



**Generalitat de Catalunya**

# **Atenció Integrada i Cronicitat PPAC - PIAISS**

**Projectes 2017-2020**

**Sebastià J. Santa Eugènia González**

Director

Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat

Comité Operatiu

Pla Interdepartamental d'Interacció i Atenció Sociosanitària

# Avançant en Atenció Integrada i Cronicitat

Pla de Salut  
de Catalunya 2016-2020



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut



Generalitat  
de Catalunya

# Alineant Estratègies

---

- Es el mateix PPAC que estratègia de cronicitat de ENAPISC
- Es el mateix estratègia MACA que la de cures pal·liatives de PDSS
- Es el mateix PCC en Salut Mental que el document de PDSM
- Es el mateix prevenció i promoció de la salut que el PINSAP
- Es el mateix dir rutes que PD Malalties cardíaques, PDM Respiratòries,...
- Es el mateix quadre de comandaments de PPAC que contracte programa de CatSalut

PPAC es una estratègia transversal que es relaciona i pacta amb els diferents programes del Departament de Salut...

# Elaborant un nou entorn de salut

---



# Nou entorn en Salut

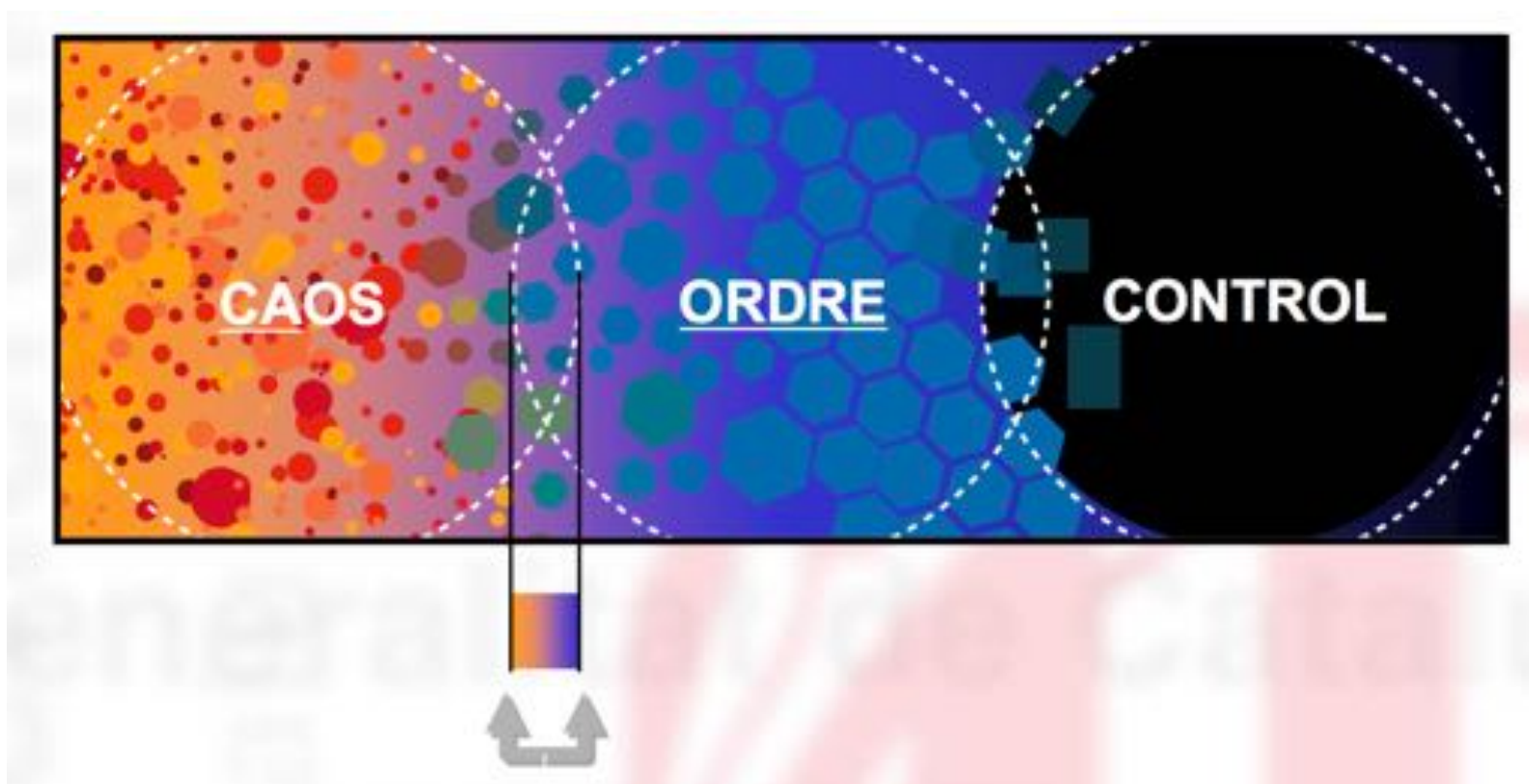




# Creant EI CAORDRE

---

De la MULTIMORBIDITAT a la CRONICITAT, de la cronicitat a la COMPLEXITAT



**“CAORDRE”**

Dicese del estado vital donde el Caos y el orden están en equilibrio.

# EVOLUCIONAR DE MALALTIA A MULTIMORBIDITAT ...

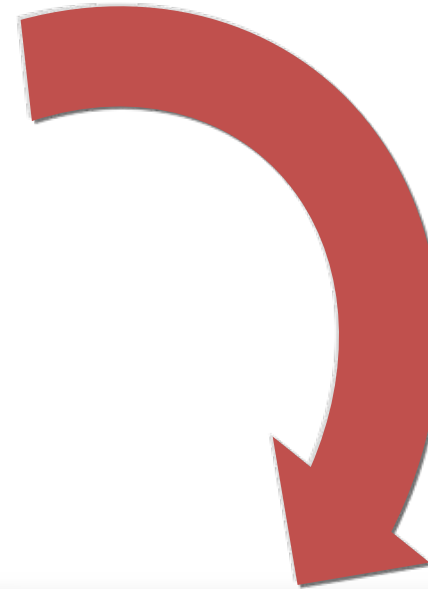
Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends

Prevalence of COPD: A Global Burden

**Diabetes Atlas**

**IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030**

David R. Whiting<sup>a,\*</sup>, Leonor Guariguata<sup>a</sup>, Clara Weil<sup>a</sup>, Jonathan Shaw<sup>b</sup>



BMJ

BMJ 2013;346:f2510 doi: 10.1136/bmj.f2510 (Published 2 May 2013)

Page 1 of 4

**ANALYSIS**

**Better management of patients with multimorbidity**

Martin Roland and Charlotte Paddison call for greater emphasis on continuity of care and clinical judgment to improve the experience of patients with multiple conditions

BMJ

BMJ 2012;345:e5205 doi: 10.1136/bmj.e5205 (Published 3 September 2012)

Page 1 of 10

**RESEARCH**

**Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings**

 OPEN ACCESS

Susan M Smith *associate professor of general practice*<sup>1</sup>, Hassan Soubhi *adjunct professor of family medicine*<sup>2</sup>, Martin Fortin *professor of family medicine*<sup>2</sup>, Catherine Hudon *associate professor of family medicine*<sup>2</sup>, Tom O'Dowd *professor of general practice*<sup>3</sup>



Generalitat de Catalunya  
**Programa de prevenció i atenció  
a la cronicitat**

# ... I AVANÇANT CAP A L'ATENCIÓ A LA COMPLEXITAT

BMJ

BMJ 2013;346:f2510 doi: 10.1136/bmj.f2510 (Published 2 May 2013) Page 1 of 4

**ANALYSIS**

**Better management of patients with multimorbidity**  
Martin Roland and Charlotte Paddison call for greater emphasis on continuity of care and clinical judgment to improve the experience of patients with multiple conditions

BMJ

BMJ 2012;345:e5205 doi: 10.1136/bmj.e5205 (Published 3 September 2012) Page 1 of 10

**RESEARCH**

**Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings**  
OPEN ACCESS

Susan M Smith associate professor of general practice<sup>1</sup>, Hassan Soubhi adjunct professor of family medicine<sup>2</sup>, Martin Fortin professor of family medicine<sup>3</sup>, Catherine Hudon associate professor of family medicine<sup>4</sup>, Tom O'Dowd professor of general practice<sup>5</sup>



NICE National Institute for Health and Care Excellence

NICE Pathways

**NICE ya elabora guías y rutas asistenciales para personas con necesidades de atención sanitaria y social**

**Social care for older people with multiple long-term conditions overview**

NICE Pathways bring together all NICE guidance, quality standards and other NICE information on a specific topic.

NICE Pathways are interactive and designed to be used online. They are updated regularly as new NICE guidance is published. To view the latest version of this pathway see:

<http://pathways.nice.org.uk/pathways/social-care-for-older-people-with-multiple-long-term-conditions>  
Pathway last updated: 12 November 2015

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng22>

nuffieldtrust

**Developing care for a changing population: supporting patients with costly, complex needs**

A document paper  
Nuffield Trust



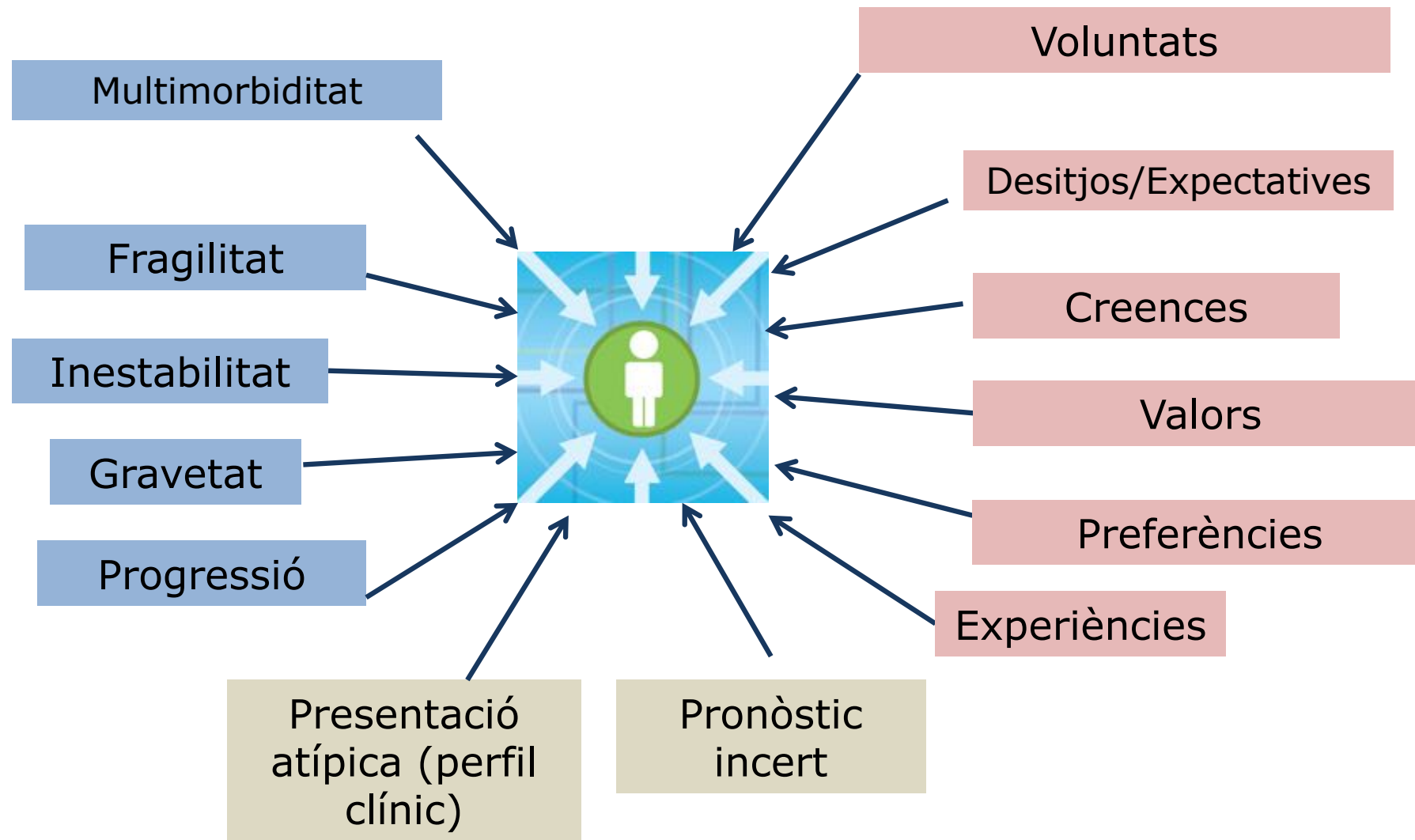
# A parlar de la complexitat...



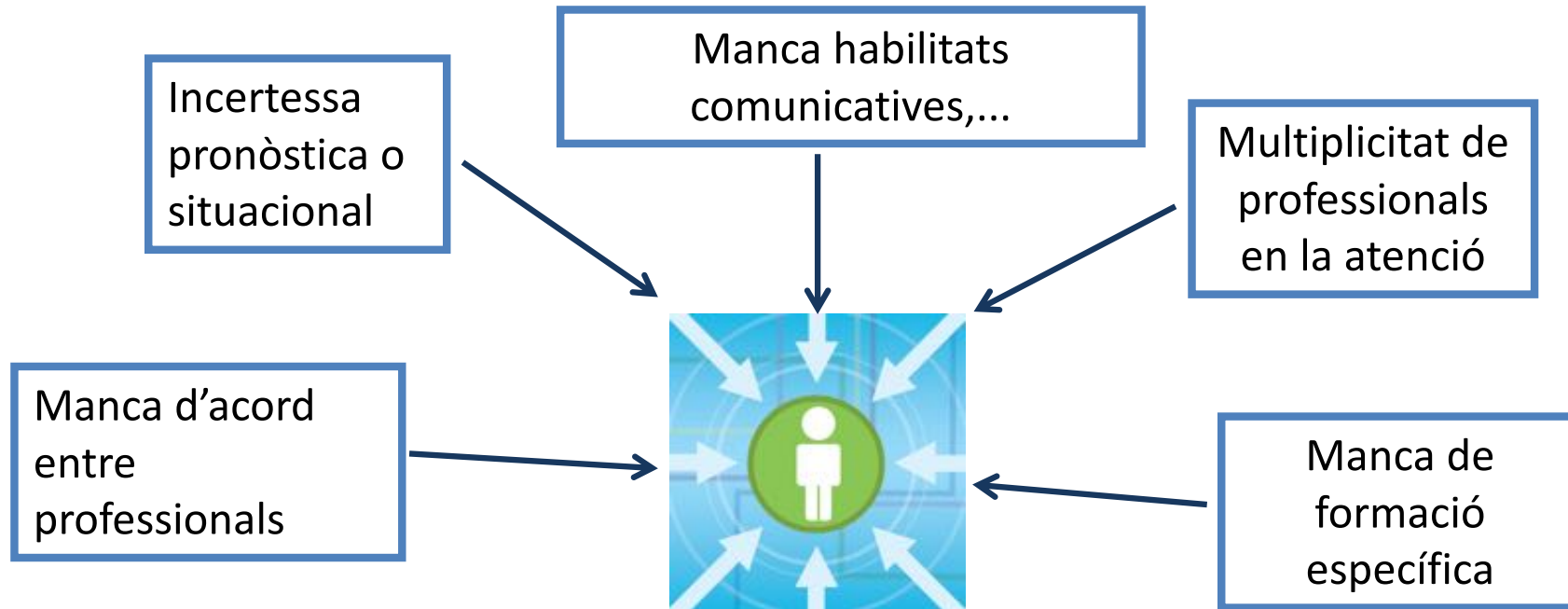
Dimensiones de la complejidad en la atención de salud y áreas malditas.

Adaptado de Kuipers et al. *Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs*. 2011. Available from: <http://www.health.qld.gov.au/ahwac/docs/cet/complexcarefull1.pdf>

# Complexitat clínica diagnòstic situacional i presa de decisions



# Complexitat clínica i professionals de la salut



**Kenneth Rockwood** @Krockdoc · 11 h

To be expert in complexity is to accept uncertainty. In a complex system, any intervention has many consequences, not all knowable at start.



# A parlar de complexitat ...



Dimensiones de la complejidad en la atención de salud y áreas malditas.

*Adaptado de Kuipers et al. Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs. 2011. Available from: <http://www.health.qld.gov.au/ahwac/docs/cet/complexcarefull1.pdf>*

# Complexitat Contextual

DETERMINANTS	EXEMPLES DE CAUSES DELS DETERMINANTS DE COMPLEXITAT	CONSEQÜÈNCIES ESPECÍFIQUES
Socioeconòmics	Pobresa Manca de suport Baix nivell educatiu	Dificultat per a l'autocura i conciliació amb els plans terapèutics proposats,...
Comportament	Tabaquismo/drogadicció Dieta poco saludable Falta de actividad física	Malalties cardiovasculars, pulmonars, psiquiàtriques, obesitat, diabetis,...
Ambientals/ Ecològics	Contaminació Limitacions de mobilitat	Exposició a tòxics, dificultats en l'autonomia per activitats de la vida diària,...
Culturals	Raça / origen ètnic Creences Dificultats comunicatives	Atenció no sensible a les diferències culturals, barreres comunicatives, desconfiança, discriminació percebuda,...

Factores condicionantes de complejidad contextual en el ámbito de la salud.

*Adaptado de Safford et al. Patient complexity: More than comorbidity. The vector model of complexity. J Gen Intern Med. 2007 Dec; 22(Suppl 3): 382-390*



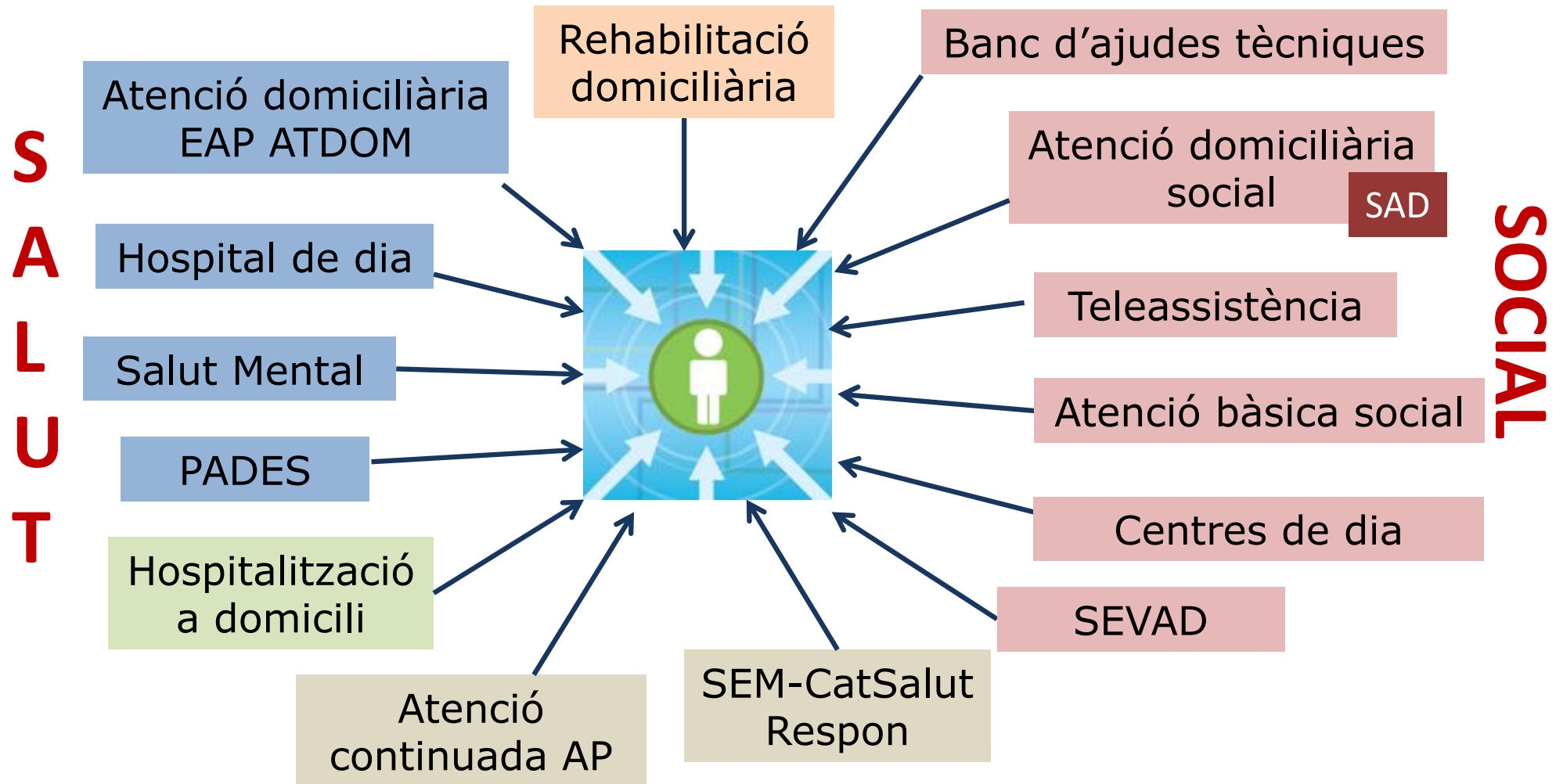
# A parlar de complexitat ...



