

Persones amb necessitats complexes

MODEL D'ATENCIÓ

GESTIÓ DE L'ATENCIÓ COMPLEXA

CSC – Consorci de Salut i Social de Catalunya

Setembre de 2018



Antoni Anglada, director de projecte

Sara Jaurrieta, gestora de projecte

Col·laboradors i col·laboradores:

Almudena Alfonso, tècnica de Gestió de Projectes - SADEP (Servei d'Atenció a la Dependència), Institut Municipal de Serveis Socials - Ajuntament de Barcelona

Xavier Arrébola, adjunt d'Infermeria de Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE)

Montse Domènech, coordinadora del Programa del Model Col·laboratiu de l'Alt Penedès

Benito Fontecha, cap del Servei de Geriatria del Consorci Sanitari Integral (CSI)

Rosa Fumàs, directora tècnica de Serveis Socials del Consell Comarcal del Pallars Jussà

Antoni Gilabert, director de l'Àrea de Farmàcia i del Medicament del CSC

Melinda Jiménez, responsable de Treball Social del Consorci Sanitari Integral (CSI)

Enric Llorca, alcalde de Sant Andreu de la Barca

Xavier Melich, adjunt de coordinació de Serveis Socials Ajuntament d'Amposta

Gloria Navarro, responsable del servei del SAUV (Servei d'Atenció a les Urgències a la Vellesa) i Respir del Departament de Gent Gran de l'Ajuntament de Barcelona

Diego José Palao, director executiu de Salut Mental al Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí

Antoni Peris, director gerent al Consorci Castelldefels Agents de Salut (CASAP)

Ingrid Roca, coordinadora del Model d'Atenció Centrada en la Persona (ACP) del CSC

Anna Rufí, directora tècnica de Serveis Socials Consell Comarcal d'Osona

Jesús Tinoco, cap de Servei de Rehabilitació del Consorci Sanitari Integral (CSI)

Montserrat Tobella, regidora de Sant Andreu de la Barca

Índex

1.- Introducció	2
2.- Objectius	3
3.- Model d'atenció	3
4.- Model d'intervenció	5
4.1.- Referències	5
4.1.1.- Activitats	5
4.1.2.- Elements	7
4.2.- Proposta	8
4.2.1.- Líder del Programa	9
4.2.2.- Gestor/a de Cas (GC)	10
4.2.3.- Equip Interdisciplinari (EI)	11
4.2.4.- Formar	11
4.3 - Estratègies	11
5.- Model organitzatiu	13
5.1.- Referències	14
5.2.- Proposta	15
5.2.1.- Àmbit comunitari	16
5.2.2.- Àmbit hospitalari	18
5.2.3.- Integració clínica dels professionals i lideratge	20
5.2.4.- Sistema d'informació i TIC	20
5.2.5.- Responsabilitats i aspectes legals	21
6.- Bibliografia	22
7.- Glossari	23

1.- Introducció

L'augment de l'esperança de vida de la població i els canvis socials (estructura familiar, incorporació de la dona al món laboral, crisi econòmica) ha fet emergir un grup de població creixent que presenta pluripatologia / multi morbiditat (NICE guideline, 2016) amb presència de diferents malalties cròniques o problemes de salut i amb unes necessitats tant sanitàries com socials múltiples i interrelacionades o fins i tot indestriables. Viure en àrees deprimides avança més de 10 anys la presència de malalties cròniques (Barnett, 2012) i disminueix l'esperança de vida. La pobresa i la solitud s'ha demostrat que són factors de risc de mort (Stringhini, Carmeli, & Jokela, 2017), (Holt-Lunstadt, B., Baker, Harris, & Stephenson, 2015). Tant l'increment de necessitats sanitàries com socials tenen una forta correlació amb l'edat i l'increment d'esperança de vida que tenim, no s'acompanya de més anys de vida en salut.

D'altra banda, el sistema no s'ha adaptat a les seves necessitats i segueix donant una resposta separada en l'àmbit sanitari i social, i a la vegada, amb una organització orientada a l'excel·lència de l'acte assistencial, orientat majoritàriament a la malaltia, sense tenir en compte la visió integral de pèrdua funcional de la persona i els seus valors. Tot això fa que sigui la persona qui ha d'anar a buscar el servei, amb una resposta reactiva del sistema i a més a més segmentada per cada activitat necessària sense coordinació entre els professionals i amb poca o nul·la participació de la persona-cuidador/a en la presa de decisions.

Aquest grup de població comporta un elevat consum de recursos i amb una previsió demogràfica de creixement del sobre-envelliment fa que sigui un problema de sostenibilitat de primer ordre. Les entitats proveïdores orientades a la mateixa sostenibilitat no poden donar resposta amb el seu model organitzatiu i el seu àmbit d'actuació.

El sistema de pagament sanitari i el de serveis socials, de forma separada, segueix sent majoritàriament per activitat, per nivells i per entitat. No incentiva ni estimula l'acció col·laborativa transversal que comporti un canvi de model organitzatiu orientat a donar resposta eficient a aquest grup de població.

No existeix una definició senzilla ni de consens en la literatura sobre les "persones amb necessitats complexes". Nosaltres assumim la donada per (Rankin J, 2004) que les defineix com aquelles persones que tenen unes necessitats de suport múltiples, interrelacionades, interconnectades i profundes, requerint ajuda intensiva des de diferents vessants (sanitària, social i emocional). Davant d'aquesta problemàtica, la literatura i l'experiència internacional és unànime, la resposta ha de ser la **INTEGRACIÓ**, (Goodwin Nick, 2013) i així ho recull el Pla de Salut de Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2016) i el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (Ledesma A, 2015) tal com expressa la Resolució del Parlament de Catalunya sobre el sistema

públic de salut que insta al govern al procés d'integració social i sanitària (Parlament de Catalunya, 2015;610).

2.- Objectius

La meta del projecte ha de ser aconseguir implantar als diferents territoris un servei centrat en la persona que cobreixi el conjunt de necessitats sanitàries i socials que es detectin, amb els professionals més resolutius i en el lloc més adequat (cost/efectius) amb la corresponsabilitat del conjunt de les entitats implicades en aquesta provisió.

El plantejament del projecte el volem orientar a aconseguir el *Triple Aim* segons ho va definir (Berwick D, 2008;27(3)) del *Institute for Healthcare Improvement*, millorar l'experiència individual de l'atenció, millorar la salut de la població i reduir el cost per càpita. Per tant, té una clara orientació territorial i de gestió poblacional.

La situació de la persona-cuidador/a abans del projecte suposava una resposta reactiva a les necessitats, desplaçaments múltiples per rebre els serveis, descoordinació en l'assistència i canvis continus de professionals segons les activitats. Després del projecte la persona-cuidador/a ha de rebre una resposta pro activa i anticipada a les seves necessitats amb la seva participació en la decisió del seu pla de serveis. Tindrà l'assistència a domicili sempre que es pugui amb continuïtat de serveis socials i sanitaris, amb un professional coordinador i un equip resolutiu.

3.- Model d'atenció

El model d'atenció a dissenyar ha d'anar dirigit al grup de població de "Persones amb necessitats complexes". Aquest és un terme que més que definir les característiques d'un individu va dirigit al marc de resposta que necessita. No hi ha un cas genèric, cada individu amb necessitats complexes té una interacció única entre les seves necessitats de salut i d'atenció social que requereix una resposta personalitzada de serveis. El grup de població que denominem Persones amb Necessitats Complexes es creu que suposa un 5% de la població. Hem observat però, que és un grup heterogeni i que el podem segmentar en base a les seves necessitats i està fortament associat a l'edat, i això comporta un grau d'integració i d'intervenció de diferent intensitat. Hem de dissenyar un model d'atenció similar però variable segons la tipologia de risc de la persona.

