



**Àrea Integral
de Salut**
Barcelona Esquerra

C S B

Consorti Sanitari de Barcelona

Ente públic de la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona
adscrit al Servei Català de la Salut

Corporació Sanitària de Barcelona

Atenció a la cronicitat 2013

COMITÈ D'ATENCIÓ INTEGRAL DE SALUT BARCELONA ESQUERRA (CAIS-BE)

Barcelona, 10 de maig de 2013



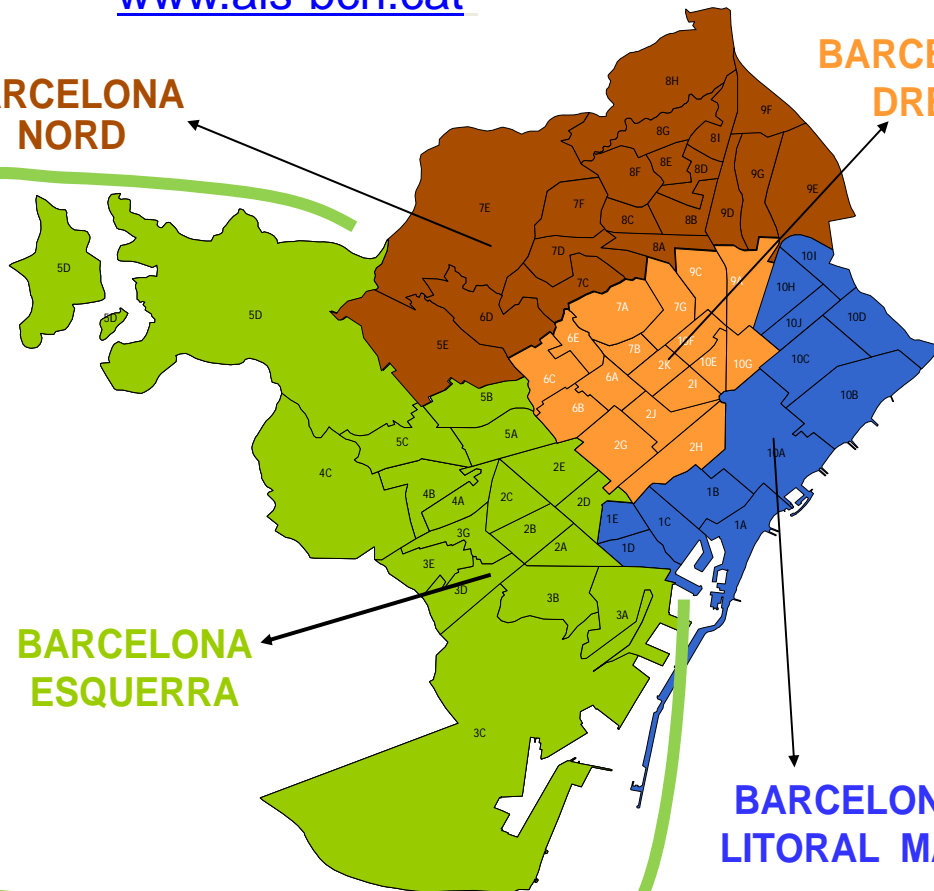
Àrees d'atenció integral de salut



www.ais-bcn.cat

**BARCELONA
NORD**

**BARCELONA
DRETA**



**BARCELONA
ESQUERRA**

**BARCELONA
LITORAL MAR**

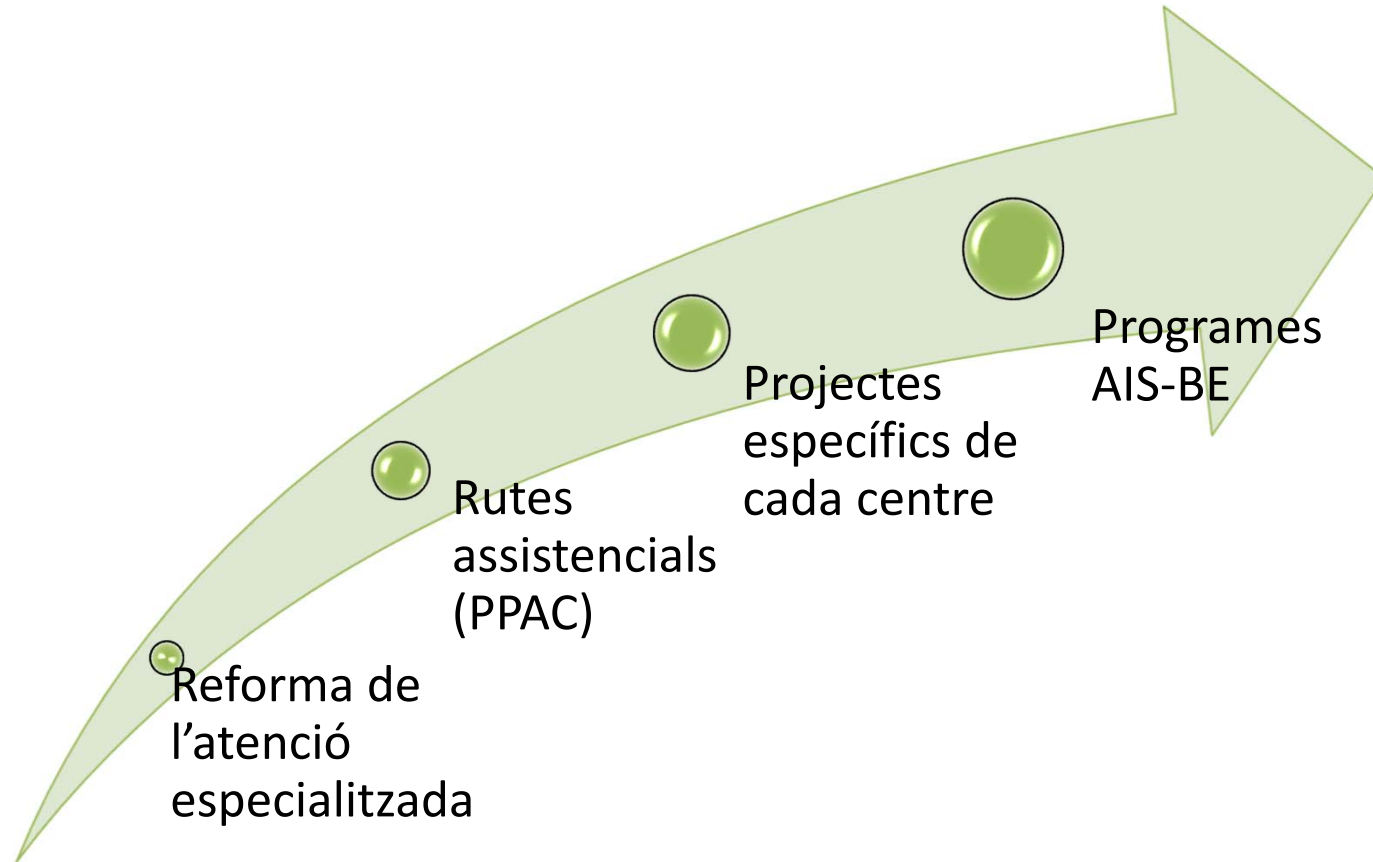
534.955 habitants
(35% pob. BCN)

19 ABS (ICS, CAPSE i EBA)

4 hospitals

Salut mental

Atenció intermèdia





Descripció de resultats

1. Debut de la diabetis
2. Programa post-alta MPOC i IC
3. Oxigenoteràpia domiciliària
4. Rutes assistencials (PPAC)
5. SIDA
6. Pacient crònic complex a Sarrià-St Gervasi
7. Demències



1

Debut DM2-AISBE. Objectius

112.953 habitants (el 21% de la població de l'AISBE)

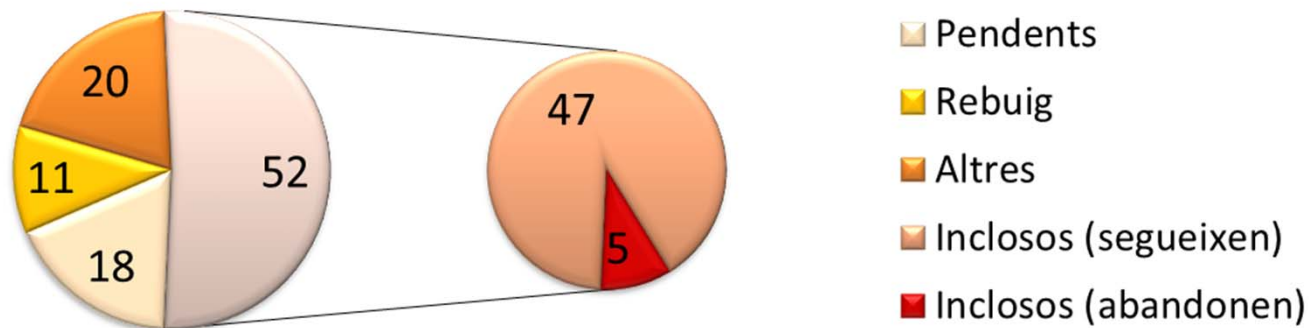
- Identificar tots els pacients amb debut de DM2
- Disminuir el percentatge de diabetes desconeguda.
- Tenir dades la la incidència de la DM2 en el nostre territori
- Millora el tractament i el control en els primers anys de malaltia:
 - Disminuir les complicacions cròniques
- Unificar/estandarditzar l'educació diabetològica bàsica:
 - Capacitar els pacients en la participació activa del tractament de la seva malaltia

Debut DM2-AISBE. Metodologia i resultats

Metodologia

- Educació grupal com eix central
- Estandardització de l'atenció i l'educació.
- Sense increment de recursos
- Referents en diabetis.

% pacients inclosos en el programa (n= 200)



Pilot: Debut DM2-AISBE. Resultats (ii)

Educació grupal

3 sessions (1,5-2 h cada setmana)
70% han realitzat l'educació grupal
Avaluació:
Continguts 9.5-10 / 10
Utilitat: 97%
Recomanació 100%

Situació en el
moment del
debut (*)