Dimensiones de la complejidad en la atención de salud y áreas malditas.

Adaptado de Kuipers et al. *Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs*. 2011. Available from: <http://www.health.qld.gov.au/ahwac/docs/cet/complexcarefull1.pdf>

# Complexitat del Sistema Assistencial



# PROJECTES LÍNIA 6

## ATENCIÓ INTEGRADA I CRONICITAT

**6.1** IMPLANTACIÓ D'UN MODEL D'ATENCIÓ INTEGRAL I CENTRAT EN LES PERSONES AMB MALALTIES CRÒNIQUES I AMB NECESSITATS COMPLEXES DES DE UNA ÒPTICA POBLACIONAL

**6.2** IMPLANTACIÓ DEL MODEL D'ATENCIÓ INTEGRADA EN ELS TERRITORIS I ELS EQUIPS ASSISTENCIALS

**6.3** DESENVOLUPAMENT D'INSTRUMENTS TRANSVERSALS FACILITADORS DEL MODEL D'ATENCIÓ INTEGRADA

**6.4** MODEL ORGANITZATIU D'ATENCIÓ INTEGRAL A LA POBLACIÓ ADULTA I INFANTIL AMB NECESSITATS PAL·LIATIVES I EN SITUACIÓ DE FINAL DE VIDA

**6.5** ATENCIÓ INTEGRADA AL PACIENT CRÒNIC COMPLEX DE SALUT MENTAL

**1.4** 

AUTORESPONSABILITZACIÓ, AUTOCURA I FOMENT DE L'AUTONOMIA DE LES PERSONES

Font: PPAC 2016

# 4 Línies estratègiques

---



Prevenió, Autoresponsabilitat i foment de l'Autocura centrada en la persona



Atenció a la complexitat



Desenvolupament instruments transversals de suport al model d'atenció a la complexitat



Formació i Recerca

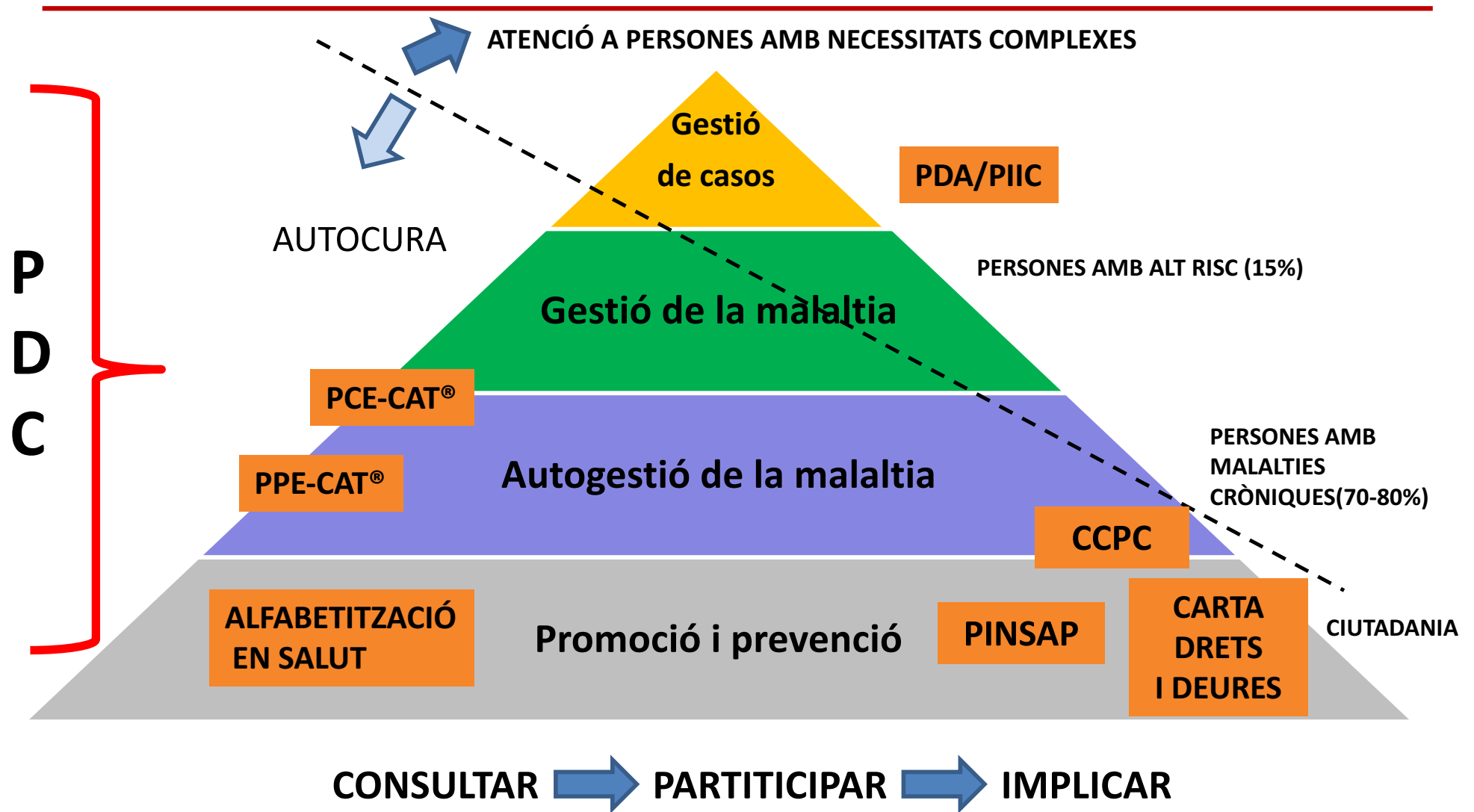


## Prevenió, Autoresponsabilitat i foment de l'Autocura centrada en la persona

1. Promoció i prevenció
2. Narrativa ACP
3. Model avaluatiu d'ACP
4. PPE Catalunya I PCE Catalunya



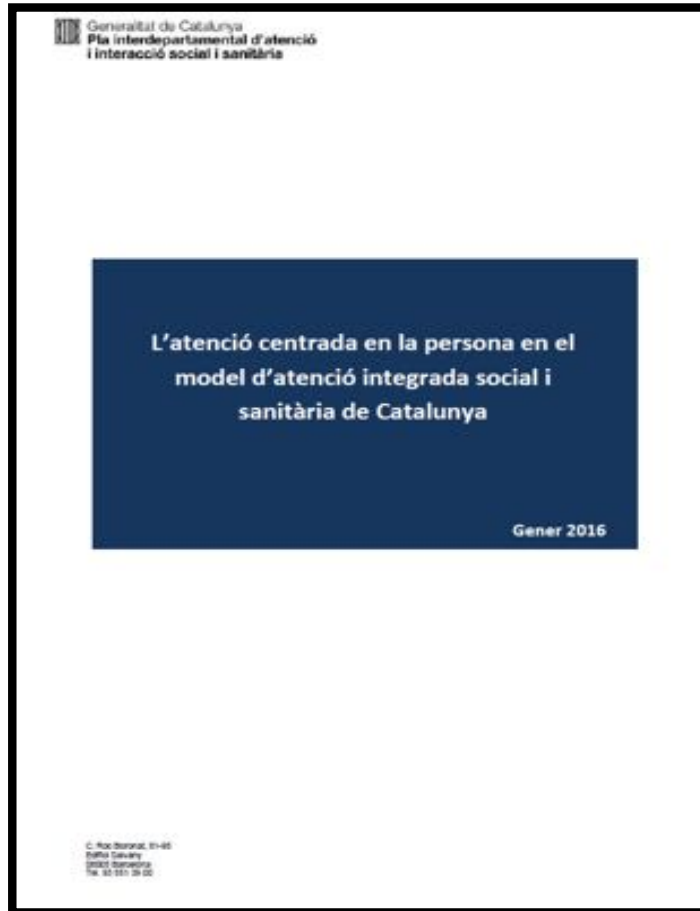
# ESTRATÈGIA GLOBAL



Font: adaptació piràmide Kaiser Permanent realitzada per PAmil

# DOCUMENT MARC ACP

Font : [http://presidencia.gencat.cat/ca/el\\_departament/plans\\_sectorials\\_i\\_interdepartamentals/PIAISS/docs\\_model\\_catala\\_PIAISS/](http://presidencia.gencat.cat/ca/el_departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs_model_catala_PIAISS/)



Fonaments

Elements metodologia comuna

Persones i actors implicats (qui/rols)

Components pràctica assistencial

Àmbits actuació

Elements facilitadors implementació

Obstacles implementació

Actuacions prioritàries

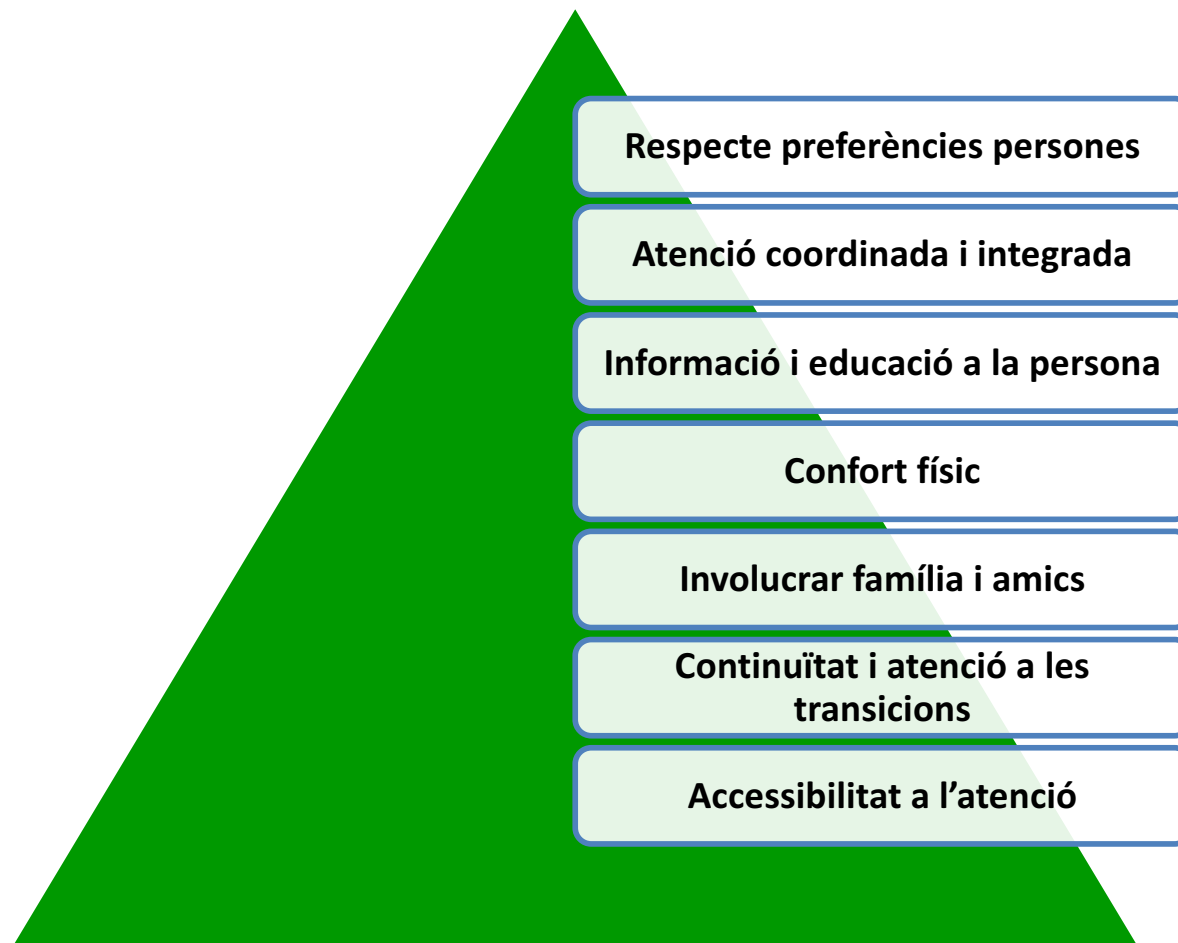
Marc Avaluatiu

Conclusions

Escenaris futur

# narrativa

# MARC AVALUATIU



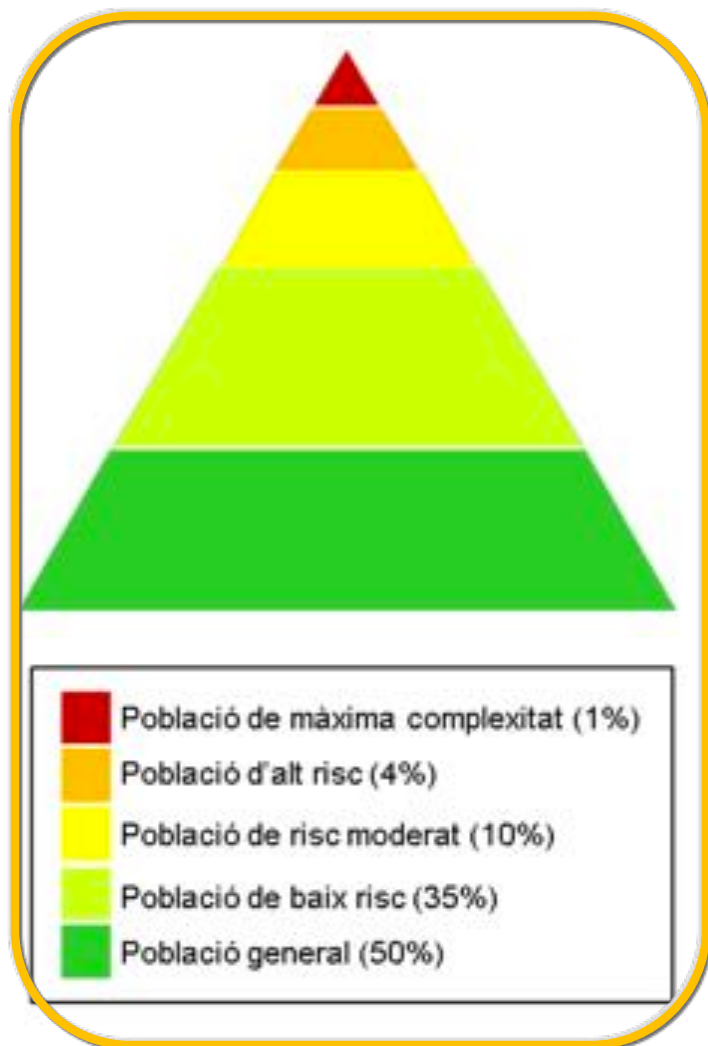
**Els 8 Principis de l'Atenció Centrada en la Persona**



## Atenció a la complexitat

1. Estat de la Identificació poblacional
2. Estat realització del PIIC
3. Identificació en SM
4. Identificació Geriatria i CP
5. Model atenció a nens i adolescents en situació de final de vida
6. Rutes Assistencials Complexitat

# Complexitat Poblacional vs Complexitat individual



Modelo	Italia Vittorio Veneto	USA PACE	Canadá SIPA
Descripción General	Red de atención integrada	Hospital de día para anciano	Equipos MD base Comunitaria
Población Diana	Mayores 65 años Discapacidad con necesidad At Domicilio	Todo paciente anciano en domicilio con discapacidad	Ancianos frágiles que residen en Comunidad
Gestor Caso	SI	NO	SI
PTI	SI	SI	SI
Equipo Multidiscipl	SI	SI	SI
Valoración Holística	SI	SI	SI
Resultados	Menor Hospital. Mejor resultados salud	Menor Hospital. Menor Institucionaria.	Menor Hospital. Menor Institucionaria.

Santaeugenia S (2015). Tesis doctoral. Efectividad de un modelo de atención geriátrica integrado en el marco de una OSI. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.



# Identificació a nivell poblacional

## PCC

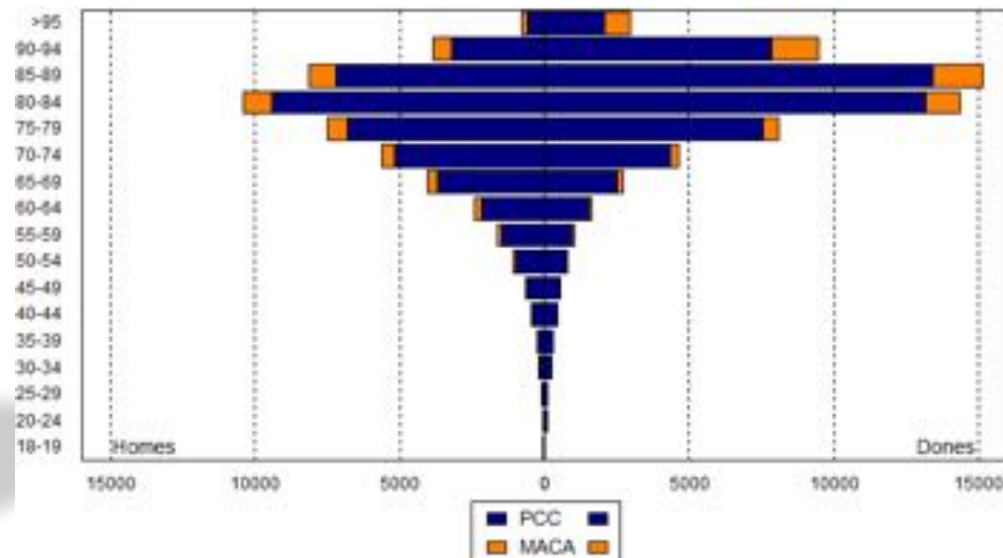
Paciente con multimorbilidad o condición única que comporta gestión clínica difícil

