



# **Model d'Atenció domiciliària a la complexitat Aprenent de la experiència i els errors**

Barcelona, 21 de setembre de 2017  
Jornada de Gestió Clínica CAMFiC - AIFiCC

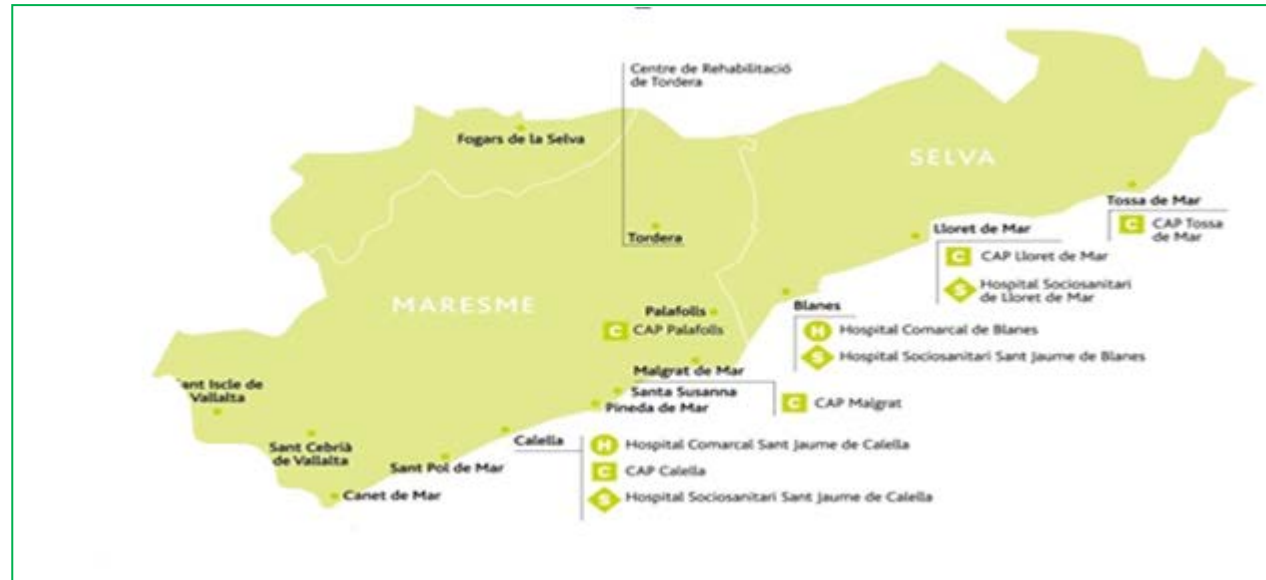
**Mercè Díaz, Cap d'Atenció domiciliària**  
**[mdiaz@salutms.cat](mailto:mdiaz@salutms.cat)**

**Corporació de Salut del Maresme i la Selva**





# La Corporació de Salut del Maresme i la Selva



- Població de referència 195.000hb
- 2 Hospitals d'aguts
- 3 Sociosanitaris
- 3 ABS (Pob. assignada: 84.400hb )
- 3 centres de RH
- Compartim la Assistència Primària amb 4 ABS ICS





## Any 2003-4: El principi...

- Els majors de 84 anys suposaven un 2,3% de la nostra població total (Catalunya 1,8%)
- Taxa d'hospitalització un 12,5% superior a la esperada en aquest grup d'edat
- Elevat percentatge d'urgències de pacients >84 (4,7% / 2,4% Catalunya)
- El 35% de les urgències dels >de 84 provenien de RG i el 65% de domicili
- Estadets mitjanes superiors a la resta de grups d'edat (2,1 dies)
- Molts d'aquets pacients no tenien un seguiment programat per part de la seva ABS i s'actuava de manera reactiva.

