

Tesi doctoral

PROVISIÓ DE SERVEIS DE SALUT BASATS EN EL VALOR PER A PERSONES AMB NECESSITATS COMPLEXES

Joan Espauella Panicot



TESI DOCTORAL

Provisió de serveis de salut basats en el valor per a persones amb necessitats complexes

Autor: Joan Espauella Panicot

Directors de tesi: Dr Xavier Gómez-Batiste Alentorn
Dr. Joan Escarrabill Sanglas

Programa de doctorat: Salut, Benestar i Qualitat de Vida

Any 2017

 UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA
Escola de Doctorat

ESCOLA DE DOCTORAT

Programa de doctorat en
Salut, Benestar i Qualitat de Vida

**PROVISIÓ DE SERVEIS DE SALUT BASATS EN EL VALOR
PER A PERSONES AMB NECESSITATS COMPLEXES**

Joan Espauella Panicot

Vic, 2017

ESCOLA DE DOCTORAT

Programa de doctorat en salut, benestar i qualitat de vida

Memòria presentada per el metge geriatra: màster en cures pal·liatives, màster en investigació en ciències clíniques, màster en geriatria i especialista en medicina interna i geriatria, Joan Espauella i Panicot, per optar al grau de Doctor per la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya, pel programa de doctorat en Salut, Benestar i Qualitat de Vida.

La present Tesi Doctoral “provisió de serveis de salut basats en el valor per a persones amb necessitats complexes” ha estat realitzada sota la direcció del Dr. Xavier Gòmes-Batiste Alentorn, de la Càtedra de Cures Pal·liatives de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya i Dr. Joan Escarrabill Sanglas, Director del programa de cronicitat del Hospital Clínic, Universitat Autònoma de Barcelona.

El Doctorand

Joan Espauella Panicot

Els directors:



Dr Xavier Gòmes-Batiste Alentorn



Dr. Joan Escarrabill Sanglas

Agraïments

Les característiques de la tesi fan que el llistat d'agraïments hauria de ser molt llarg, atès que molts dels professionals del territori han intervingut de forma directe o bé indirecte. Com que la tesi és un exercici acadèmic utilitzarem l'ordre formal.

En primer lloc, agrair als directors de tesi, en Xavier Gómez per haver desenvolupat la càtedra de cures pal·liatives i haver proporcionat aquest trampolí acadèmic. En Joan Escarrabill per la seva capacitat d'ajudar i motivar i per la capacitat de transformar els problemes en solucions.

Agrair a tots els membres del tribunal, En Sebastià Santa Eugènia pel seu compromís d'afrontar l'atenció a la complexitat a Catalunya. Al Jordi Varela per la seva tasca de desenvolupar la gestió clínica amb el seu blog i fer fàcils alguns documents difícils. A la Núria Roger pel seu compromís amb la recerca i la seva predisposició d'ajudar sempre. En Joan Manel Perez-Castejón per ser un "gentleman" de la geriatrica i sempre estar disposat a col·laborar amb Vic. Al Antoni Casals gràcies per l'esforç de fer de revisor i fer de suport a les meves debilitats lingüístiques. A la Marta Otero, perquè ha estat sempre una persona que m'ha animat a continuar sempre en la via acadèmica.

Agrair als responsables de les institucions sanitàries d'Osona perquè han cregut durant aquest anys amb l'atenció integrada, un dels elements claus d'aquest projecte. També vull comentari per la unitat clínica epidemiològica que sempre dona suport a la nostra recerca.

La ruta de complexitat i el grup de conicitat del SISO han estat un element clau per obtenir alguns dels resultats que es presenten en aquest projecte i vull dedicar un reconeixement a totes les persones que han estat al grup i especialment als que hi ha estat des de sempre (Isabel, Marta, Silvia i Anna).

Ara vull parlar dels professionals del servei de geriatrica que han estat els motors d'aquest projecte, sense la seva dedicació i el compromís moltes de les coses que hem comentat no haurien passat. Des de la vessant de recerca vull agrair els companys que han fet la tesi abans que jo, doncs han estat un motor per la recerca i un estímul personal de superació per poder-los seguir, gràcies Jordi Amblàs, Núria Molist, Dani Sevilla i Marta Ferrer.

Voldria fer un agraïment al grup de prescripció centrada en la persona, als meus farmacèutics i en Carles Codina que és un professional especial.

Aquests darrers 30 anys he compartit els meus projectes professionals amb en Jordi Roca i li vull agrair la seva dedicació a l'Hospital de la Santa Creu i que continuï endavant, doncs ens queden encara molts projectes.

Per últim, vull parlar dels de casa que són extraordinaris, fem una família fantàstica i amplia. Aquestes darrers setmanes hem creat un equip domiciliari de tesi amb la Marta i la Mariona que ha estat fonamental per finalitzar aquest projecte.

Per mi també ha suposat un repte en la meva trajectòria professional i espero que aquest punt d'inflexió em permeti ajudar a nous professionals a continuar l'esperit d'aquest projecte amb la mateixa o més il·lusió que jo ho estic fent.

Abreviatures

- 7x24 7dies per 24 hores
- ABS Àrea Bàsica de Salut
- ACUT Atenció Continuada i Urgències de base Territorial
- CDC Conferència de cas
- CHV Consorci Hospitalari de Vic
- FHSC Fundació de l'Hospital de la Santa Creu
- GRD Grups relacionats amb el diagnòstic
- HC3 Historia Compartida de Catalunya
- HN-HC High-Need, High-Cost Patients
- HN-HC High-Need, High-Cost Patients
- HUSC Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic
- HUV Hospital Universitari de Vic
- MACA Pacient amb Malaltia Crònica Avançada
- NECPAL Necessitats Pal·liatives
- NICE National Institute for Health and Care Excellence
- PADES Programa d'Atenció Domiciliària i Equip de Suport
- PCC Pacient Crònic Complex
- PIIC Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit
- PPAC Programa de Prevenció i Atenció a la Complexitat
- SISO Sistema Integrat de Salut d'Osona
- UFISS Unitat Funcional Interdisciplinària SocioSanitària
- UGA Unitat Geriàtrica d'Aguts
- UVic-UCC Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya

INDEX

I. <u>INTRODUCCIÓ</u>	19
1. Visió epidemiològica: Importància de les tres transicions	19
1.1 Epidemiologia de la complexitat	21
1.2. Visió des de Catalunya	22
1.2.1 Definició del pacient PCC	24
1.2.2 Definició del pacient MACA	24
2. Model De multimorbiditat visió des d'Europa	25
3. Visió de la complexitat des dels Estats Units d'Amèrica	27
4. Practiques de valor	29
4.1 Variacions en la practica clínica	30
4.2 Practiques de valor per determinades poblacions	31
4.2.1 Persones amb multimorbiditat	31
4.2.2 Persones d'edat amb fragilitat i necessitats	
Complexes	33
4.2.2.1 Prevenió de caigudes a la comunitat	33
4.2.2.2 Reducció dels ingressos hospitalaris	34
4.2.2.3 Maneig de la polifarmàcia	34
4.2.2.4 Reducció de les admissions des de les	
Residències	34
4.2.2.5 Millorar el flux dintre dels hospitals	34
4.2.3 Atenció a les persones en final de la vida	35
5. Model d'excel·lència per l'atenció dels pacients geriàtrics en un territori	35
6. Conceptes que es fa servir durant la tesis	40
6.1. Aportacions de Michel Porter	40
6.2. Definició de l'atenció integrada	42
6.3. Definició d'atenció centrada en la persona	43

II. HIPÒTESIS I OBJECTIUS	45
III. METODOLOGIA	49
1. Espai, temps i població	51
2. Descripció de les intervencions	51
3. Estudi de la població	56
4. Perspectiva dels pacients	59
5. Anàlisi de dades	59
IV. RESULTATS	61
1. Resultats de les intervencions fetes	63
2. Situació de l'atenció de Salut a Osona, de l'any 2004 al 2016	77
3. Atenció a la complexitat a Osona: resultats de la implementació de la ruta de complexitat 2015-16	79
4. Perspectives de les persones	92
5. Model d'atenció	92
V. DISCUSSIÓ	101
VI. CONCLUSIONS	115
VII. LÍNEES DE FUTUR	119
VIII. BIBLIOGRAFIA	125
IX. APORTACIONS CIENTIFIQUES DERIVADES DE LA TESI	151
ANNEXOS	163
Annex 1. Perspectiva del pacient	165
Annex 2. Publicacions seleccionades	183
Annex 3. Conferència de cas	197

PREFACI

En els darrers anys hem viscut amb intensitat l'aparició de noves poblacions amb complexitat que precisen canvis en la manera en que se'ls proveeix els serveis.