HbA1c

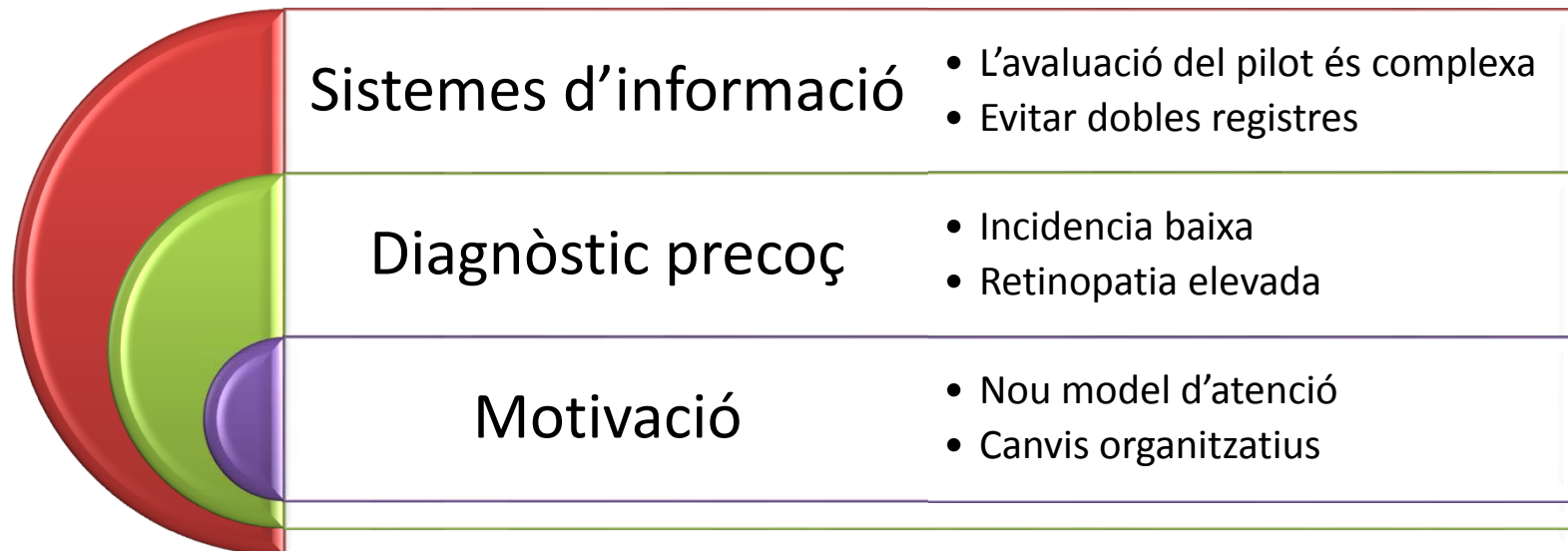
8.1%

Fons d'ull patològic

8/42

(*) Un EAP

Debut DM2-AISBE. Elements crítics del procés



- Els nous models d'atenció als pacients amb malalties cròniques i l'educació estructurats precisen de canvis organitzatius en els CAP

2

Programa post-alta MPOC i IC

Hospital
Clínic

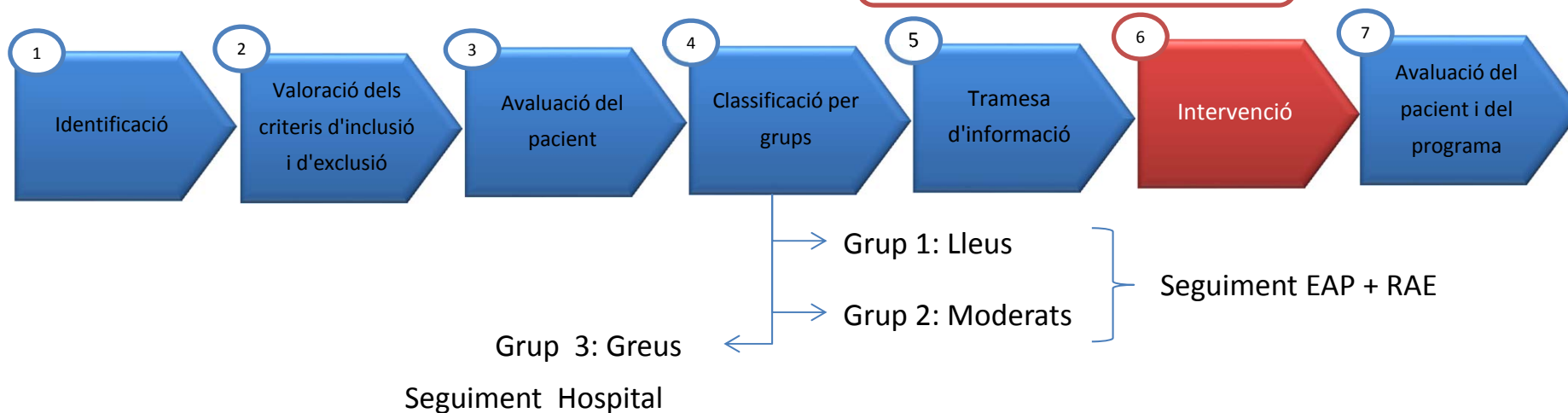
+

7 Equips d'AP
(3 CAPSE + 4 ICS)

EAP 2C Borrell
EAP 2E Casanova,
EAP 3D Consell de Cent
EAP 3D Magòria-Bordeta
EAP 4A Montnegre
EAP 4B Montnegre – Les Corts
EAP 4C Les Corts.

Població: 181.000 habitants

Prop del **35%** de la població de l' AIS-BE



Criteris de classificació del pacient en un dels 3 grups de programa

MPOC



Grup 1:
Sense criteris grup 2 ni 3

Grup 2:
≥ 1 criteri major o
≥ 3 criteris menors

Grup 3:
1 dels següents criteris

Criteris majors:

- Índex Charlson > 2
- Alt nivell d'Ansietat (HAD > 6)
- >1 episodi de descompensació amb ingrés o urgències ens 12 últims mesos

Criteris menors:

- ≥ 65 anys
- ≥ 4 comorbiditats
- ≥ 5 fàrmacs
- Procés terminal. Pronòstic inferior a 6 mesos sense derivació a PADES
- Dependència Barthel < 60
- Demència o deteriorament cognitiu (Pfeiffer ≥ 5)
- Viure sol o cuidador amb capacitat limitada de suport (> 75 anys i Lawton-brody dones < 5 i homes < 3)
- 1 caiguda amb fractura, o 2 caigudes amb recurs d'Urgències ens 12 últims mesos

- Primer ingrés hospitalari per MPOC
- Inici de oxigenoteràpia crònica domiciliària durant l'ingrés
- UCI/ unitat de cures intermèdies durant l'ingrés hospitalari
- Tractaments complexos a domicili:
 - Antibiòtics nebulitzats
 - Ventilació mecànica no invasiva (BIPAP)
 - Fàrmacs que requereixin via parenteral
 - Tractaments amb dispensació hospitalària
- Malaltia avançada tributari de transplantament pulmonar i/o altres tractaments quirúrgics.
- Pacient que requereix d'una atenció especialitzada durant els 3 primers mesos postalta.
- PADES

Criteris de classificació del pacient en un dels 3 grups de programa



ICC

Grup 1:
Sense criteris grup 2 ni 3

Grup 2:
≥ 1 criteri major o
≥ 3 criteris menors

Grup 3:
1 dels següents criteris

Criteris majors

- Índex Charlson > 2
- Alt nivell d'Ansietat (HAD > 6)
- >1 episodi de descompensació amb ingrés o urgències ens 12 últims mesos

Criteris menors

- ≥ 65 anys
- ≥ 4 comorbiditats
- ≥ 5 fàrmacs
- Procés terminal. Pronòstic inferior a 6 mesos sense derivació a PADES
- Dependència Barthel <60
- Demència o deteriorament cognitiu (Pfeiffer ≥ 5)
- Viure sol o amb cuidador amb capacitat limitada de suport (>75 anys i Lawton-brody dones <5 i homes <3)
- 1 caiguda amb fractura, o 2 caigudes amb recurs urgències ens 12 últims mesos

Unitat d'Insuficiència Cardíaca:

- IC avançada, tributaris a estudi TC, o assistència ventricular, altres
- Acceptat per a TC
- Pacient jove estudiat per a TC i en fase de resolució d'algun diagnòstic que contraindica o desaconsella TC (HTP, neoplàsia...)

>2 ingressos i/o visites a Urgències en los 12 mesos amb:

- Edemes o dispnea atribuïbles a ICC
- En classe funcional 3-4 a l'alta

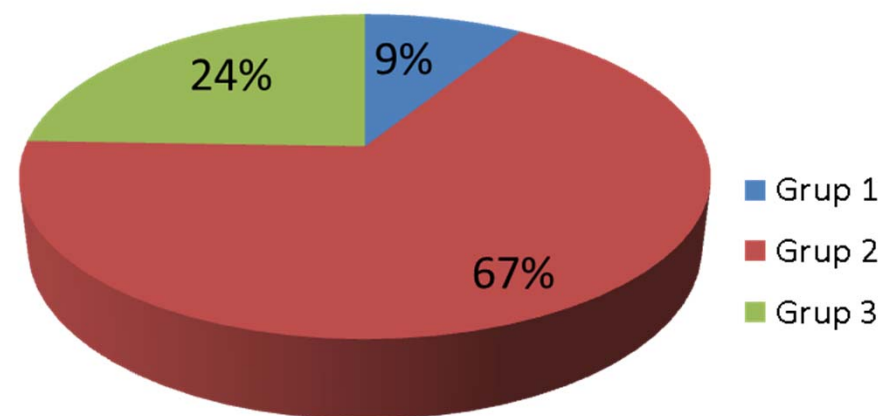
Pacient en seguiment per Programa PADES o amb derivació previsible al mateix

Programa de Post-alta MPOC i IC

Nombre de pacients	Estimació de candidats anuals	Pacients a incloure de 15/01 a 30/04	Pacients inclosos a 30/04	% cobertura
Total	312	91	45	49,5

Diagnòstic	Pacients
ICC	15
MPOC	30
Total (30 de abril)	45

Pacients per grup





ELEMENTS TREBALLATS PER A L'ELABORACIÓ D'AQUEST PROGRAMA



Críteris d'inclusió i d'exclusió . Identificació



Definició de la ruta en quant al lloc en què cal atendre el pacient en el decurs de la seva malaltia



Contingut de les visites clíniques. Informació clínica GPC. Variables relacionades

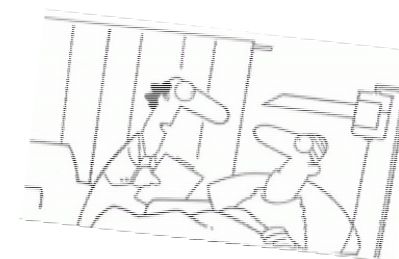


Interlocutors

- Gestors de Casos
- Metges AP i HC
- Infermeres AP i HC



Canals de comunicació i contingut entre HC i AP.
Ingressos, informe alta, informació clínica



Indicadors del programa

- De procés
- De resultat



3

Programa d'oxigenoteràpia crònica domiliària (OCD)

Situació de l'OCD

- 751 pacients amb OCD (registre 2010)
- 406 pacients identificats
- 362 pacients avaluats (77 ± 10 anys, 40% dones)

- Registre no actualitzat
- 168 pacients (47%) amb $PaO_2 \leq 60$ mmHg
- 50% MPOC
- 67% $pO_2 \leq 60$ mmHg fan el tractament > 15 h/dia
- 70% > 1 patologia crònica.
- Polimediació.
- Sedentarisme.
- Ús elevat de recursos sanitaris (ingressos / visites)

Reordenació de l'OCD

- Millorar l'ús apropiat
- Ús eficient de recursos, més enllà de l'OCD
- Identificació de pacients fràgils



Programa d'oxigenoteràpia crònica domiliària (OCD)