## Objectius

- ✓ Millorar l'atenció a aquest grup de pacients
- ✓ Disminuir la freqüentació hospitalària
- ✓ Millorar la coordinació entre nivells assistencials



## Àmbit d'Atenció Domiciliaria





**2005:**

- **Àmbit d'Atenció domiciliaria** (lideratge únic)
  - Es desenvolupa el primer document del Programa d'Atenció domiciliaria integral on es fa una primera classificació dels pacients candidats a atenció domiciliaria per nivells :
    - **Nivell I** : Pacients que precisen atenció domiciliaria transitòria
    - **Nivell II**: Pacients amb criteris d'atenció domiciliaria permanent i estabilitat clínica
    - **Nivell III**: Pacients a amb criteris d'atenció domiciliaria permanent i alta probabilitat de patir crisis en la evolució natural de la seva malaltia
    - **Nivell IV**: Pacients en situació de malaltia terminal
  - Es reorganitzen els serveis existents (PADES, ATDOM)
    - PADES passa a formar part de l'Àmbit d'atenció domiciliaria i es redistribueix el territori d'actuació. Prop del 80% dels pacients que atenen son oncològics
    - A les ABS s'assigna una infermera per l'atenció domiciliaria (ADI)





- Es desenvolupen diferents mecanismes per identificar i classificar la població diana de manera proactiva: llistats >80a, freqüentadors a urgències, pluripatològics ...
- Es creen alguns indicadors per avaluar les intervencions
- Es guanya una Beca de la Acadèmia de ciències mèdiques amb un projecte d'intervenció en majors de 84a





**2006:**

- ❑ A finals del 2006 s'havien inclòs en programa **771** pacients d'atenció domiciliària permanent ( 70% > 74 anys)+ 308 d'atenció transitòria
- ❑ En les visites post-alta a pacients que eren de residència geriàtrica ens adonem que:
  - Hi ha molta heterogeneïtat en la atenció sanitària en aquets centres i reticències a deixar fer controls de seguiment per part de ADI
  - Els professionals de les RG tenen moltes dificultats de coordinació amb els diferents nivells assistencials
  - Hi ha pacients molt complexos de difícil maneig
  - Ni els metges de família ni les infermeres coneixen aquets pacients
- ❑ **Altres problemes**
  - Les infermeres de ADI estan desbordades per que detecten molts més pacients dels que poden atendre
  - Els pacients estaven assignats al seu equip d'atenció primària però les infermeres de ADI eren, en realitat, les úniques que feien el seguiment.





- Dubtes dels pacients i cuidadors de a qui dirigir-se quan necessitaven alguna cosa
- A vegades la resposta dels professionals era “pregunta a l’altre”
- Dificultats per rebre l’avís de l’alta per manca de comunicació entre sistemes informàtics
  - Primària de la CSMS treballa amb OMI, als hospitals amb T6, però molta HC estava encara en paper als arxius de l’hospital
  - La Primària del ICS treballa amb eCAP





- PRIMAR 84: Efectivitat de potenciar la atenció domiciliària amb visites de valoració i seguiment i acompanyament a l'alta en majors de 84 per reduir els reingressos urgents
- 728 pacients identificats a principis de 2006 en dues ABS de la CSMS
  - 69% dels pacients >84 anys de domicili tenen visites de valoració i seguiment (mitjana de 4)
  - En el cas de pacients de residència, només un 9% tenen visita de valoració i menys del 1% de seguiment
  - Només un 29% de tots els pacients que ingressen tenen seguiment a l'alta en les 24 hores següents
  - Disminueixen els reingressos urgents del **16,9%** al **14,4%** en la zona d'intervenció (-2,5%)

En la zona de control (resta de poblacions amb el mateix hospital de referència) també disminueix de **21,5%** a **17,3%** (-4,2%)







**2007:** Es valora que val la pena continuar millorant el servei i adequant-lo a les necessitats detectades

- Es posa en marxa un equip de suport per RG amb un metge i una infermera als que se'ls assigna el contingent de les RG
- Es desenvolupa el document del Programa de suport a RG amb els indicadors de seguiment
- Com que tenim la meitat de les residències geriàtriques que pertanyen a un altre proveïdor, les identifiquem com grup control per poder comparar
- S'amplia l'horari de cobertura d'infermeria d'atenció domiciliària ( 8 a 20h i dissabtes mati) i se'ls assignen els pacients en programa. El metge referent continua essent el metge de família i disposa de temps a la agenda per fer domicilis unes hores 2 dies fixes a la setmana.
- Es revisa el programa PREALT i es creen nous circuits d'informació més àgils tan per les nostres ABS com per les de l'ICS per fer un millor seguiment a l'alta
- Cada infermera ADI es responsable de 70-80 pacients prevalents però en el seu horari es la referent per tots els pacients de domiciliària
- Es consolida la figura de TS en els ABS que fan valoració social a tots els pacients de ADI i seguiment si s'escau
- Infermera d'enllaç a l'hospital per coordinar les altes amb primària ICS