**2-3%**

## MACA

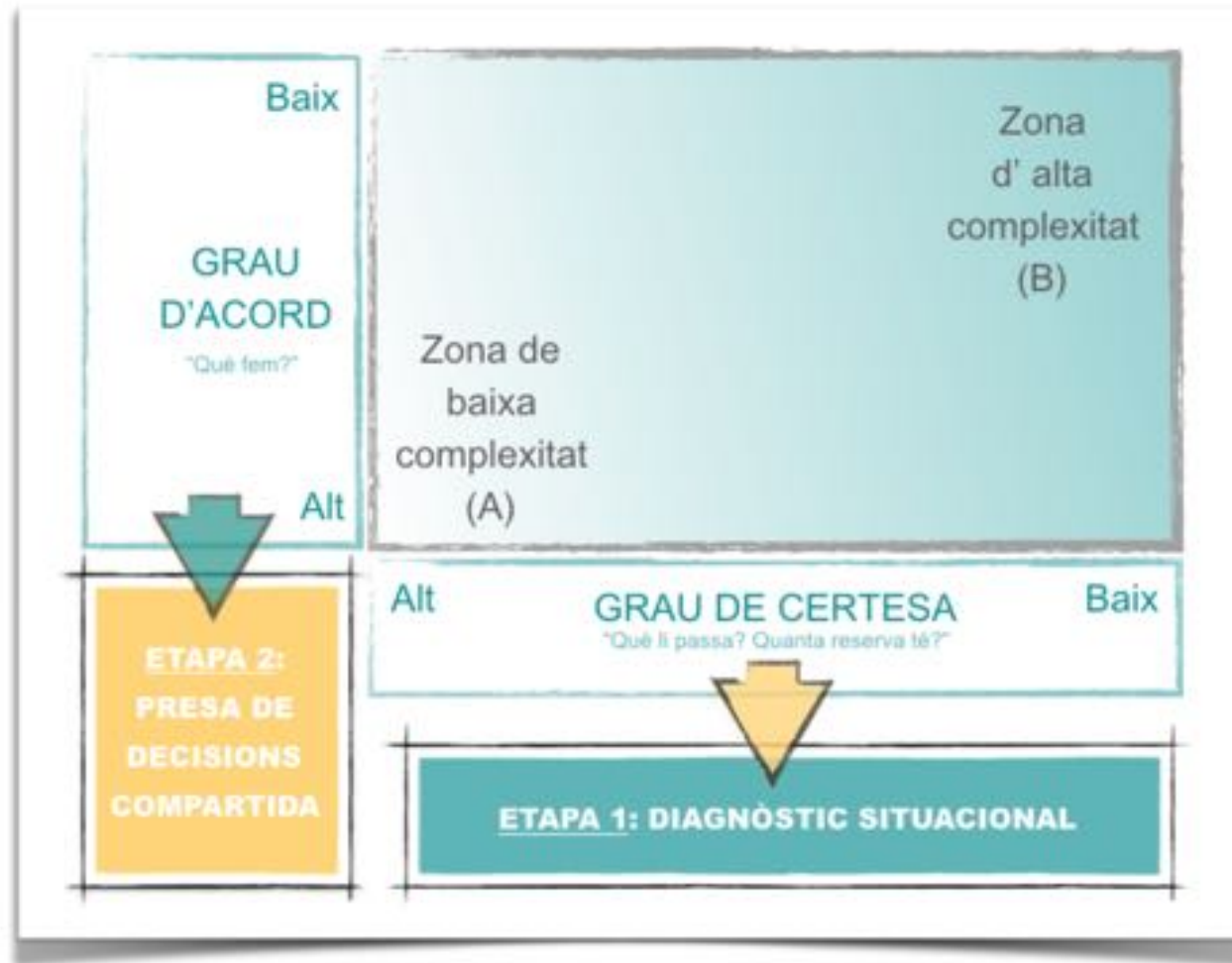
Pronóstico de vida limitado, altas necesidades, orientación paliativa, planificación de decisiones avanzadas

**1,5%**



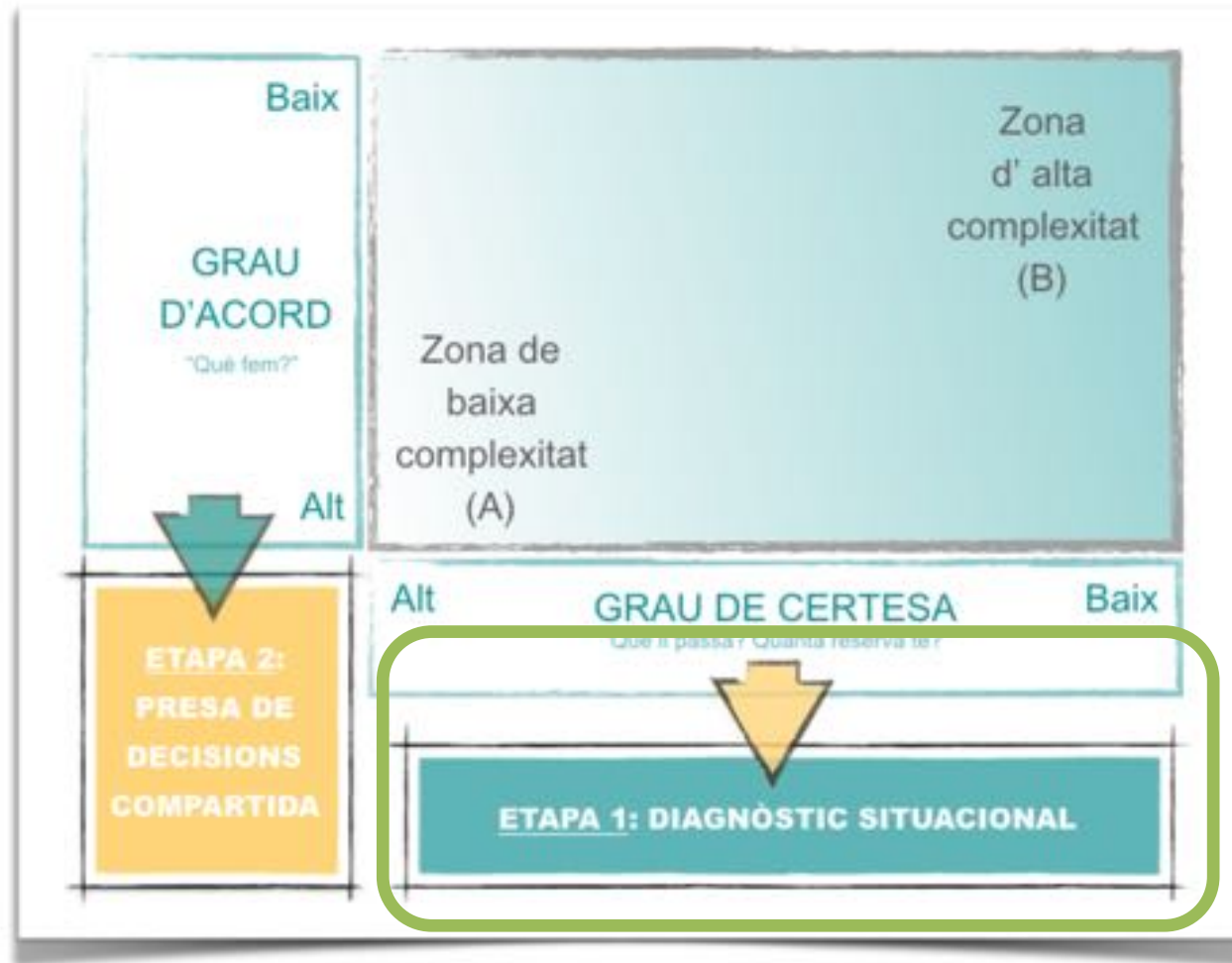
N= 98.000 personas	No PCC	PCC	MACA
Tasa mortalidad (x100)	0,8	12,8	42,4
Media visitas AP	5,8	22,9	20,7
Usuario Trabajo social sanitario	2,8	35,4	30,8
Proporción en at. domiciliaria	3,9	48,2	63,6
Proporción usuarios servicios sociales	0,9	13,4	30,8
Tasa ingresos urgentes (x100)	4,9	41,0	52,3
Proporción pacientes reingresadores	0,7	8,9	11,4
Media visitas a CCEE	1,5	4,3	3,1
Media fármacos	3,7	12,6	11,2

# Etales en l'abordatge de la complexitat individual



Ambiàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med* 2015;6(2):189–94.

# Etales en l'abordatge de la complexitat individual



Ambiàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. Eur Geriatr Med 2015;6(2):189–94.

# Etapa 1.- Diagnòstic situacional

ETAPA	BASAT EN	COM FER-HO?
<b>ETAPA 1</b>	<b>DIAGNÒSTIC SITUACIONAL</b> <i>(Què li passa al pacient? quanta reserva té? quines necessitats presenta?)</i>	<b>Valoració del grau de vulnerabilitat / fragilitat i avaluació de necessitats</b>
		<p>Per a la valoració del grau de fragilitat, els professionals porten a terme una avaluació multidimensional a partir de l'anàlisi del comportament estàtic (severitat) i dinàmic (progressió) de les variables de les diferents dimensions. Aquesta valoració es pot realitzar des d'una perspectiva més "qualitativa" (per exemple utilitzant una Valoració Integral Geriàtrica) o més "quantitativa" (per exemple utilitzant un índex de fragilitat).</p> <p>Per a la valoració de les necessitats cal el context facilitador d'una relació directa i dinàmica entre els professionals i els pacients i família / cuidadors</p>

Ambiàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. Eur Geriatr Med 2015;6(2):189–94.

# Etapa 1. Diagnòstic situacional – Fragilitat



La fragilitat com a base per al diagnòstic situacional...  
en quin moment de la seva trajectòria vital està el pacient?  
quin grau de reserva té aquesta persona?  
està pròxim a la situació de final de vida?  
la seva situació és potencialment reversible?  
... en pacients crònics complexos i / o amb malalties cròniques avançades.

La fragilitat com a base per al cribratge poblacional de persones en situació de risc que podrien beneficiar-se de les accions preventives per evitar o revertir el procés cap a la discapacitat

# Etapa 1. Diagnòstic situacional – Fragilitat



La fragilitat com a base per al cribratge poblacional de persones en situació de risc que podrien beneficiar-se de les accions preventives per evitar o revertir el procés cap a la discapacitat



# Fragilitat com screening poblacional

---

*Geriatr Gerontol Int* 2012

REVIEW ARTICLE

## Screening tools for frailty in primary health care: A systematic review

Tanneguy Pialoux, Jean Goyard and Bruno Lesourd

- La detecció i intervenció precoç de la fragilitat **hauria de ser una prioritat a l'AP.**
- **Cal una eina de detecció simple.**
- Revisió a PubMed i Cochrane (juny / 2011) de 10 instruments de detecció de fragilitat en AP validades.
- **És difícil demostrar quina és la millor eina per al cribatge de fragilitat en AP.**
- Els 2 instruments potencialment més adequats serien la Tilburg Frailty Indicator i SHARE Frailty Index.
- Aquests instruments requereixen validació en estudis més amplis en entorns d'atenció primària.





# Exemples a Catalunya...

---

## Family Practice

*an international journal*

### **Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial**

**Rosa Monteserin\***, **Carlos Brotons<sup>a</sup>**, **Irene Moral<sup>a</sup>**, **Salvador Altimir<sup>c</sup>**, **Antonio San José<sup>b,d</sup>**, **Sebastián Santaeugenia<sup>c</sup>**, **Jaume Sellarès<sup>a</sup>** and **Jaume Padrós<sup>e</sup>**

*Family Practice* 2010; 27:239–245

"La intervenció específica geriàtrica a nivell d'atenció primària en pacients majors de 74 anys d'edat fràgils s'associa a disminució de morbimortalitat (14% als 12%), i reverteix a pacients al seu estat de no fragilitat (14%)"

# Pla de prevenció de la discapacitat per a persones grans fràgils

---

- Elements claus:
  - Identificar persones grans fràgils a la comunitat a través d'AP o en unitats de geriatria
  - Establir un programa d'intervenció i un seguiment clínic.
  - Incorporar la prevenció de la discapacitat en persones grans fràgils en l'AP
  - Mobilitzar els recursos comunitaris per poder facilitar la intervenció
  - Adaptar els recursos socio-sanitaris a l'atenció de la fragilitat

# PS3. Pla de prevenció de la discapacitat en persones grans fràgils

---

## Objectiu per a 2020

- Tenir implantat el model d'atenció a la fragilitat en els diferents territoris.

## Fites per a 2017

- Definició i consens del model:
  - a) la definició de les bones pràctiques de cribratge
  - b) l'atenció poblacional a la fragilitat
  - c) la prevenció de la discapacitat.
- Inici de la formació i difusió als professionals

## 6.1

# IMPLANTACIÓ D'UN MODEL D'ATENCIÓ INTEGRAL I CENTRAT EN LES PERSONES AMB MALALTIES CRÒNIQUES I AMB NECESSITATS COMPLEXES DES DE UNA ÒPTICA POBLACIONAL

- ✓ Objectiu 2020:
  - ✓ Implementar i **generalitzar el model del PPAC**
- ✓ Fites per 2017:
  - ✓ **Domicili com a eix de l'atenció** integrada a la persona en situació de complexitat
  - ✓ Estratègia comuna de valoració integral de complexitat (**eina comuna**)



# Etapa 1. Diagnòstic situacional– VGI

---

## Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review)

BMJ

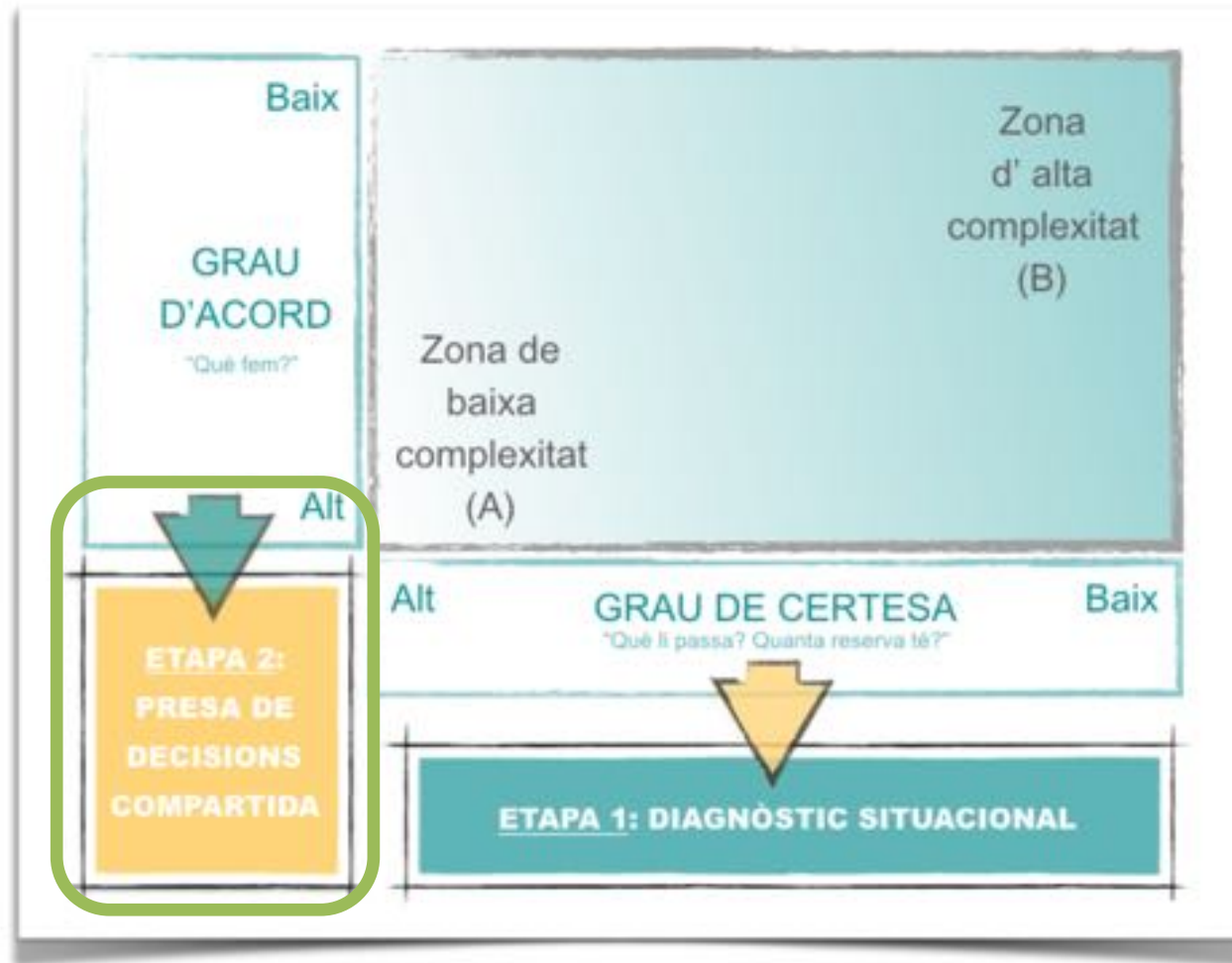


BMJ 2011;343:d6553 doi: 10.1136/bmj.d6553

### Main results

Twenty-two trials evaluating 10,315 participants in six countries were identified. Patients in receipt of CGA were more likely to be alive and in their own homes at up to six months (OR 1.25, 95% CI 1.11 to 1.42,  $P = 0.0002$ ) and at the end of scheduled follow up (median 12 months) (OR 1.16, 95% CI 1.05 to 1.28,  $P = 0.003$ ) when compared to general medical care. In addition, patients were less likely to be institutionalised (OR 0.79, 95% CI 0.69 to 0.88,  $P < 0.0001$ ). They were less likely to suffer death or deterioration (OR 0.76, 95% CI 0.64 to 0.90,  $P = 0.001$ ), and were more likely to experience improved cognition in the CGA group (OR 1.11, 95% CI 0.20 to 2.01,  $P = 0.02$ ). Subgroup interaction in the primary outcomes suggests that the effects of CGA are primarily the result of CGA wards.

# Etales en l'abordatge de la complexitat individual



Ambiàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. Eur Geriatr Med 2015;6(2):189–94.

## Etapa 2. Toma de decisiones compartidas

---



Ambiàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. Eur Geriatr Med 2015;6(2):189–94.



## Etapa 2. Experts i presa de decisions compartides

---

### **COMPARTIR CONEIXEMENTS**



**Clínicos**

- Diagnòstic
- Etiologia de la malaltia
- Pronòstic
- Opcions de tractament
- Possibilitats de resultats



**Pacients**

- Experiència de la malaltia
- Circunstàncies socials
- Actituts enfront al riesc
- Valors
- Preferències

*Fuente: Angela Coulter* Coulter A. Delivering better services for people with long-term conditions Building the house of care. 2013

**Institut Català de la Salut** Pla d'Actuació Individualitzat Data impressió: 04/04/2013  
 (arrera actualització: 04/04/2013)

██████████ ██████████ ██████████

Data naixement: 04/05/1967 DNI: ██████████ NASS: ██████████ ██████████

Domicili: ██████████

**Problemes de salut**

Codi	Descripció	Data alta	Rebreviada	Comentari
E78	TRASTORN DEL METABOLISME DE LES LIPOPROTEINES I ALTRES LIPÍ	06/03/2013	Alta	
E11	DIABETIS MELLITUS TIPUS 2	05/03/2013	Alta	
F17.2	DEPENDÈNCIA PER CONSUM DE TABAC, SÍNDROME DE DEPENDÈNCIA	28/02/2013	Alta	Alta des d'estat Igència Activa
Z21	ESTAT D'INFECCIÓ ASIMPTOMÀTICA PEL VIRUS DE LA IMMUNODEFICIÈ	05/09/2012	Alta	
C16	TUMOR MALIGNA DE L'ESTÓMAC	27/07/2012	Alta	
B37.3	CANDIDIASI VAGINAL	19/01/2012	Alta	

**Medicació activa**

Inici	Medicament	Principi Actiu	Freqüència	Durada
01/02/2013	ATROALDO 20MG/PULSACION 13ML SOLUC INHALACION EN ENVASE A PRESION	IPRATROPI BROMUR	2 x 6 h	Indefinida
01/02/2013	BEGLAN ACCUHALER 50MG POLVO INHALACION 1 ACCUHAL + 1 TIRAL 60 ALVEOLOS	SALMETEROL HIDROXINAFTOAT	1 x 12 h	Indefinida
20/03/2013	IBUPROFENO ALDO-UNION 100MG/5ML 200ML SUSP ORA EFG	IBUPROFEN	1 x 24 h	Indefinida
11/03/2013	SINTROM UNO GEXGY 1MG 60 COMPRIMIDOS	ACENOCUMAROL	20 x 1 s	Indefinida
01/03/2013	TERBASMIN TURBUHALER 0.5 MG/DOS 200 DOSIS POLV INH	TERBUTALINA	1 x 24 h	Indefinida
07/02/2013	BISOLTUS 10MG/5ML 250ML SOLUCION	CODENA CLORHIDRAT	1 x 24 h	250 dies

**Al·lèrgies**

Psi	Descripció	Qualificador	Reacció	Agent	Comentari
Z86.3	ALTRES ANTIMFÈCCIOSOS		Lleu		
Z86.0	LA PENICIL·LINA		Lleu		
Z86.7	SÈRUM O VACUNA		Important	vacunes grip	proves Esther

**Directrius al crisi o descompensació**      **Pla de decisions anticipades**

Proves directrius      Proves PDA

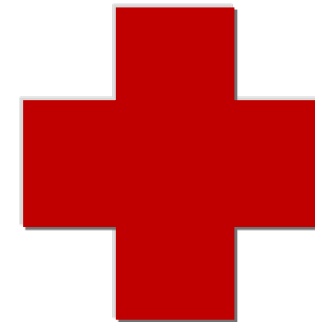
**Atenció al pacient**

- Servei teleassistentia?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	- Atès per PADES?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- Atès per gestor de casos?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	- Atès per ATDOM?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- Viu en residència?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	- Viu sol?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