Estudis recents han identificat els trets comuns de gestió i de funcionament en una gestió d'èxit de l'atenció complexa (Hong CS, 2014): **adaptat al context local i a la seva dimensió, combinar**

mètodes quantitius i qualitius en la selecció de les persones, construir relacions de confiança entre persona-cuidador/a i l'atenció comunitària, adaptar les intervencions i composició dels equips a les necessitats de les persones, formació especialitzada als membres de l'equip i utilitzar la tecnologia per reforçar els esforços del model d'atenció.

Pel disseny del model d'atenció ens hem basat en l'anàlisi (Oliver, Foot, & Humphries, 2014) elaborat per les persones d'edat més avançada però que és perfectament compatible a les persones d'aquest grup de població (PNC) donada la forta associació a l'edat. A partir d'aquesta anàlisi, s'ha fet recerca bibliogràfica de quines activitats amb evidència científica s'han de proporcionar (model d'intervenció) i quina organització requereix professionals, dispositius i entitats per fer possible la prestació de la intervenció dissenyada de la forma més eficient (model organitzatiu). La literatura ens diu que **les activitats a realitzar s'han de desplaçar a ser més preventives i pro actives, amb uns serveis integrats i centrats en la persona** (Figura 1).

Figura 1: Necessitats PNC / Persones grans



© The King's Fund 2014

La sistemàtica que hem seguit per desenvolupar una proposta és primer fer una anàlisi de les referències bibliogràfiques i un cop dissenyada la proposta fer una validació per un grup de professionals col·laboradors tant del sector social com sanitari, de forma paritària, per fer les consideracions i aportacions al model i a les estratègies per una implantació d'èxit.

4.- Model d'intervenció

En aquest epígraf del model d'intervenció s'analitzen en primer lloc les referències bibliogràfiques seleccionades com a marc d'actuació amb les activitats i elements a considerar per al seu desenvolupament. Després es presenta la proposta d'intervenció i a continuació, es detallen les estratègies necessàries com a clau d'èxit d'un programa de gestió de l'atenció complexa.

4.1.- Referències

La intervenció és el nucli del model d'atenció. Engloba la interacció entre el programa i la persona-cuidador/a per organitzar la provisió de serveis sanitaris i socials i donar suport en els diferents entorns (Windh J, abril 2016).

Els programes de l'atenció complexa d'èxit reuneixen uns atributs comuns que els podem diferenciar en activitats que realitzen i elements que consten (McCarthy D, Oct-2015).

4.1.1.- Activitats

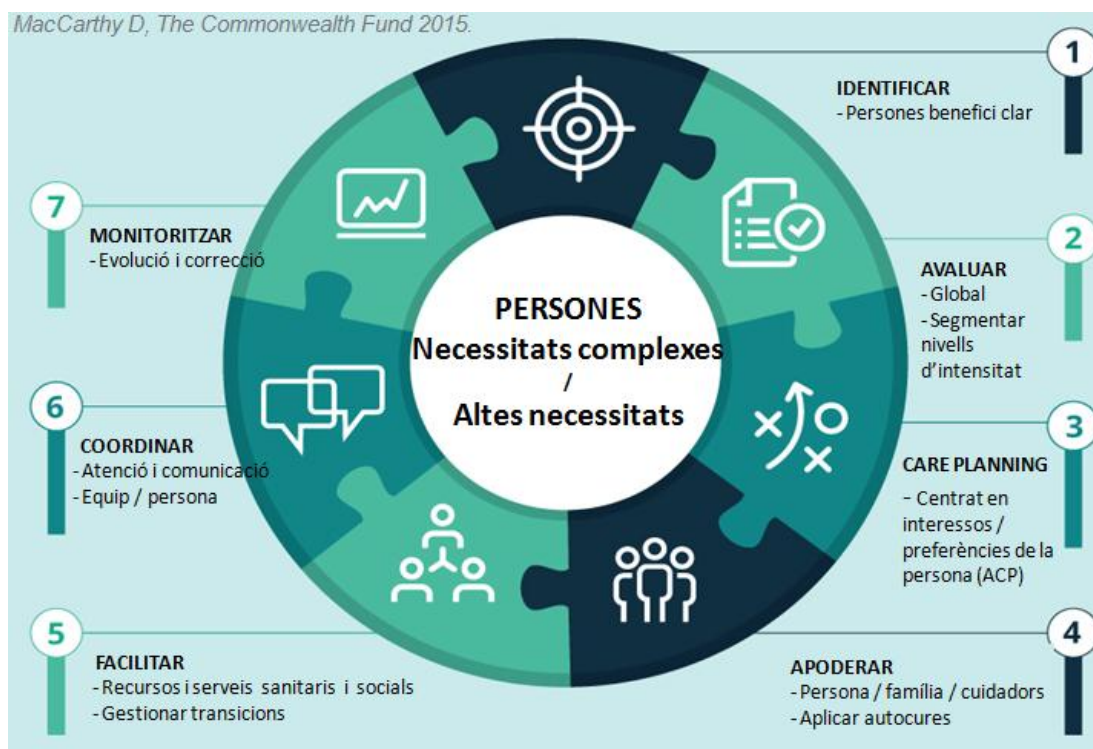
En aquest apartat, es descriuen breument les principals activitats a tenir present a l'hora de dissenyar la gestió de l'atenció complexa a la persona pel seu complet plantejament (recollides gràficament en la Figura 2).

1/ IDENTIFICAR les persones que més es poden beneficiar de la intervenció a través d'un procés de filiació i estratificació de risc en base a necessitats. Cal treballar en base a les dades existents i afegir judici professional. La intervenció ha d'anar dirigida al grup de persones-cuidadors/es que ha demostrat la seva efectivitat. Segons la literatura cal dirigir la intervenció al grup denominat d'altas necessitats que són aquells que presenten multi cronicitat (>3) i limitació funcional per les activitats de la vida diària.

2/ AVALUACIÓ funcional i global en base el risc i les necessitats en un procés de contacte directe a domicili de la persona, que identifiqui i classifiqui el nivell d'intensitat de la intervenció (baix, moderat, alt) que necessita, atenent la situació familiar i comunitària.

3/ ELABORAR el *Care Planning* conjuntament amb la persona-cuidador/a. Ha de recollir les preferències de la persona i donar resposta a les seves necessitats de forma compartida (Atenció Centrada en la Persona). Aquesta implica tractar a la persona amb dignitat i respecte. L'atenció que es defineixi ha de ser personalitzada, amb visió global, integrada en les activitats habituals.

Figura 2: Gestió de l'atenció complexa: activitats



4/ **APODERAR** a la persona i família en el procés d'autocura. Caldrà treballar amb cuidadors/es i família atenent la tipologia de la persona identificada, ja que aquesta pot tenir pèrdua cognitiva i/o funcional per les habilitats de la vida diària.

5/ **COORDINAR** l'atenció del servei, amb un sol punt d'interlocució entre la persona i l'equip, i també entre els diferents membres de l'equip.