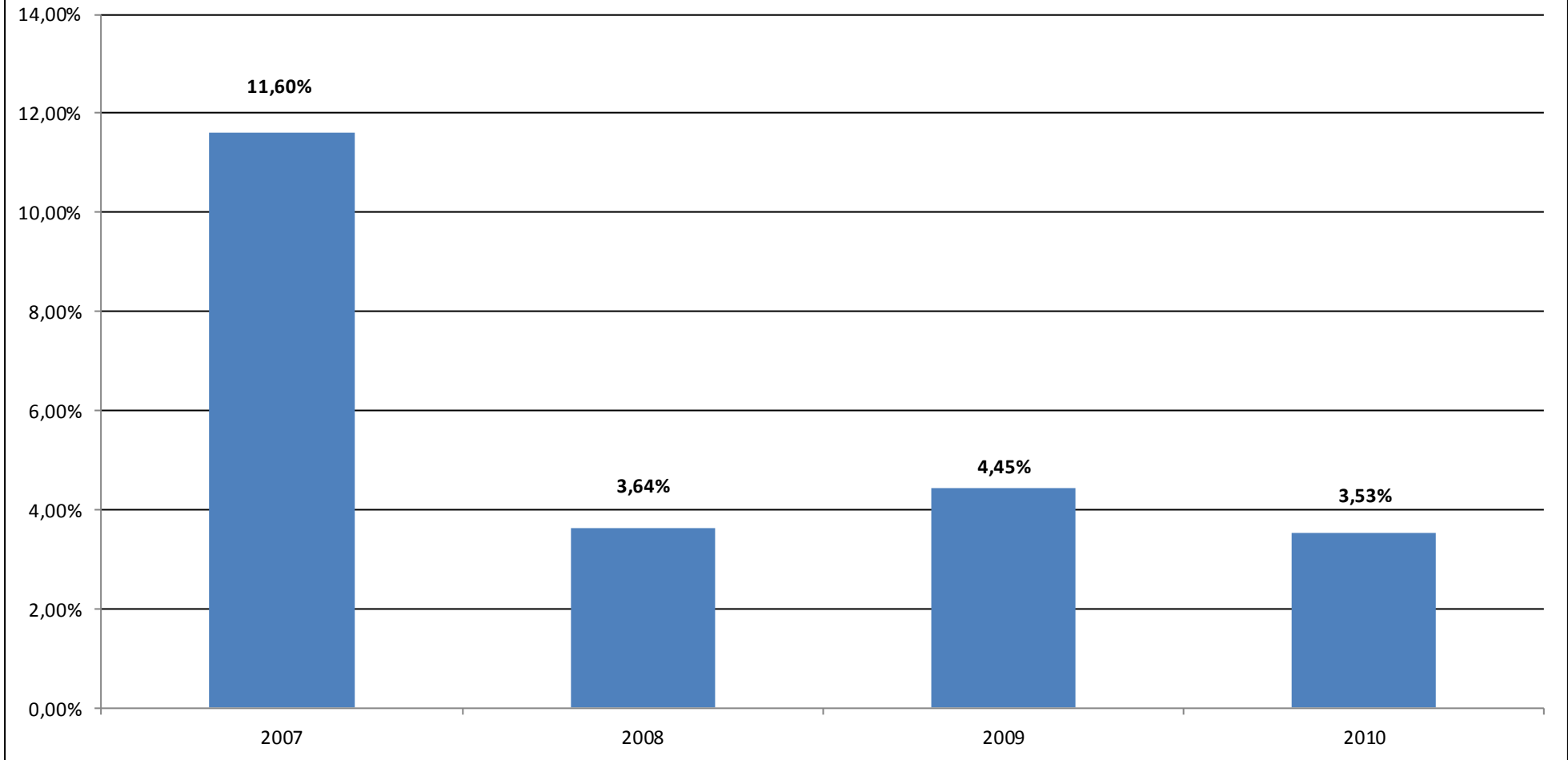
### 2008:

- Es posa en marxa Hospitalització a domicili a la zona del Maresme (Metge internista i infermeres hospitalàries) Treballen fonamentalment ingressant pacients d'urgències (78%)
- Es va desenvolupant la HC electrònica dels hospitals i es pot consultar des de la primària. Es treballa per tenir la identificació visible dels pacients de domiciliària per facilitar la coordinació entre serveis (urgències, UFISS, HAD) i la explotació de dades.
- Es posa en marxa la e-consulta per algunes especialitats
- En aquest punt, la anàlisi ens mostra que:
  - La ADI-P es consolida com un sistema efectiu per el control dels pacients amb criteris d'atenció domiciliària permanent
  - Elevat número de pacients identificats, historiat i seguits (entre 750 i 800, 77% >74 anys, un 18% de la població assignada >80 anys en programa)
  - Millor coordinació entre serveis i un molt bon seguiment a l'alta. Un 89% dels pacients inclosos en PREALT reben una visita de seguiment en les 24 hores posteriors a l'alta
  - Satisfacció dels cuidadors pel seguiment i la resposta
  - Reducció de la taxa de freqüentació a urgències





## Evolució de la freqüentació a urgències pacients ADI-P





**2008:**

### Punts febles ADIP

- Dificultat per obtenir visita mèdica quan la infermera la valora com a preferent
- Heterogeneïtat en la resposta segons el professional
- Distribució molt desigual en el nº de pacients inclosos en programa per metge
- Sensació de que a les infermeres de ADI a vegades se les utilitza per fer coses que no toquen (anar a posar injectable a pacient no ADI o a valorar simptomatologia de pacients que està clar que precisen visita mèdica )
- Els nivells 1 son una quantitat considerable de pacients que distorsionen molt les agendes de les infermeres de ADI ( 35%)
- H.C diferent entre hospital i primària que dificulta el traspàs d'informació
- Variabilitat en la resposta d'atenció continuada

Es planteja per primera vegada que les infermeres de consulta es facin càrrec de la atenció domiciliària dels pacients “nivell 1”

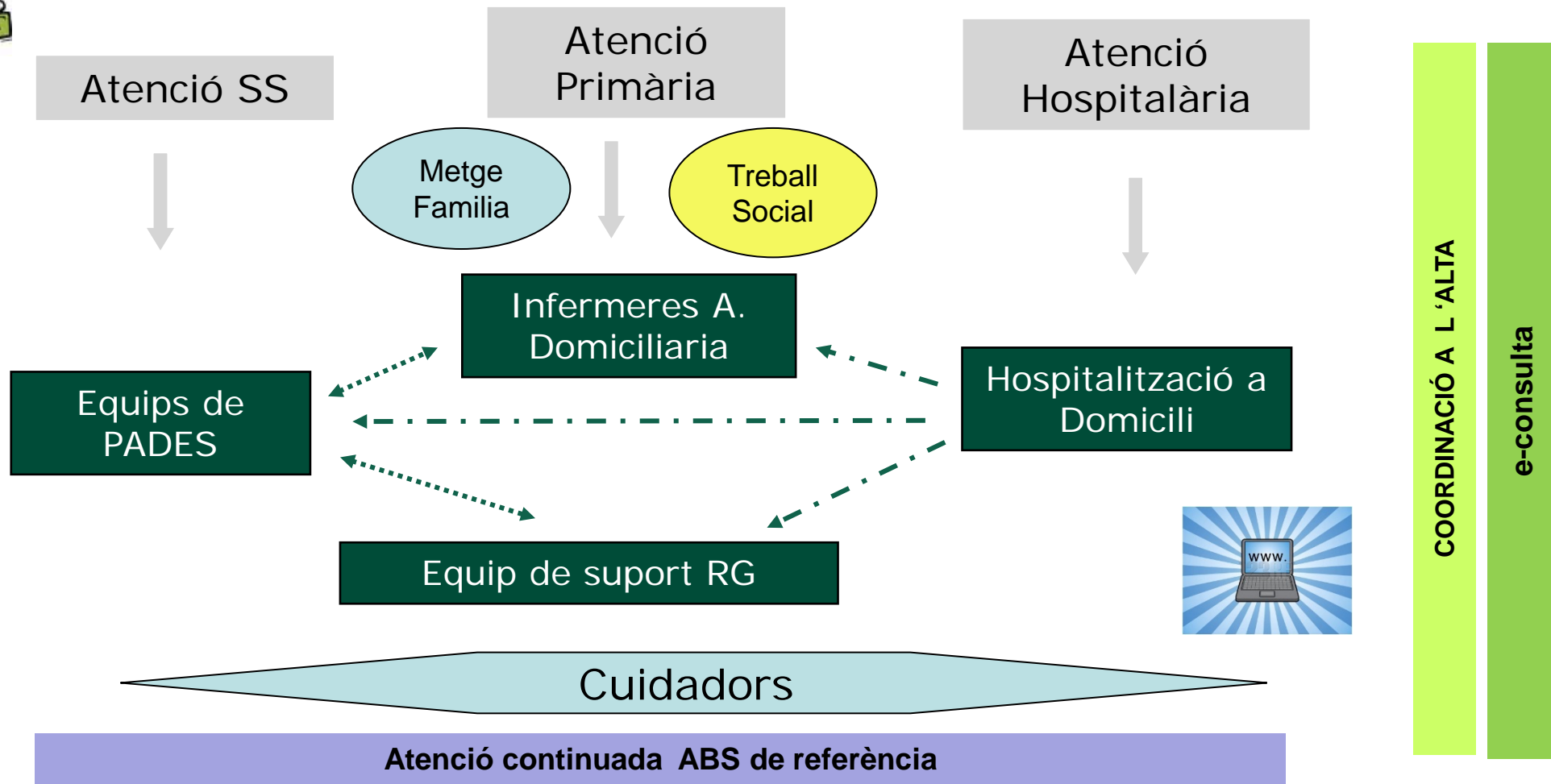
Es comença a parlar de tenir un metge referent únic per aquests pacients (homogeneïtat en la atenció, dedicació, temps )



