrontar els perfils amb els dispositius de la xarxa social:

²⁵ Ferré Jodra A, Capdevila Ordóñez M, García Lidón E, Almenar Monforte C. Evaluación de la actividad de una unidad de media estancia de psicogeriatria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(4):190-7.

²⁶ Salvà A, Roqué M, Vallès E, Bustins M, Rodó M, Sánchez P. Descripción del perfil de complejidad de los pacientes admitidos en unidades sociosanitarias de larga estancia entre los años 2003 y 2009. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014 Mar-Abr;49(2):59-64.

- El 25% tenen les mateixes característiques que les persones que estan en residències (aproximadament 1.382 persones «residents»). Llits de baixa rotació i, en molts casos, ocupats per persones pendents d'una plaça de residència.
- El 50% serien persones amb el perfil «real» de la llarga estada actual. Aquests pacients amb més complexitat sanitària podrien estar en un recurs social (residència), i pot ser necessari una intensitat terapèutica superior que la que existeix actualment en l'entorn residencial.
- El 25% podrien considerar-se tributaris d'unitats de mitjana estada sociosanitària, tributaris de rehabilitació o amb complexitat clínica molt superior a l'assumible en una residència i, per tant, es mantindrien sota la dependència del Departament de Salut.

Com ja s'ha comentat més detalladament en l'apartat 4.2, es proposa la creació d'un gran sector d'atenció de la llarga durada que inclogui els serveis socials actuals i part de la llarga estada actual (figura 5).

6.2 Recursos sociosanitaris sense internament i equips de suport

Els recursos sociosanitaris sense internament i ambulatoris han de fer canvis per orientar els programes terapèutics i les seves intervencions a experiències comunitàries i de treball compartit amb l'atenció primària.

6.2.1 Hospital de dia sociosanitari

Els hospitals de dia atenen les persones grans que necessiten una atenció integral, interdisciplinària i rehabilitadora.²⁷ Actualment, hi ha una gran varietat d'estades i tipologies d'usuaris en els diferents centres. El més freqüent és la rehabilitació i la psicogeriatria, però alguns centres duen a terme programes de suport comunitari com tallers de caigudes, cures d'úlceres vasculars, psicoestimulació cognitiva a pacients amb deteriorament cognitiu lleu, etc.

Els hospitals de dia han d'estar orientats a efectuar programes terapèutics limitats en el temps i dirigits a persones grans amb necessitats de rehabilitació integral, estimulació cognitiva, avaluació i tractament d'altres síndromes geriàtriques com els tallers de caigudes, etc. Cal diferenciar l'activitat més terapèutica d'aquest recurs amb els centres de dia i treballar-hi coordinadament.

²⁷ Young J, Forster A. The geriatric day hospital: past, present and future. *Age Ageing*. 2008 Nov;37(6):613-5.

Per tal d'adaptar l'activitat de l'hospital de dia sociosanitari a les necessitats actuals, es proposa una revisió de les característiques de la utilització de serveis i que permeti avaluar altres formes de finançament. Els principis que han de guiar aquesta proposta són els següents:

- Aprofitar les possibilitats i els coneixements dels professionals i també l'estructura de la xarxa sociosanitària en la gestió de malalts crònics i persones grans.
- Millorar l'adequació dels recursos de les xarxes social i sanitària.
- Afavorir el màxim nivell d'autonomia possible en malalts crònics i persones grans a través del diagnòstic integral, la rehabilitació i les intervencions multidimensionals.
- Millorar la coordinació i la complementarietat de l'hospital de dia amb els EAIA de geriatria i de trastorns cognitius.

6.2.2 EAIA

Els EAIA es mantenen com a equips d'atenció integral ambulatoria que intervenen en el procés de diagnòstic, tractament i seguiment especialitzat de persones que, en règim ambulatori, es beneficien de l'atenció específica especialitzada d'aquests equips. Actuen en serveis d'atenció diürna sociosanitària o en centres hospitalaris d'aguts que compleixen els requisits. Realitzen dos tipus d'activitat: l'activitat de consulta i seguiment i l'activitat d'avaluació multidisciplinària.

L'activitat dels EAIA de geriatria, trastorns cognitius i cures pal·liatives no disposa d'un sistema de recollida d'informació, la qual cosa dificulta conèixer les diferències entre les diferents unitats diagnòstiques. Es vol promoure la redefinició de l'activitat dels EAIA amb aquestes propostes:

- Criteris de derivació a l'atenció primària després del diagnòstic i temporalitat de les segones visites.
- Incorporació dels dispositius que efectuen un diagnòstic de trastorns cognitius a les rutes assistencials de demències.
- Incorporació de l'avaluació geriàtrica bàsica en l'AP i que es facin derivacions als EAIA, com a equip consultor de pacients amb presència de diversos síndromes geriàtrics.
- Millora de la coordinació i complementarietat amb els hospitals de dia sociosanitaris.
- Alta coordinació i col·laboració amb l'atenció primària. Avaluar experiències d'integració amb professionals d'atenció primària.