Aquest projecte vol fer una aportació a la provisió de serveis d'aquestes noves poblacions, d'una manera que els faci sostenibles, que millorin la qualitat de la seva atenció i a la vegada siguin exportables a altres territoris.

Inicialment es descriu el coneixement existent sobre la provisió de serveis en les persones amb necessitats complexes. En aquesta part hi ha fonamentalment un procés de gestió del coneixement, que implica també una visió personal de les corrents de pensament que han influït en el camp de la gestió clínica i que amb més o menys intensitat hem anat introduint en la nostra pràctica quotidiana.

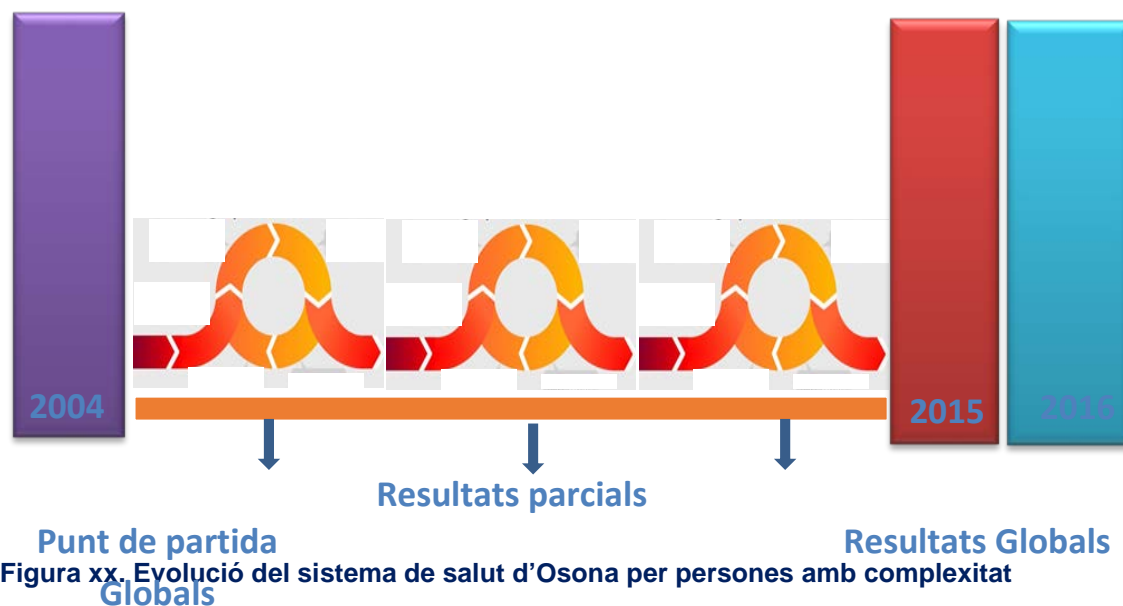
Posteriorment es divideix la seva estructura en 3 grans blocs

El primer bloc fa referència a la introducció de forma progressiva de pràctiques de valor en el nostre territori. Hi analitzem de manera cronològica diferents intervencions organitzatives així com la introducció de pràctiques de valor. L'estratègia de múltiples i diferents intervencions seqüencials que tenen uns principis i unes eines comuns configura un model d'atenció i organització.

En el segon bloc analitzem resultats en la població, prenent el 2004 com a punt de partida, amb anterioritat a l'inici de noves intervencions i hi realitzem un estudi observacional dels anys 2015-2016 en el territori que ens permet fer una avaluació dels resultats.

En el tercer bloc s'analitza el model d'atenció de la comarca d'Osona a les persones complexes. Actualment es disposa d'un model conceptual amb bons resultats en aquest grup poblacional i aquest model té moltes similituds amb els models d'excel·lència.

Per facilitar la comprensió de la tesi hem desenvolupat la següent figura que de forma gràfica centra el contingut de tot el treball.



Aquesta tesi forma part de les línies de recerca del Servei de Geriatria que han generat 4 tesis doctorals, llegides en aquests 2 últims anys (Núria Molist, Jordi Amblàs, Marta Ferrer i Dani Sevilla). El projecte actual es basa en part en les aportacions d'Amblàs pel que fa la definició de complexitat i en la mesura de la fragilitat mitjançant l'índex VIG-Fràgil. Per altra banda utilitzem la prescripció centrada en la persona desenvolupada per Molist i Sevilla com a exemple de pràctica de valor i expliquem tots els components necessaris per implementar-la en la pràctica quotidiana. Per altre banda, encara que temàticament estigui més llunyana, la tesi de la Marta Ferrer presenta importants elements d'integració clínica que són molt evidents en el projecte actual.

Així mateix aquest document està vinculat a l'activitat de recerca de la Càtedra de Cures Pal·liatives de la Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC)

Així doncs, parlarem de com proveir serveis a poblacions complexes en un àmbit territorial. Aquest repte comporta aconseguir un excel·lent balanç entre la visió individual (atenció centrada en la persona), les bones pràctiques

dels equips i disposar d'una xarxa de serveis. Aquest document obre un marc a nivell territorial que permet acoblar en un mateix model tota la recerca que hem desenvolupat en el Servei de Geriatria aquests darrers anys i que ens ha permès comportar-nos com un petit nucli de recerca. Durant tota la tesi faré múltiples referències als treballs previs publicats per aquest grup d'investigadors.

I. INTRODUCCIÓ

1. Visió epidemiològica: Importància de les tres transicions.

L'envelliment de les poblacions ha comportat canvis rellevants en la demografia i en el patró de les malalties. Com a conseqüència ha generat canvis en les necessitats social i sanitàries de les persones. El primer d'aquests canvis conegut com **transició demogràfica**, es caracteritza per la disminució de les taxes de natalitat i de mortalitat. Aquest fenomen ha estat completat en els països desenvolupats però encara està en procés en altres àrees geogràfiques. Comporta un allargament de l'expectativa de vida, que es concreta en el creixement de les poblacions de més de 65 anys i especialment de les de més de 85, que són el sector de població que més ha crescut en els darrers anys. Aquest grup poblacional dels molt vells presenta necessitats d'atenció específiques diferents que els vells de menor edat¹.

El segon canvi rellevant per els sistemes de salut ha estat l'anomenada **transició epidemiològica**, iniciada a principis del segle XX i que es caracteritza per una modificació en el patró de les malalties. A principis de segle passat les malalties predominants eren de causa infecciosa, però amb el pas dels anys va anar guanyant terreny el desenvolupament de malalties cròniques amb un increment progressiu de la supervivència de les persones que les pateixen, especialment en els darrers anys. La conseqüència d'aquesta transició demogràfica i epidemiològica és l'aparició d'un nou tipus de pacient, amb requeriments de salut i socials diferents².