El PIIC com pla individualitzat, interdisciplinari, compartit amb la persona i disponible online per a tot el sistema de salut

## DIAGNÒSTIC SITUACIONAL:

- VGI VS FRAGILITAT
- NECESSITATS

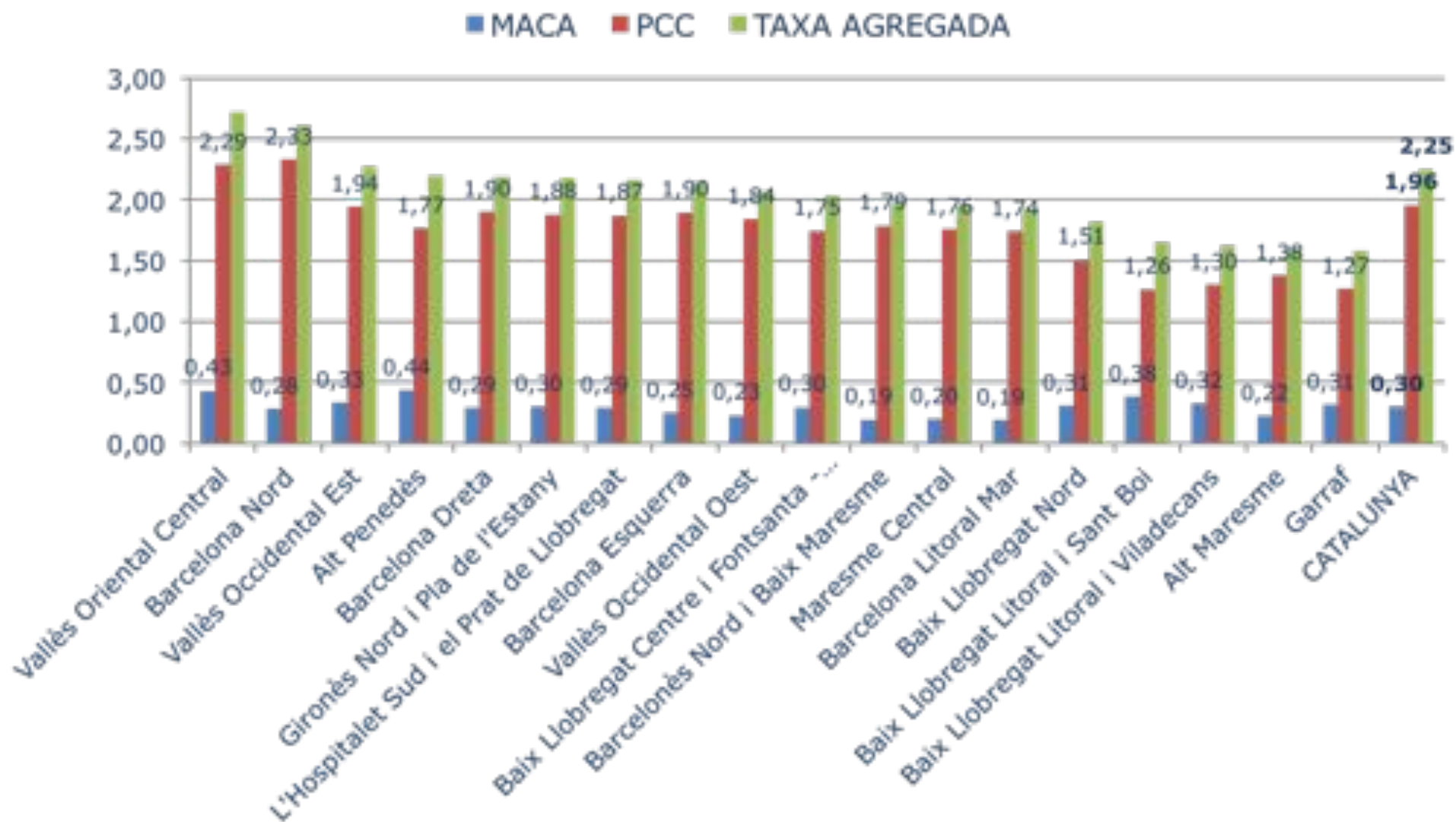


## PRESSA DE DECISIONS COMPARTIDES

- DIRECTRIUS EN CRISI
- PDA

# RS BARCELONA: PREVALENÇA COMPLEXITAT

Prevalença persones en situació complexitat



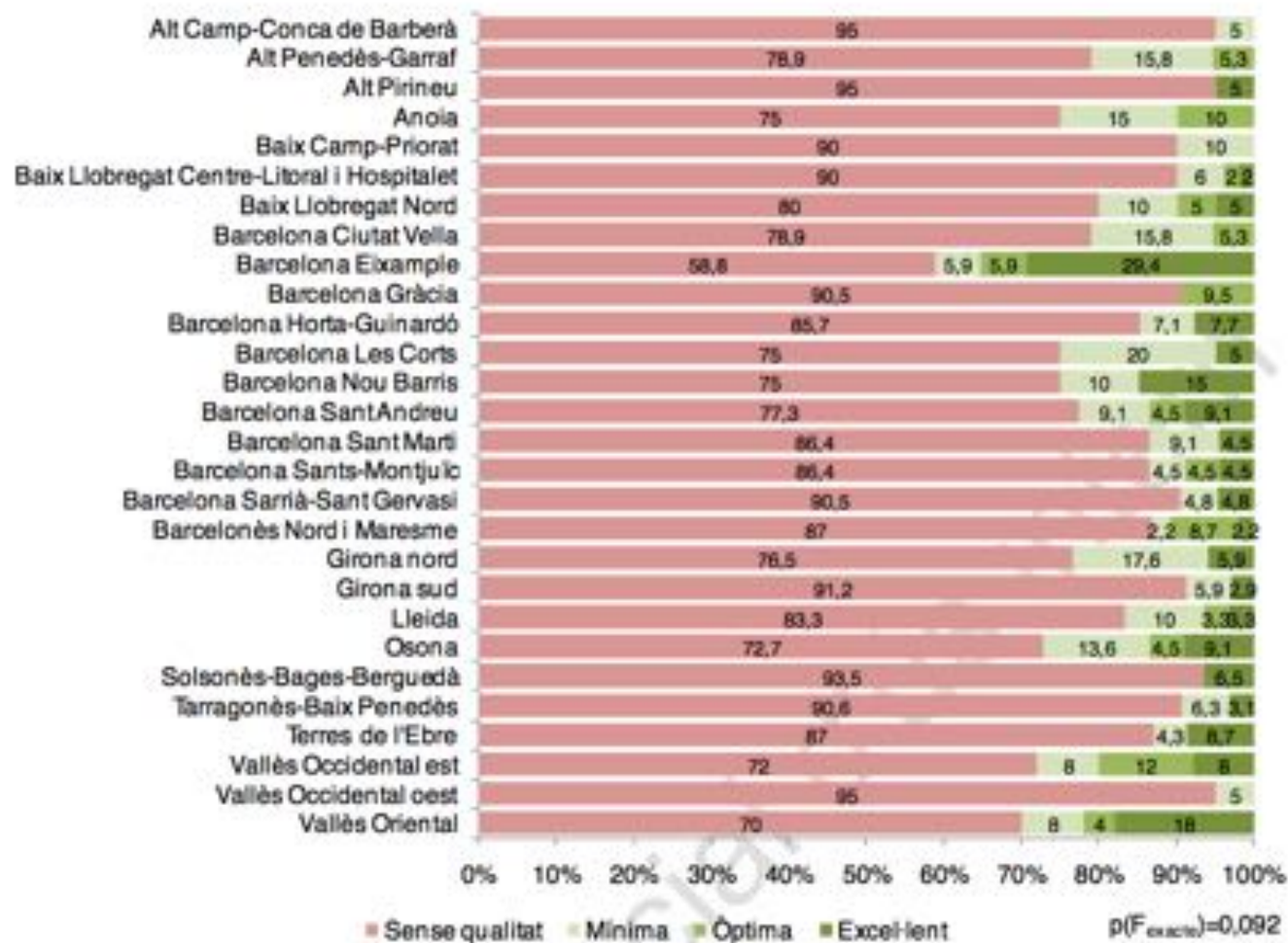
Font: Catsalut, 30 set 2016

# PIICs BEN FETS

## Prevalença persones amb PIIC ben fet

Figura 34. Qualitat dels PIIC segons cada un dels ítems estudiats i el sector sanitari

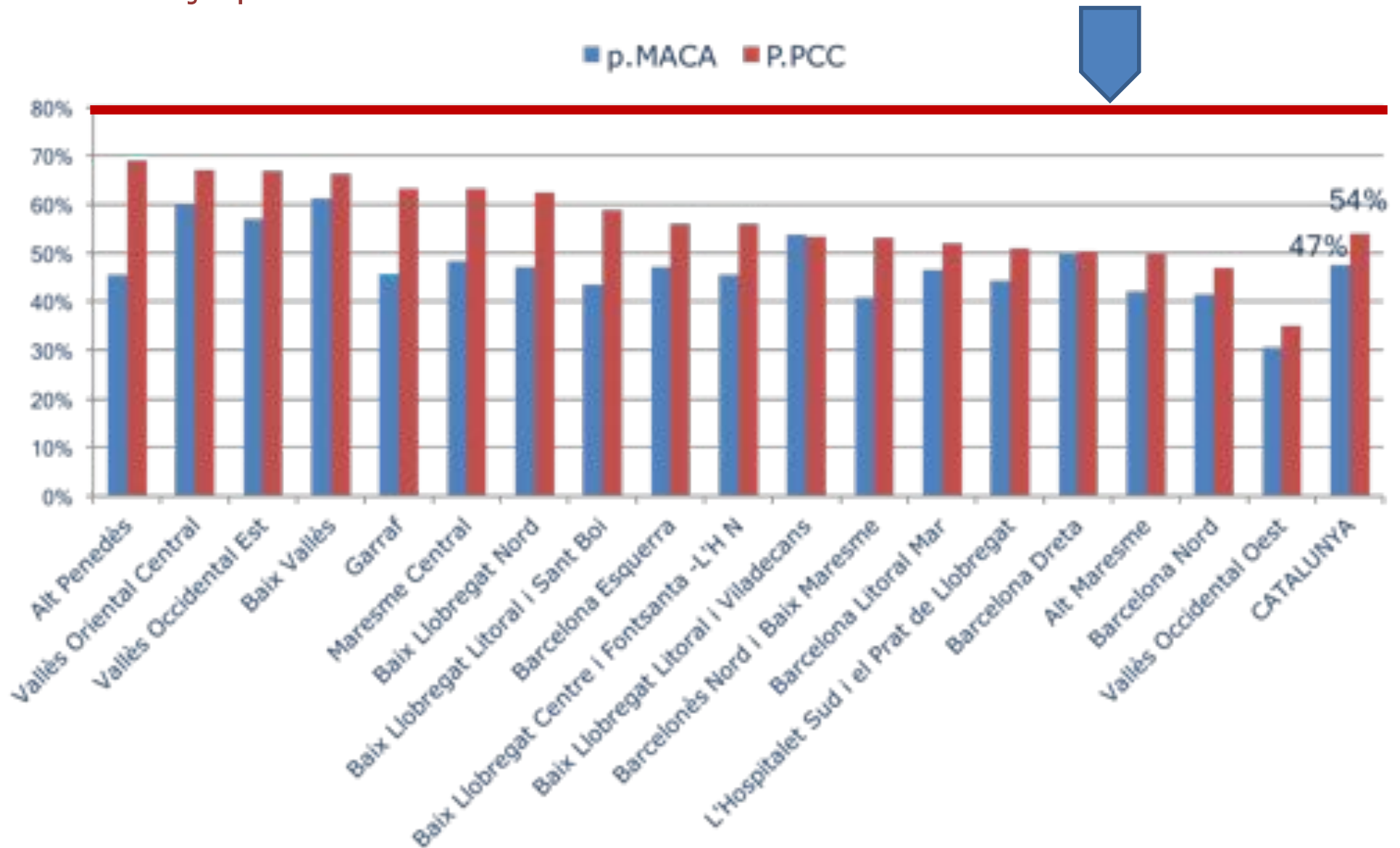
Directrius en cas de descompensació o crisi



# RS BARCELONA: PIICs BEN FETS

Prevalença persones amb PIIC ben fet

Objectiu 2017



Font: Catsalut, 30 set 2016

# Model atenció a la complexitat – Identificació

---

- ❑ Estem a mig camí
- ❑ **Milloria franca** en els darrers 2 anys
- ❑ Millorar **Q** més que quantitat
  - Identificació **Salut Mental**
  - Identificació **Geriatría i CP**
- ❑ **Millorar avaluació** amb transparència i detecció de bones pràctiques territorials



## 6.2

## IMPLANTACIÓ DEL MODEL D'ATENCIÓ INTEGRADA EN ELS TERRITORIS I ELS EQUIPS ASSISTENCIALS

### ✓ Objectiu 2020:

- ✓ Implementar i generalitzar iniciatives d'atenció integrada amb enfocament territorial

### ✓ Fites per 2017:

- ✓ **Revisió i avaluació de l'estat de les 6 rutes clàssiques** de malaltia crònica a tot Catalunya
- ✓ **Actualitzar RAC** territorials a Catalunya (7x24, transicions i pacte funcional amb SS)
- ✓ Estratègia d'implantació de **lideratge clínic i directiu territorial** expert en el model de complexitat (**clinical comissioning**)





# Model atenció a la complexitat - Rutes

Taula 72. Resum dels ítems usats per avaluar el disseny de la RAC per a cada agrupació territorial amb RAC disponible

Regió Sanitària	Agrupacions territorials RAC (n=42)	RAC amb		Participació en la redacció de la RAC					
		PCC <sup>1</sup>	MACA <sup>2</sup>	AP	HA	061	RES	CSS	SSMN
	Garraf								
	Vallès Oriental Central								
	Baix Vallès								
	Baix Montseny								
	Maresme Central								
Barcelonès	Badalona ICS								
Nord i Baix Maresme	Badalona BSA								
	Sta. Coloma								
	Baix Llob Litoral-Sant Boi								
	Baix Llob Centre-LHO nord								
	Baix Llob Litoral-Viladecans								
	El Prat i Hospitalet Sud								
	Baix Llobregat Nord								
	Vallès Occidental Est								
	Vallès Occidental Oest								
	Barcelona Dreta								
	Barcelona Esquerra								
	Barcelona Litoral Mar								
	Barcelona Nord								
<b>36 AT amb RAC</b>	<b>Cobertura poblacional</b>	<b>96,4%</b>	<b>93,9%</b>	<b>85,1%</b>	<b>85,1%</b>	<b>52,4%</b>	<b>47,4%</b>	<b>79,4%</b>	<b>13,9%</b>

# Model atenció a la complexitat - Rutes

---

- ❑ **Reflexió de l'estat actual** de les rutes
- ❑ **Detecció dels dèficits**
- ❑ **Inclusió de l'àmbit residencial i de Salut Mental**
- ❑ **Generació del model RAC 2.0 (+ operatiu!)**
- ❑ **Millorar la capacitat d'avaluació:**
  - **Avaluació accessible i transparent**
  - **Detecció de bones pràctiques territorials**

**(PPAC/PDSS/CatSalut/Minoritàries)****✓ Objectiu 2020:**

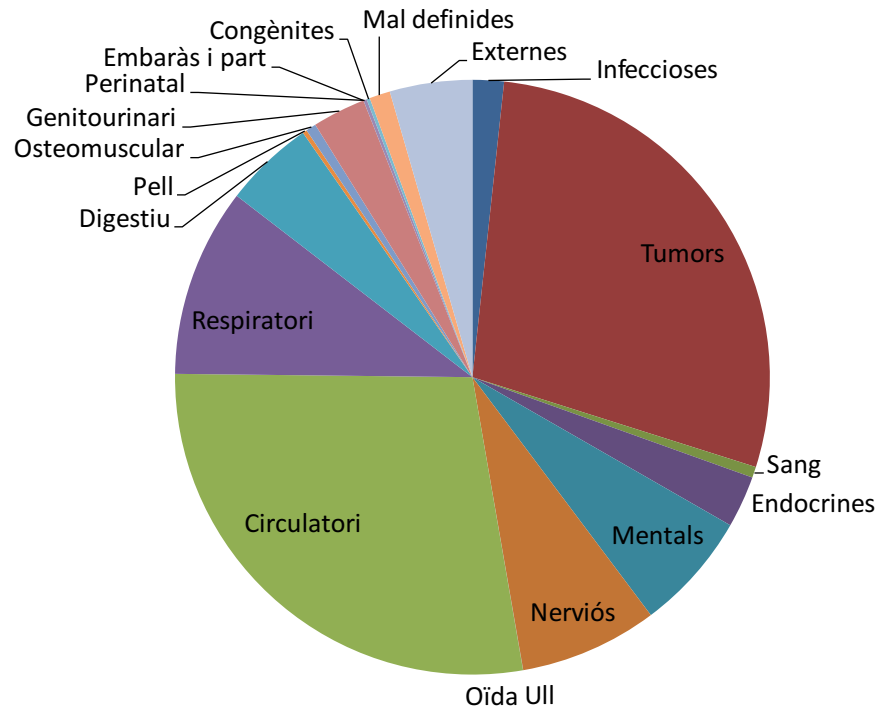
- ✓ Definir i implantar la (i els seus familiars) **reordenació de l'atenció pal·liativa i al final de la vida per a la població pediàtrica i adulta**

**✓ Fites per 2017:**

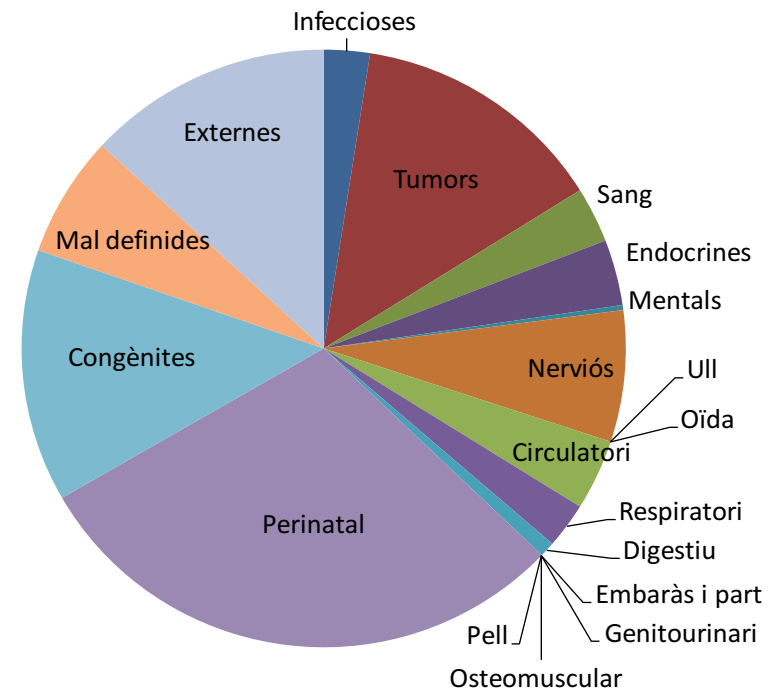
- ✓ Analitzar la situació actual de l'atenció a la població pediàtrica i adulta en situació de cronicitat avançada i final de vida
- ✓ Grup de treball orientat a la planificació operativa de l'atenció a la cronicitat avançada i pal·liativa en adults i població pediàtrica
- ✓ Planificació territorial de l'atenció