Objectius

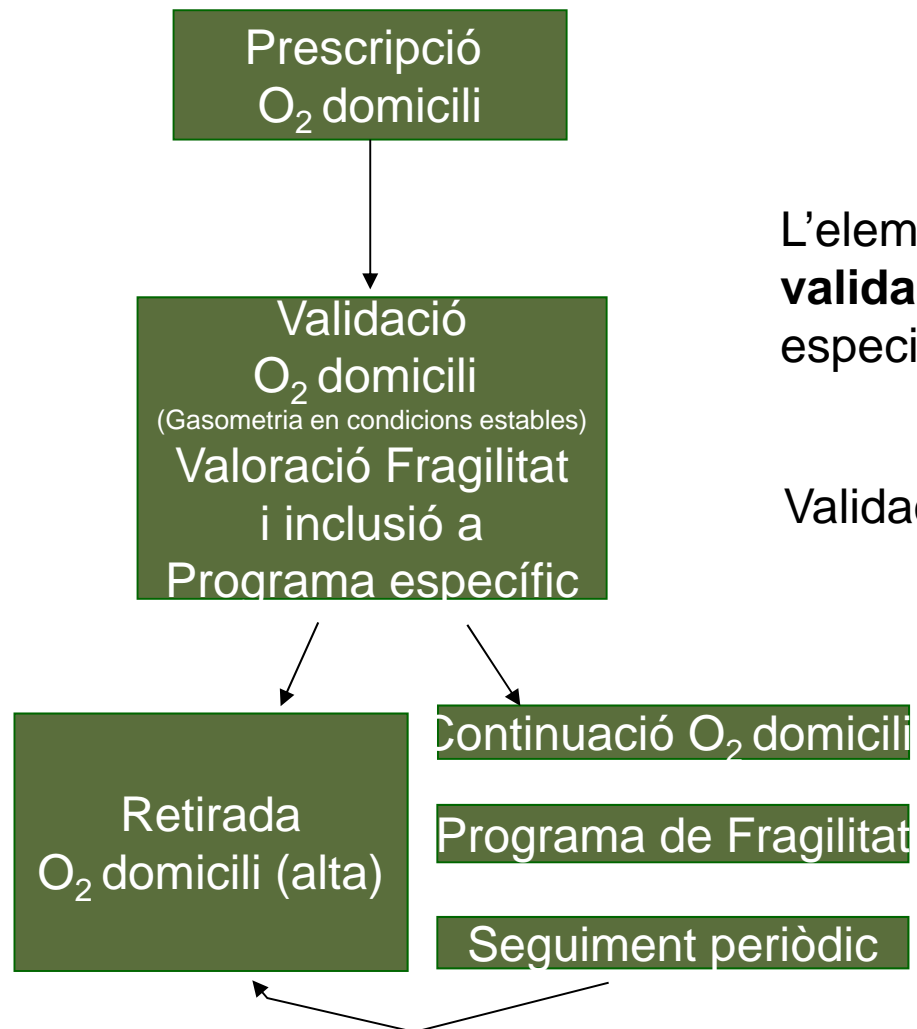
Millorar l'adequació de la prescripció de l'OCD i l'adherència al tractament, a l'inici i de manera continuada mitjançant seguiment i monitorització

Valorar, a partir de la prescripció de l'OCD, la fragilitat del malalt i la seva inclusió en un Programa de Gestió del Malalt Fràgil.

Gestionar el malalt de forma integrada i no gestionar únicament l'OCD

Amb implicació dels diferents actors (pacient actiu i cuidador, atenció primària, hospitals i empresa proveïdora de serveis)

Oxigenoteràpia Crònica a Domicili - Malalt fràgil



L'element clau del programa és la **consulta de validació** de la prescripció, portada per infermeria especialitzada, amb el suport de pneumòlegs

Validació per part del grup clínic de Pneumologia

Encàrreg del CatSalut – PDMAR per fer una proposta de model de compra de serveis d'OCD amb elements de **risc compartit** amb l'empresa subministradora



4

Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC)

Rutes assistencials

PROCESOS CLÍNICOS INTEGRATS

MARC GENÈRIC PER AL DISSENY DE
RUTES ASSISTENCIALS (RA)

Versió 8.1. Setembre de 2012

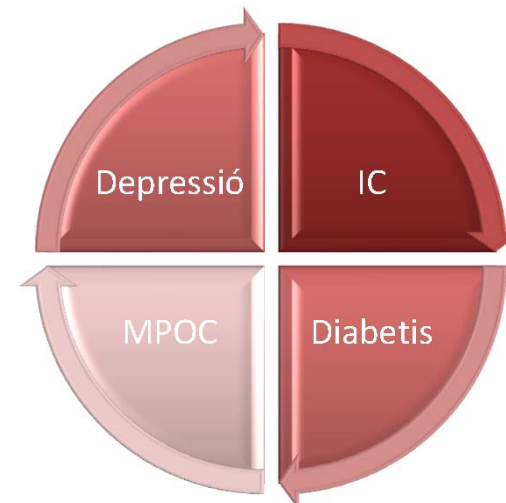
Generalitat de Catalunya
Programa de prevenció i atenció
a la cronicitat

Pla de Salut
2011-2015

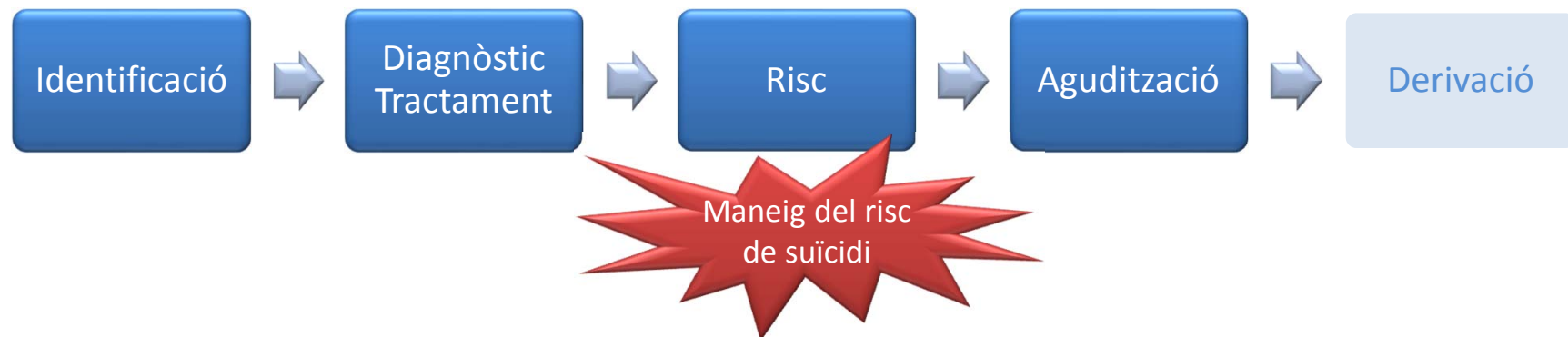
Una ruta assistencial (RA) és el pla operatiu que explica l'organització de les cures i les accions estructurades i multidisciplinàries necessàries per implementar GPC en un territori determinat.

Una RA estableix com s'organitzen els professionals d'aquests proveïdors per aplicar la millor praxi clínica.

- Pacte formal
- Multidisciplinarietat
- Tots els proveïdors



Ruta depressió



1 Cribatge de la depressió en pacients amb malalties cròniques

2 Impacte sobre el cuidador

Ruta diabetis





Ruta insuficiència cardíaca

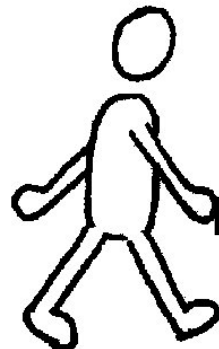
Educació sanitària al pacient amb insuficiència cardíaca

1

Consulta d'alta resolució

2

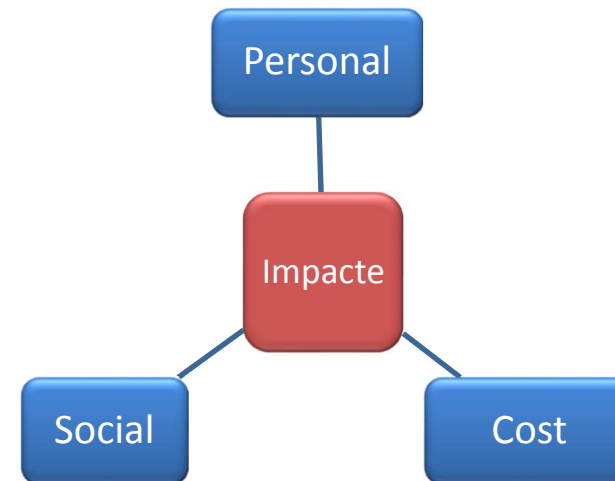
Tractament no farmacològic



Millorar la prescripció d'exercici física

Ruta malaltia pulmonar obstructiva crònica

- Problemes socials
- Reingressos
- Comorbiditats
- Identificació dels pacients més greus



5

Unitat de cura compartida (UCC) en VIH

Objectius

- Analitzar la viabilitat de la UCC entre AP i AH en pacients VIH amb infecció crònica estable
- Avaluar l'impacte assistencial i econòmic

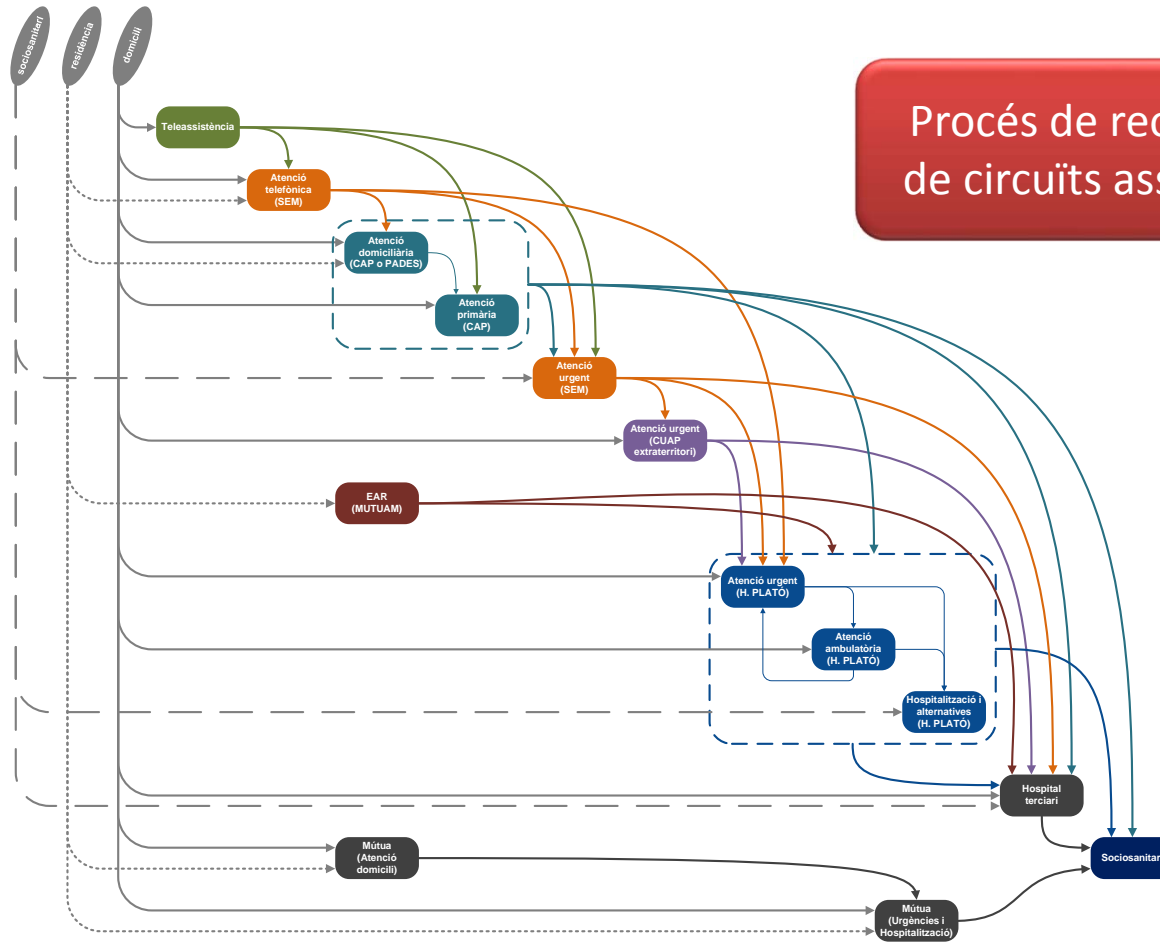
Participants	Hospital Clínic 3 EAP CAPS CAP Raval Sud (ICS)
Durada	1,5 anys
Pacients	50 grup intervenció / 100 grup control
Protocol	Visites cada 6 mesos: 1 i 4 ^a hospital, 2-3 ^a CAP
Avaluació	Qüestionaris de qualitat de vida, adherència terapèutica, variables clíniques, cost en € i temps estalviat al pacient