Aquests nous pacients, les persones amb malalties cròniques, consumeixen el 75 % del recursos de salut i es caracteritzen per tenir més de 75 anys, 5 malalties cròniques, alteracions funcionals i alt risc de davallada funcional en el context de problemes intercurrents. El model tradicional de maneig de la malaltia és inadequat per aquest grup poblacional³⁻⁵. Aquests pacients presenten una combinació de malalties cròniques amb els efectes del envelliment de diferents òrgans i sistemes, la qual cosa crea una situació de fragilitat que sovint es manifesta en forma de davallada funcional⁶. Es tracta d'una tipologia de pacients que posa pressió al sistema de salut i al social, i genera una nova transició, que es coneix amb el nom de **transició clínica**, que

obliga a trobar nous models d'atenció per aquestes persones^{7,8}.

La construcció de nous models precisen de la participació de tots els elements del sistema (pacients, professionals, proveïdors...) i es basen en els principis de l'atenció centrada en la persona i en la coordinació de serveis⁹¹⁰¹¹¹². Per facilitar aquests canvis cal trencar les barreres entre l'hospital i la comunitat i l'entorn social i el sanitari, també caldrà una nova mètrica de resultats que importin als pacients¹³, al mateix temps seran més importants els resultats de sistema que els de una organització específica. Aquests canvis també portaran nous objectius de recerca a on el manteniment de la funcionalitat tindrà un paper molt rellevant. Hi ha una gran oportunitat per canviar la manera de proveir serveis, si aquest canvi no es produeix serà difícil atendre les necessitats de les persones i mantenir la sostenibilitat del sistema¹⁴⁻¹⁶. **Des de la visió epidemiològica les noves poblacions de pacients s'analitzen millor de de l'òptica de la complexitat¹⁷.**

1.1 Epidemiologia de la complexitat.

Aproximadament el 5% de la població, presenta necessitats d'atenció sanitària complexa, aquestes estan relacionades, amb la multimorbiditat, la dependència i la dificultat en la presa de decisions clíniques. El concepte de persones amb necessitats d'atenció complexa es detecta des de fa uns anys a la literatura i fa referència a grups de persones que presenten importants problemes de salut i alta utilització de serveis. El grup més prevalent d'aquestes persones es caracteritzen per la combinació de les següents característiques¹⁸.

- Múltiples condicions cròniques
- Polifarmàcia
- Múltiples proveïdors
- Hospitalitzacions freqüents
- Limitacions funcionals

1.2. Visió des de Catalunya.

A Catalunya, s'ha definit la complexitat des de la perspectiva del consens d'experts, com aquella situació que reflecteix la dificultat de la gestió de l'atenció d'un pacient i la necessitat d'aplicar-li plans individuals específics a causa de la presència o la concurrència de malalties i de la seva manera d'utilitzar els serveis o del seu entorn¹⁹.

La complexitat en salut es fa difícil de definir i de delimitar, està condicionada per diferents dimensions de la persona i del seu entorn. Podem distingir 3 tipus de complexitat: La complexitat clínica, la complexitat contextual i la complexitat del propi sistema assistencial (Figura 1).



Figura 1. Dimensions de la complexitat en l'atenció de salut i àrees maleïdes. Adaptat per J. Amblàs de Kuipers et al.²⁰

La **complexitat clínica** fa referència a la interacció entre una multitud de factors relacionats amb la malaltia; per exemple: el diagnòstic, la gravetat de l'afecció, la presència de símptomes de difícil control, la multimorbiditat i el grau de discapacitat que se'n pugui derivar^{21,22}. Pels professionals de la salut, aquests factors solen **condicionar la complexitat clínica en relació a dues circumstàncies** íntimament relacionades: la dificultat pel diagnòstic de precisió o "diagnòstic situacional" i la dificultat per la presa de decisions²³.

La **complexitat contextual** fa referència a diverses circumstàncies que poden influir decisivament en el nivell de complexitat, condicionant que algunes situacions clíniques relativament simples acabin esdevenint especialment complexes. Es poden agrupar en circumstàncies socioeconòmiques (pobresa, manca de suport, baix nivell educatiu...), circumstàncies comportamentals (drogoaddicció, dieta poc saludable, ...), circumstàncies ambientals/ecològiques (contaminació, limitacions de mobilitat,...) i finalment circumstàncies culturals (creences, dificultats comunicatives,...).²⁰ Sovint interaccionen entre elles, tot i que el pes de cada un d'aquests determinants per a cada persona sol ser variable.

El concepte de **complexitat relacionada amb el sistema assistencial**: fa referència a aquelles circumstàncies en què el propi sistema de salut és font de complexitat, degut a la falta de coordinació, fragmentació dels serveis o situacions de duplicitat en la cobertura de les necessitats. Aquesta part de la complexitat no es pot resoldre dintre dels models estàndards i el seu abordatge requereix innovacions en la provisió de serveis²⁴.

Com ja hem vist la complexitat està condicionada per la presència de múltiples factors interrelacionats. En les àrees d'intersecció entre els diferents tipus, els pacients tenen la complexitat més elevada²⁵.

A Catalunya el programa de prevenció i atenció a la complexitat (PPAC), va introduir dos identificadors relacionats amb la complexitat: el pacient crònic complex (PCC) i el pacient amb malaltia crònica avançada (MACA)^{26,27}. Durant l'any 2013 es va disposar de la possibilitat de marcar aquest pacients pels seus professionals d'atenció primària en la historia compartida de Catalunya (HC3). Aquest era un primer pas per l'estratificació de la població. Posteriorment diferents territoris van anar construint les rutes de complexitat.

Diversos estudis epidemiològics van establir que el marcatge definia unes poblacions amb alt consum de recursos, que suposaven el 5 % de la població, corresponent l'1% a MACA i el 4% a PCC.

1.2.1 Definició del pacient PCC

Un pacient crònic complex és aquella persona l'atenció a la qual és percebuda com a difícil pel seu equip de referència. Els processos de consens d'experts i els estudis epidemiològics permeten determinar algunes característiques de les persones que són tributaries de ser identificades com a PCC. Aquests criteris estan relacionats amb els pacients (multimorbilitat, patologies en progressió amb alta probabilitat de descompensacions, aparició de fragilitat/síndromes geriàtriques), amb els professionals (incertesa en la presa de decisions, requeriment de maneig multidisciplinari...) i també per la presència de situacions psicosocials adverses i dificultats per resoldre les seves necessitats. Aquesta definició té importants elements de judici clínic²⁷.

1.2.2 Definició del pacient MACA.

La persona identificada com a MACA, és una persona portadora d'una o varies malalties en situació de progressió, que són irreversibles i que presenta un pronòstic de vida limitat en general inferior a 24 mesos.

La identificació precoç d'aquesta població és una de les aportacions rellevants que s'ha produït en el camp de l'atenció de la complexitat²⁸.

El concepte d'aproximació pal·liativa permet d'una forma harmònica, i no dicotòmica introduir l'atenció pal·liativa. La detecció precoç afavoreix la planificació avançada, permetent així un millor control simptomàtic i optimitzar el procés d'utilització de serveis i de recursos²⁷. Per la identificació de les persones en final de vida ha estat també molt important la utilització del instrument NECPAL (Necessitats pal·liatives)²⁹.

Els conceptes de PCC i MACA no són condicions clíniques, sinó identificadors de situació que reflecteixen un estat de salut que fa, aquests pacients candidats a rebre una atenció centrada en la persona i coordinada.