6.2.3 PADES

Els PADES són equips interdisciplinaris especialitzats en atenció pal·liativa i que han ampliat l'àrea d'atenció a les persones amb malalties cròniques avançades.

Les propostes d'actuació d'aquests equips van cap a la integració dels PADES en equips d'atenció domiciliària orientats a l'atenció intermèdia, com a alternativa a l'hospitalització convencional. L'atenció intermèdia domiciliària pot requerir, amb el temps, incrementar recursos que procedeixen d'altres d'existents, de la mateixa manera que tota l'atenció domiciliària.

- **Experts en atenció pal·liativa i a persones amb malalties cròniques avançades**
- **Evolució a models d'atenció integrada a domicili**
- **Potenciar l'atenció intermèdia a domicili**

L'expertesa dels PADES en l'atenció pal·liativa els fa referents en aquest tipus d'activitat, en especial, per ampliar l'experiència a pacients amb malalties cròniques avançades i participar en les rutes de la complexitat dels territoris, tal com es descriu en la guia d'implementació de la complexitat.²⁸

Els serveis d'atenció domiciliària a la comunitat han d'evolucionar cap a serveis integrats d'atenció, amb la participació dels PADES i l'atenció hospitalària quan sigui possible, amb un model d'atenció integral, proactiva, preventiva de crisis en pacients crònics i garantint l'atenció 7x24.

²⁸ Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat. Versió 5.1 del 10 de maig de 2013 [Internet]. [Consultat el 9 de juliol de 2014]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/guia_complexitat_5_1.pdf

6.2.4 UFISS

El model de treball de les UFISS ha implementat un tipus d'atenció basat en el treball en equip i l'avaluació integral, i aquest model centrat en la persona s'ha difós en els hospitals. L'objecte d'atenció de les unitats interdisciplinàries són els pacients geriàtrics amb malaltia i les persones amb malaltia crònica avançada o en fase terminal.

S'ha de reorientar l'activitat de les UFISS de geriatria cap a la prevenció de síndromes geriàtriques, conseqüència de la malaltia o situació que ha causat l'ingrés i la mateixa hospitalització.

En molts hospitals s'han creat unitats geriàtriques d'aguts (UGA), en alguns casos impulsades per les UFISS de geriatria. Aquestes unitats estan orientades a atendre les necessitats de persones grans amb malaltia, risc de discapacitat (situació de fragilitat), risc de iatrogènia, amb alguna malaltia crònica en situació de complexitat i aquelles en les quals la presa de decisions també és complexa. En aquestes unitats, ingressen tant persones amb afeccions mèdiques, com persones que han de ser operades, ja que no estan orientades al model clàssic d'ingressos per especialitat. Les UGA han demostrat que són eficaces en la literatura científica.²⁹

L'evolució de les UFISS s'ha d'orientar a l'actuació proactiva hospitalària, i oferir suport de serveis quirúrgics i mèdics. Alguns exemples en són:

- Atenció a urgències: els serveis d'urgències atenen persones grans que requereixen avaluacions complexes.³⁰ L'atenció proactiva d'aquests equips experts pot optimitzar els resultats d'aquest recurs.
- Programes de prevenció de complicacions: la detecció de persones ingressades en situació de fragilitat i la pràctica de programes preventius pot prevenir l'aparició de complicacions i/o síndromes geriàtriques, com són els quadres confusionals, les complicacions d'immobilitat, les caigudes, etc.

²⁹ Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 2009 Gen;338:b50.

³⁰ Hwang U, Shab MN, Han JH, Carpenter CR, Siu AL, Adams JG. Transforming emergency care for older Adults. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Des;32(12):2116-21. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0670.

- Integració en equips d'atenció a pacients crònics: les UFISS de geriatria són equips experts que han de donar suport en tot l'hospital i treballar de manera integrada a les UGA o a les unitats d'insuficiència cardíaca, malaltia respiratòria crònica, hospitals de dia de pacients crònics, rutes de complexitat o a les unitats de pacients crònics desenvolupades els últims anys en el marc de l'atenció a la cronicitat.
- Programes d'ortogeriatria: definits com a programes en què hi ha el treball interdisciplinari i un conjunt de professionals de traumatologia i geriatria, i on es potencia l'atenció integral, integrada i centrada en la persona. Els models d'ortogeriatria han demostrat que són eficaços i que obtenen bons resultats quan s'han aplicat. Hi ha experiències d'aquests equips interdisciplinaris en l'atenció a gent gran en programes d'ortogeriatria,³¹ conjuntament amb els serveis de cirurgia ortopèdica i traumatologia. Actualment, encara hi ha models col·laboratius d'ortogeriatria amb bons resultats.³²

Pel que fa a l'actuació de les UFISS de cures pal·liatives, ha d'anar igualment dirigida a potenciar l'actuació proactiva, flexible i modulable en intensitat i temps, segons les necessitats de la persona en situació de malaltia avançada, tant oncològica com no oncològica.