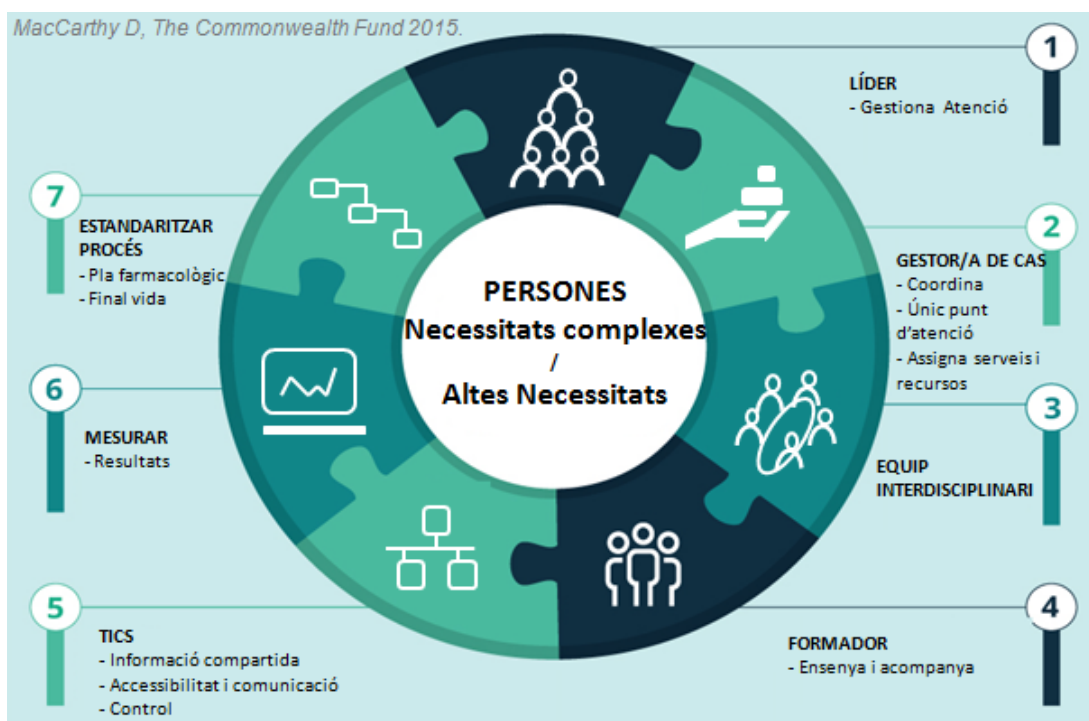
6/ **FACILITAR** el servei i recursos de suport més adequat segons els objectius i prioritats de la persona atesa. Cal que es disposi de la cartera de serveis social i sanitària de manera accessible i flexible per poder prescriure i autoritzar-los des d'un sol punt i readequar el *care planning* segons necessitats. Cal posar molta atenció als processos de transició des de l'internament a la comunitat.

7/ **MONITORITZAR** el progrés i evolució del programa i fer les correccions o redireccionaments necessaris.

4.1.2.- Elements

En aquest apartat d'elements es recullen els perfils professionals de les persones necessàries per desenvolupar la gestió en l'atenció complexa així com les eines primordials per una bona implementació (Figura 3).

Figura 3: Gestió de l'atenció complexa: elements



1/ LÍDER del programa és qui ha de tenir la visió global i fa la direcció de l'atenció i el seu redireccionament. Identifica la persona que entrarà en el programa i marca el nivell de necessitat i la intensitat de la intervenció. Designa l'equip i el/la gestor/a de cas. Ha d'aplicar el PDCA (*plan-do-control-act*) en la gestió del programa.

2/ GESTOR/A DE CAS és l'únic/a referent i interlocutor/a per a la persona i família. Proposa el *care planning* a la persona-cuidador/a, en el seu domicili de forma prioritària, i fa una valoració global. Coordina l'atenció i l'equip davant esdeveniments puntuals que requereixen diferents professionals. Coordina les transicions. Reavalua el *care planning* segons canvis funcionals i de necessitats i adjudica els recursos de suport que precisi de forma accessible i flexible. És l'interlocutor/a únic de la persona-cuidador/a amb l'equip. Fa el monitoratge de la implementació

de cures i serveis de suport i avalua els resultats en qualitat de vida i en fa el redireccionament si s'escau.

3/ EQUIP INTERDISCIPLINARI de base comunitària, s'ha d'adaptar a la població d'intervenció amb una composició dirigida als objectius plantejats. L'equip està al servei del/la gestor/a de cas. En la seva composició cal contemplar les àrees de coneixement necessàries per poder elaborar una proposta de *care planning*: metge/ssa de família, treballador/a social, farmacèutic/a, infermer/a comunitària, nutricionista, especialistes mèdics com geriatre/psiquiatre/rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicòleg/a i àrees específiques de serveis socials. Segons el nombre de casos que gestionen els equips cal optimitzar recursos i compartir professionals. La majoria d'interaccions entre els membres pot ser no presencial. Es poden incorporar membres puntuals per aportar coneixement i fer més eficient l'equip.

4/ FORMADOR en tècniques de canvis de comportament i aprenentatge d'habilitats d'autocura. La seva funció és facilitar indicacions de què ha de fer en cas d'incidència i a qui ha de contactar o quin recurs mobilitzar en diferents moments del dia.

5/ TICs dirigides a disminuir la càrrega de treball associada a aquests models. S'han d'orientar a simplificar la comunicació entre professionals i persona atesa, ajudar a l'assistència no presencial i al seu control. La capacitat de compartir la informació de la persona per part de tots els professionals implicats és una necessitat primordial.

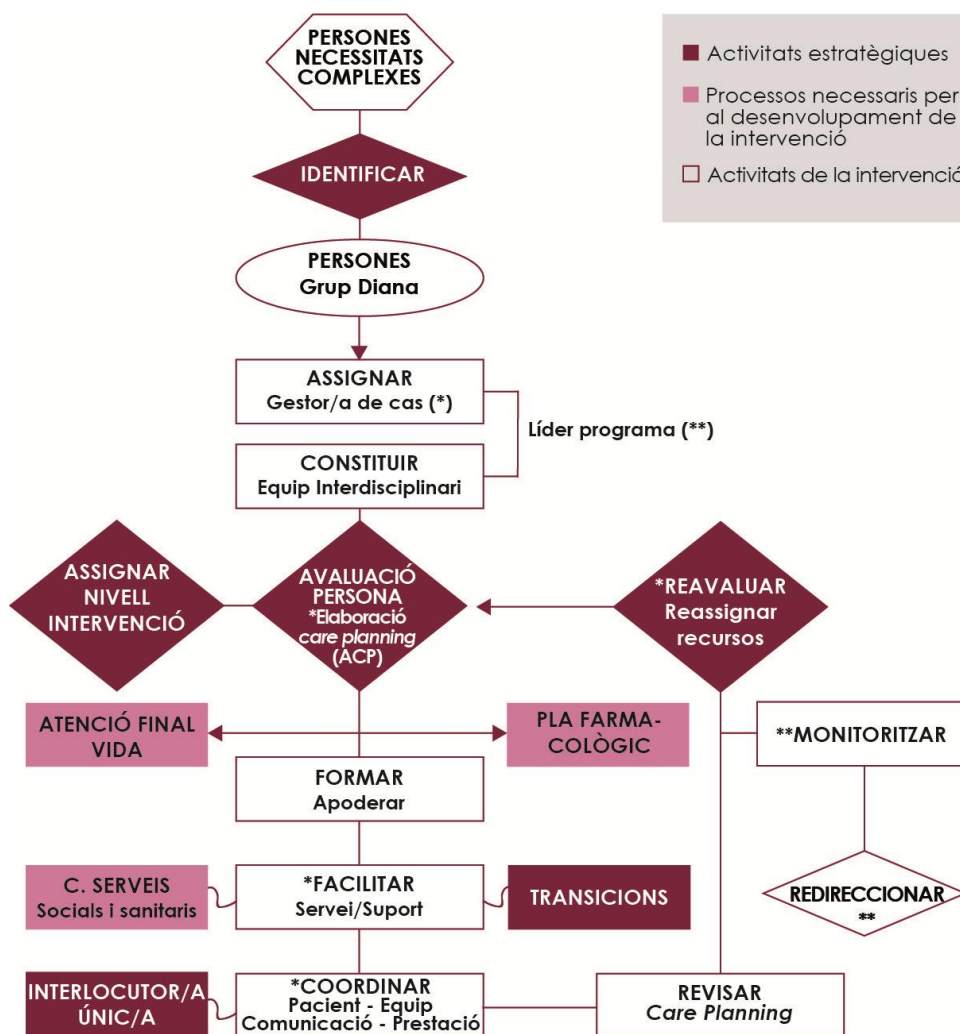
6/ MESURAR resultats, sistematitzar un quadern de comandament i fer anàlisi periòdica amb redireccionament.