S'ha demostrat que existeix una continuïtat entre els diferents indicadors de complexitat, en primer lloc pel pas de PCC a MACA i en segon pel pas de MACA a la situació de terminalitat. Aquestes dues transicions poden servir als professionals com a punt d'inflexió per facilitar l'abordatge progressiu i no

dicotòmic de l'atenció pal·liativa. En aquest sentit, podem distingir la primera transició, que suposa establir que el pacient està en una situació de pronòstic de vida limitat (<24 mesos), en què cal fer una valoració exhaustiva per establir si hi ha reversibilitat de la situació, i optimitzar el màxim els tractaments i les estratègies de suport³⁰. Aquest pas cal dur-lo a terme amb la participació del pacient que aporta la seva experiència, els seus valors i preferències. La segona transició, fa referència a quan el pacient entra en situació de darreres setmanes o de darreres dies. En aquesta fase el tractament simptomàtic i de suport prenen un rol predominant.

En resum, l'aportació que fa el PPAC per al maneig de la complexitat ha estat molt important, però queda molt de camí per córrer. Actualment pel que fa la identificació és més precisa en els pacients MACA que en els pacients PCC. En aquest grup molt més ampli, segurament l'aparició de la fragilitat, la demència, i la dependència funcional destriaria grups amb necessitats més semblants. L'objectiu final de la identificació d'aquesta població és poder realitzar una intervenció personalitzada mitjançant la realització de plans terapèutics individualitzats. Inicialment es va donar més pes als plans terapèutics com un element de coordinació i de forma progressiva se li ha donat molt més pes a la presa de decisions compartides.

Un cop elaborats els objectius en el pla terapèutic cal decidir les intervencions més adequades que, en general, es poden agrupar-se en tres grups: intervencions farmacològiques, provisió de serveis i processos d'informació/comunicació i educació entre els equips terapèutics i els pacient.

2-Model de multimorbiditat visió des d'Europa.

Fa pocs mesos el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha publicat una guia de multimorbiditat³¹, que ha estat motiu de editorials en publicacions tan prestigioses com Age and aging i en el Journal of the American Geriatric Society.

S'observa la presència de multimorbiditat en el 25% de la població. En alguns casos l'aplicació de les guies centrades en les malalties és la millor

opció per abordar les condicions d'aquests pacients, però en altres cal fer una intervenció diferent.

Diferents autors han establert que l'aplicació sistemàtica de múltiples guies alhora pot produir un excés de càrrega de tractament i de recomanacions, generant polifarmàcia i, en suma, aportant escàs o nul valor, a la persona amb multimorbiditat.

La guia està organitzada en varis apartats:

- Identificació: la guia fa una proposta de quines persones es poden beneficiar d'una aproximació que té present la multimorbiditat. Els indicadors recorden una mica els del PCC, com per exemple la polifarmàcia, l'ús freqüent de recursos no planificats o la percepció per part del pacient que el maneig de la situació es una càrrega per la persona.
- Establir el què és important pel pacient, fent referència als valors i preferències i els seus objectius.
- Establir la càrrega que suposa per al pacient la situació. En aquest sentit, proposa analitzar les conseqüències de la multimorbiditat en la vida diària de la persona.
- Revisió de la medicació i altres tractaments.
- Disposar d'un pla individualitzat d'atenció.

El contingut de la guia és molt semblant a totes les estratègies d'atenció a la complexitat, aquest fet és rellevant ja que es va construir un cos comú de coneixement el voltant d'aquest tema.

Els editors del Age and Ageing³¹, reconeixen que la multimorbiditat és la norma en els pacients geriàtrics i que la seva prioritització és un aspecte clau de l'atenció geriàtrica. Els editors reflexionen de com un tema tant rellevant no ha estat abordat per tota la comunitat científica, aquest fet l'atribueixen a l'organització dels sistemes de salut per malalties i comenten que especialment ha als Estat Units d'Amèrica (EUA) una de les causes és el model de finançament basat en el volum d'activitat i no en el valor de les intervencions.

La identificació de les persones que proposa la guia és molt pràctica i es considera que té molt sentit clínic, els editors avisen que la implementació de la guia ocasionarà canvis en la provisió de serveis, doncs calen models més participatius i més propers a les necessitats dels pacients. Els analistes plantegen que aquesta intervenció més global serà beneficiosa des de la perspectiva del cost, però pensen que encara la evidència en aquest sentit és feble. Conclouen l'editorial afirmant que aquesta guia dóna força a la visió més holística dels metges generalistes i és un contrapunt a la visió extraordinàriament protocol·litzada de la medicina.

Els editors americans coincideixen amb els anglesos que aquest és un tema nuclear de la geriatria i que cal ampliar aquesta visió a molts professionals, es fan ressò de la importància de la polifarmàcia com a resultat de l'aplicació de múltiples guies en els pacients amb multimorbiditat. Consideren que un aspecte clau de la guia és la planificació avançada que és bàsic per l'abordatge d'aquestes persones. Comenten que els objectius fonamentals d'atenció són la funcionalitat i la qualitat de vida. Finalment, acaben l'editorial considerant que la guia serà un bon element per avaluar els programes destinats a tractar aquest grup de pacients i que és un bon instrument docent pels metges joves. La guia és un bon antídote pel model d'atenció i finançament del model americà i consideren que podrà ajudar a fer canvis en el seu model d'atenció³².

És interessant constatar que els dos grups d'editors consideren la guia com un instrument de canvi tant pels professionals com per les organitzacions.

3. Visió de la complexitat des dels Estats Units d'Amèrica

A finals del 2016 un grup d'investigadors de les cinc principals fundacions americanes relacionades amb temes de salut varen escriure un article d'opinió en el New England Journal que és d'especial importància pel marc conceptual d'aquesta tesi i farà un resum de les idees claus. El títol: "Caring for High -Need, High-Cost Patients – An Urgent Priority"³³.

Per millorar els sistemes de salut és prioritari abordar les poblacions que més utilitzen els serveis sanitaris. Les persones que més utilitzen aquest serveis es caracteritzen per tenir múltiples condicions cròniques, alteracions

funcionals en les activitats de la vida diària i situacions socials complexes. Focalitzar-se en aquestes poblacions té sentit per raons humanitàries, demogràfiques i de cost. Aquesta població a la literatura es coneix com High-Need, High-Cost Patients (HN-HC)³⁴.

Des de la vessant humanitària els pacients HN-HC, els cal una atenció molt meticulosa, doncs tenen alta probabilitat de problemes de qualitat i de seguretat. En l'aspecte demogràfic la majoria són persones ancianes i aquesta població està en fase de creixement. Aquest grup de pacients son el 5% de la població i gasten més del 50% del pressupost de salut.

Hi ha tres aspectes claus per atendre les necessitats d'aquest pacients: desenvolupar un coneixement profund de la diversitat de poblacions que tenim en aquest grup; identificar els programes que ofereixen més qualitat, més integració de serveis i de menys cost i per últim accelerar l'escalabilitat d'aquests programes a tota la nació.

Dintre del grup de poblacions HN-HC, hi ha pacients en final de vida, persones amb molta complexitat que estan estables en el temps i persones que estan en aquest grup per condicionants socials que tenen molt d'impacte. És objectiu segmentar la població per persones amb necessitats d'atenció semblants. Aquest procés es considera crític doncs l'efectivitat dels programes incrementa de forma exponencial quan es seleccionen les persones que més es poden beneficiar de cada intervenció.