6

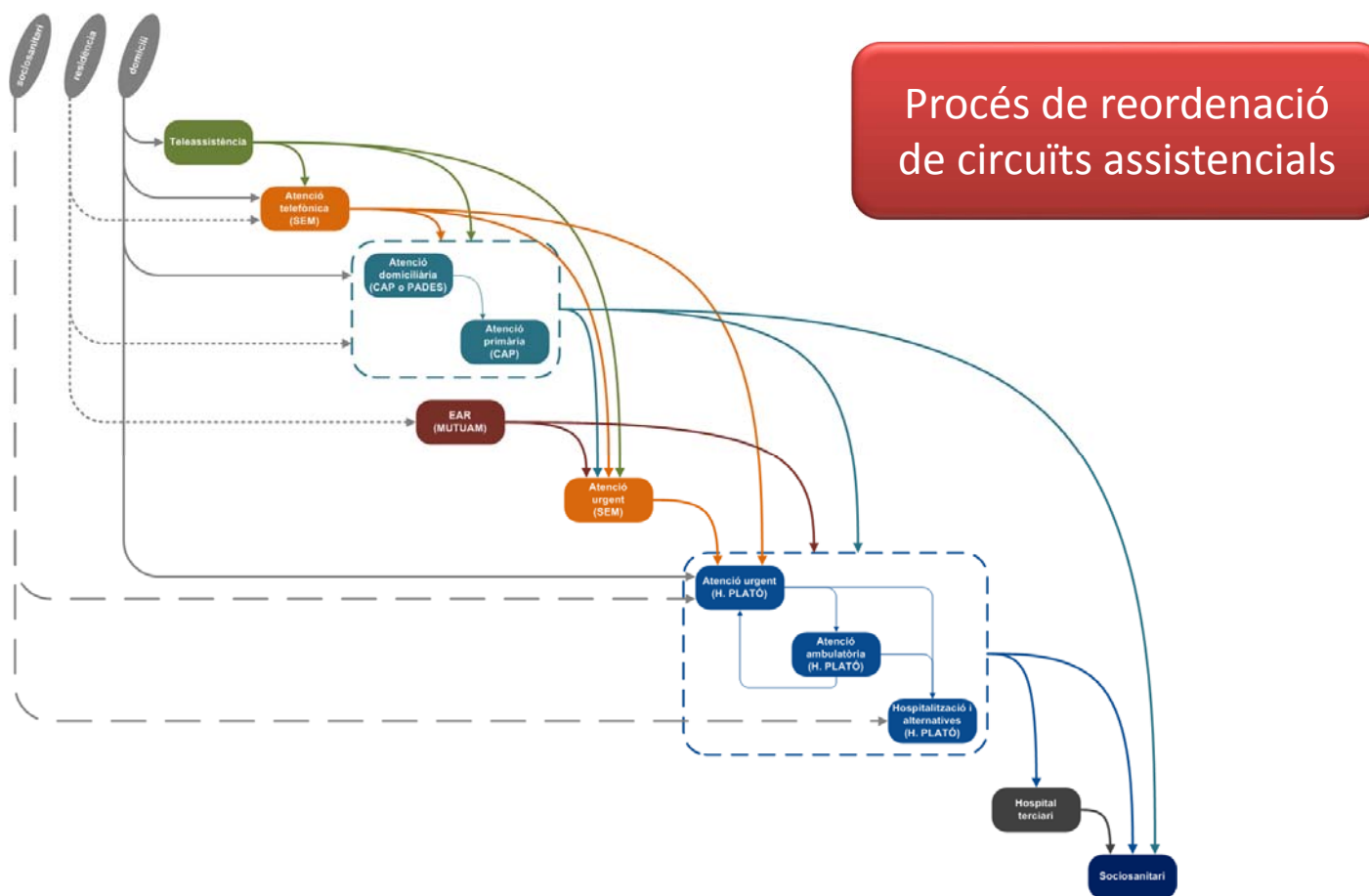
Pacient crònic complex a Sarrià- St Gervasi

Procés de reordenació de circuits assistencials

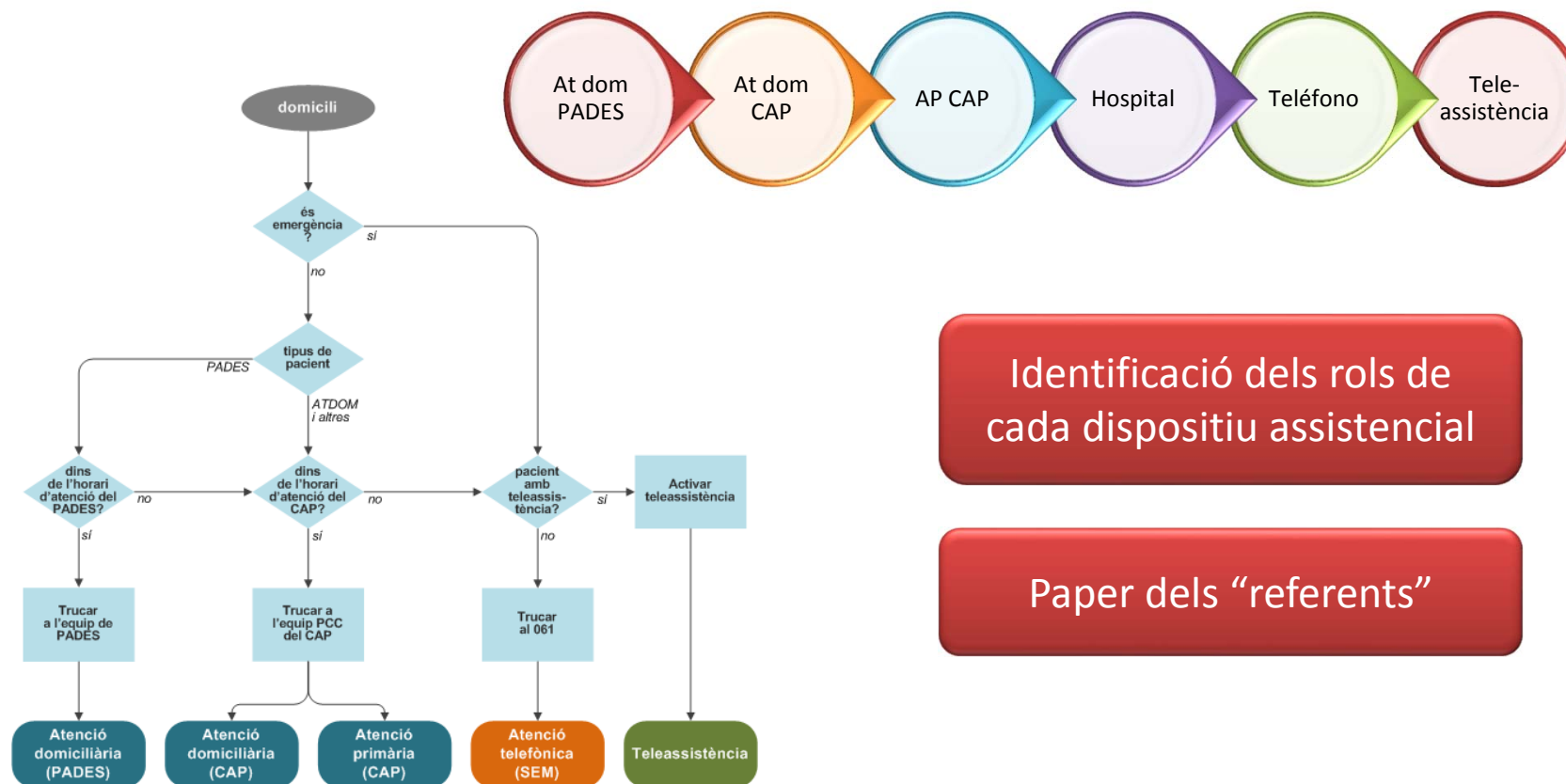




Pacient crònic complex a Sarrià- St Gervasi



Pacient crònic complex a Sarrià- St Gervasi





7

Demències

- Els trastorns cognitius constitueixen una part molt important del conjunt dels processos crònics.
- Problema socialment rellevant

Estudi pilot a
l'EAP Les
Corts

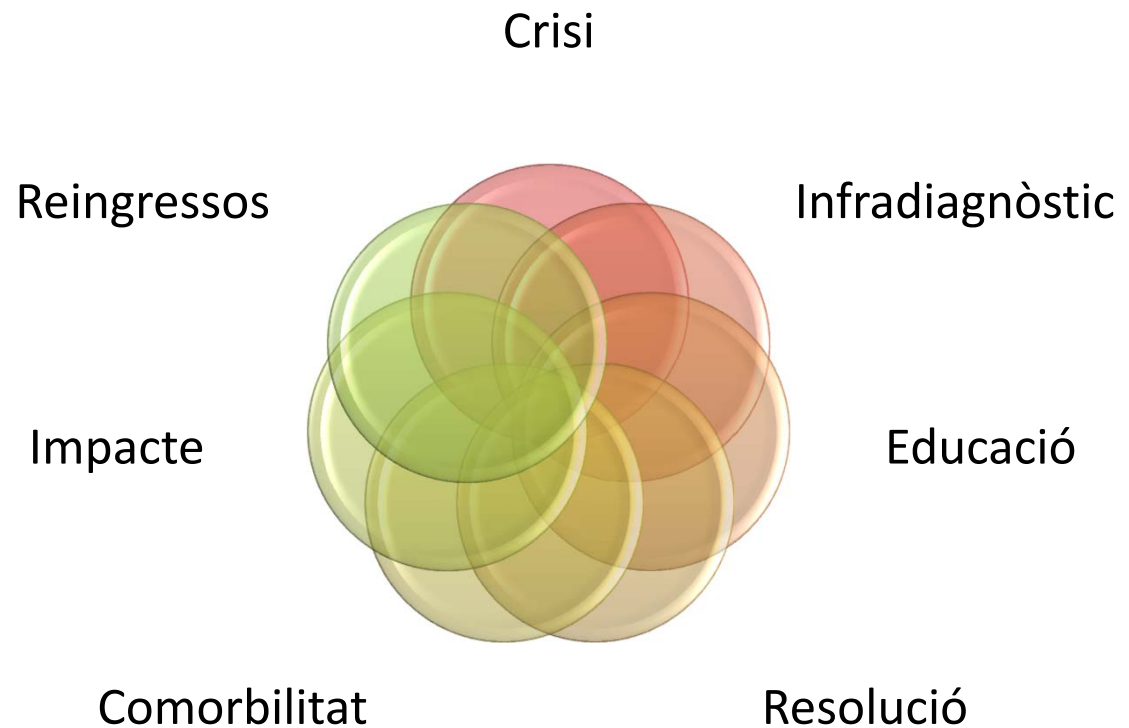


- Necessitat de donar suport a l'AP en el diagnòstic i avaluació dels casos sospitosos
- Valoració dels pacients amb sospita de demència per part d'una neuropsicòloga de l'hospital.
- Definició del circuit assistencial entre l'hospital i el neuròleg de la RAE

Anàlisi de les diverses possibilitats d'abordatge del problema amb una visió més àmplia a través del "**Grup clínic de Neurologia**": reordenació de recursos, rehabilitació, rol dels diferents actors, suport al cuidador, millora de fluxos i sistemes de derivació ...