7/ EXISTÈNCIA de processos estandarditzats per l'atenció a les persones-cuidadors/es en el final de vida i revisió del pla farmacològic.

4.2.- Proposta

De l'anàlisi del que hem exposat s'ha elaborat un model d'intervenció on en forma de diagrama de flux s'exposen les activitats que la literatura recomana (Figura 4). Les activitats representades amb fons de color fosc són les considerades estratègiques i clau d'èxit d'un programa de gestió de l'atenció complexa (s'expliquen en més detall en un apartat específic). Les activitats en fons de color més clar són processos necessaris pel desenvolupament de la intervenció i que cal que estiguin acordats i explícits en forma de procés (pla farmacològic, atenció final de vida i cartera de serveis socials i sanitaris). En aquest document no tractarem l'aspecte de formació continuada però la considerem imprescindible per un desplegament del model on hi ha propostes de nous professionals, noves funcions i noves formes de treball.

Figura 4: Gestió de l'atenció complexa: model d'intervenció



Com a elements claus es creen les figures del/la líder del programa i els/les gestors/es de cas. Les dues figures són cabdals pel funcionament del programa i és l'estructura pròpia mínima necessària. En l'explicació següent dels dos perfils exposem les funcions i activitats que han de desenvolupar (negreta) i que estan representades en el diagrama de flux. També comentem l'EI (Equip Interdisciplinari) i la funció de formar/apoderar.

4.2.1.- Líder del Programa

El/la líder del programa ha de tenir un perfil de líder de coneixement, respectat pels professionals, ha de tenir habilitats d'empatia i capacitat de crear equip. Ha d'haver treballat en aquest tipus d'atenció amb experiència en els instruments que s'utilitzaran. Ha de ser capaç de tenir criteri davant les incerteses que generarà el projecte, amb capacitat d'anàlisi, de prendre decisions i amb habilitats comunicatives. Ha de ser respectat/da pels diferents professionals de l'àrea mèdica, infermeria i treball social. Per visualitzar la necessitat d'integració social i sanitària es creu convenient en una primera fase que hi hagi un colideratge compartit entre un professional de salut i un de serveis socials.

Les seves funcions han de ser:

- Contribuir al disseny del programa
- Assegurar l'aplicació del model d'atenció
- **Assignar**, donar suport i supervisar a els/les Gestors/es de cas
- **Constituir** i donar suport als Equips Interdisciplinaris
- **Monitoritzar** i **redireccionar** el programa per assegurar els resultats en les persones
- Dirigir l'autoavaluació de la implantació del model d'atenció

4.2.2.- Gestor/a de Cas (GC)

El/la Gestor/a de cas necessita unes habilitats i expertesa adequada per portar a terme la seva tasca de forma satisfactòria. Identifiquem quatre àrees que influeixen en les seves capacitats: la responsabilitat assignada, funcions i competències, habilitats i suports amb equip d'atenció primària, personal de l'hospital i les relacions amb la persona-cuidador/a. La formació acadèmica de base no ha de ser un factor que determini l'efectivitat de la seva funció. Diferents estudis mostren que poden provenir de diferents àrees de coneixements com infermeria, treball social, fisioteràpia o teràpia ocupacional.

Les seves funcions han de ser:

- Fer avaluació global a domicili i recollir valors i preferències de la persona
- **Elaborar** el *care planning* / PIIC amb l'Equip Interdisciplinari (EI) i persona-cuidador/a
- Assignar nivell d'intervenció
- **Facilitar** el servei/suport social i sanitari
- Garantir transicions
- Ser interlocutor únic
- **Coordinar** la relació persona-cuidador/a i EI
- **Revisar** el compliment del *care planning* / PIIC
- **Reavaluar** la situació i modificar el *care planning* / PIIC
- **Reassignar** serveis/suport

4.2.3.- Equip Interdisciplinari (EI)

L'equip interdisciplinari ha de contemplar als professionals que aportin les àrees de coneixement necessàries pel cas en qüestió i poder desenvolupar un *care planning* ajustat a la persona tant des de la visió tècnica professional com dels seus valors i preferències. Per això, proposem un EI *ad hoc* a cada persona en el que podem diferenciar uns membres permanents que són el suport clau de la GC, aquests són els professionals tant sanitaris com socials de l'Atenció Primària (AP). I uns membres, professionals especialitzats, que actuaran a demanda. S'activen segons necessitat i sempre a través del/la GC d'acord amb l'equip d'AP. En general en aquest tipus de persona les àrees de coneixement que s'han de cobrir des de la vessant sanitària són: geriatria, rehabilitació, pal·liatiu, farmàcia, nutrició, psicologia i altres especialitats segons tipus de necessitat.

4.2.4.- Formar

Formar per capacitar i apoderar a la persona-cuidador/a per les autocures i de com procedir en cas de dubtes o incidència, a més de facilitar el manual d'actuació. Només hi ha d'haver un únic punt d'interlocució a partir del qual es donarà resposta de forma ràpida. Cal determinar el/la professional més cost/efectiu per fer aquesta funció encara que això suposi nous tipus de professionals o incorporar-ne d'existents al sector social i sanitari.

4.3 - Estratègies

Les estratègies claus per un programa d'èxit de la gestió de l'atenció complexa (Windh J, abril 2016) són les representades a la Figura 5.

1/ **Estratificar** el risc i focalitzar l'atenció al subgrup de població que consumeixi més recursos sanitaris i/o institucionalitzats socials. El model d'intervenció ha de ser comunitari i evolucionar a la prevenció i proactivitat, per tant, s'ha de basar en l'existència de bases de dades actualitzades que permetin conèixer sobre quina població diana volem actuar. És clau **identificar** les persones que més es poden beneficiar del programa a través d'un procés de filiació i estratificació de risc en base a les necessitats. Segons el grup diana escollit la intensitat tant de l'actuació com de la integració entre serveis socials i sanitaris serà superior. La intervenció ha d'anar dirigida al grup de persones-cuidadors/es que ha demostrat la seva efectivitat. Segons la literatura, cal dirigir la intervenció al grup de població que tingui multi cronicitat / morbiditat i limitació funcional per les activitats de la vida diària, els anomenem Persones amb Altes Necessitats (Hayes SL, august 2016). L'edat és el factor determinant per la presència d'aquestes variables. Segons volem un grup més o menys nombrós i de més intervenció activa o preventiva, aplicarem més o menys

restriccions en les variables. Només combinant aspectes quantitius i qualitius en el procés d'identificació s'obté un grup de població on s'ha demostrat més efectivitat de la intervenció.