Els autors revisen diferents programes que ha donat resultats, la majoria són programes de gestió de casos amb diferents nivells d'integració entre el sector primari, l'especialitzat i el sector social, però no han passat a ser el tractament estàndard de tota la població. Las dificultats d'estendre aquest tipus de programes està en les necessitats de canvi dels professional que poden haver de desenvolupar nous rols i canvis de cultura. Disseminar programes per HN-HC pacients es clarament més difícil que disseminar un nou fàrmac o un nou dispositiu, doncs suposen en la cultura i els valors dels professionals, això fa que fins i tot canvis no molt importants poden tardar dècades en difondre's. Una altre barrera per estendre aquest programes és el tema econòmic, en

general cal una certa inversió inicial, però es pot tardar molt de temps en recuperar-la. Una de les maneres de superar aquesta dificultat és la introducció del pagament basat en valor, aquestes formes de pagament recompensen a les organitzacions que intenten mantenir o millorar el cost però que incrementen la qualitat.

En aquest escenari no es pot oblidar el paper de suport que tenen els sistemes d'informació i la avaluació rigorosa de tots els programes. Els autors finalitzen l'article fent una crida al treball conjunt dels diferents actors per millorar l'atenció a les persones amb HN-HC. Els canvis necessaris per atendre aquesta població són vitals donat el nombre creixent d'usuaris i l'impacte que tenen sobre la sostenibilitat dels sistemes de salut.

Les aportacions més importants d'aquest document pel nostre entorn són: La importància de segmentar la població en grups de pacients amb necessitats semblants, la gran dificultat de fer escalables els projectes per les dificultats de la gestió del canvi en els professionals i el paper del lideratge aconseguir aquests canvis. Per últim la importància de generar canvis en els models de finançament.

4. Pràctiques de valor

Els sistemes de salut europeus estan passant una llarga època d'austeritat, aquesta situació s'ha afrontat disminuint els preus dels serveis als proveïdors, disminuint el nombre de llits i incrementant les llistes d'espera. Una altra forma de fer front a la situació es donar més valor als nostres diners fent canvis en la pràctica clínica³⁵. El concepte de valor és el quocient entre els resultats obtinguts i el cost³⁶. Aquest concepte alinea els clínics i els gestors en obtenir bons resultats. **Entenem per pràctiques de valor aquelles intervencions organitzatives, d'introducció de nou coneixement o de canvis en la forma de relacionar-se dels diferents elements del sistema que comporten noves maneres d'actuar en la pràctica rutinària.** Aquest concepte neix de fusionar l'idea de bones pràctiques amb la de valor³⁷.

Experiències anteriors en els sistemes de salut confirmen que això és possible, en aquest sentit són exemples viscuts, la reducció de l'estada mitjana en els hospitals que ha suposat atendre més pacients amb menys llits, l'increment de la prescripció de genèrics, que ha suposat disminució de la factura de farmàcia o l'increment de la cirurgia major ambulatoria que ha suposat un canvi evident en els serveis quirúrgics. Els canvis en les pràctiques clíniques enfocades a donar valor, també afavoreixen la disminució del malbaratament³⁸.

Els clínics sols no poden fer el processos de canvis en la provisió de serveis i necessiten el recolzament de l'autoritat sanitària i social, doncs, a vegades hi ha decisions no populars i difícils. Les modificacions que han demostrat resultats cal que siguin escalables a una ampla part del país.

La millora de la provisió de serveis passa per treballar de forma molt propera amb els pacients. En aquest sentit són molt importants les aportacions d'organitzacions com el National Voice³⁹ en la definició de l'atenció centrada en la persona i el concepte de "silent misdiagnosis"⁴⁰ i la força en que han entrat iniciatives com el right care⁴¹ o "choosing wisely"⁴².

4.1 Variacions en la pràctica clínica.

Una de les vies més potents per il·lustrar el potencial de generar més valor és la anàlisi de les variacions en la pràctica. Les variacions a analitzar són les que no es poden atribuir a les característiques de la població o a les preferències dels pacients. El primer pas consisteix en fer el mapa de distribució d'una determinada intervenció en una zona geogràfica. Fa ja més de 20 anys que es va començar a Dartmouth⁴³ a publicar el primer atlas de variacions en la pràctica clínica, posteriorment altres països han seguit aquesta iniciativa⁴⁴.

L'anàlisi de les variacions en la pràctica clínica ha detectat diferències en àmbits molt rellevants com per exemple:

- La prevalença de determinats diagnòstics
- La diferència en l'ús de proves
- Diferències en la prescripció

- Diferents formes de seguir les malalties cròniques
- La durada de l'estada hospitalària
- El cost dels serveis
- Les taxes de mortalitat per determinades malalties

Un cop conegudes les variacions, cal fer un anàlisi de les causes i iniciar les intervencions de canvi. En general s'aconsella començar per un número definit d'intervencions a millorar.

Per triar les intervencions que poden portar més valor cal buscar les àrees amb més possibilitats de millora, sempre cal buscar el tractament inapropiat com una font per generar valor, també és molt important de buscar poblacions que l'evidència reconeix que hi ha oportunitats per millorar el serveis, aquestes poblacions són els pacients amb multimorbiditat, serveis per persones amb complexitat i fragilitat i serveis per les persones que estan en final de vida. L'altre element clau és garantir que les intervencions que ja es coneix que són eficients estiguin implementades en la pràctica³⁵.

4.2 Pràctiques de valor per determinades poblacions

4.2.1 Persones amb multimorbiditat

La multimorbiditat és la malaltia crònica més freqüent en l'actualitat, es preveu que aquests seran els pacients que incrementaran més els propers anys, encara que els pacients amb una malaltia crònica es mantindran molt estables. Són especialment demandants de recursos els que combinen malalties físiques i mentals. Aquesta situació confirma la necessitat de focalitzar-se en la qualitat i el cost d'aquesta població⁴⁵. La bona atenció d'aquests pacients a la comunitat pot evitar o detectar de forma precoç les crisis que porten a mals resultats i sovint la necessitat de l'hospitalització⁴⁶.

Quan s'aborda el tema de la multimorbiditat cal fer esment de la importància dels condicionants de salut, doncs en les àrees de deprivació la multimorbiditat apareix uns 10 anys abans.

Hi ha algunes dades poblacional que són importants per conèixer les

variacions en la pràctica clínica. Com per exemple la prevalença de persones amb més de tres condicions cròniques, el percentatge de pacients que tenen un pla d'intervenció. En els proper apartat descrivim oportunitats de millora per aquest grup poblacional.

Detecció precoç de malalties cròniques.

Hi ha moltes persones que tenen una malaltia crònica i no ho coneixen, són bons exemple d'aquesta situació la diabetis, la malaltia pulmonar obstructiva crònica i la demència⁴⁷. No és excepcional que aquestes malalties en persones multimòrbides és diagnostiquin per les seves complicacions. Per tal de millorar aquesta qüestió cal garantir un bon nivell de diagnòstic en l'atenció primària i garantir un bon nivell d'intervenció de l'atenció especialitzada⁸.

Millora de la participació dels pacients en la presa de decisions

Hi ha evidència que demostra que la participació dels pacients en la presa de decisions incrementa el compromís dels pacient en el maneig de les seves condicions i porta a triar tractaments que s'alineen més amb les seves preferències. La discussió de pacients i clínics en la elaboració de un pla terapèutic personalitzat ha demostrat benefici⁴⁸. Un altre aspecte de benefici es la utilització de ajudes en la decisió clínica^{49,50}.

La importància de l'autocura

Els pacients que tenen coneixement, habilitats i confiança en el maneig de les seves condicions cròniques, refereixen majors nivells de satisfacció tenen més capacitat per escullir estils de vida saludables i són més adherents a les recomanacions, tot això comporta millores en els seus resultats de salut.

Coordinació /integració

La presència de fragmentació en la provisió de serveis en les persones amb multimorbiditat ha comportat mals resultats de salut i moltes duplicitats en l'ús de recursos. Sovint aquets pacients utilitzen múltiples serveis tan de la cartera de salut com de serveis socials, en aquestes persones la integració de

serveis ha millorat els resultats⁵¹.