# Defuncions per grans grups diagnòstics CIM-10. Catalunya, 2014

Població total  
60.730 defuncions

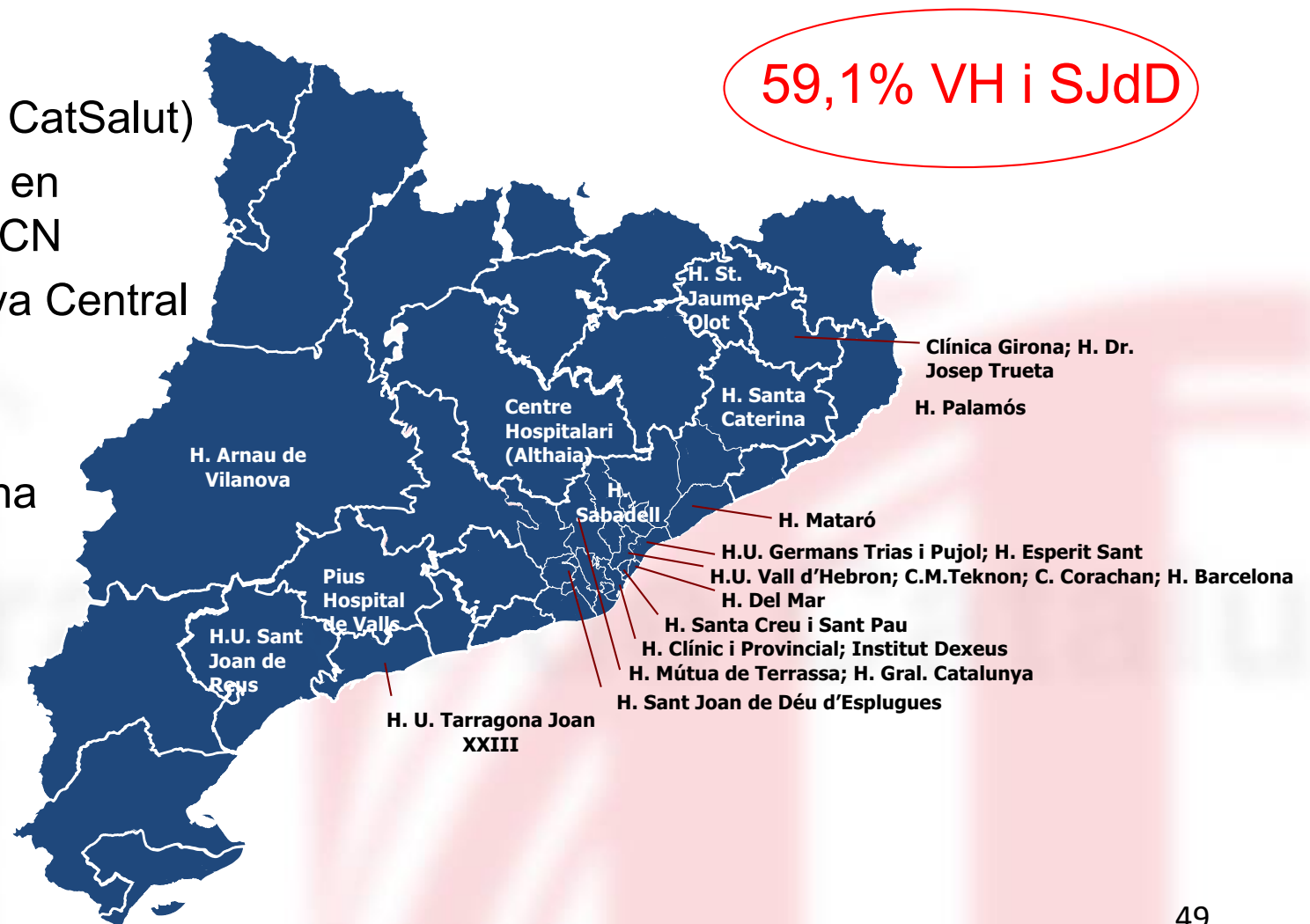


Població infantil i juvenil (<20a)  
366 defuncions= 0,60% del total



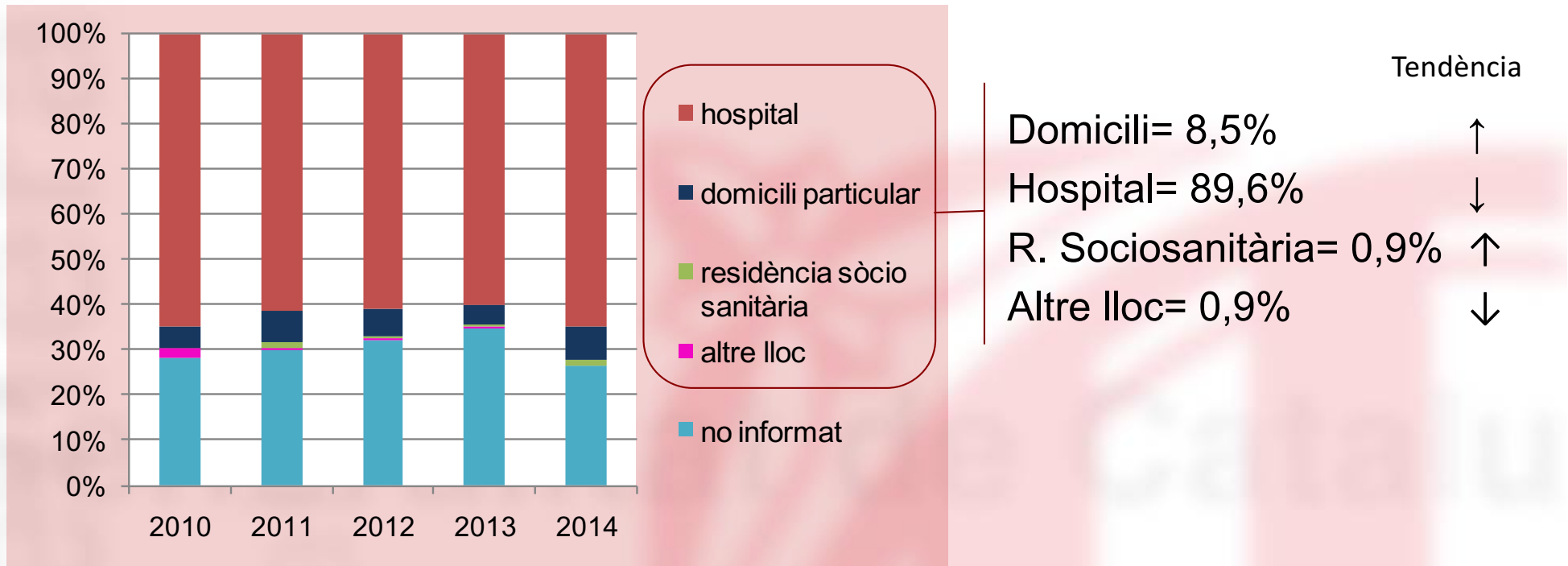
# Defuncions hospitalàries, menors de 20 anys. Catalunya, 2013

- 25 hospitals (6 no CatSalut)
- 80,5% defuncions en hospitals de RS BCN
- 0,8% RS Catalunya Central
- 1,2% RS Lleida
- 8,2% RS Girona
- 9,3% RS Tarragona



# Mortalitat per lloc de defunció, menors de 20 anys d'edat. Catalunya, 2010-2014

## Residents a Catalunya



## PPAC/PDSM

### ✓ Objectiu 2020:

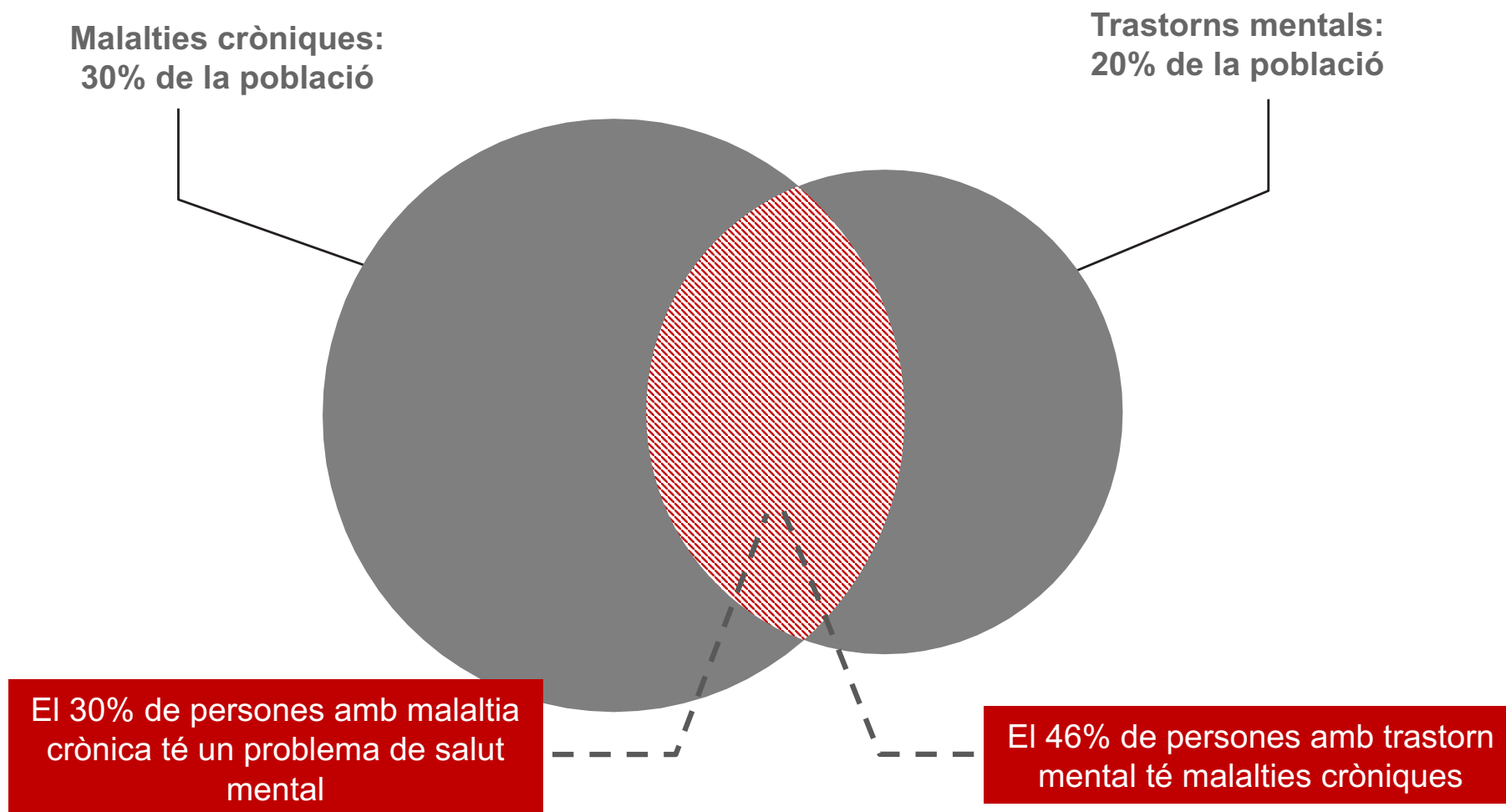
- ✓ Implementar a tot Catalunya el model d'atenció a les persones amb trastorn mental de complexitat en les propostes de RAC

### ✓ Fites per 2017:

- ✓ Desenvolupar marc conceptual facilitador del canvi TMS i TMG a PC i PCC
- ✓ Consensuar les RACC incorporant l'atenció al PCC-SM
- ✓ Identificació en base a criteris definits i disseny del PIIC compartit corresponent

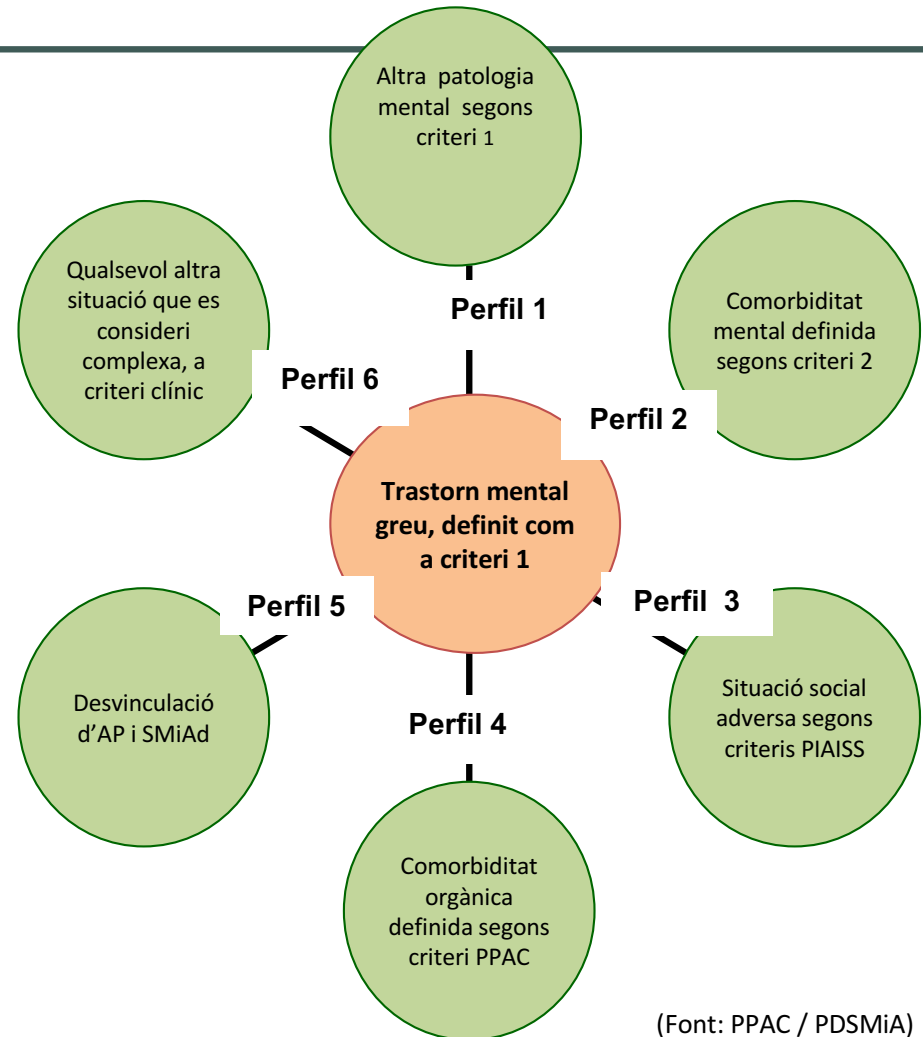


# Solapament entre malalties cròniques i mentals (NHS)

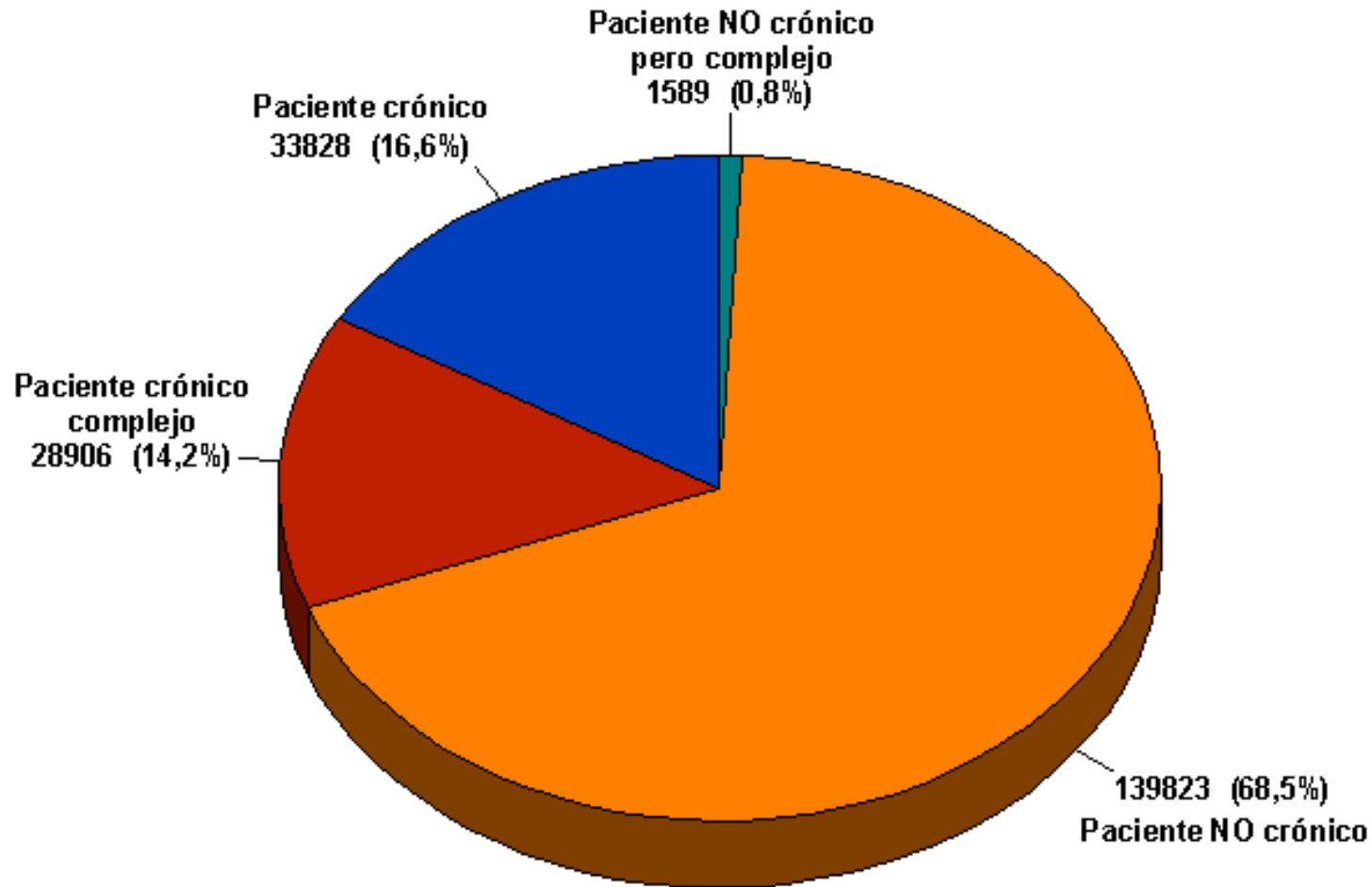


# PCC en SM i Ad: Perfils de cronicitat

- **Perfil 1.** Concurrència de dos o més patologies mentals identificades amb criteri 1.
- **Perfil 2.** Concurrència d'una patologia de criteri 1 i com a mínim una de criteri 2.
- **Perfil 3.** Concurrència d'una patologia del criteri 1 i condicions socials adverses.
- **Perfil 4.** Concurrència d'una patologia criteri 1 i comorbiditat física rellevant
- **Perfil 5.** Persones desvinculades de APS i de SM.
  - Persones amb trastorn mental crònic sense contacte 1 any
  - Persones ateses més de 10 vegades en un Servei d'urgències, en els darrers 6 mesos.
- **Perfil 6.** Qualsevol condició de SM de difícil maneig, a criteri professional