2/ **Avaluació** integral en base al risc i a les necessitats de la persona en un procés de contacte directe a domicili. És un procés clau en la definició i implantació de la intervenció amb les seves activitats. L'avaluació integral ha de permetre d'una banda, identificar les oportunitats a l'entorn familiar i de cuidadors/es per mantenir la persona a la seva llar i comunitat, així com determinar els serveis i suports necessaris. D'altra banda, ha de servir per identificar els nivells d'intensitat en l'atenció. Amb aquesta avaluació i conjuntament amb l'Equip Interdisciplinari (EI) s'elaborarà el *care planning*. Aquest ha de recollir els valors i preferències de la persona i s'acordarà de forma compartida amb la persona-cuidador/a (Atenció Centrada en la Persona).

Figura 5: Gestió de l'atenció complexa: estratègies



Adaptació Windh J., Long-Term Quality Alliance 2016

3/ Diferències en les necessitats s'ha de correspondre amb una **assignació** diferent de recursos segons nivells d'intensitat que ens permeti fer una **segmentació de la gestió**. Baixa intensitat

seria la que requereix un control i seguiment no presencial. Assignació moderada requereix visites periòdiques per un/a treballador/a social o infermer/a en un període de temps determinat. Atenció intensiva implica un període de temps més llarg que requereix la intervenció de tot o part de l'equip i necessitat de coordinació entre ells. Les transicions o persones en risc d'institucionalització social són episodis d'alta intensitat i alt risc.

4/ Una de les principals aportacions de la intervenció és implantar **un únic punt d'atenció** per a la persona-cuidador/a, que serà el/la Gestor/a de cas (GC). Aquesta figura treballa en coordinació amb l'EI, a través d'un sol pla d'atenció i d'un sistema d'informació compartit. Per tant, el/la Gestor/a de cas és l'únic/a referent i interlocutor per a la persona i cuidador/a en relació a l'EI. És qui proposa el *care planning* a la persona-cuidador/a, es coordina amb l'EI davant d'esdeveniments puntuals que requereixen l'atenció de diferents professionals i gestiona les diferents transicions, fa el monitoratge de la implementació de cures i serveis de suport, avalua els resultats en relació a la qualitat de vida de la persona i en fa el redireccionament. Les TICs han de ser eines imprescindibles per facilitar aquestes funcions i relacions.

5/ Per facilitar el servei i els recursos de suport més adequats segons els objectius i les prioritats de la persona-cuidador/a, cal que es disposi d'una cartera de serveis socials i sanitaris accessible i flexible, per poder autoritzar-los des d'un sol punt i readequar el *care planning* segons necessitats. El/la Gestor/a de cas reavaluarà regularment el *care planning* segons els canvis funcionals i de necessitats de la persona i li adjudicarà els recursos necessaris. **La gestió de l'ús dels recursos** inclou tres aspectes clau: assignar serveis i suport en el temps, ja sigui incrementant o reduint els recursos segons les necessitats; gestionar les **transicions** a fi d'estabilitzar la persona en el seu nou lloc i evitar que retorni a l'anterior; i gestionar la utilització de llits hospitalaris i residències. Cal posar molta atenció en els processos de transició d'internament a la comunitat, tota transició ha de tenir uns elements que el/la Gestor/a de cas ha d'assumir: notificació precoç, compromís de la família, coordinació de l'EI, monitorització i seguiment per ajustar els serveis. En conclusió, cal maximitzar els recursos personals, familiars i comunitaris, encara que això suposi traspasar límits en l'ús dels recursos, per aconseguir mantenir a la persona a casa o retardar l'ingrés o institucionalització social.

La resposta ha de ser en funció de les necessitats detectades, no de la capacitat que tinguem. És important el seguiment, la **revaluació amb reassignació** de cada cas. No s'hauria de donar una alta de l'hospital sinó hi ha l'autorització del/la GC per garantir la continuïtat de l'atenció (transició).

5.- Model organitzatiu

Si coneixem les necessitats de les persones i les activitats que hem de realitzar per satisfer aquestes necessitats ens cal establir el conjunt de dispositius i persones que necessitem i les relacions ordenades entre si per facilitar el servei d'una forma eficient. Revisem les referències que hi ha a la literatura i després fem una proposta genèrica de com organitzar-se.

5.1.- Referències

Les activitats amb evidència per aquests tipus de persones estan ben documentades i explicitades en l'article The King's Fund (Oliver, Foot, & Humphries, 2014) on es diferencien segons els diferents components que tota persona demana:

1.- **Envellir amb salut.** Garantir una llar en condicions, evitar la solitud i l'aïllament social, educar en els estils de vida saludable (exercici, alimentació i no tabac ni alcohol), abordar els problemes menors que són invalidants (dolor, incontinència, immobilitat, afectació dels òrgans dels sentits, dentadura, etc.) i realitzar els programes de vacunació i de cribratge poblacional.

2.- **Saber conviure amb una o més malalties cròniques.** Donar nivell d'atenció adequat després d'una estratificació per risc, integració de serveis per realitzar una continuïtat de l'atenció, formar per apoderar autocures, controls a domicili amb teleassistència i facilitar un accés i atenció com a la resta de la població.

3.- **Suport a la complexitat.** Identificar i avaluar proactivament les persones amb fragilitat, implantar programes de prevenció de caigudes, practicar exercici diari, reduir la polifarmàcia i tenir cura expressa de les persones amb demència.

4.- **Accessibilitat i suport efectiu en situació de descompensació o crisi.** Accessibilitat i continuïtat de l'atenció per l'AP, resposta de serveis socials i sanitaris 24h diàries els 7 dies de la setmana (7x24) amb temps de resposta de 2h durant el dia i 14h a la nit, serveis d'emergències mèdiques (SEM) coordinats i alineats, aplicar vigilància social i sanitària a persones d'alt risc, control a domicili amb teleassistència i/o telemedicina, accessibilitat a l'AE, equips geriàtrics comunitaris, fer avaluació geriàtrica integral (AGI) abans i després d'un ingrés hospitalari, hospitalització domiciliària.

5.- **Atenció aguda centrada en la persona (ACP) i d'alta qualitat.** Fer una AGI a tot pacient ingressat, posar el focus en els pacients fràgils, existència d'una unitat geriàtrica d'aguts, establir programes de seguretat clínica i de minimització de riscos d'hospitalització, especial atenció al pacient psicogeriatric, aplicar ACP i garantir la continuïtat de l'atenció entre AE i AP.

6.- **Una bona planificació de l'alta i suport en el post alta.** Planificar l'alta de forma precoç, consensuar i implicar a la persona-cuidador/a en l'alta, facilitar l'alta els 7 dies de la setmana,

garantir la comunicació entre professionals, avaluació i suport post alta, atenció precoç post alta de l'equip social/sanitari.

7.- Una rehabilitació física i social efectiva. Compartir l'AGI i PIIC, aplicar la millor pràctica basada en l'evidència (PBE), assignar serveis basats en resultats, proveir continuïtat de serveis de rehabilitació (domicili, sociosanitari, residència), suport de terapeuta ocupacional (TO), fer tancament del procés de transició.

8.- Una atenció a les residències digna i centrada en la persona (ACP). Prevenir l'ingrés evitable, compartir sistemes d'informació, avaluació global continua, aplicar metodologia d'ACP.

9.- En el final de vida tenir el suport adequat, el control i la capacitat de decisió. Equip format, identificar a les persones en final de vida, garantir pla de decisions anticipades, coordinació i pla d'alta amb l'hospital, accés a cures pal·liatives, suport a domicili, millorar final de vida a l'hospital i implicar a persona-cuidador/a.