Els models d'integració són difícils d'implementar però disposem d'experiències que han canviat els resultats en la utilització de serveis i en l'experiència de les persones.

En el tema de la coexistència de malaltia mental i malalties cròniques hi ha experiències de milloria de resultats en la demència que és una situació d'alta prevalença i està molt vinculada a l'atenció de la multimorbiditat.

4.2.2 Persones d'edat amb fragilitat i necessitats complexes

L'envelliment progressiu especialment en els molt vells produeix una acumulació de malalties cròniques i de forma especial la fragilitat i la demència que fan que aquestes persones tinguin reduïda la seva capacitat per realitzar activitats de la vida diària, major mortalitat i molt ús de recursos hospitalaris⁵²⁻⁵⁴. Aquestes persones amb edat, multimorbiditat i fragilitat, tenen necessitats diferents que les persones més joves amb multimorbiditat, la més rellevant és el ràpid deterior funcional davant de problemes intercurrents, i que en general tenen més problemes de qualitat assistencial⁵⁵. Aquesta població té moltes oportunitats de millorar el tema de l'hospitalització i el retorn a casa^{56,57}.

En aquesta població existeix molta variabilitat en la pràctica clínica segons els territoris, hi ha alguns indicadors generals, que permeten fer una visió ràpida de com es comporta un territori, aquests indicadors són: la taxa d'hospitalització per persones de més de 85 anys, la taxa d'institucionalització en persones de més de 65 anys, el flux de pacients en l'hospital i les seves necessitats d'atenció intermèdia⁵⁸.

En aquest grup poblacional, les intervencions de més valor han anat destinades a la disminució de l'ingrés hospitalari, els resultats de les revisions sistemàtiques han portat a resultat diferents i sempre condicionats per les característiques del lloc a on s'han elaborat els estudis, descrivim les intervencions que han demostrat més evidència.

4.2.2.1 Prevenció de caigudes a la comunitat

Les caigudes són una de les causes de consulta dels serveis d'urgències

i un motiu freqüent d'ingrés. És ben conegut que es disposen d'estratègies a nivell comunitari per disminuir la seva incidència, en general són estratègies de múltiples intervencions sobre els factors de risc⁵⁹⁻⁶¹.

4.2.2.2 Reducció dels ingressos hospitalaris (ambulatory care-sensitive clinical conditions)

Dintre d'aquestes condicions estan incloses, la malaltia pulmonar obstructiva crònica, les infeccions urinàries, la pneumònia, malalties que es considera que un bon tractament a la comunitat pot prevenir l'ingrés hospitalari. De totes maneres, pels pacients molt fràgils, tenint en compte la seva manera d'emmalaltir, que es presenta sovint en forma de davallada funcional, és difícil la prevenció de l'ingrés hospitalari.

4.2.2.3 Maneig de la polifarmàcia.

La polifarmàcia és molt freqüent en pacients amb fragilitat, és la causa principal del 8,5% dels ingressos hospitalaris⁶²⁻⁶⁶. S'ha detectat com a factor afavoridor de l'ingrés fins al 18% de casos en aquesta població, el nostre grup de recerca ha desenvolupat un model de prescripció que permet disminuir la polifarmàcia en aquest grup de pacients⁶⁷.

4.2.2.4 Reducció de les admissions des de les residències.

Les persones que viuen a les residències presenten una freqüència d'ingrés hospitalari al voltant d'un 40-50% superior que la població gran no institucionalitzada⁶⁸. Hi ha estratègies per millorar la relació entre els serveis de geriatria i les residències que poden disminuir els ingressos⁶⁹. Les accions, de formació pels professionals de les residències i la introducció de les directius avançades també han demostrat bons resultats respecte a la disminució dels ingressos hospitalaris en persones de residència, especialment si estan en situació de final de vida⁷⁰.

4.2.2.5 Millorar el flux dintre dels hospitals

La majoria d'hospitals d'aguts tenen ingressats pacients fràgils pendents d'alta a la comunitat o a l'atenció intermèdia. Les intervencions que poden

accelerar els flux de pacients a la comunitat disminueixen les complicacions hospitalàries dels pacients fràgils⁷¹. L'estada mitjana dels pacient \geq de 85 anys és un bon indicador de com circulen els pacient pel sistema. Els programes de planificació d'alta i la disponibilitat d'accés a l'atenció intermèdia (hospitalització domiciliària, llits d'internament) són factors claus per mantenir una estada mitjana adequada en aquest grup poblacional i alhora assegurar un procés de millora funcional doncs la davallada post-hospitalització es dona en més del 50% de les persones grans que ingressen en un hospital d'aguts^{72,73}. Al mateix temps els hospitals d'aguts necessiten introduir totes les intervencions de seguretat per disminuir els riscos en aquests usuaris (realització d'una valoració geriàtrica integral, prevenció de caigudes, úlceres, síndrome confusional, errors de medicació...) ⁷⁴.

4.2.3 Atenció a les persones en final de la vida

La situació de final de vida coincideix amb un període que presenta moltes oportunitats per la millora de l'atenció, aquestes millores han d'orientar-se a l'adequació dels recursos en aquesta fase de la vida. Cal donar més pes als recursos domiciliaris que als hospitalaris⁷⁵. En aquest grup de població la participació del pacient en la presa de decisions pren un valor incalculable. Els territoris cal que coneguin el lloc de mort dels pacients i facin estratègies per incrementar l'atenció comunitària d'aquesta població⁷⁶. En aquest sentit el nostre territori ha estat pioner en la detecció precoç de les persones en final de vida mitjançant el desenvolupament del NECPAL⁷⁷, instrument per el cribratge de persones en final de vida . Per altre banda també s'ha avançat en la mesura de la fragilitat, mitjançant la incorporació de l'índex de fragilitat en els recursos geriàtrics del territori. L'ús de l'índex de fragilitat (VIG-fràgil)⁷⁸ ha pogut demostrar la correlació de valors alts amb la mortalitat.

5. Model d'excel·lència per l'atenció dels pacients geriàtrics en un territori: Making our health and care System fit for and ageing population.

Aquest és un dels documents més citats en el món de la provisió de serveis, ha estat analitzat per múltiples experts i és considerat un document de

referència per les persones grans⁷⁹. En aquest moment es pot considerar un marc conceptual per la provisió de serveis. L'objectiu d'aquest document és ajudar als clínics, pacients, proveïdors i compradors a buscar la millor solució per un determinat territori. La forma de com utilitzar-lo és veure quina és la situació actual en un entorn concret i veure quins elements cal implementar i millorar. Segurament aquestes propostes són més aplicables en un context on existeixen acords entre proveïdors i sistemes de pagament no fragmentats.

Els autors del document són un geriatre, un treballador social i una persona experta en elaboració de programes assistencials.