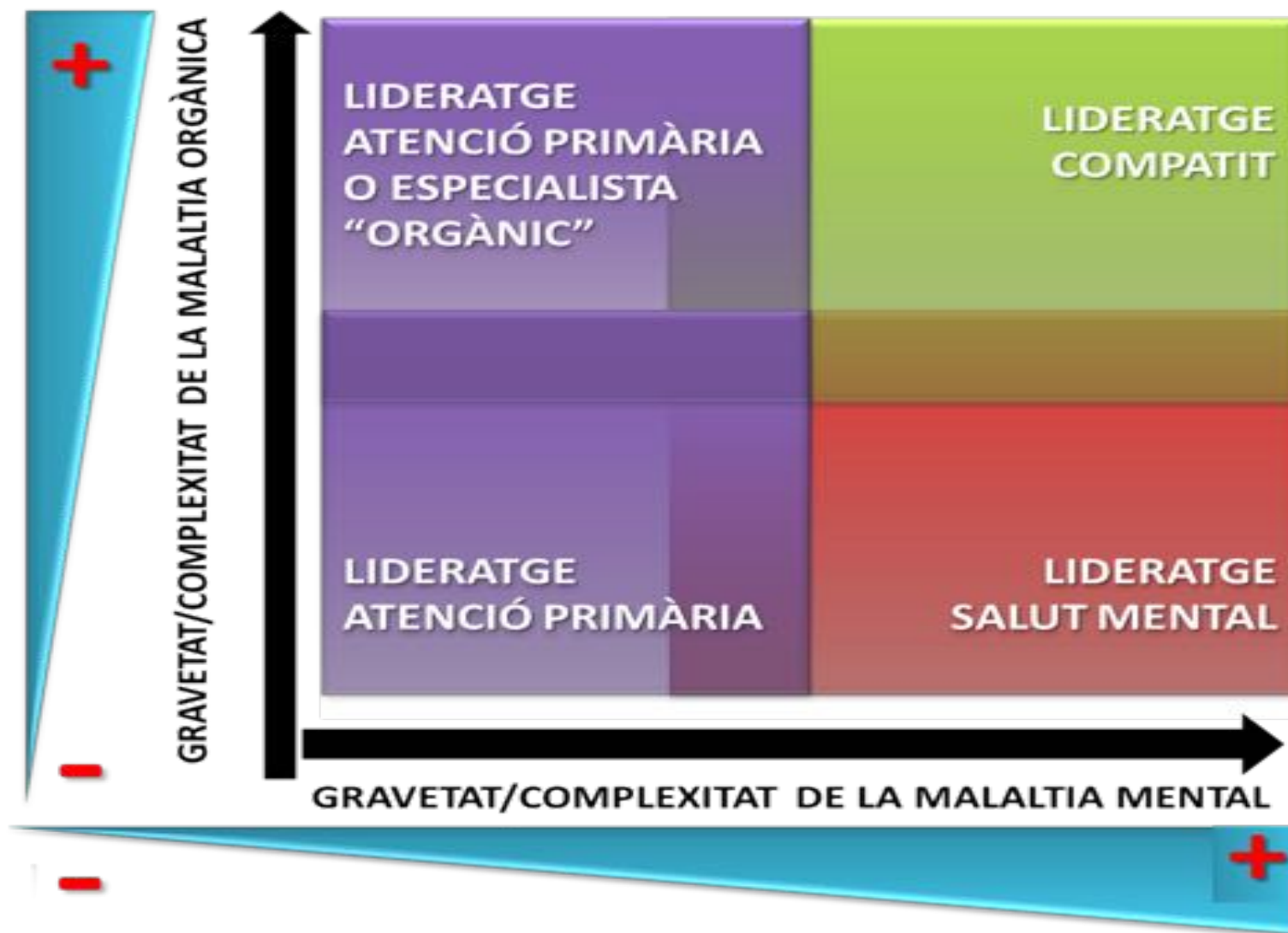
# Classificació de les persones ateses en els serveis de SM, segons cronicitat i complexitat



No se incluyen adicciones



# Qui lidera el procés?



# LÍNIA ESTRATÈGICA

---



**Desenvolupament instruments transversals de suport al model d'atenció a la complexitat**

- ✓ **Objectiu 2020:**
  - ✓ Desenvolupar instruments i els contextos que facin possible la implantació del model d'atenció integral i integrada centrada en les persones
  
- ✓ **Fites per 2017:**
  - ✓ **HC3 com a eix comunicatiu** bidireccional “clau”
  - ✓ Desenvolupar en **implementació La Meva Salut (Projecte 1.5)**
  - ✓ Sistema d'informació clar, transversal de “**gestió calenta**”
  - ✓ **Estratificació (GMA)** com a eina de suport a evolucionar

# Proposta futura d'indicadors pacient crònic



Indicadors	Atenció Primària	Atenció Hospital.	Atenció Social
<b>Hospitalitzacions Evitables</b>	++	++	+
<b>Cobertura programa Atenció Domiciliaria</b>	++	-	++
<b>Resultats en salut/benestar</b> bon control, procés i tractament.	++	++	
Taxa <b>Reingressos</b> processos crònics: MPOC i Insuficiència Cardíaca	++	+++	+
Taxa <b>Hospitalització "urgent"</b> o "no programada" en pacients MPOC i Insuficiència Cardíaca	++	++	
Planificació alta en programa <b>PREALT</b>	++	-	-
Assegurar continuïtat assistencial en <b>programa POSTALTA</b>	-	++	++
Valoració " <b>Qualitat Vida</b> "	++	++	++



# QUADRE DE COMANDAMENT

## Ruta diabetis Procés

Procés

Descripció del grup	Núm. de pacients
Pacients crònics complexes	528 pacients
Malats crònics avançats	134 pacients
Demència	22 pacients
Ruta diabetis	11128 pacients
Ruta depressió	4771 pacients
Ruta Insuficiència Cardíaca	1262 pacients
Ruta MPOC	2566 pacients

(10.293 pacients)	Indicador		Total Ind		2	%	3	%	4	%	Indicador FU	%	sense HbA1c	%	
	1-a	1-b	1	%											
EAP Lluçanès	347	104	157	261	75,2%	256	73,8%	269	77,5%	179	51,6%	122	35,2%	86	24,8%
EAP Centelles	688	208	276	484	70,3%	452	65,7%	495	71,9%	216	31,4%	134	19,5%	204	29,7%
EAP La Vall del Ges - Torelló	1258	463	424	887	70,5%	965	76,7%	998	79,3%	736	58,5%	350	27,8%	371	29,5%
EAP Manlleu	1506	471	528	999	66,3%	1110	73,7%	1153	76,6%	744	49,4%	440	29,2%	507	33,7%
EAP Roda de Ter	791	264	267	531	67,1%	588	74,3%	606	76,6%	381	48,2%	206	26,0%	260	32,9%
EAP Sant Hipòlit de Voltregà	436	140	165	305	70,0%	325	74,5%	347	79,6%	191	43,8%	84	19,3%	131	30,0%
EAP Sant Quirze de Besora	441	143	126	269	61,0%	309	70,1%	334	75,7%	193	43,8%	102	23,1%	172	39,0%
EAP Santa Eugènia de Berga	1077	447	291	738	68,5%	822	76,3%	869	80,7%	593	55,1%	273	25,3%	339	31,5%
EAP Tona	770	291	230	521	67,7%	555	72,1%	593	77,0%	352	45,7%	208	27,0%	249	32,3%
EAP Vic 1 - Nord	1242	443	505	948	76,3%	959	77,2%	1029	82,9%	593	47,7%	444	35,7%	294	23,7%
EAP Vic 2 - Sud	1233	320	674	994	80,6%	963	78,1%	1014	82,2%	793	64,3%	282	22,9%	239	19,4%
Sense especificar	14	0	3	3	21,4%	3	21,4%	4	28,6%	2	14,3%	1	7,1%	11	78,6%
<b>Total</b>	<b>10.292</b>	<b>3.305</b>	<b>3.672</b>	<b>6.977</b>	<b>67,8%</b>	<b>7.347</b>	<b>71,4%</b>	<b>7.760</b>	<b>75,4%</b>	<b>4.993</b>	<b>48,5%</b>	<b>2.651</b>	<b>25,8%</b>	<b>3315</b>	<b>32,2%</b>

Els indicadors són els següents:

**Indicador 1-a:** Pacients amb diagnòstic DM2 i 2 determinacions HbA1c en un any

**Indicador 1-b:** Pacients amb diagnòstic DM2 i 1 determinacions HbA1c en un any

**Indicador 2:** Pacients amb diagnòstic DM2 i 1 determinació LDL-c en un any

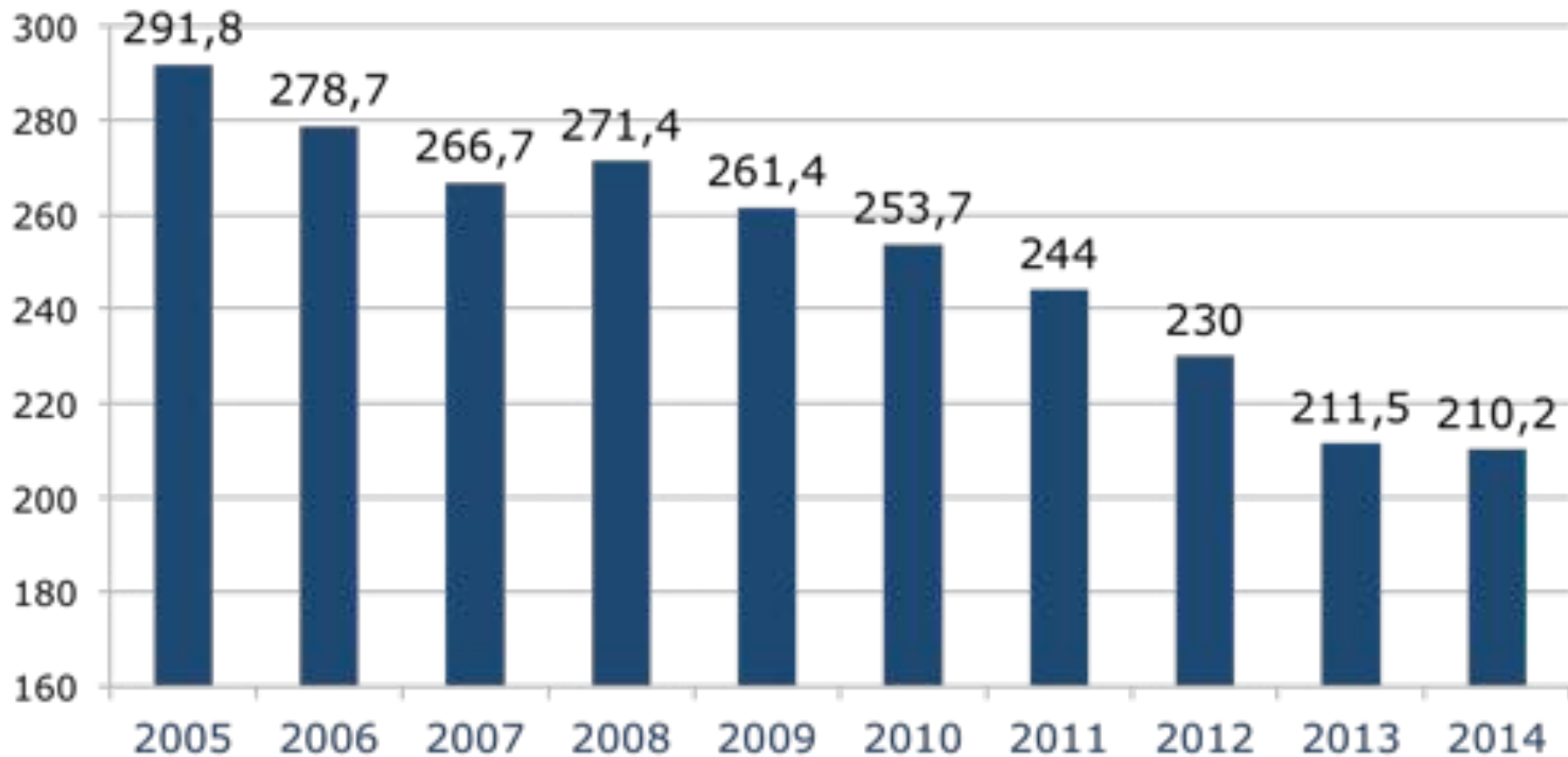
**Indicador 3:** Pacients amb diagnòstic DM2 i que tenen resultat laboratori FG

**Indicador 4:** Pacients amb diagnòstic DM2 i que tenen quocient Alb/Creatina en orina

**Indicador FU:** Pacients amb Fons Uri

# Tasa Hospitalización potencialmente evitable en complicaciones EPOC

**Disminución 13,8% entre Dic. 2011 a Dic. 2014 (36 meses)**



x 100.000 hab.

Fuente: MSIQ, Catsalut

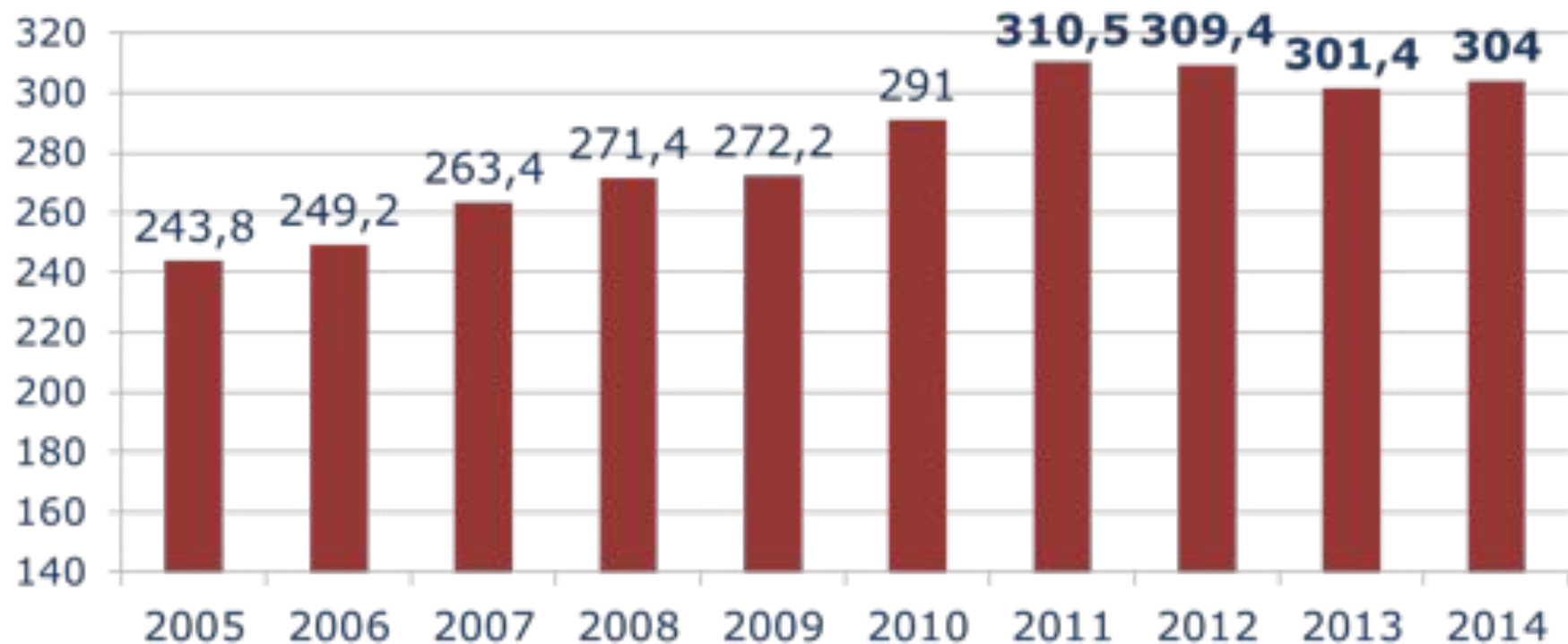


# Tasa Hospitalización potencialmente evitable en Ins Cardíaca

**Disminución 2%** entre Dic. 2011 a Dic. 2014 (36 meses)

***Nueva tendencia!***

***Incremento del 27% desde 2006 a 2011***



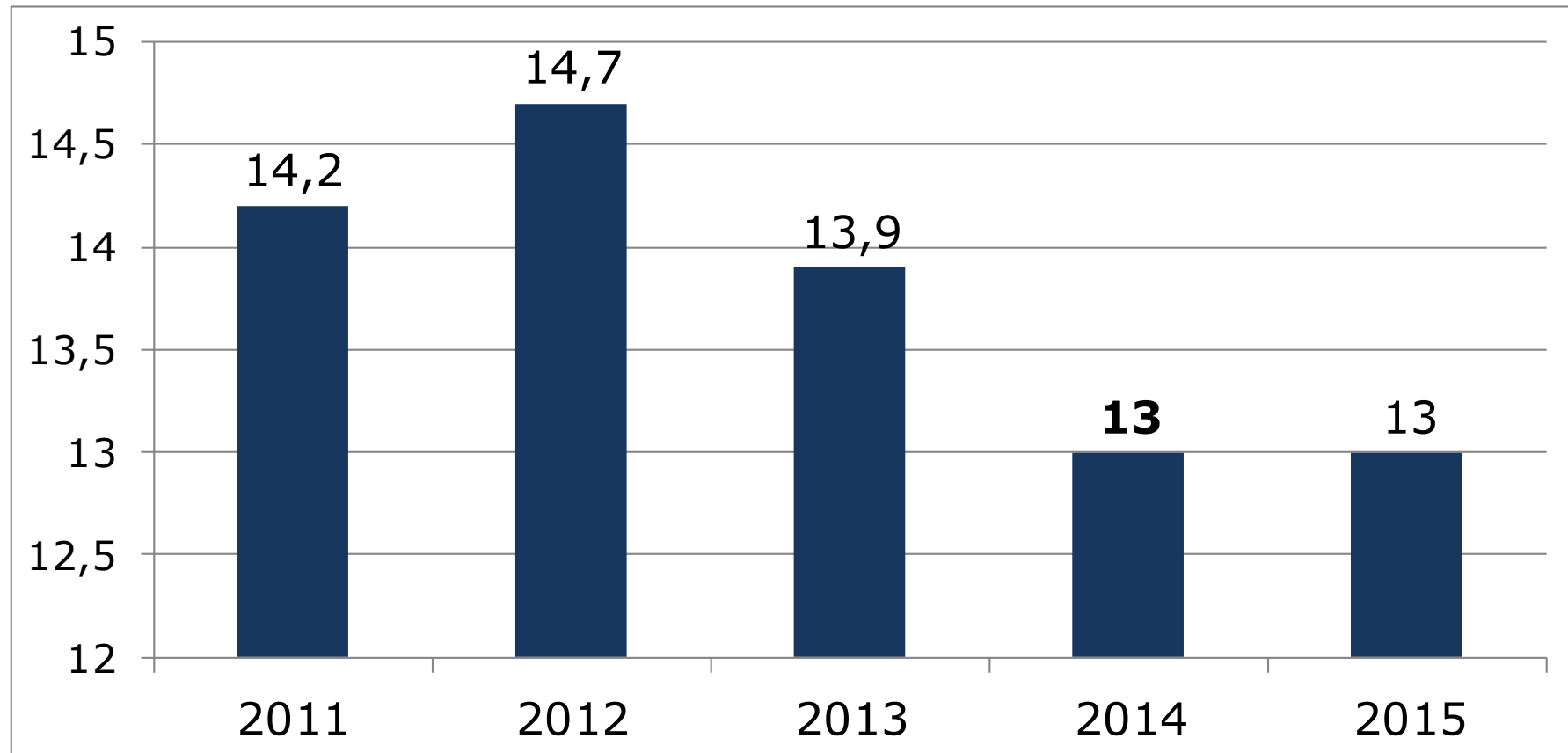
x 100.000 hab.