L'actuació de les UFISS de cures pal·liatives al servei hospitalari d'urgències ha de potenciar la identificació proactiva de malalts en situació avançada per oferir a la persona el pla terapèutic més adequat, i derivar-la, si escau, a unitats específiques de cures específiques.

Aquesta tipologia d'UFISS són equips experts en cures pal·liatives que han de donar suport i treballar de manera integrada amb tot l'hospital, especialment amb aquelles unitats que tenen una freqüència de malalts avançats i terminals més alta, i facilitar la formació i incorporació de l'atenció pal·liativa a aquestes unitats, garantint la qualitat i l'adequació assistencial. És imprescindible que treballin amb els professionals de les diferents unitats hospitalàries a l'hora d'elaborar i consensuar els plans d'intervenció, i han de trobar espais i temps comuns on es puguin compartir les decisions.

³¹ Sánchez Ferrín P, Mañas Magaña M, Márquez A, Dejoz Preciado MT, Quintana Riera S, González Ortega F. Valoración geriátrica en ancianos con fractura proximal de fémur. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1999;34:65-71.

³² Miguel Artal M, Roca Chacón O. Intervención de una UFISS de geriatría en pacientes con fractura de cadera ingresados en un Servicio de Traumatología [Internet]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013 [consultat el 9 de juliol de 2014]. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.05.006>

- **Atenció proactiva**
- **Atenció a urgències**
- **Programes de prevenció de complicacions de l'hospitalització**
- **Integració en equips d'atenció a pacients crònics i malaltia avançada**

6.3 Revisar el mapa de serveis de Catalunya en funció dels nous objectius estratègics

Entre els canvis que el Pla de salut planteja hi ha el d'atendre d'una forma diferent els pacients crònics que habitualment són ingressats en els hospitals d'aguts. Les propostes dels PPAC i PDSS passen per adequar recursos actuals cap a modalitats alternatives d'atenció, com per exemple els d'atenció intermèdia.

Tot això fa que sigui necessari redefinir els criteris de planificació dels dispositius assistencials i adaptar-los a les diferents modalitats assistencials, de manera que tant l'estimació de la demanda que s'ha d'atendre com la capacitat assistencial necessària estiguin en consonància amb els perfils i les necessitats poblacionals, la cartera de serveis i els objectius de resolució, la qualitat i l'eficiència.

En aquest sentit, es plantegen diversos objectius conjuntament amb la unitat del Mapa sanitari:

1. Definir els criteris de planificació (demanda i capacitat assistencial) buscant que s'adeqüi l'atenció d'acord amb les diferents modalitats assistencials i s'eviti desplegar nous recursos addicionals.
2. Estimar l'impacte sobre les estructures actuals i la seva activitat.
3. Facilitar elements de referència per guiar la compra de serveis sanitaris i l'ordenació de l'oferta.

7. Avaluació

El procés d'avaluació de les actuacions derivades d'adequar la xarxa sociosanitària a l'atenció a la cronicitat vol servir d'impuls per al seguiment i, alhora, per a la identificació d'oportunitats de millora dels objectius plantejats. L'establiment d'indicadors i estàndards específics i progressius que acompanyin el desenvolupament del procés d'adequació s'ha de planejar com a objectiu que vagi unit al procés d'implementació de les accions que es descriuen en aquest document.

Cal treballar per disposar d'un quadre de comandament amb un paquet comú i congruent d'indicadors per poder dur a terme una avaluació que permeti tant un enfocament global del sector, com específica i sensible en l'àmbit territorial i per àmbits assistencials. Cal tenir en compte que es tracta d'una avaluació compartida amb repercussió en tots els àmbits assistencials, ja que l'atenció a la cronicitat comporta un canvi de model assistencial en la integració de serveis i recursos que suposarà una adequació, no només de la xarxa sociosanitària, sinó de totes les xarxes assistencials.

8. Llista d'acrònims

AP	atenció primària
CA	comunitat autònoma
CMBD-SS	conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris
DAFO	debilitats, amenaces, fortaleces, oportunitats
EAIA	equip d'avaluació integral ambulatoria
EAP	equip d'atenció primària
EAR	equip d'atenció residencial
ETODA	equip de teràpia d'observació directa ambulatoria
GRD	grup relacionat amb el diagnòstic
HCCC	història clínica compartida de Catalunya
LAPAD	Llei d'atenció a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència
MACA	model d'atenció a la cronicitat avançada
MND	malaltia neurodegenerativa
OMS	Organització Mundial de la Salut
PADES	Programa d'atenció domiciliària. Equips de suport
PDSS	Pla director sociosanitari
PIAISS	Pla interdepartamental d'acció i interacció social i sanitària
PPAC	Programa de prevenció i atenció a la cronicitat
RAI	<i>resident assessment instrument</i>
RCA	Registre central de persones assegurades
RUG	<i>resource utilization groups</i>
TIC	tecnologies de la informació i la comunicació
UCP	unitats de cures pal·liatives
UFISS	unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries
UGA	unitats geriàtriques d'aguts