Aquest informe dóna una visió general de com atendre tota les persones grans amb l'objectiu de crear un contínuum entre les persones robustes, les persones més fràgils i aquelles que es troben en situació de final de vida. Encara que la atenció a les situacions més complexes es considera més eficient cal pensar un marc genèric que doni cabuda a totes les situacions. Unes intervencions ben dirigides en casos de baixa complexitat predisposen al camí quan la situació és més complexa. Segurament el document dóna poca resposta a altres situacions de complexitat com és en el cas del camp de la pediatria i de la salut mental, però probablement hi ha elements comuns especialment en el cas de la salut mental. L'experiència epidemiològica de la complexitat detecta que la majoria de persones es situen en l'edat dels 75 o més, com demostra la **Figura xx** amb la distribució de les persones PCC i MACA a Catalunya

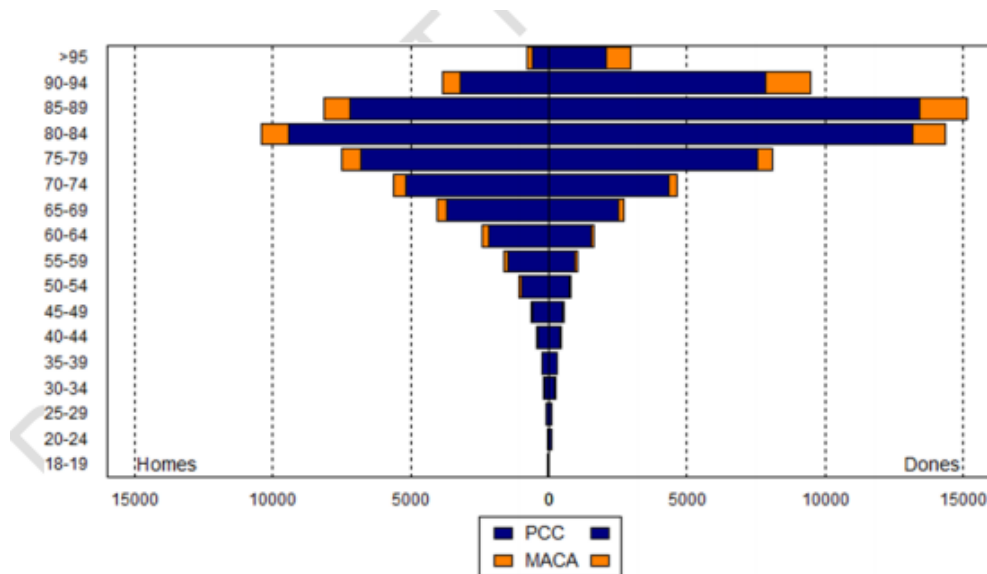


Figura 2. Distribució poblacional de Catalunya persones en condició PPC i MACA.

Font: CatSalut, 2015

La millora de serveis per la gent gran, requereix considerar tots els serveis d'un territori, doncs les persones grans utilitzen múltiples serveis i la **qualitat i capacitat de resposta d'un servei afecta els altres**. Hem utilitzat aquest model per descriure tots els serveis que poden ser necessaris en un territori. No separem serveis socials amb sanitaris i la idea és que en cada moment de la història natural de les persones, i segons la seva fase del cicle vital actuïn uns serveis o uns altres sempre de forma coordinada.

El document es centra en els components de l'atenció més que a on i qui proveeix el servei, amb l'idea de focalitzar-se més en les necessitats de les persones que en les estructures. En aquest model hi ha múltiples transicions entre components. Un equip o una organització pot proveir varis components. Per les persones que utilitzen varis components la continuïtat i la coordinació són fonamentals.

Una altra característica del model és que és obert i podrà de forma progressiva incorporar els avenços i les noves pràctiques que poden ser útils en cada component, en la realització del anàlisi del document hem introduït pràctiques de valor procedents d'altre autors. El document està organitzat en 9 components i el 10 és el procés d'integració entre tots ells.

Llistat dels components claus d'un sistema de salut orientat a les persones grans (**Figura 3**).

- Envel·liment satisfactori i prevenció de la discapacitat
- Situació estable amb una o varies condicions cròniques .
- Situació estable amb multimorbiditat, demència i fragilitat.
- Resposta ràpida en situació de crisi a domicili.
- Atenció hospitalària de qualitat, quan sigui necessària.
- Bona planificació de l'alta i suport post alta.
- Rehabilitació de qualitat després de la malaltia aguda.
- Bona atenció residencial.
- Atenció a final de vida.
- Alt nivell d'integració entre els diferents proveïdors per aconseguir una atenció centrada en la persona i de qualitat.



Figura 3. Components claus d'un sistema de salut orientat a les persones grans. Font: Making our health and care System fit for and ageing population 2014.

Font: David Oliver, The King's Fund.

En el moment actual els sistemes de salut estan sotmesos a una pressió

important, per tan sempre que sigui possible orientarem els serveis a serveis de menys cost, menys reactius i localitzats a la comunitat amb objectius més orientats a la millora de la qualitat de vida que a la resposta a la malaltia. En general les persones grans vulnerables el que els preocupen més són el control simptomàtic, l'autonomia física i el manteniment del seu rol social. Per tan els serveis han estar dirigits a aconseguir els resultats que importen a les persones.

Per cada component definim el que és un servei de qualitat i quina és la situació del territori i les seves àrees de millora. El tema clau està en la utilització de la valoració geriàtrica en el moment adequat i una provisió coordinada de serveis sanitaris i socials el més proper possible del domicili.

La transformació de serveis per les persones grans requereix un alt nivell de coordinació al voltant de les necessitats de la persona (més que en les malalties) i que verdaderament prioritzin la prevenció i el suport per mantenir la independència. Per aconseguir aquest repte cal un treball molt integrat, i oferir els serveis adequats en el moment adequat i en el lloc adequat. Per aconseguir aquest repte calen canvis organitzatius de molt calat i cal que es produeixin de forma progressiva. Aquest canvi és de profunditat, requereix un potent lideratge i la participació de tots els implicats en un determinat territori⁸⁰.

Aquest document utilitza l'argument clàssic de la provisió de serveis en geriatria, right care, right time, right setting, però hi dóna un matís de modernitat, doncs cal que aquests serveis puguin afectar un volum important de la població i siguin sostenibles.

Els autors fan algunes recomanacions de com utilitzar aquest document. En primer lloc consideren que aquest document cal que sigui utilitzat per un grup de líders locals per millorar els resultat de tot el territori i actuen en tots els components del model.

Recomanacions

- Tenir una visió global que va des de la prevenció al final de la vida.

- Hi ha alguns principis bàsics de l'atenció que han d'incorporar tots els participants en el model
- Implicar els pacients en el co-disseny dels serveis, i especificar molt bé les transicions.
- Disposar de mesures de resultats globals del sistema.
- Disposar de mesures de resultats que facin referències a resultats de valor per els pacients.
- Incorporació de les millors pràctiques en cada component del model.

Si podem aconseguir serveis adequats per les persones complexes, això ajudarà a donar bons serveis a altres poblacions. Aquestes aspiracions precisen d'un clima favorable i incorporar les bones pràctiques que han desenvolupat altres equip a la nostra activitat diària, els autors confien que aquest document pugui millorar la qualitat de l'atenció, que sigui molt més centrada en la persona i més integrada.

Nosaltres pensem que aquest document ressitua el rol dels geriatres, no com la solució dels problemes de les persones amb complexitat, sinó que els situa com un agent més, treballant de forma integrada amb altres professionals, disseminant el coneixement geriàtric i fent un procés d'atenció compartida amb múltiples professional per resoldre un problema maleit en un territori determinat^{37,81}.

6. Conceptes que es fa servir durant la tesis

6.1. Aportacions de Michel Porter

Michel Porter es una economista americana, que treballa en l'economia competitiva que ha fet importants aportacions en el model conceptual de la gestió clínica, ell començà fen una critica important al sistema de salut americana i posteriorment proposa unes solucions. Las primeres critiques era que els hospitals estaven organitzats en funció d'òrgans i sistemes i no en funció de les necessitats dels malalts, una altre qüestió era que el finançament dels hospitals era segons el volum d'activitat i no finançat per la millora de la salut del pacient

i finalment també qüestionava la manera de mesurar els resultats.

L'any 2007 es va publicar un article al JAMA⁸² que va suposar un canvi molt important en la gestió clínica i va posar els principis de com fer les reformes en els sistemes de salut en base a conceptes molt senzills d'entendre però difícils de posar en la practica del dia a dia.