Per desenvolupar aquestes activitats dels diferents components requereix una integració de serveis orientats a la prevenció i a la proactivitat.

5.2.- Proposta

La resposta organitzativa al model d'intervenció ha de ser la integració de serveis. **Integració** significa donar atenció a les persones superant barreres entre la salut física i mental, els serveis sanitaris i socials, entre l'atenció primària i especialitzada, tot donant un servei de qualitat en el moment i lloc adequat respectant les preferències i valors de la persona.

El model d'atenció ha de ser de base territorial i de gestió poblacional. La intervenció ha de ser comunitària però pel tipus de persones ateses i les seves necessitats precisa tant d'un model d'organització comunitari com hospitalari orientat a la comunitat que garanteixi l'accessibilitat i les transicions. El model organitzatiu ha de donar resposta 24h al dia, 7 dies a la setmana (7x24).

El conjunt d'organitzacions d'un territori ha de treballar en xarxa i de forma col·laborativa. El nombre d'entitats i professionals implicats habitualment tenen cultures molt diferents i amb por a perdre la seva funció i estatus. Hi ha incertesa per la manca de pràctica i habilitats per assumir noves funcions. Hi ha uns insuficients sistemes d'informació compartits entre serveis socials i sanitaris que facilitin una atenció integrada i una coordinació pel continuïm de l'atenció. Per fer-ho possible i perdurable hem de contemplar la integració clínica dels professionals, el lideratge, el sistema d'informació i els aspectes legals.

5.2.1.- Àmbit comunitari

El model d'intervenció ha de ser centrat en la persona-cuidador/a i de caràcter comunitari. Pretén mantenir la persona de forma autònoma al seu domicili i en la comunitat tant com sigui possible mentre estigui en situació estable, retardant al màxim la seva institucionalització. El/la líder del programa aplica el procediment de detecció de casos de forma proactiva segons s'hagi determinat quin serà el grup diana decidit pel territori i assignarà aquestes persones a un/a GC. Conjuntament constituïran l'EI *ad hoc* a cada cas.

Els components organitzatius d'aquest àmbit són (Figura 6):

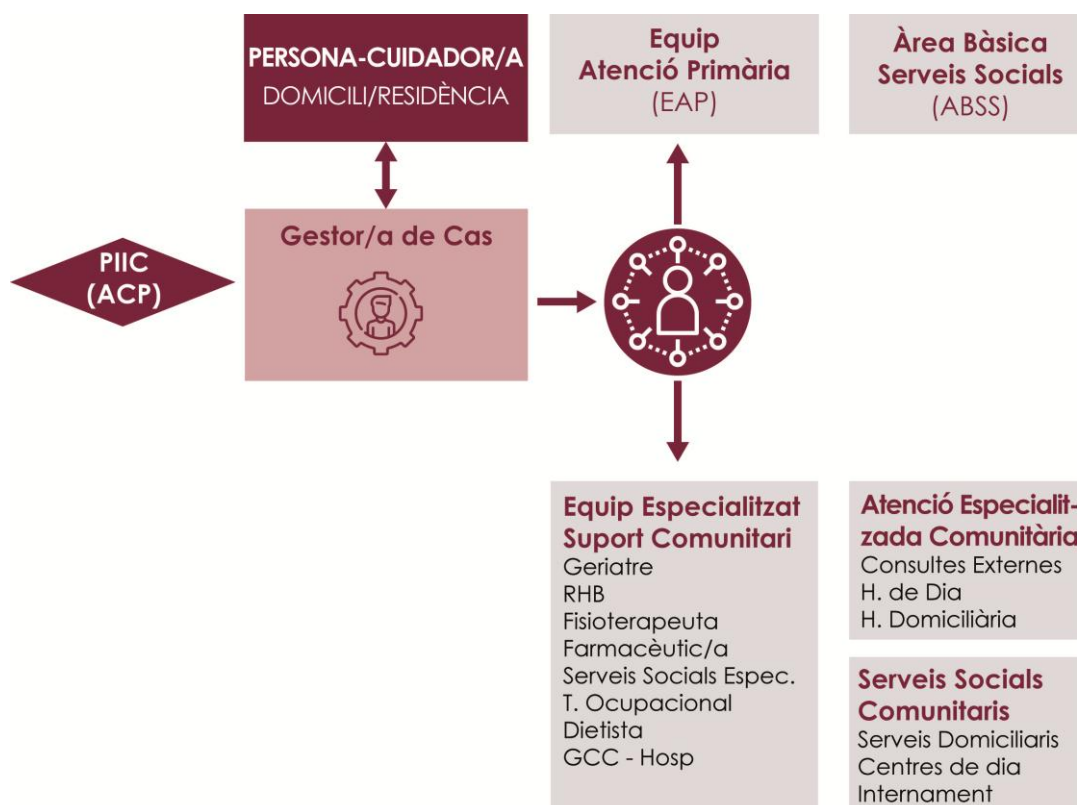
i/ Persona-cuidador/a ha de ser el centre del model i ha de ser ella qui prengui les decisions que l'afecten, sempre que es pugui. Un nombre important d'aquestes persones tenen dèficits cognitius que les impossibiliten de prendre decisions que els hi afecten, per aquest motiu cal treballar amb la família-cuidador/a o persones que coneixen als afectats per detectar les preferències i valors d'aquests i respectar-ho al màxim (ACP). S'assignarà un/a GC i un telèfon de contacte en horari d'obertura de l'AP que actuarà d'únic punt d'atenció. Se'ls formarà i apoderarà per poder fer les autocures i se'ls hi entregarà i explicarà un manual d'actuació per saber com actuar i qui avisar davant de cada incidència o dubte les 24h al dia dels 7 dies de la setmana. Cada persona haurà de tenir el seu *care planning* acordat i publicat el PIIC en la HC3 per ser compartida per tots els agents del sistema social i sanitari. Aquest es revisarà com a mínim un cop a l'any en situació d'estabilitat i sempre després d'una descompensació o a petició de la persona-cuidador/a o del/la professional responsable tant de l'àrea social com sanitària. A partir del *care planning* acordat s'assignaran els serveis i suports necessaris pel nivell d'intervenció que s'hagi decidit. La provisió ha de ser ràpida i flexible, s'han de poder modificar en cada reavaluació.

ii/ El/la Gestor/a de cas és l'eix vertebrador del model. Les funcions que ha de desenvolupar implica tenir una capacitat real d'actuació i d'autoritat que les organitzacions implicades li han de reconèixer per poder realitzar-les satisfactòriament. El/la GC no substitueix cap funció dels professionals assistencials socials/sanitaris, simplement facilita que aquestes actuacions es puguin realitzar adequadament i és l'enllaç entre persona i professionals, entre professionals de l'EI i entre àmbits comunitari i hospitalari. Com ja hem explicat dins l'EI hi ha uns membres permanents que són el suport clau de la GC, aquests són els professionals tant sanitaris com socials de l'AP. Així metge/ssa i infermer/a familiar i comunitària com el/la treballador/a social han de ser el nucli de la presa de decisions.

El/la GC avalua la situació de la persona en el propi domicili, elabora el *care planning* amb l'EI i la persona-cuidador/a, s'assignen els serveis i suport i en fa la revisió del seu compliment, coordina les relacions entre persona i professionals i entre professionals, sigui de forma presencial o no. És

el referent de la persona-cuidador/a i en fa la gestió dels recursos i serveis que s'han de proporcionar com de garantir les transicions. Serà el referent comunitari per l'àmbit hospitalari i caldria la seva autorització per donar d'alta a un pacient d'urgències o hospitalització i així garantir la continuïtat assistencial. Després de cada descompensació o de forma anual en situació estable es reavaluarà *el care planning* i es reassignarà els recursos necessaris.