Fuente: MSIQ, Catsalut



# Reingresos a 30 días para un conjunto procesos crónicos

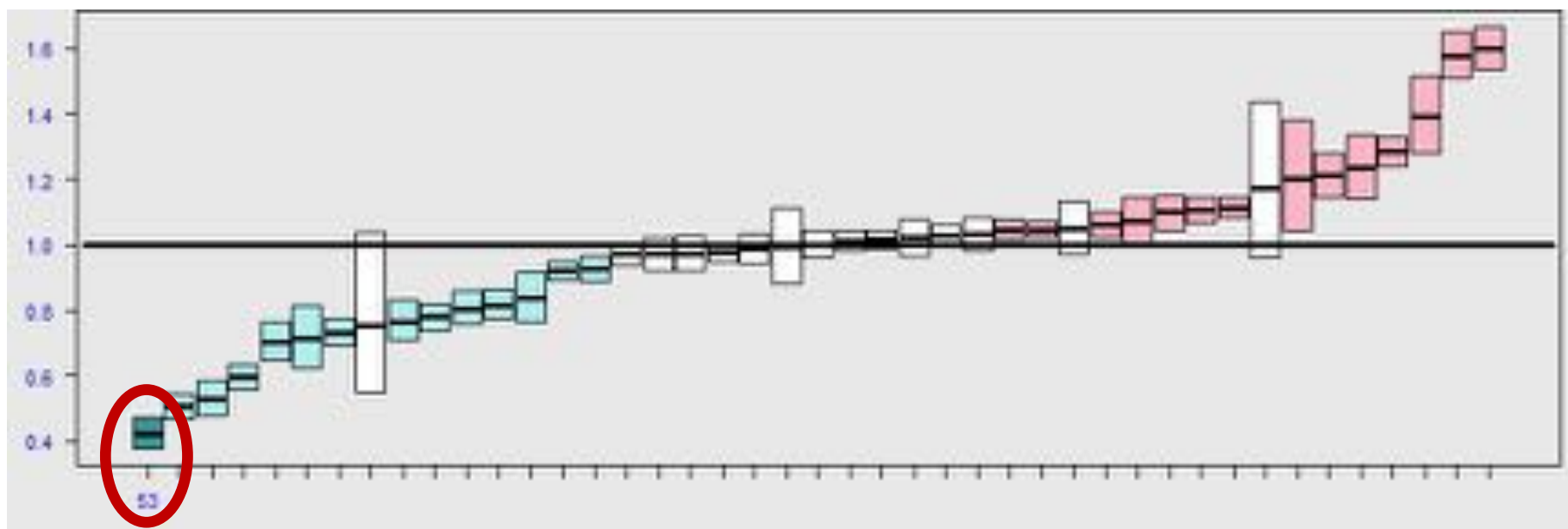
**Disminución 8,5% entre Dic. 2011 a Dic. 2015 (4 años)**



**Incluye:** EPOC, Ins. Cardíaca, DM, asma, enf. coronarias

# Hospitalizaciones enf. crónicas en La Garrotxa

Comparativa con el resto de AGA (áreas)  
1ª posición en 2015



“La Garrotxa” tiene nivel muy alto desarrollo servicios sociales (“Torbay catalán”)

# Línia estratègica

---

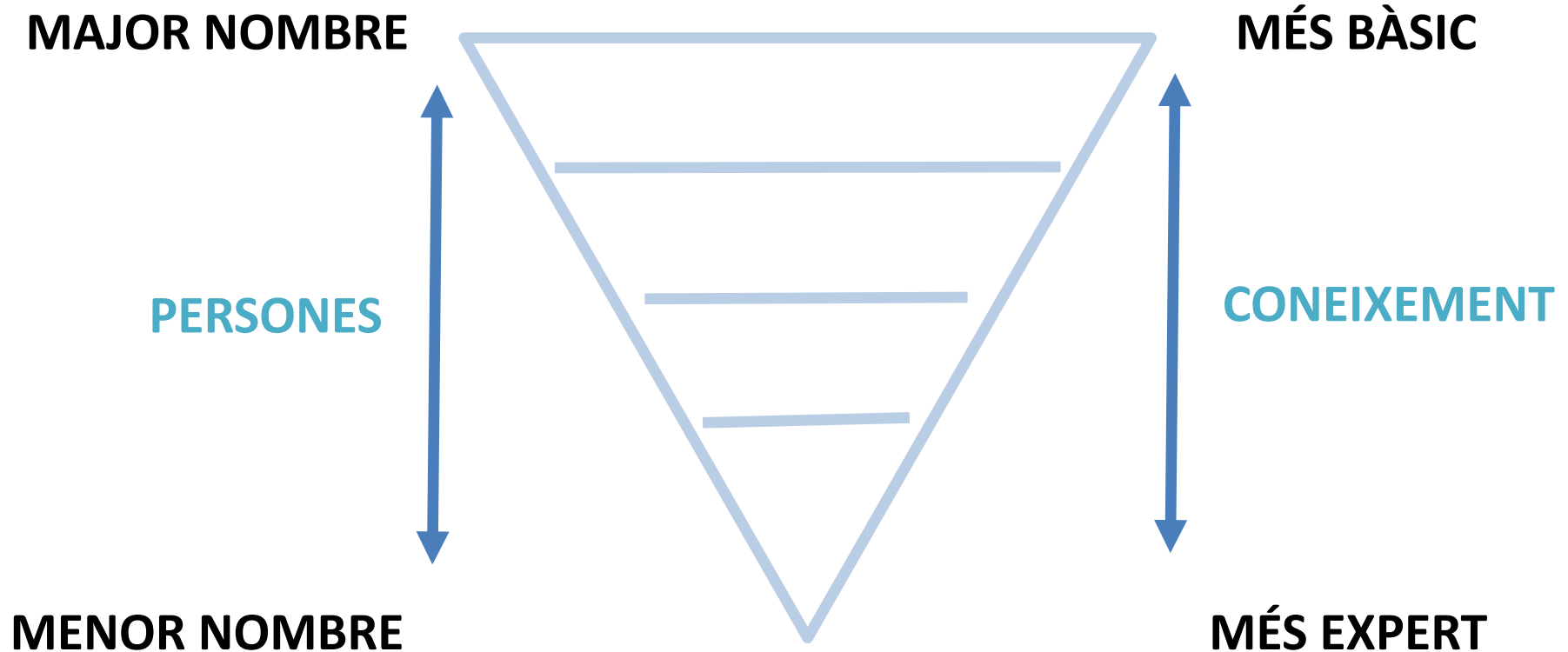


## Formació i Recerca

Promoure la recerca i formació integral en l'àmbit de salut i social que permeti aprofundir en el coneixement dels mecanismes que donen lloc a l'aparició de condicions de salut de caràcter crònic i situacions de complexitat.

# PLA DE FORMACIÓ EN ATENCIÓ INTEGRADA I COMPLEXITAT

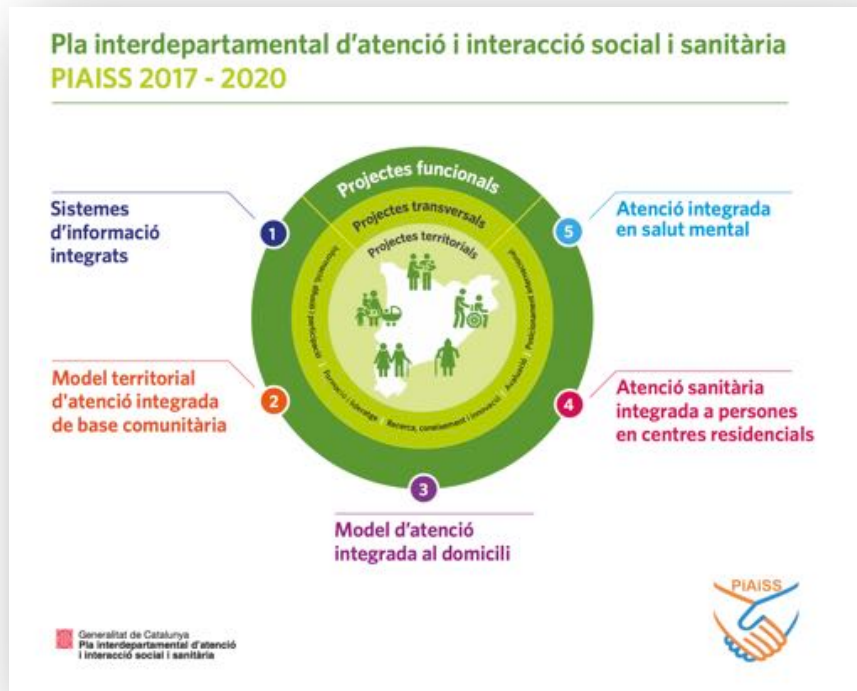
## Disseny del projecte





# PLA DE FORMACIÓ EN ATENCIÓ INTEGRADA I COMPLEXITAT

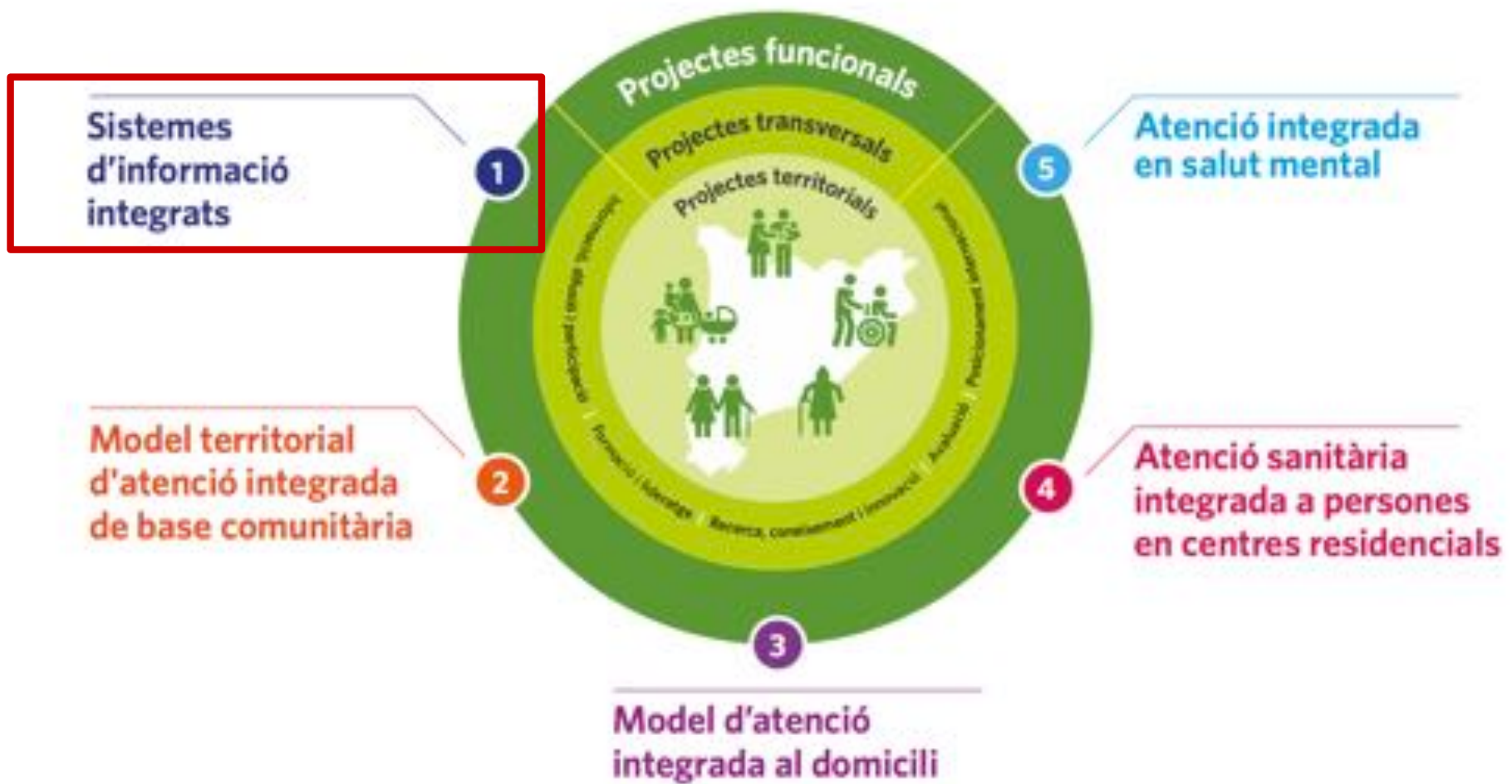




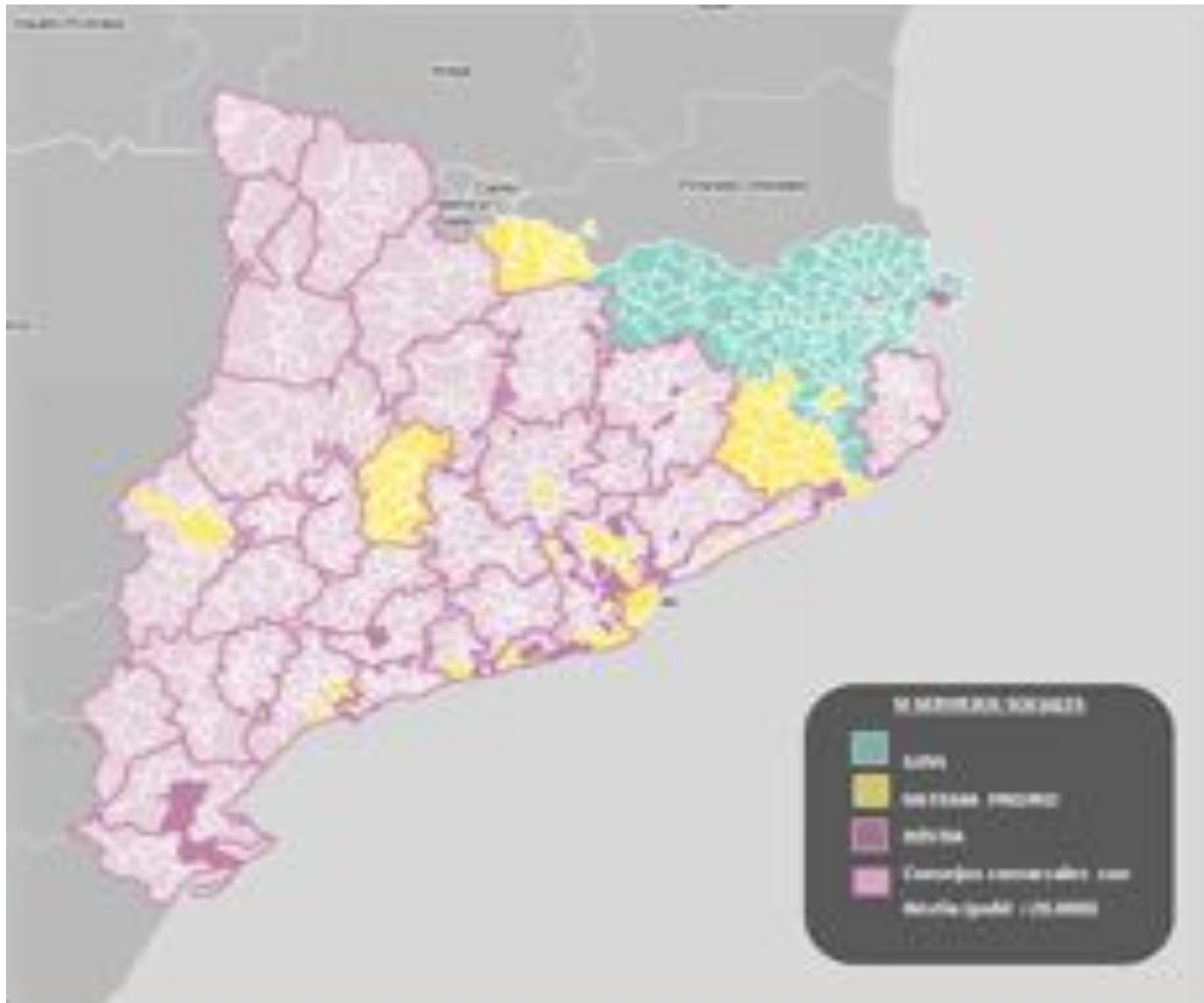
1. Sistemes d'informació
2. Estat del projecte d'Atenció Integrada a Domicili
3. Estat del projecte d'Atenció Sanitària Integrada a persones en centres residencials

# Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

## PIAISS 2017 - 2020

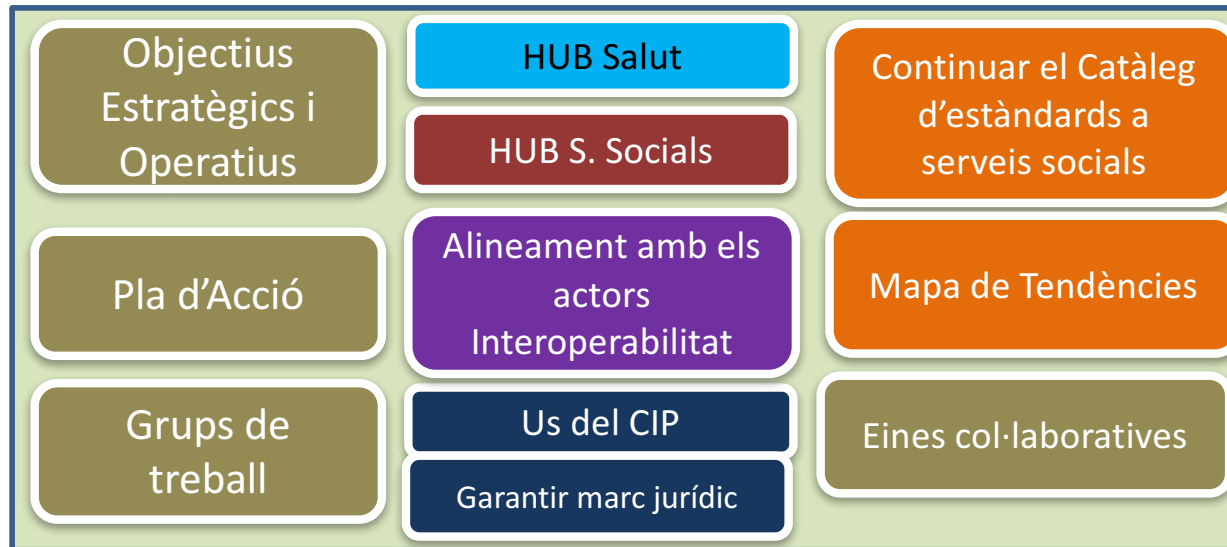


# Mapa sistemes informació Serveis Socials Bàsics



**NIVELL ESTRATEGIC**

**PLA ESTRATEGIC**



**NIVELL OPERATIU**

Continguts

Estàndards

Jurídic

Tecnològic

Desenvolupament

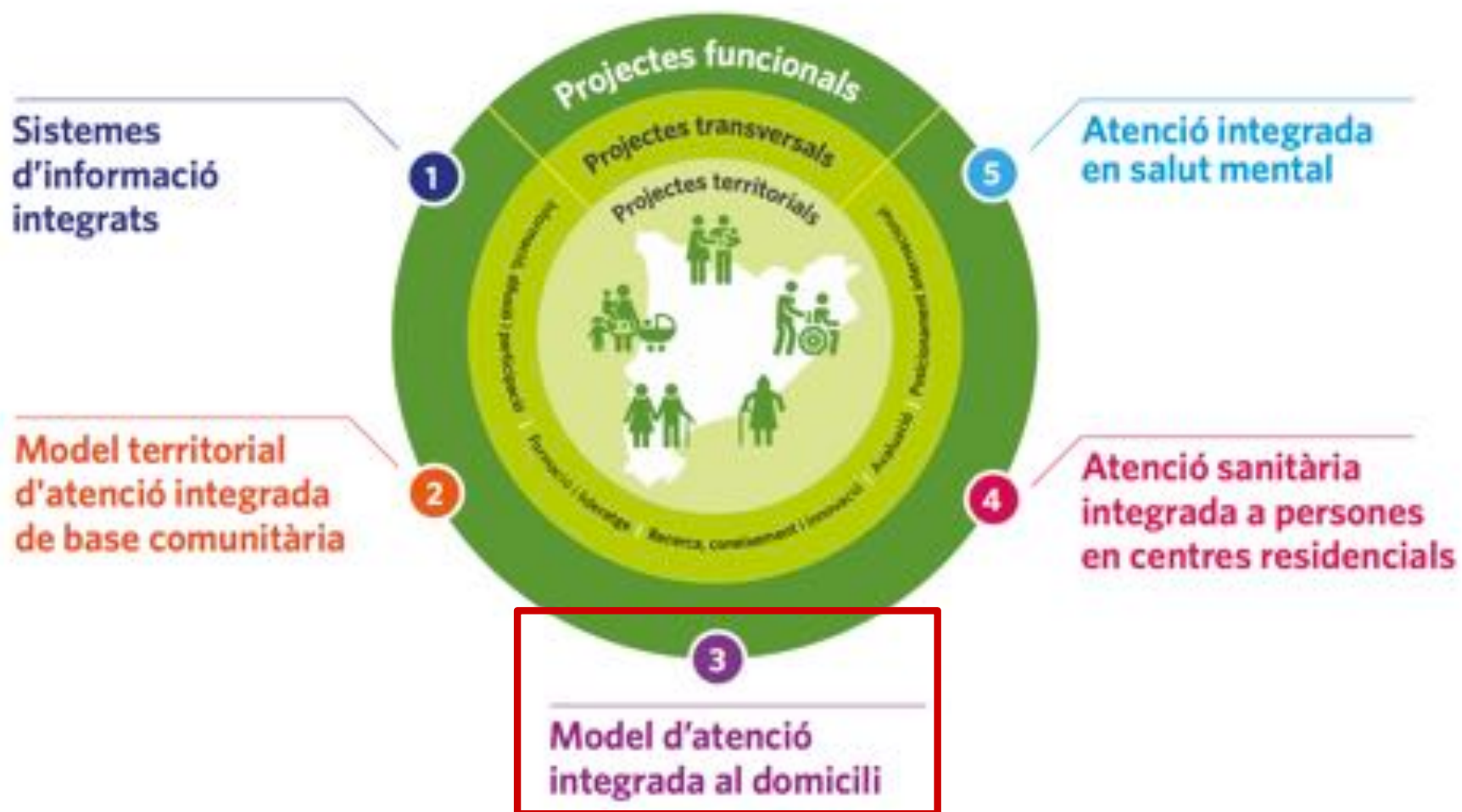
Implantació

		Continguts	Estàndards	Jurídic	Tecnològic	Desenvolupament	Implantació
HC3 ↔ SSB	HESTIA	-	-	-	-	-	-
	SIAS	✓	✓	✓	✓	✓	-
	GESS	-	-	-	-	-	-
HC3 ↔ Repositoris Centrals	Dependència	-	-	-	-	-	-
	Discapacitat	-	-	-	-	-	-
	SINIA	✓	✓	✓	✓	✓	-
HC3 ↔	Residències (públiques)	-	-	-	-	-	-
	ALTRES	-	-	-	-	-	-