Atenció a la cronicitat: dimensions comunes

Situacions
diferents,
dimensions
comunes

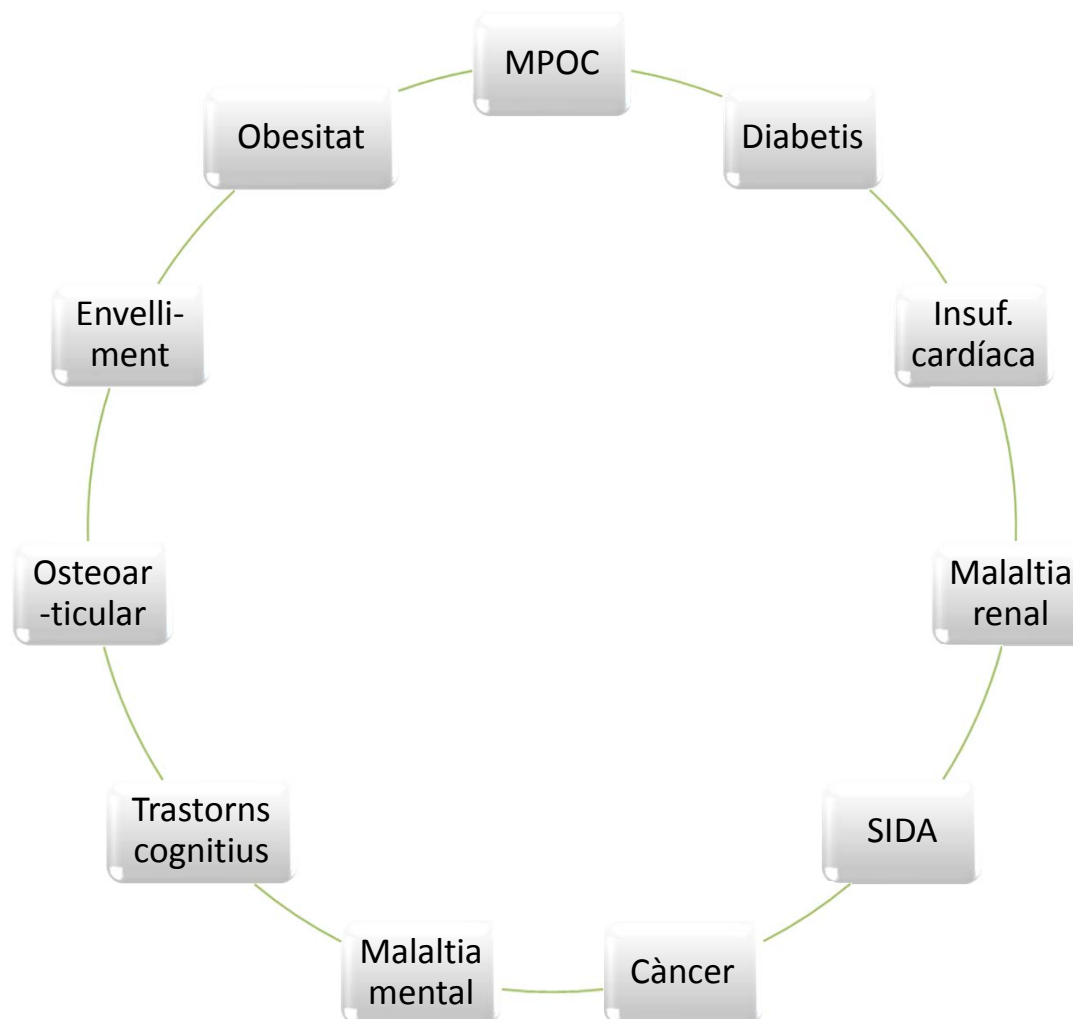




Atenció a la cronicitat: línies de treball

- **Sistemes d'informació**
- **Avaluació de resultats**
- **Model de finançament**
- **Desenvolupament de serveis compartits**

Problema polièdric

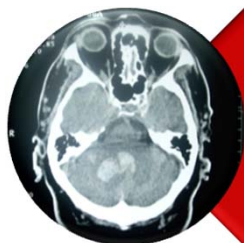




Elements clau de l'abordatge de la cronicitat al territori



**No partim de zero,
cal sumar plegats**



**Transformació disruptiva,
no és un procés de millora**



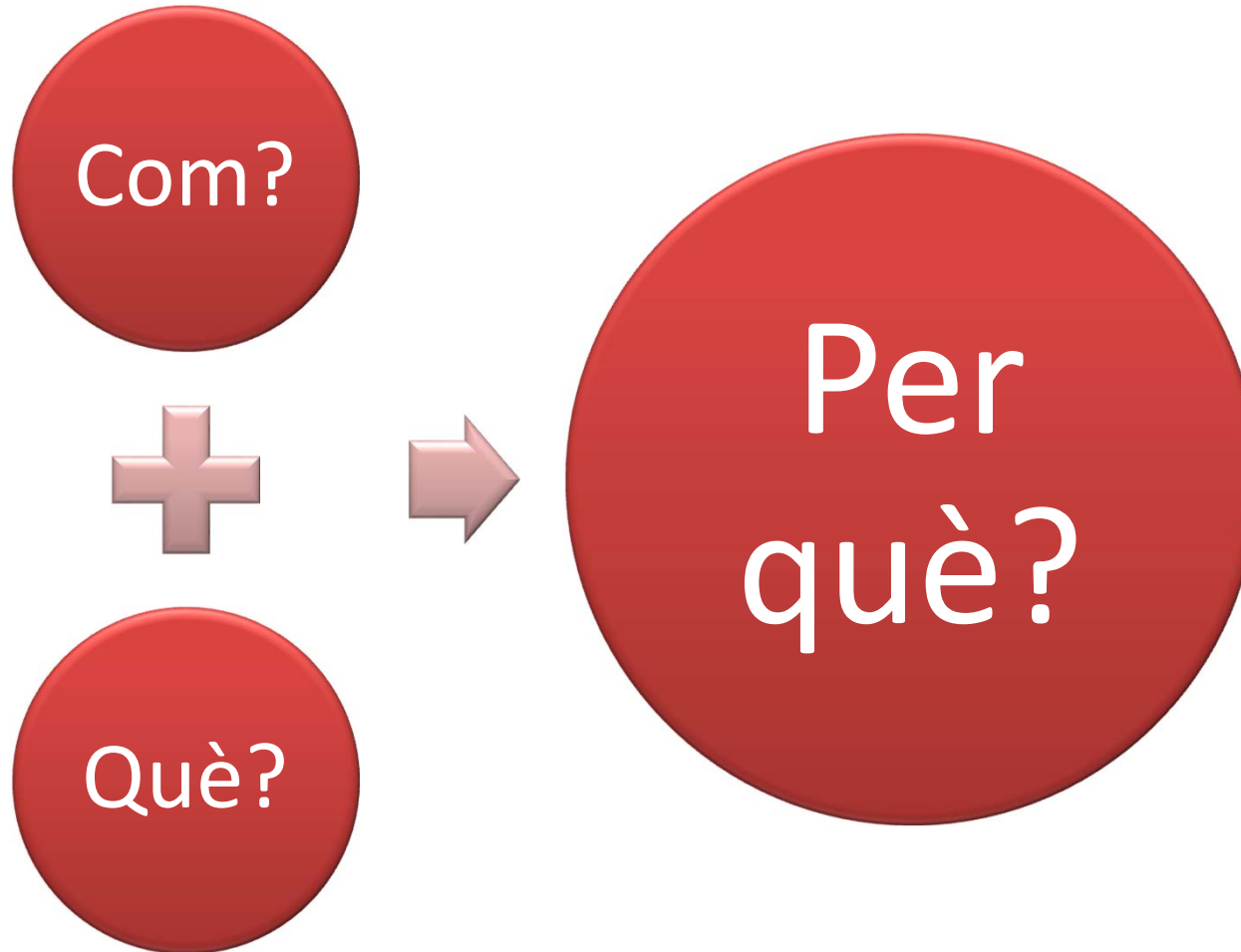
**Necessitat urgent,
no és una oportunitat**



Com?



Què?



Per què ?



Central de Resultats
Quart Informe.
Àmbit Hospitalari
Juliol de 2012



Impacte social

Transparència

Sistemes de finançament

Atenció als més vulnerables

 Agència d'Informació,
Avaluació i Qualitat en Salut

Pobres
Malalts crònics
Gent gran
Solitud



General Assembly

Sixty-fifth session
Agenda item 115

Resolution adopted by the General Assembly

[without reference to a Main Committee (A/65/L.50)]

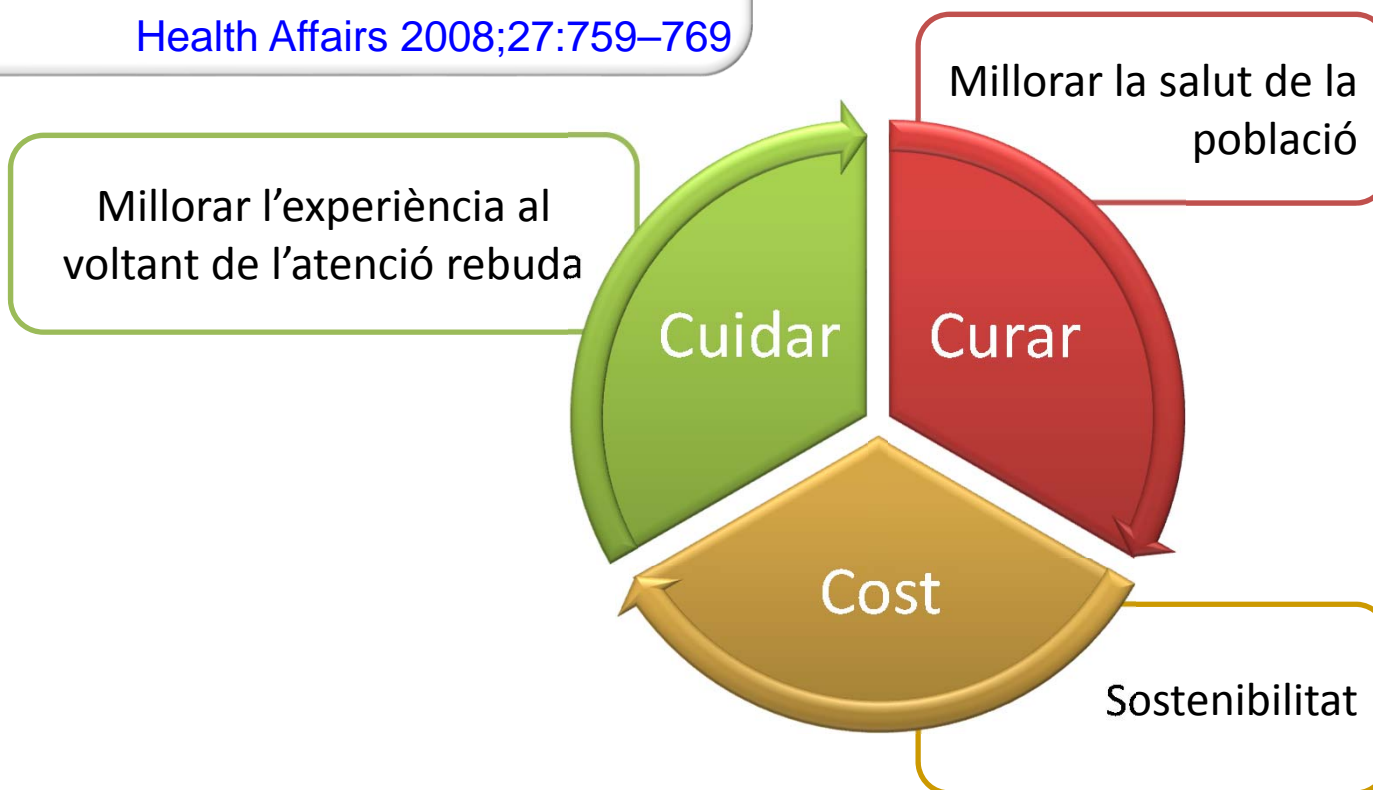
65/238. **Scope, modalities, format and organization of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases**