# Àmbit d'Atenció domiciliaria



HC informatitzada (no comuna)





## Tempus fugit !!!

**2009-12**

Es continua treballant de la mateixa manera en la organització de ADI-P i en residències

### Anàlisi

- ❑ Es detecta la necessitat de suport personal a domicili en molts casos i poca resposta dels serveis socials
- ❑ Poca capacitat de resposta dels metges de família en situacions d'inici d'una descompensació
- ❑ No hi ha solucions àgils quan es necessita suport especialitzat
- ❑ Els resultats en les RG són molt bons i es publiquen: disminució de les urgències (-42%) els ingressos (-33%) i la prescripció x resident (-24%)
- ❑ Variabilitat en la resposta de la atenció continuada.





## 2009-12

### Actuacions

- ❑ En 2012 es posa en marxa el Servei de Suport Immediat a Domicili (**SSID**) per a persones en procés de final de vida, un programa vinculat al conveni de col·laboració entre l'Associació de Voluntaris i Amics de l'Hospital, Oncolliga (que financen el projecte) i la Corporació de Salut del Maresme i la Selva.
- ❑ Acord entre serveis socials de Lloret i la CSMS per que la TS sanitària de l'ABS pugui gestionar 20 h hores de Treballadora familiar de manera immediata per les necessitats dels pacients ADI
- ❑ Es crea la UPCA com a hospital de dia per pacient crònic complex
- ❑ S'integra OMI i T6. El curs clínic de primària es pot veure des de l'hospital i des de la primària tenen accés a la T6 que s'ha desenvolupat molt (imatge, proves complementaries ....)
- ❑ Alertes automàtiques per l'equip referent quan un pacient inclòs en programa va a urgències o ingressa
- ❑ Accés a la HC compartida de Catalunya

### A nivell departament

- ❑ En el Pla de salut 2011-2015 s'introdueix el concepte de complexitat i es parla del domicili (inclou RG) com a centre de la atenció a aquets pacients