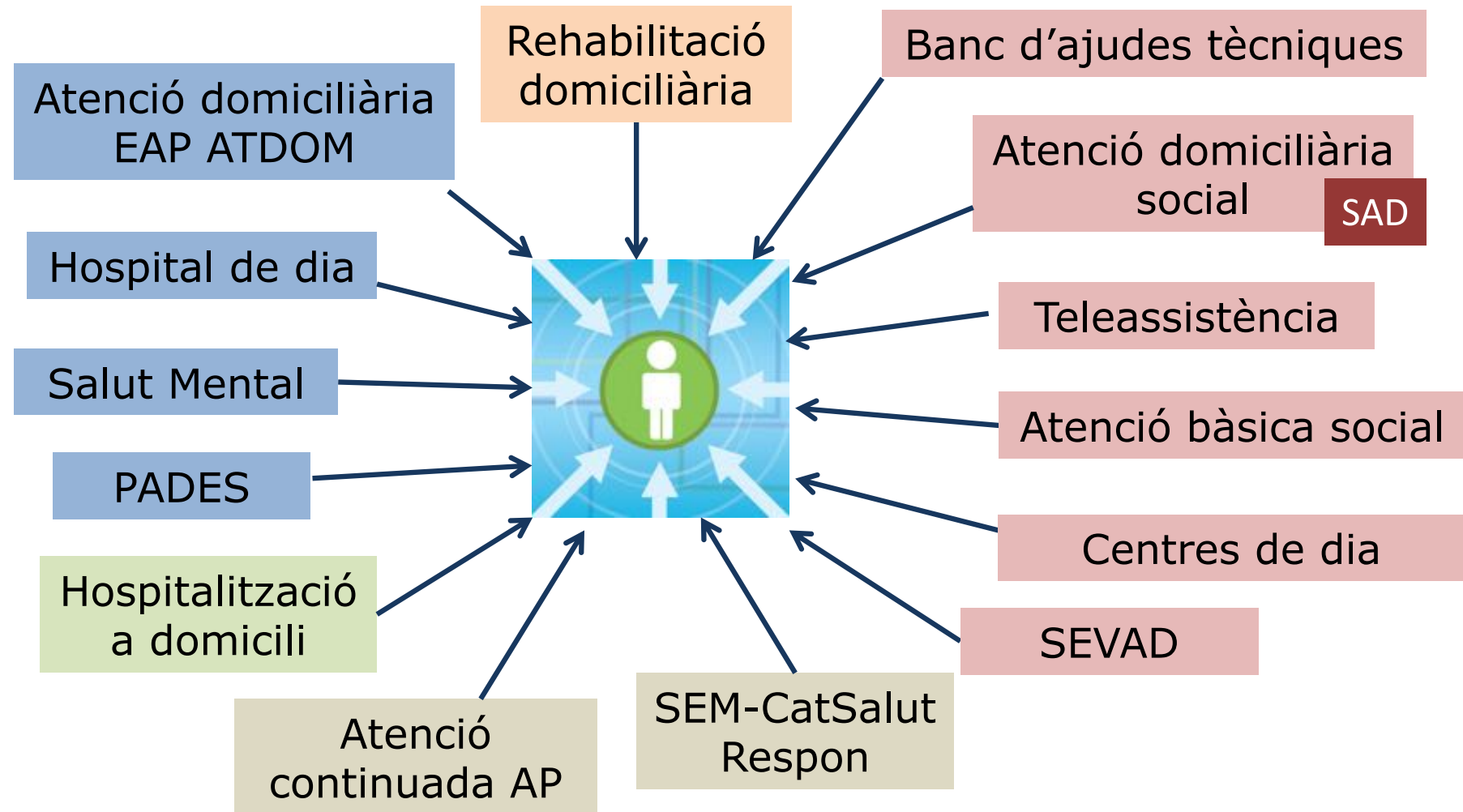


# Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

## PIAISS 2017 - 2020



# HETEROGENEÏTAT – MULTIPLICITAT – DIFICULTAT





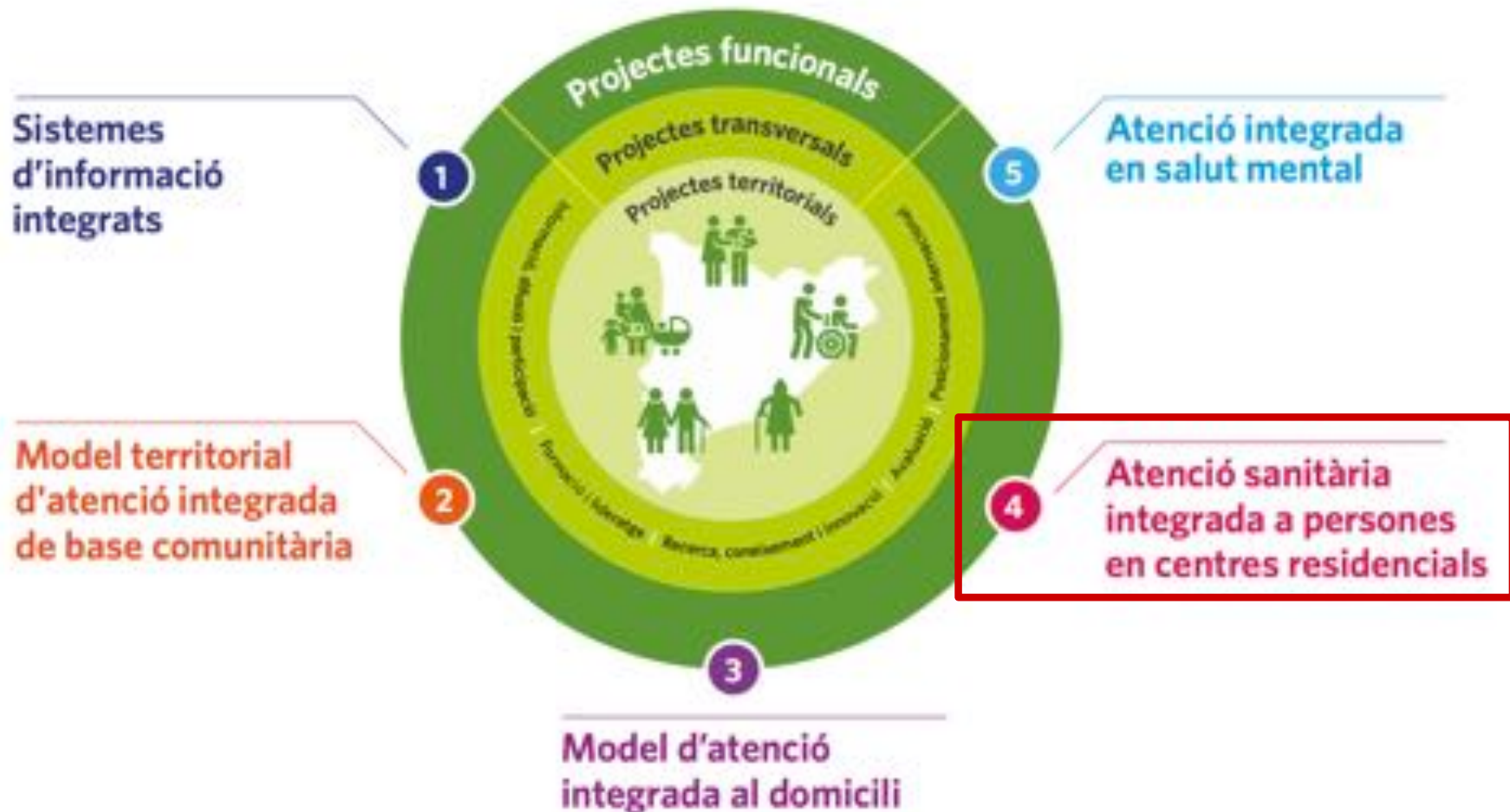
# OBJECTIUS (I)

---

- Definir un **model d'atenció integrada social i sanitària al domicili**
- Incorporar els **elements que defineixi aquest model**
  - ✓ A la guia de suport a la implementació territorial
  - ✓ Als instruments de planificació i contractació (Pactes territorials de salut + PALMSS).
- **Identificar bones pràctiques d'atenció domiciliària** dins model d'atenció compartida que puguin ser incorporades a l'Observatori d'Innovació en Atenció Integrada.

# Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

## PIAISS 2017 - 2020



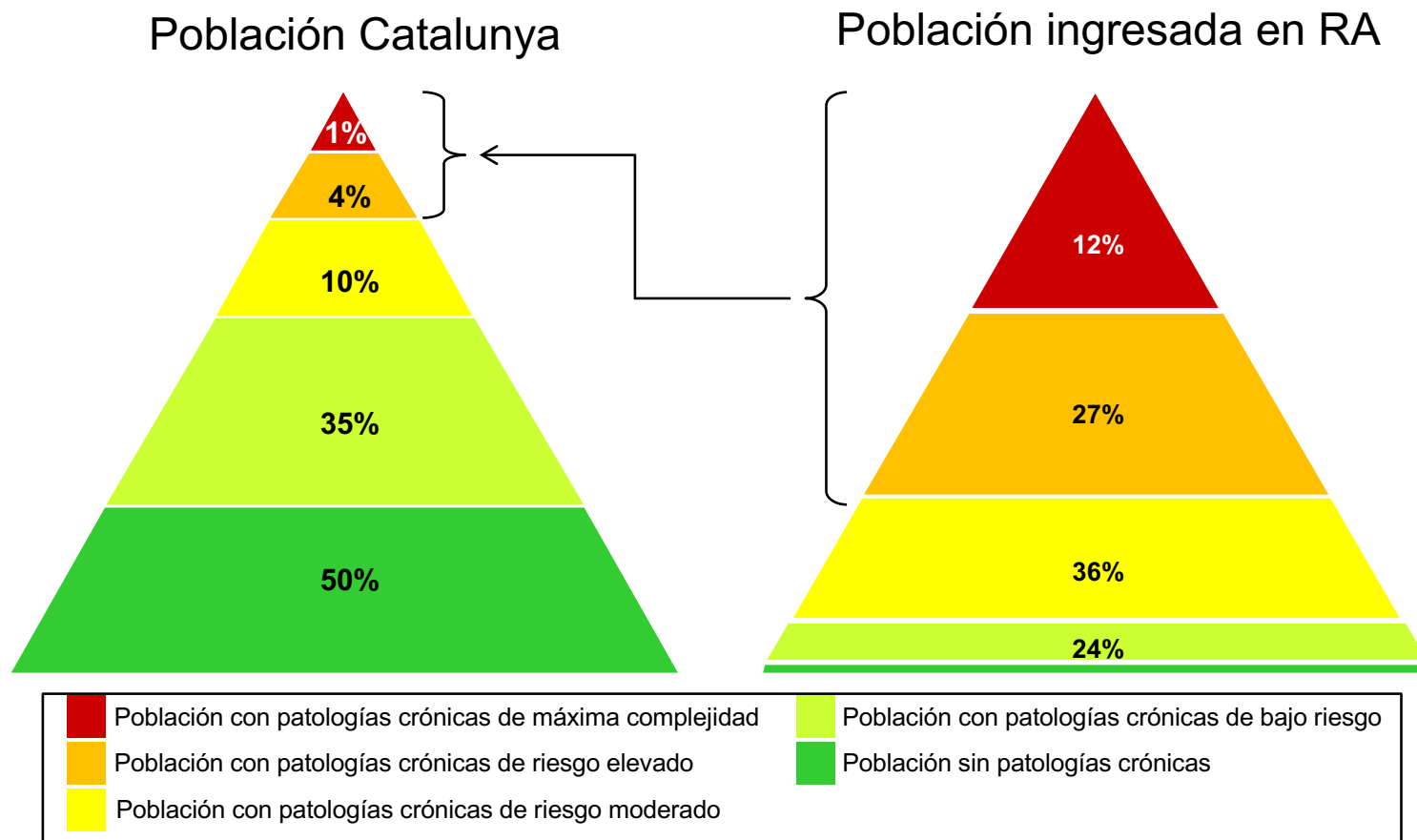
# Model atenció sanitària a Residències

---

- ❑ Grup nuclear desenvolupa línies a desenvolupar
- ❑ Grups de Treball identificats:
  - Marc normatiu TASF vs marc normatiu Dept Salut
  - Perfil clínic de la persona institucionalitzada
  - Farmàcia
  - Atenció sanitària no urgent a residència
  - Atenció sanitària urgent (inclou 061)
  - Relació atenció residencial i socio sanitària (LLE i mòdul sanitari social?)
  - Sistemes informació interoperables
  - Formació a professionals de residència
  - ...

# 1.- ESTAT DE LA SITUACIÓ

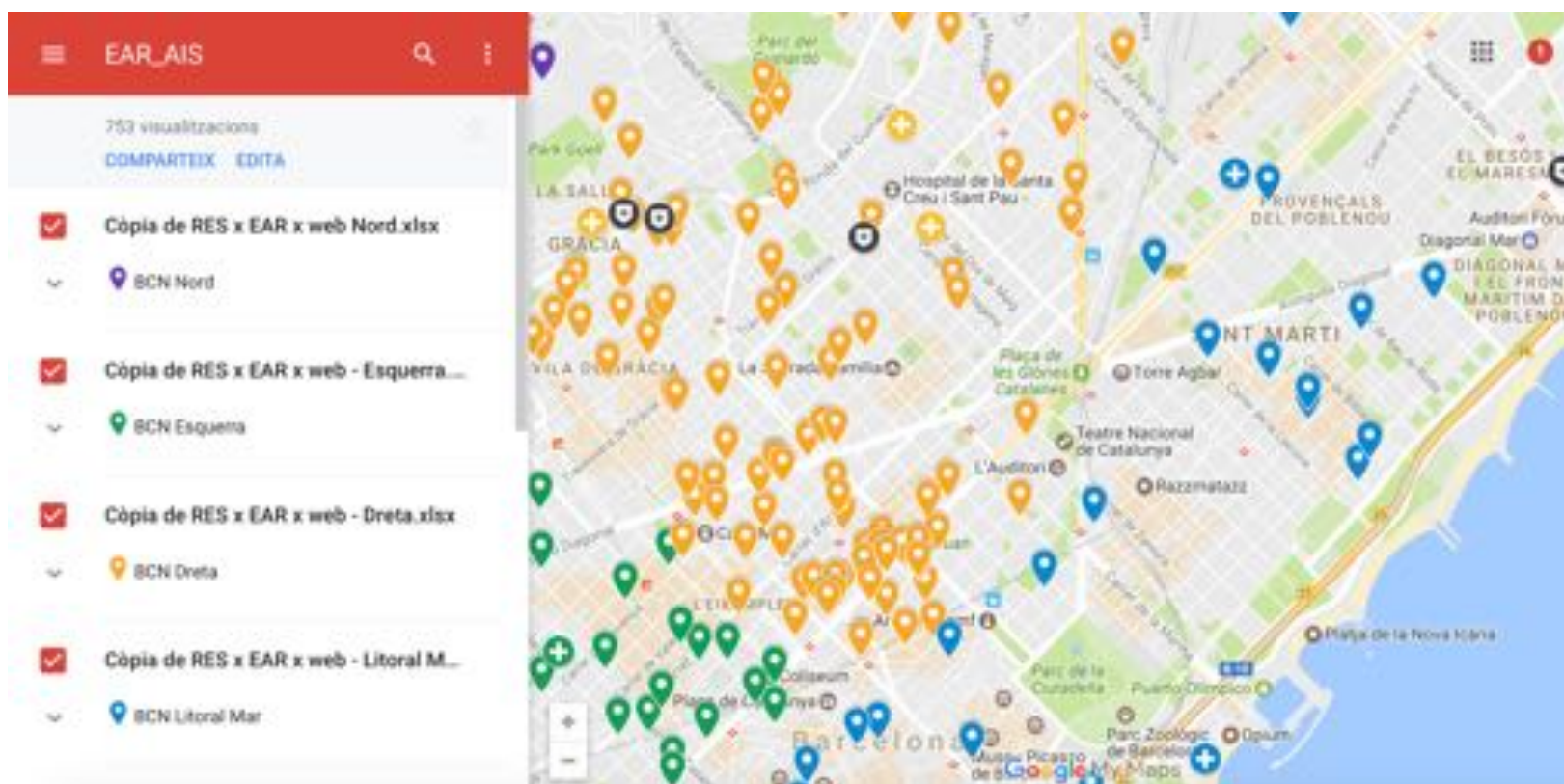
- ❑ Perfil de les persones amb discapacitat intel·lectual i física a residències?
- ❑ Perfil de les persones grans institucionalitzades a residències



15

# 1.- ESTAT DE LA SITUACIÓ

- Mapa centres residencials i relació amb EAP i centres socio-sanitaris



**Però això es el principi del canvi...**

---

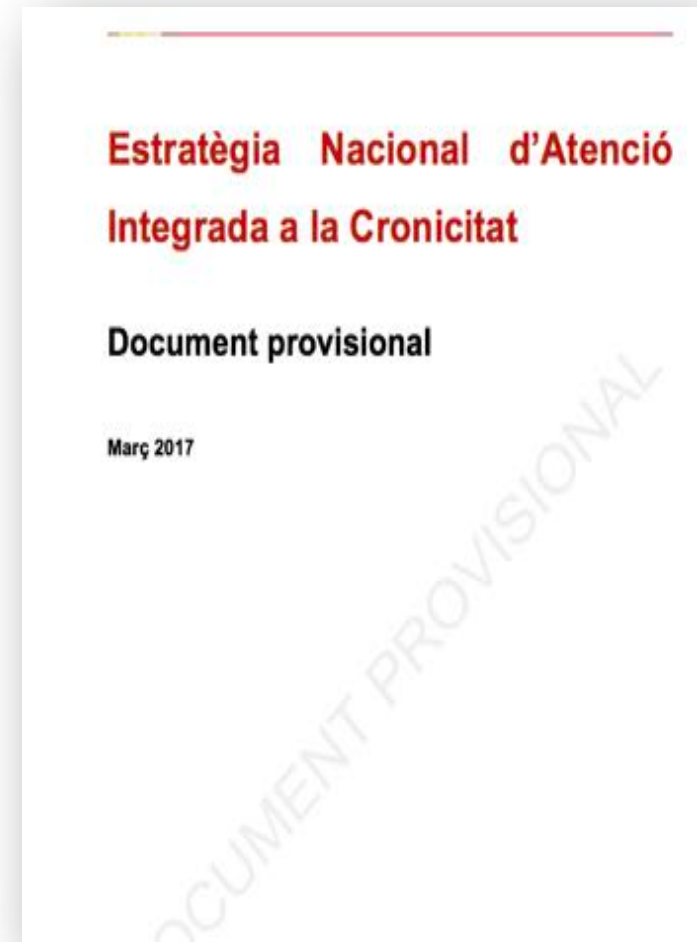
## **DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓ I ATENCIÓ A LA CRONICITAT**

A ...

# Estratègia Nacional d'Atenció Integrada a la Cronicitat

---

Entomar aquests reptes per “*crear un nou model d’atenció integrada social i sanitària per a tots els ciutadans de Catalunya, capaç de respondre al repte que representen la cronicitat, la complexitat i la dependència, potenciant la promoció de la salut i la prevenció dels factors de risc i de les malalties cròniques de més impacte, alhora de saber desplegar un model d’atenció des de les fases més incipients fins als estadis de més complexitat*” (missió).







Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**

[salutweb.gencat.cat/pladesalut](http://salutweb.gencat.cat/pladesalut)



Pla de Salut  
de Catalunya 2016-2020