Figura 6: Model organitzatiu – àmbit comunitari



iii/ Atenció Primària: l'assignació de població de l'UBA sanitària i de serveis socials ha de ser coincident. La ubicació del/la TS ha de ser en les dependències del CAP. La coincidència de població assignada, lloc de treball i el fet de compartir SI ha de facilitar la coordinació social i sanitària, només cal planificar temps i espais de treball entre professionals per valorar les persones identificades que el/la GC necessiti. Els professionals de l'àrea social i sanitària participaran de l'avaluació i elaboració del *care planning* de les persones que tenen assignades i faran el seguiment que tenen establert. Davant una incidència o alerta recollida pel/la GC es tractarà amb el professional d'AP que pertoqui i s'activaran els recursos adients. El/la GC es cuidarà de facilitar els tràmits i desplaçaments que pertoquin (agenda de visites, activar domicili, contactar amb l'hospital, etc.).

L'organització de l'atenció sanitària de l'AP sigui per UBA amb població assignada o per concentració de pacients geriàtrics no afecta la implantació del model, ni tenim evidències fins a l'actualitat de quin tipus d'organització obté millor resultats.

iv/ EESC són equips d'atenció especialitzada sanitaris o socials que aporten coneixement i accessibilitat als dispositius d'atenció especialitzada d'actuació ambulatoria. Seran els professionals d'aquest equip els que activin els dispositius i faran l'activitat ambulatoria corresponent. S'activaran segons necessitat i sempre a través del/la GC d'acord amb l'equip d'AP. Tenir accés a equips especialitzats de serveis comunitaris (EESC) ha demostrat evidència de la seva efectivitat.

5.2.2.- Àmbit hospitalari

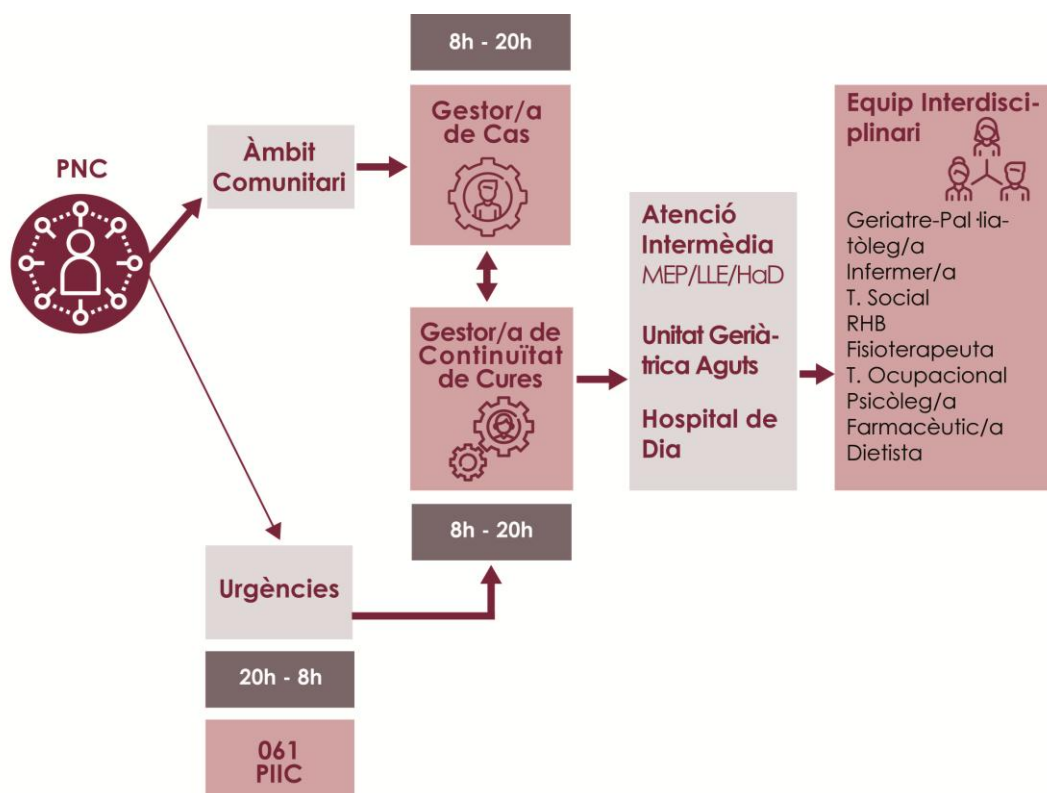
És on adreçarem a la persona en situació de crisi o descompensació que no podem controlar en l'àmbit comunitari. Sempre que es pugui es farà de forma planificada a partir de la GC, només en situació d'instabilitat o fora d'horari d'AP s'hauria d'activar el SEM per entrar per la porta d'urgències. Els elements clau de l'àmbit hospitalari són la figura de gestor/a de continuïtat de cures (GCC) i l'EI. Els dispositius que han mostrat ser efectius en aquest tipus de pacients són: Urgències, UGA, Atenció intermèdia, hospital de dia i hospitalització domiciliària (Baztan JJ S. F., 2009) (Figura 7).

i/ Gestora de continuïtat de cures (GCC)

És el/la interlocutor/a del medi hospitalari davant la GC i àmbit comunitari, facilita l'accés al dispositiu i professional que requereixi la intervenció, ha d'estar operativa les mateixes hores de servei de la GC (habitualment de 8-20h, horari d'AP), una de les tasques que té la GCC és ubicar a la persona atesa en el recurs o dispositiu hospitalari més cost/efectiu atenent a un algorisme de decisió basat en les següents variables: estat o situació clínica, grau de precisió diagnòstica, intensitat requerida de tractament, durada estimada d'aquesta, capacitat de mobilitat de la persona-cuidador/a, isòcrons al domicili. Fora d'aquest horari o en situació d'instabilitat s'activarà el 061 que actuarà segons el que està especificat en el PIIC. En aquests casos la GCC iniciarà l'avaluació a urgències i ubicarà a la persona en el dispositiu adient, si ho necessita, tindrà el suport del metge d'AE responsable.

La relació GC i GCC no és només per tenir accés als recursos hospitalaris sinó també i més important és organitzar la transició d'alta de l'hospital, sigui d'una persona ingressada o que ha estat atès a UCIES. En aquests casos, com ja hem explicat, no s'hauria de donar l'alta a una persona sinó està planificada la transició amb l'acceptació de la GC.