## Nous conceptes

### 2013

- ❑ S'introdueixen els conceptes de PCC i MACA . Es fa una nova valoració de tots els pacients en programa ADI i es classifiquen segons aquest model.
- ❑ En general tots els nivells 2,3 son PCC i alguns 3 i tots els 4 es converteixen en MACA
- ❑ Els beneficis d'això es que es una classificació a nivell territorial i es pot donar la oportunitat de poder comparar dades amb altres zones
- ❑ En el programa de residències també es comencen a identificar els pacients PCC i MACA. Els resultats de les RG continuen millorant
- ❑ S'introdueix el PIIC com informe de continuïtat assistencial
- ❑ A finals de 2013 es posa en marxa una segona unitat de HAD.
- ❑ Les unitats de HAD estan treballant estretament amb l'Equip de suport de RG i fan ingressos directament des de les residències. També es comencen a fer alguns ingressos directes des d'Atenció primària (pacients inclosos en programa d'atenció domiciliària)
- ❑ S'identifiquen pacients PCC sense dificultats de mobilitat i se'ls fa el seguiment a les consultes
- ❑ PADES dona suport a la atenció a més pacients pal·liatius no oncològics (35%)







## 2015-16

- ❑ Les Residències tenen accés a la HC dels seus pacients i la comunicació es més àgil i es simplifiquen circuits
- ❑ Es comença a treballar amb una HC única en primària i hospital (T6)
- ❑ Es comencen a recollir dades tenint en compte la nova classificació de la complexitat
- ❑ Es recullen dades dels pacients PCC atesos en AD en RG i en les consultes
- ❑ Els pacients de RG tenen millors resultats en visites a urgències , farmàcia i despesa que els de AD i primària
- ❑ Revisem el que s'està fent en altres llocs:
  - Comprehensive Care Model (CCM) Chicago Health System
  - Extensive Model, CareMore (ECM) California Health System
  - People Helping People del NSH, 25 àrees pilot en UK
  - Buurtzorg Nederland. Nurses Leading de Way
- ❑ Es torna a plantejar la dedicació exclusiva de professionals mèdics per aquets tipus de pacient complex i alliberar a la infermera ADI dels controls dels nivells 1





## Indicadors 2015

2015

Total PCC <b>ADI</b>	Pacients a urg	% pac urg	nº urgencies	mitj ur/pac	nº pac ingres	% ingresen	≥3 urg	Interval	%≥3urg
626	261	<b>41,6</b>	536	<b>2</b>	147	<b>56,3</b>	61	3 a 9	<b>23,3</b>
Total PCC <b>Prim</b>	Pacients a urg	% pac urg	nº urgencies	mitj ur/pac	nº pac ingres	% ingresen	≥3 urg	Interval	%≥3urg
1193	554	<b>46,4</b>	1220	<b>2,3</b>	267	<b>48,2</b>	159	3 a 14	<b>28,7</b>
Total PCC <b>RG</b>	Pacients a urg	% pac urg	nº urgencies	mitj ur/pac	nº pac ingres	% ingresen	≥3 urg	Interval	%≥3urg
539	209	<b>38,7</b>	357	<b>1,7</b>	135	<b>64,5</b>	33	3 a 5	<b>15,7</b>

Total PCC <b>ADI</b>	Principis actius	Desp. Medicació	Desp. Material	Mitj. Despesa total
626	<b>12,3</b>	<b>920,7</b>	<b>600,5</b>	<b>1521,2</b>
Total PCC <b>Prim</b>	Principis actius	Desp. Medicació	Desp. Material	Mitj. Despesa total
1193	<b>13,4</b>	<b>1084,8</b>	<b>429,9</b>	<b>1514,7</b>
Total PCC <b>RG</b>	Principis actius	Desp. Medicació	Desp. Material	Mitj. Despesa total
539	<b>10,7</b>	<b>703,7</b>	<b>632,8</b>	<b>1336,5</b>





## Indicadors 2016

Total PCC ADI	Pacients a urg	% pac urg	nº urgencies	Mitj. ur/pac	nº pac ingres	% ingresen	pac ≥3 urg	Interval	%≥3urg
<b>792</b>	389	<b>49,1</b>	840	2,1	230	<b>59,2</b>	95	3 a 12	24,4
Total PCC Prim	Pacients a urg	% pac urg	nº urgencies	Mitj. ur/pac	nº pac ingres	% ingresen	pac ≥3 urg	Interval	%>3 urg
<b>934</b>	363	<b>38,9</b>	763	2,1	128	<b>35,2</b>	95	3 a 9	<b>34,6</b>
TotalPCC RG	Pacients a urg	% pac urg	nº urgencies	Mitj. ur/pac	nº pac ingres	% ingresen	pac ≥3 urg	Interval	%≥3urg
<b>475</b>	<b>196</b>	<b>41,2</b>	366	<b>1,9</b>	134	<b>68,3</b>	38	3 a 6	<b>19,3</b>