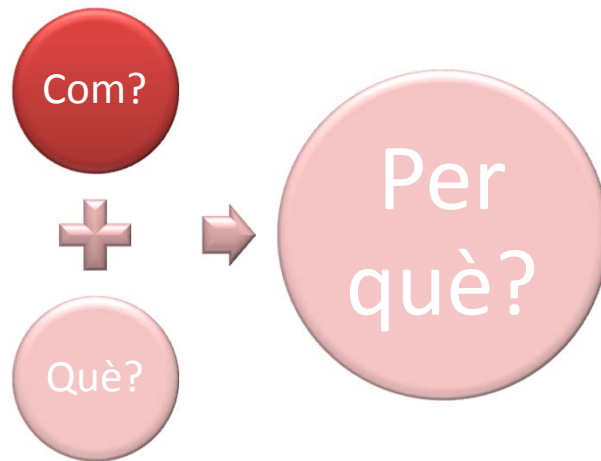
Per què ?

The Triple Aim: Care, Health, And Cost

The remaining barriers to integrated care are not technical; they are political.

[Health Affairs 2008;27:759–769](#)

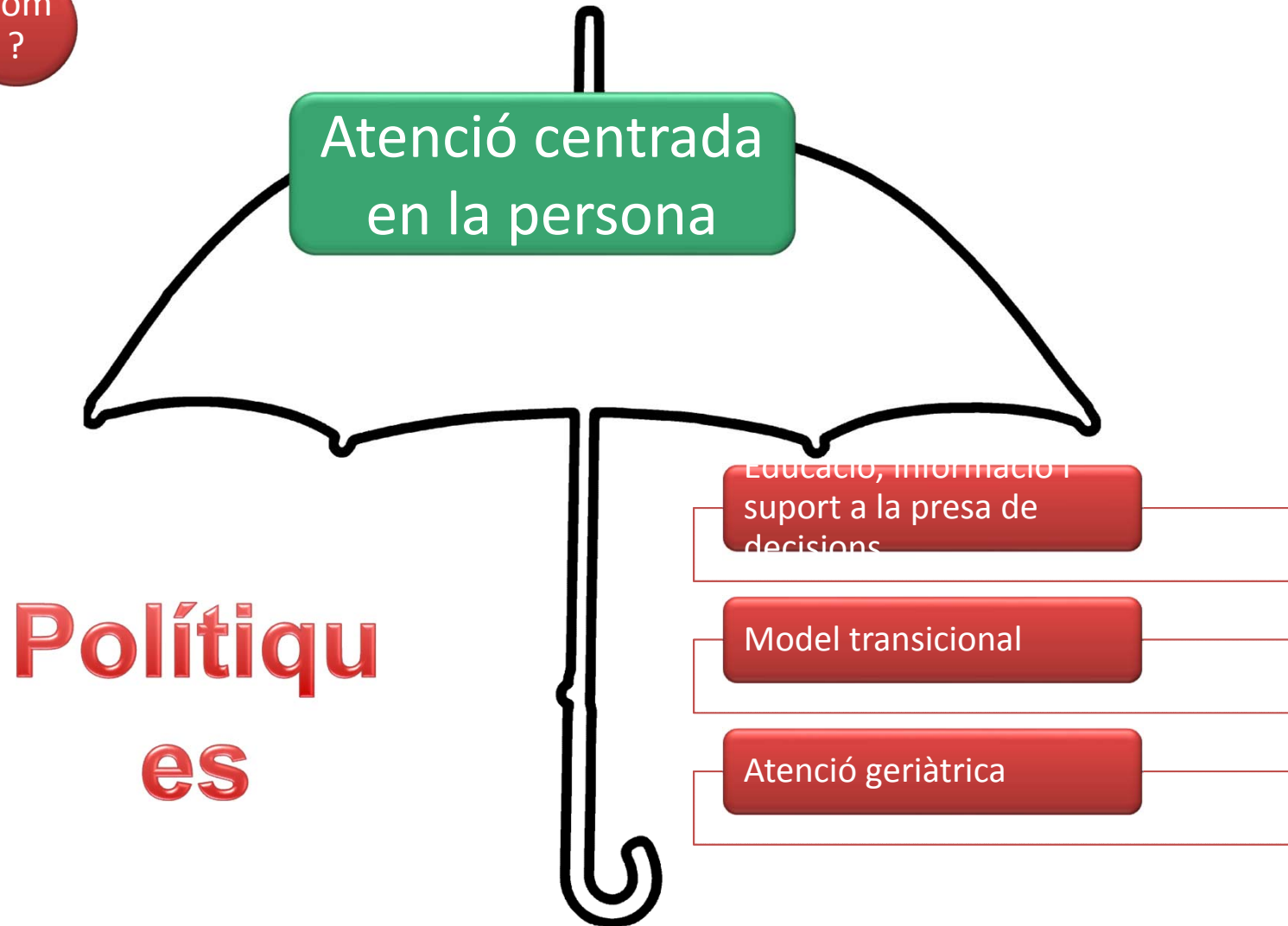




- Atenció centrada en la persona
- Resultats
- Visió territorial
- Cooperació entre els diferents dispositius assistencials



Com
?



Polítiques

Educació, informació i suport a la presa de decisions

Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care

Michael J. Barry, M.D., and Susan Edgman-Levitan, P.A.

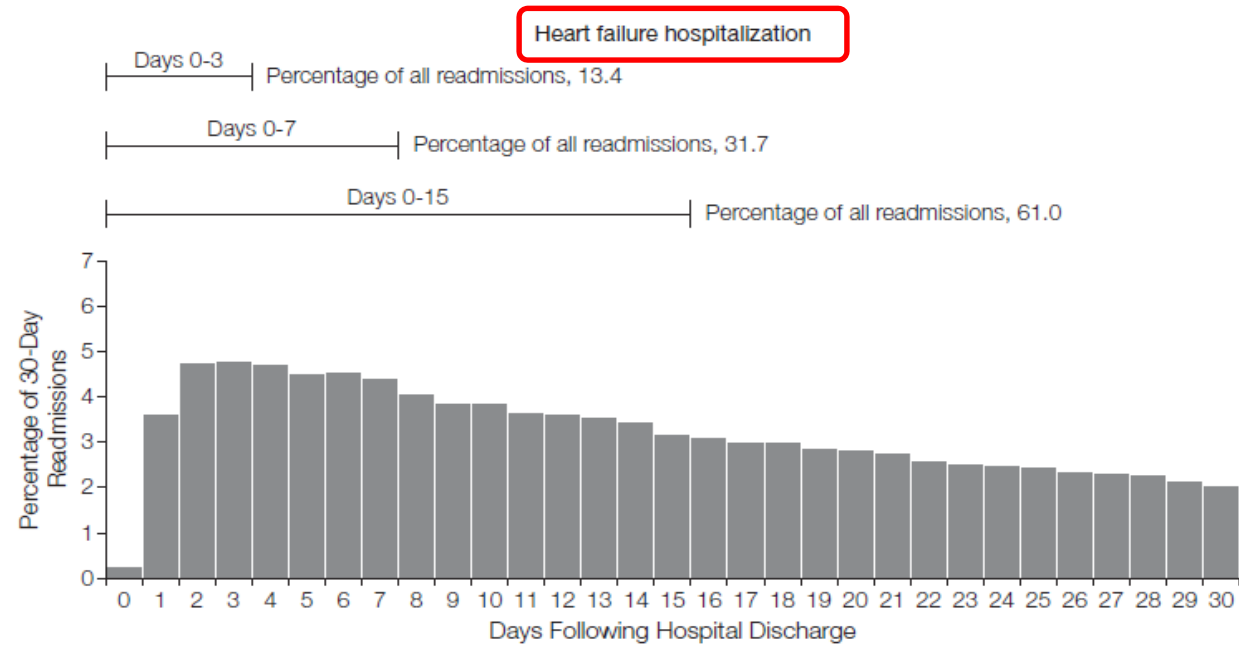
Nothing about me without me.

— Valerie Billingham,
Through the Patient's Eyes,
Salzburg Seminar
Session 356, 1998

NEJM 2012;366:780-1

Model transicional

Figure 1. Thirty-Day Readmissions by Day (0-30) Following Hospitalization for Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, or Pneumonia



JAMA 2013;309:355-363

Atenció geriàtrica

Dades Hospital Clínic

> 75 anys	2008	2012
% altes	24,6%	25,4
EM	6,3 d	6,7 d
Reingressos	3,4%	4,8%
Mortalitat	6,6%	7,5%