Figura 7: Model organitzatiu – àmbit hospitalari



ii/ Equip Interdisciplinari (EI)

En l'àmbit hospitalari és molt important el treball de l'EI qui ha de fer una avaluació global de la persona i fixar els objectius corresponents de les diferents àrees (clínica, funcional, psicoemocional i social). Tindrà actuació en els diferents dispositius hospitalaris amb diferent intensitat i amb els professionals corresponents. Un aspecte important és treballar l'alta des del primer dia.

iii/ Urgències (UCIES)

Dispositiu obert 24h els 365 dies a l'any amb presència de professionals qualificats que el fan atractiu de derivar davant qualsevol descompensació o incertesa diagnòstica d'una persona. No ha de ser la porta d'entrada habitual de l'hospital i menys en aquest grup de població diana que ens referim. Sempre que podem, hem de fer un ingrés planificat utilitzant la via de contacte GC amb GCC i reservar la via urgent per situacions inestables i descompensacions en horari que s'activa el 061. Per l'alta freqüència d'aquests pacients als boxs d'UCIES cal tenir professionals entrenats per l'atenció a aquestes persones i tenir un equip especialitzat que actuï a demanda donant suport. Com ja hem dit, la GCC forma part d'aquest equip i pot ser el professional de

referència a fer un primer contacte i avaluació. Si un cop avaluat la persona atesa es considera que es pot retornar a domicili o residència la GCC ha de contactar a la GC i organitzar la transició.

iv/ Unitat geriàtrica d'aguts (UGA) i hospital de dia (HdD)

Aquests dispositius tenen com a objectiu establir la persona clínicament i/o fer un diagnòstic i avaluació precisa minimitzant la seva pèrdua funcional que permeti el retorn al mateix lloc d'origen. L'UGA serà en règim d'internament i l'HdD de forma ambulatoria. Són dispositius que s'organitzen per l'atenció a les necessitats de les persones i no per especialitats. Són unitats medicoquirúrgiques on hi ha personal d'infermeria específic preparat per l'atenció d'aquest tipus de persones i metges geriatres polivalents que aplicaran l'AGI i sistemàtica de treball interdisciplinari amb els professionals de les altres àrees de coneixement. El pla farmacològic i la planificació de l'alta des del primer dia d'ingrés són aspectes claus pel bon funcionament de les UGA. L'HdD és un dispositiu per poder donar l'alta de forma precoç a alguns/es pacients i evitar ingressos en casos seleccionats que, l'estat clínic i amb disponibilitat de mobilitat, permeti l'aplicació de tractaments intensius temporals i periòdics en unes hores al dia.

v/ Atenció intermèdia (AI) i hospitalització domiciliària (HaD)

Dispositius que un cop superada la fase més aguda d'un/a pacient i sempre amb precisió diagnòstica i avaluació global requereix internament per acabar d'establir la situació clínica, millorar la capacitat funcional o adequar el context social per poder retornar a domicili. Depenent de la situació familiar i social es pot optar en règim d'hospitalització domiciliària. Ambdós dispositius també permeten fer front a situacions subagudes que poden evitar un ingrés tradicional. La HaD plantejada coordinadament amb l'AP és indispensable per realitzar una transició adequada.

5.2.3.- Integració clínica dels professionals i lideratge

A partir del model d'intervenció es definiran els tipus de professionals més resolutius en base a la titulació acadèmica per desenvolupar les activitats. Això implicarà posteriorment definir el perfil de competències a desenvolupar per aconseguir el millor servei. El model ha d'incorporar un nou sistema de treball interdisciplinari amb una nova manera de prendre decisions i per tant de lideratge. Caldrà contextualitzar i planificar persones potencials i aspectes formatius. També s'ha de considerar el desenvolupament de cada professional en noves habilitats, formació emocional i ambiental, conèixer les funcions dels altres i canvis de funcions, si és el cas. Identifiquem un/a responsable o líder del model d'atenció i els/les gestors/es de cas que han de ser personal format per aquesta tasca. Els/les GC tindran dependència funcional del/la líder del programa.

5.2.4.- Sistema d'informació i TIC

Sistema d'informació i TIC integrat i accessible tant per la presa de decisió com per la seva gestió i govern. Ha de contemplar quines dades són compartides per tots els agents, eina per garantir el procés assistencial i quadern de comandament per l'òrgan de govern i pel de gestió. Cal contemplar els dispositius i *software* necessari per facilitar el treball i la mobilitat. Cal un disseny de necessitats d'aquesta àrea per personal coneixedor tant dels sistemes d'informació socials com sanitaris del territori en qüestió. Cal aprofitar la tecnologia que tenim en teleassistència i poder ser el dispositiu únic de suport i control de la persona-cuidador/a que està a domicili. Cal integrar en un sol dispositiu la resposta sanitària i social.

5.2.5.- Responsabilitats i aspectes legals

El model organitzatiu, empresarial i de govern que es decideixi caldrà formalitzar-ho entre les entitats implicades en el procés d'integració, amb la documentació legal pertinent. A més cal donar resposta als aspectes legals que origina la proposta des de l'òptica mercantil, Reglament General de Protecció de Dades (RGPD), laboral amb les solucions oportunes per fer-ho viable sempre respectant els requeriments plantejats.

6.- Bibliografia

- Windh J, e. a. (april 2016). *Key components for successful LTSS integration: Lessons from five exemplar plans*. Long-Term Quality Alliance (Ltqa).
- Baztan JJ, S.-G. F.-A.-M.-A. (2009). Effectiveness of acute geriatric units of functional decline, living at home and care fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: Meta-analysis. *BMJ* .
- Barnett, K. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet* , 37-43.
- Berwick D, e. a. (2008;27(3)). Tre Triple Aim: care, cost and quality. *Health Affairs* , 759-769.
- Generalitat de Catalunya. (2016). *Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: Públic, universal i just* . Barcelona.
- Goodwin Nick, e. a. (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions*. The King's Fund.
- Hayes SL, e. a. (august 2016). *High-need, high-cost patients: Who are they and how do they use health care ?* New York: The Commonwealth Fund.
- Ham Chris, W. N. (2013). *Making integrated care happen at scales and pace*. The King's Fund.
- Holt-Lunstadt, S., B., T., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on psychological science* , 227-237.
- Hong CS, S. A. (2014). *Caring for high-need, high-cost patients: What makes for a successful care management program ?* New York: The Commonwealth Fund.
- Ledesma A, e. a. (2015). *Model Català d'atenció integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària.
- NICE guideline. (2016). *Multimorbidity: Clinical assessment and management*.
- McCarthy D, R. J. (Oct-2015). *Models of care for high-need, high cost patients: An evidence synthesis*. New York: The Commonwealth Fund.
- Parlament de Catalunya. (2015;610). Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya sobre el sistema públic de salut. *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*, (pàgs. 5-22). Barcelona.
- Porter ME, K. R. (2016). How to pay for health care. *Harvard Business Review* .
- Oliver, D., Foot, C., & Humphries, R. (2014). *Making our health and care systems fit for an ageing population*. London: The King's Fund.
- Rankin J, R. S. (2004). *Meeting complex needs: The future of social care*. London: Institute for Public Policy Research (IPPR).
- Stringhini, S., Carmeli, C., & Jokela, M. (2017). Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1,7 million men and women. *Lancet* , 1229-1237.

7.- Glossari

ABSS	Àrea Bàsica de Serveis Socials
ACP	Atenció Centrada en la Persona
AE	Atenció Especialitzada
AGI	Avaluació Geriàtrica Integral
AI	Atenció Intermèdia
AP	Atenció Primària
CAP	Centre d'Atenció Primària
EAP	Equip d'Atenció Primària
EESC	Equip Especialitzat de Serveis Comunitaris
EI	Equip Interdisciplinari
GC	Gestor/a de Cas
GCC	Gestor/a de Continuitat de Cures
HaD	Hospitalització a Domicili
HC3	Història Clínica Compartida de Catalunya
HdD	Hospital de Dia
LLE	Llarga Estada
MEP	Mitja Estada Polivalent
PBE	Pràctica Basada en l'Evidència
PIIC	Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit
PNC	Persones amb Necessitats Complexes
RHB	Rehabilitació
SEM	Serveis d'Emergències Mèdiques
SI	Sistema d'Informació
TIC	Tecnologies de la Informació i la Comunicació
TO	Terapeuta Ocupacional
TS	Treballador/a Social
UBA	Unitat Bàsica Assistencial
UCIES	Urgències
UGA	Unitat Geriàtrica d'Aguts



www.consorci.org