Total PCC ADI	%≥3urg	Mitj.Principis act	Desp. medicació	Desp material	Mitj. Despesa total
<b>792</b>	24,4	11,9	951,1	523,5	1474,6
Toral PCC Prim	%≥3urg	Mitj.Principis act	Desp. medicació	Desp material	Mitj. Despesa total
<b>934</b>	34,6	12,8	<b>1113,1</b>	293,9	1407
TotalPCC RG	%≥3urg	Mitj.Principis act	Desp. medicació	Desp material	Mitj. Despesa total
<b>475</b>	<b>19,3</b>	<b>10,5</b>	<b>771,9</b>	632	1403,9





## 2017

- ❑ Inici de suport mèdic a l'atenció del grup de pacients d'atenció domiciliària:
- ❑ 3 models:
  - Metge geriatra amb pacients assignats
  - Metge de família amb pacients assignats
  - Metge geriatra com a consultor
- ❑ Les infermeres de les consultes es fan càrrec del seguiment de les Preatls dels seus pacients assignats.
- ❑ Dades de 2015 i 16 com a punt de partida per veure les possibles diferències d'evolució dels models.
- ❑ Acords amb Serveis socials de diversos ajuntaments de la zona per disposar de hores de Treball familiar per suport a l'alta
- ❑ Desenvolupament de una App per treballar amb la HC del pacient des de domicili



# Àmbit d'Atenció domiciliaria



HC única

Atenció SS

Atenció Primària

Atenció Hospitalària

Metge Família i Metge PCC

Treball Social

SAD alta

UPCA

SSID

SAD ADI

Equips de PADES

Infermeres A. Domiciliaria

Hospitalització a Domicili

Equip de suport RG



APP

Cuidadors

Atenció continuada caps de setmana i festius ABS de referència

Nits atenció domiciliaria territorial (061)

COORDINACIÓ A L'ALTA  
e-consulta





## Conclusions i reflexions

- ❑ Cal fer una bona identificació de la població amb necessitats complexes
- ❑ Aquests pacients tenen diferents necessitats d'atenció segons el moment i hem de ser capaços de donar resposta a aquestes necessitats canviants
- ❑ Molts son candidats a atenció domiciliària permanent però altres no
- ❑ En les RG hi ha molta complexitat i es prioritari donar una atenció diferenciada a aquesta població
- ❑ No hi ha dos situacions exactament iguals. Complexitat = personalitzar atenció
- ❑ La majoria de pacients, quan pateixen una descompensació, prefereixen estar a casa si tenen els mitjans i el suport per fer-ho
- ❑ Aquests pacients han de tenir un referent clar, amb una accessibilitat alta (telèfon mòbil) per solucionar dubtes o problemes i no cal que a lo llarg de la seva evolució sigui el mateix, pot canviar en funció de la situació. Sempre ha de participar en aquets procés.
- ❑ Quan parlem de complexitat es vital que la comunicació entre professionals sigui àgil, fluida i sobre tot resolutiva. Quan això es dona, la satisfacció per part de tothom es immensa.





- ❑ L'ajuda personal a domicili (higiene, neteja, menjar) en moments concrets, pot marcar la diferència entre poder estar a casa o tenir que ingressar. S'ha desenvolupar molt més la col·laboració entre serveis socials i sanitaris (Personal Health Budget)
- ❑ Cal un accés àgil al suport especialitzat (hospital de dia de PCC) i a recursos socio-sanitaris (Subaguts) sense tenir que passar per urgències
- ❑ Quan es produeix un ingrés, l'alta ha de ser el més precoç possible per evitar complicacions. S'ha de planificar amb antelació i s'ha de disposar dels recursos necessaris a domicili
- ❑ S'ha d'apostar per desplaçar més tecnologia al domicili per optimitzar recursos i facilitar el treball dels professionals





Gràcies per l'atenció



[mdiaz@salutms.cat](mailto:mdiaz@salutms.cat)



Corporació de **Salut del Maresme i la Selva**