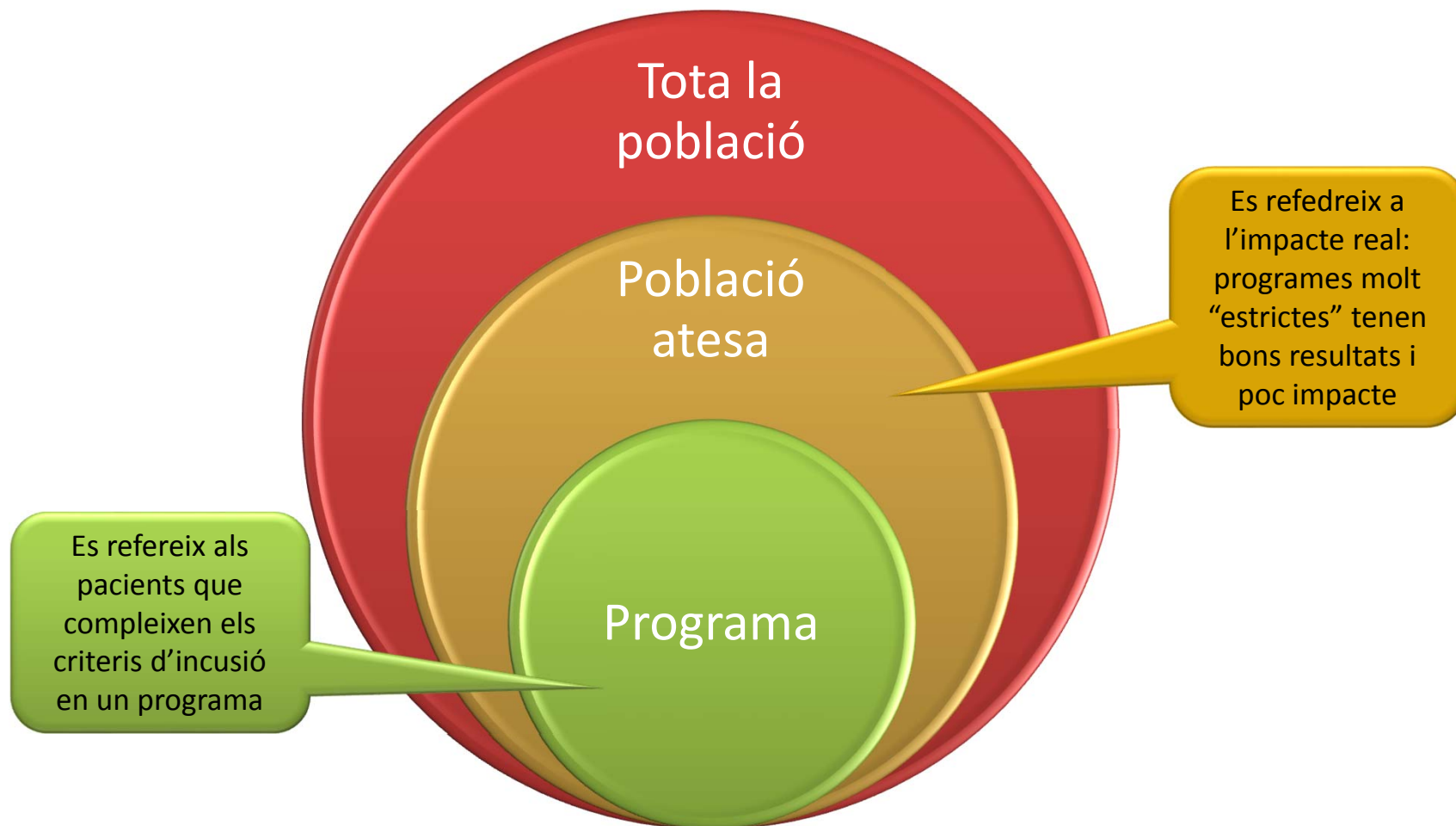
Polítiques

Atenció geriàtrica

Dades Hospital Clínic

> 75 anys	2008	2012	< 75 anys (2012)
% altes	24,6%	25,4	74,6
EM	6,3 d	6,7 d	5,3d
Reingressos	3,4%	4,8%	2,9%
Mortalitat	6,6%	7,5%	2,0%

Anàlisi dels resultats



La “satisfacció” no és un resultat

The Cost of Satisfaction

*A National Study of Patient Satisfaction,
Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality*

Joshua J. Fenton, MD, MPH; Anthony F. Jerant, MD;
Klea D. Bertakis, MD, MPH; Peter Franks, MD

Arch Intern Med. 2012;172:405-11

Table 4. Mortality Through December 31, 2006, by Year 1 Patient Satisfaction Quartile

Year 1 Patient Satisfaction Quartile	All Patients (n = 36 428)		Excluding Patients With Poor Self-Rated Health and ≥ 3 Chronic Diseases (n = 30 674)	
	Adjusted HR (95% CI)	P Value	Adjusted HR (95% CI)	P Value
1, Least satisfied	1 [Reference]	...	1 [Reference]	...
2	1.08 (0.88-1.31)	.47	1.17 (0.89-1.55)	.25
3	1.02 (0.83-1.26)	.82	1.16 (0.87-1.53)	.31
4, Most satisfied	1.26 (1.05-1.53)	.02	1.44 (1.10-1.88)	.008



The Patient Experience and Health Outcomes

Matthew P. Manary, M.S.E., William Boulding, Ph.D., Richard Staelin, Ph.D., and Seth W. Glickman, M.D., M.B.A.

NEJM 2013;368:201-3

Categories of Experiences Assessed by the HCAHPS Survey, in Order of Degree of Correlation with Overall Satisfaction.*

1. Communication with nurses
2. Pain management
3. Timeliness of assistance
4. Explanation of medications administered
5. Communication with doctors
6. Cleanliness of room and bathroom
7. Discharge planning
8. Noise level at night

* Data are from Boulding et al.³

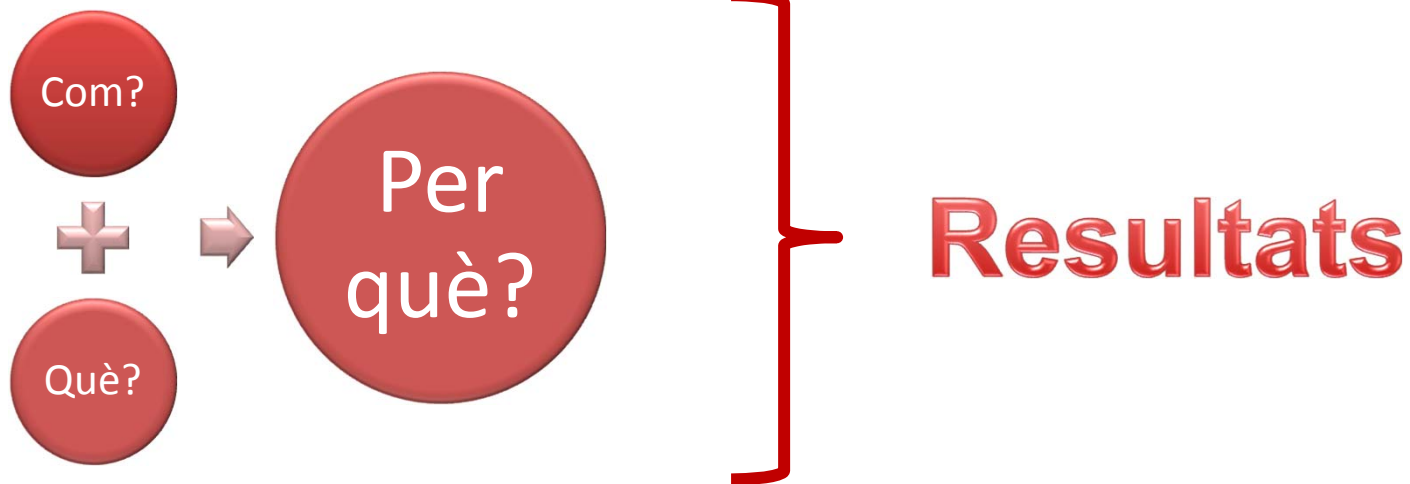


What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

[NEJM 2010;363:2477-81](#)

$$\text{Valor} = \frac{\textit{Outcomes}}{\text{Cost}}$$

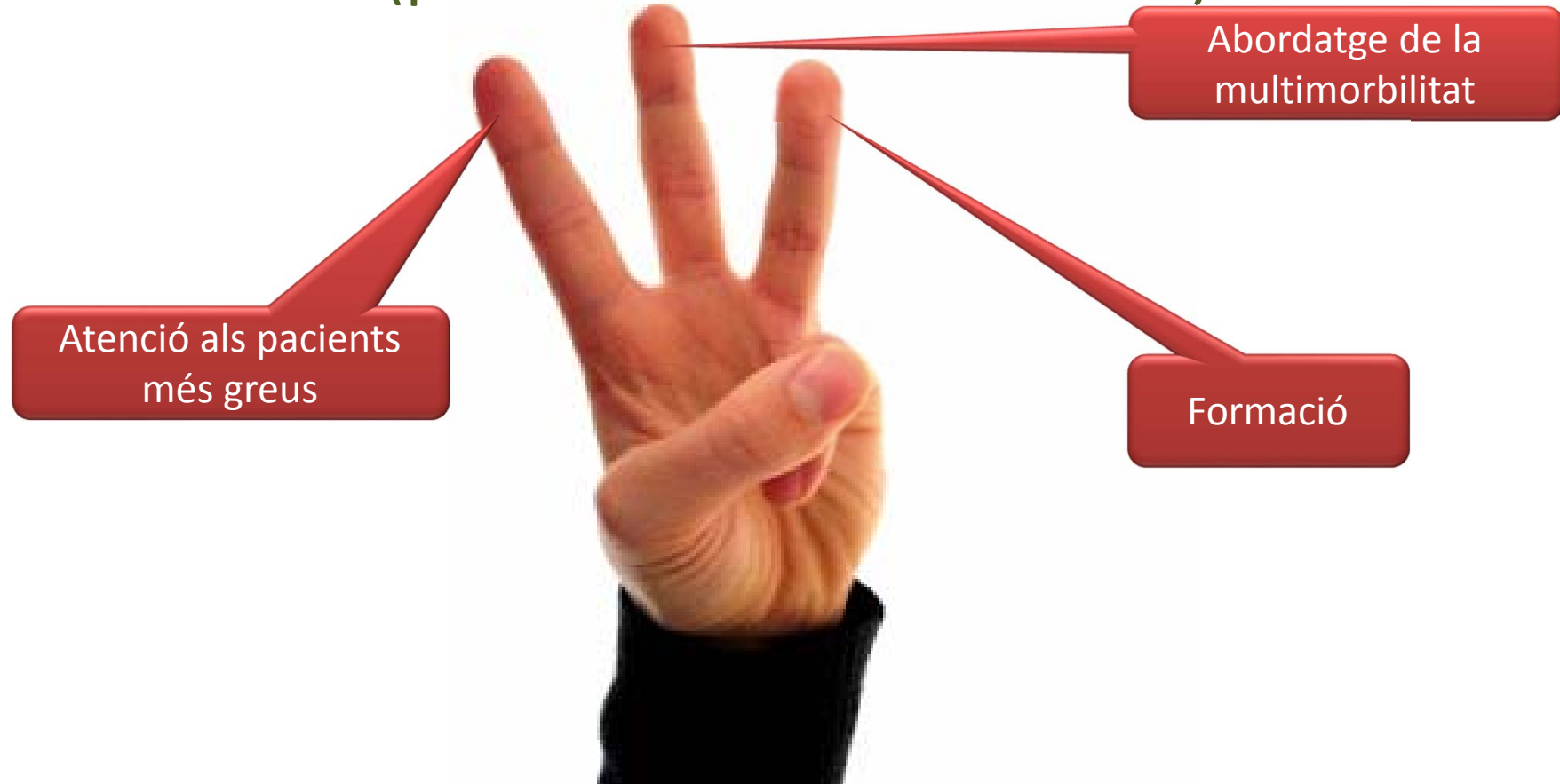


- Que tinguin interès pel pacients
- Que avalin les intervencions
- Que tinguin impacte sobre el conjunt del sistema



3 incerteses clíniques al voltant de la cronicitat

(però n'hi ha moltes més !)



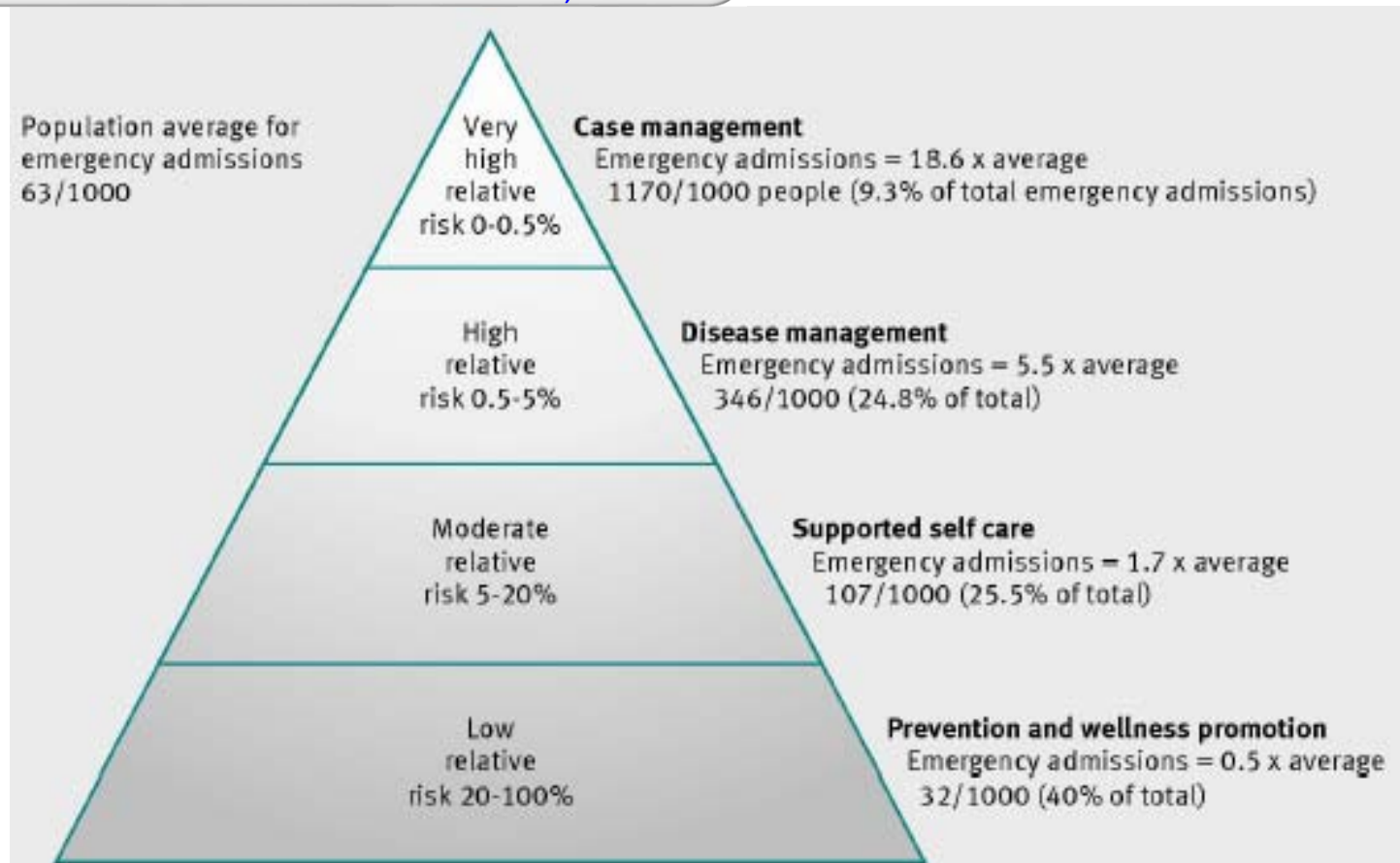


Reducing emergency admissions: are we on the right track?

Most attempts to reduce emergency hospital admissions are focused on people at high risk. **Martin Roland** and **Gary Abel** highlight the misconceptions behind this approach and suggest what to do about them

Martin Roland *professor of health services research*, Gary Abel *research associate*

[BMJ 2012;345:e6017](https://doi.org/10.1136/bmj.2012.345.e6017)



Reducing emergency admissions: are we on the right track?

Most attempts to reduce emergency hospital admissions are focused on people at high risk. **Martin Roland** and **Gary Abel** highlight the misconceptions behind this approach and suggest what to do about them

Martin Roland *professor of health services research*, Gary Abel *research associate*

[BMJ 2012;345:e6017](#)

Table 1| Percentage reduction in admissions in each risk group alone required to meet overall targets for reductions in emergency admissions

Target overall reduction (%):	% reduction required in risk group			
	Very high risk (0.5% of population)	High risk (0.5-5% of population)	Moderate risk (6-20% of population)	Low risk (80% of population)
1	10.8	4.0	3.9	2.5
2	21.5	8.1	7.8	5.0
3	32.3	12.1	11.8	7.5
4	43.0	16.2	15.7	10.0
5	53.8	20.2	19.6	12.5
10	107.5	40.4	39.2	25.0



The screenshot shows the NHS website header with the logo and navigation links. Below the header is a search bar and a menu with options like 'Find guidance', 'NICE Pathways', 'Quality standards', 'Into practice', and 'QOF'. The main content area displays the article title 'NICE should consider multimorbidity in guidelines' and a brief summary: 'NICE guidelines should take into account multimorbidity to help doctors provide better care for people with more than one chronic illness, say researchers'. A 'News archive' link is visible on the left side.

www.nice.org.uk/newsroom/news/NICEShouldConsiderMultimorbidityInGuidelines.jsp

Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity

Care of patients with multimorbidity could be improved if new technology is used to bring together guidelines on individual conditions and tailor advice to each patient's circumstances, say **Bruce Guthrie and colleagues**

[BMJ 2012;345:e6341 doi: 10.1136/bmj.e6341](https://doi.org/10.1136/bmj.e6341)

Ordering the chaos for patients with multimorbidity

Building continuity of care takes work but earns trust

Jeannie L Haggerty *associate professor*

St Mary's Hospital Center, QC, Montréal, Canada, H3T 1M5

[BMJ 2012;345:e5915 doi:
10.1136/bmj.e5915](#)

Continuïtat
Informació

Coordinador de l'atenció



- Reconeixement formal del seu paper
- Coneixement global dels problemes
- Clarament identificat pels pacients

Organització > Evidències???

Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach from the American Geriatrics Society

American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity*

[J Am Geriatr Soc 60:1957–1968, 2012](#)

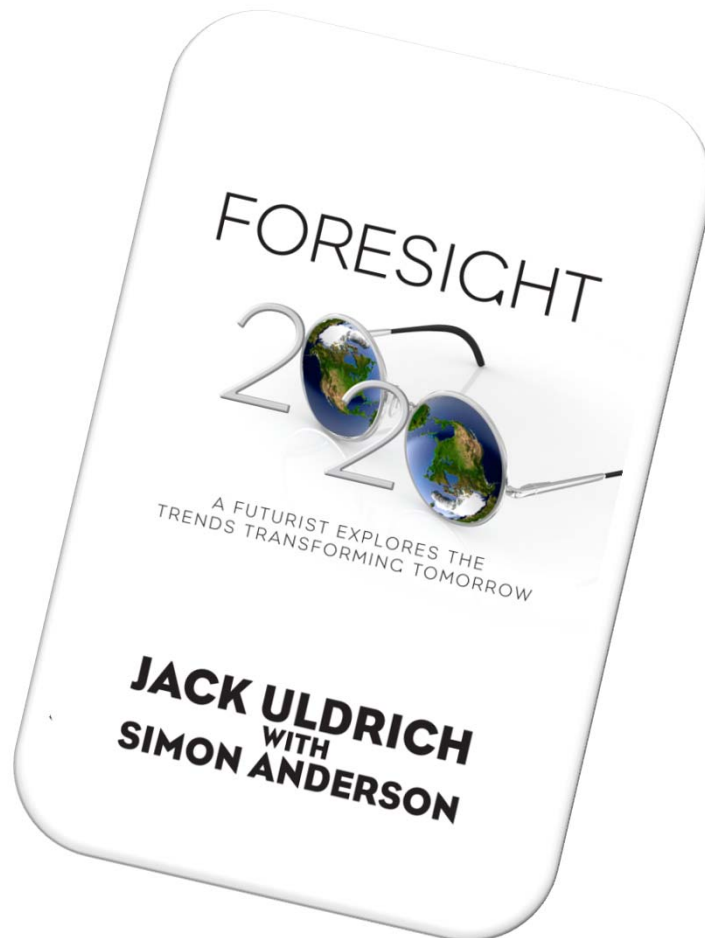
- Identificar la preocupació principal del pacient
- Valoració global
- Considerar les preferències del pacient
- Evidències
- Pronòstic
- Interaccions
- Beneficis i danys
- Comunicació i presa de decisions
- Revaloració periòdica



Formació



Formació

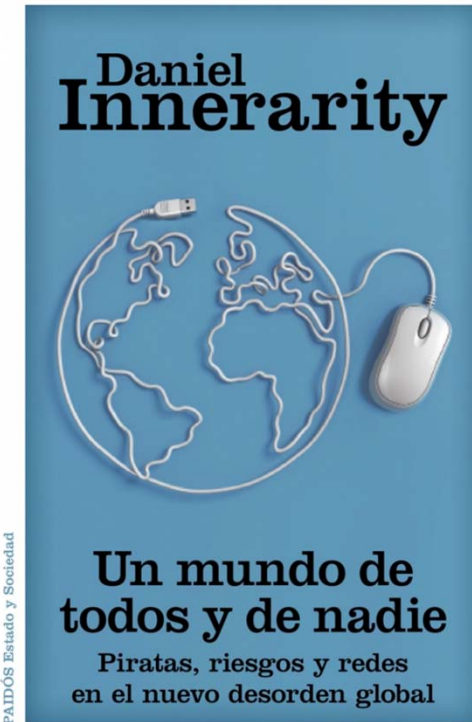


Habilitats necessàries



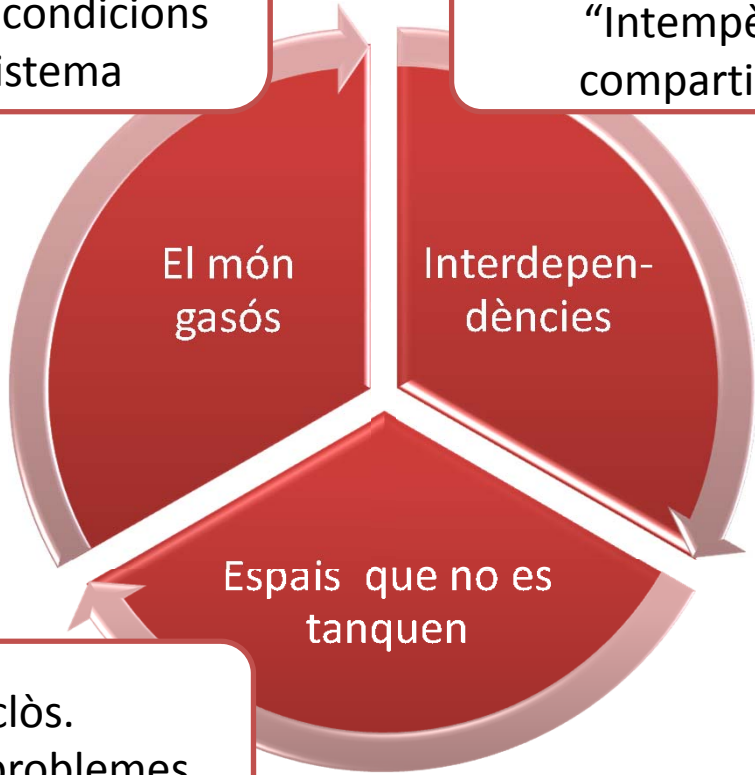
- Curiosidtat intel·lectual
- Adaptació a les noves tecnologies
- Pensament innovador
- Abordatge creatiu a la solució de problemes

El futur de l'educació no es fonamenta en aprendre alguna cosa, sino en aprendre la manera d'adaptar-se fluïdament al canvi



El control total és una fantasia. Cal intervenir sobre les condicions del sistema

Dependència mútua. "Intempèrie compartida"



No hi ha "rodalies", tot està inclòs.
No podem "externalitzar" els problemes



Leadership with a small “l”

PERSONAL VIEW Richard Bohmer

BMJ 2010;340:265

**Practising
doctors simply
do not think
of themselves
as leaders, nor
do they see
leadership as
vital for the care
of patients**

From the perspective of an individual doctor it is the **small scale operating system** that is most important in determining health outcomes

Microgestió

Cooperació



Moltes gràcies per la
vostra atenció !