El pensament porterià es basa en una idea genèrica en la que l'objectiu dels sistemes de salut es generar valor per les persones malaltes, entenen per valor la millor salut possible per euro gastat³⁶. També comenta que aquest canvi nomes es pot fer des de dintre del sistema sanitari i que els metges tenen un paper clau en el lideratge d'aquest canvi.

Per aconseguir que un sistema de salut s'orienti cap un sistema de salut basat en valor, proposa 3 accions bàsiques, per reformar la provisió de serveis:

1. L'objectiu del sistema de salut es crear valor pels pacients. Aquesta afirmació comportar quins resultats de salut son importants pels pacients, una altra avantatge de centrar les activitats en generar valor és que aquest concepte alinea tant els pacients, com els clínics, com els gestors^{83,84}.
2. Organitzar la provisió de serveis al voltant de una determinada condició clínica, que aquesta organització inclogui tot el procés des de la prevenció fins a la rehabilitació i el tractament de suport, aquesta proposta implica la creació de grups de professional experts en determinades situacions clíniques, que treballen de forma integrada i que veuen el pacient d'una forma longitudinal en el temps, aquest és un canvi important en la provisió de serveis⁸⁵.
3. Mesurar resultats, fent especial èmfasis en els resultats que són importants pels pacients, donant menys pes els resultats de procés i de mesura de l'activitat feta, la mesura de resultats es considera un potent motor de canvi³⁶.

Aquestes propostes de Porter, han tingut molt d'impacte en la reforma de com s'encara la visió moderna dels sistemes de salut.

6.2. Definició de l'atenció integrada

El tema d'atenció integrada és un concepte que s'accepta a tot al món però encara genera confusió la seva definició.

El concepte d'atenció integrada cal que s'utilitzi de forma ampla i inclou una sèrie d'idees i principis que comporten una atenció més coordinada al voltant de les necessitats de les persones⁸⁶.

A la literatura, les diferents definicions d'atenció integrada depenen fonamentalment de la perspectiva de com es vol utilitzar, ja sigui des de la vessant de gestió o de la vessant clínica⁸⁷.

El més important no és centrar-se en definicions que busquen canvis estructurals i es basen en el concepte de cost-efectivitat, sinó en les definicions que es basen en aconseguir una atenció centrada en la persona i coordinada⁸⁸.

De totes maneres més enllà de les definicions el què ens cal saber, és com implantar l'atenció integrada a nivell pràctic. L'experiència demostra que es basa en crear un entorn amb capacitat de construir relacions i noves formes de treball entre diferents proveïdors i que aquesta manera de fer, formi part de la pràctica habitual.⁸⁹

Per acabar la definició més simple d'atenció integrada, és l'aproximació que vol superar la fragmentació, especialment quan aquesta afecta negativament l'experiència de les persones o bé els seus resultats⁹⁰.

En el nucli dur de l'atenció integrada hi ha el compromís de millorar la qualitat i la seguretat en la provisió de serveis. L'atenció integrada és un mitjà per resoldre problemes complexos i si no és així la integració es torna part del problema i no la seva solució^{89,91}.

El futur de l'atenció integrada passa per l'existència de professionals competents que puguin assegurar nous rols, lideratge, elements de treball en equip i compartir activitats amb múltiples diferents professionals^{92,93}.

6.3. Definició d'atenció centrada en la persona

En aquests darrers anys s'han publicat múltiples definicions d'atenció centrada en la persona en aquest projecte farem servir la publicada per el "National Voice"³⁹ i que es resumeix en la figura següent (**Figura 4**).

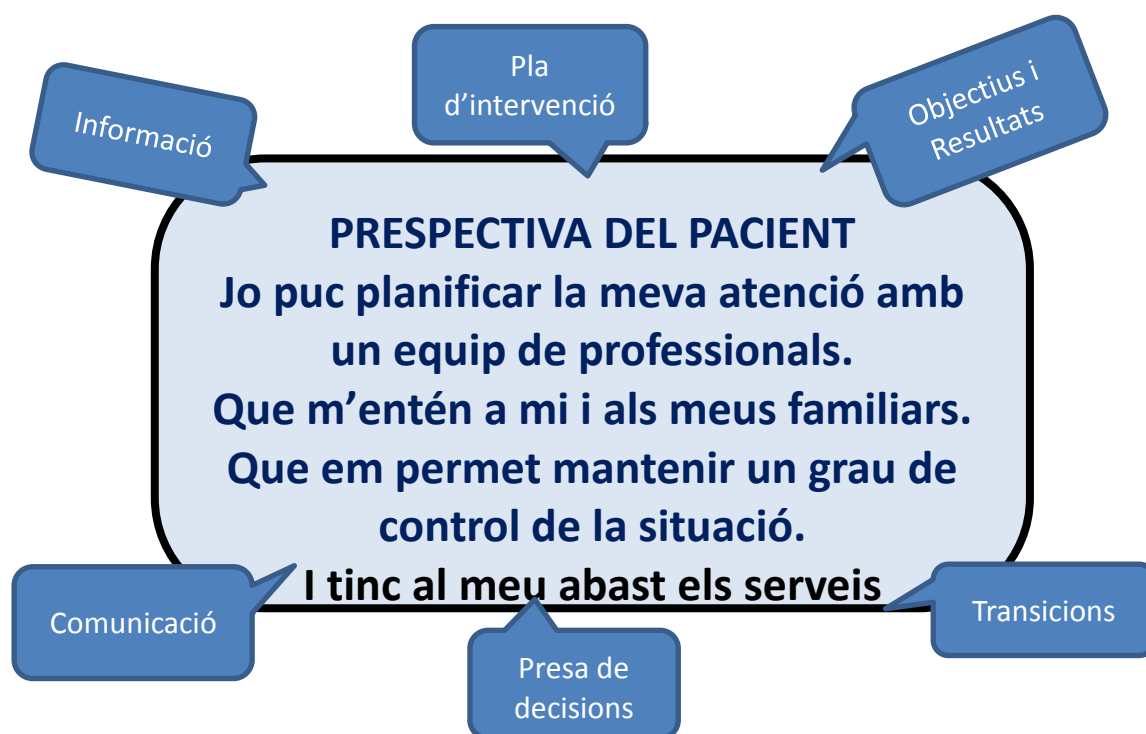


Figura 4. Definició gràfica d'atenció centrada en la persona.

Font: National Voices 2013

I també utilitzarem la definició que s'utilitza en el TERMCAT (diccionari de la generalitat per a l'atenció integrada)¹⁹ que defineix atenció centrada en la persona de la següent forma: model d'atenció integrada en què la persona atesa és part activa de la planificació, el desenvolupament i l'avaluació del procés d'atenció, amb l'objectiu que aconseguixi els màxims nivells possibles de salut, qualitat de vida i benestar, i se li respectin la dignitat, els drets, les necessitats i les preferències. La literatura te alta productivitat en aquest àmbit i es necessari estar obert a noves aproximacions^{94,95}

II. HIPOTESIS I OBJECTIUS

HIPÒTESIS

S'ha descrit que la millora de l'atenció de les persones complexes requereix d'un model d'atenció centrat en la persona, coordinat entre els diferents proveïdors i amb un enfocament territorial. La nostra hipòtesis es basa en que la incorporació de múltiples pràctiques de valor, de forma seqüencial, millora els resultats de les poblacions complexes en la nostra àrea i que aquest model serà escalable a altres territoris. Així doncs, ens plantegem els següents objectius.

OBJECTIUS

1. Descriure com s'han incorporat pràctiques de valor, al sistema de salut d'Osona 2004-2016, utilitzant com a model de desenvolupament del projecte els cercles d'iteració.
2. Analitzar els resultats d'Osona, per poblacions complexes, mitjançant un estudi observacional, que utilitza múltiples indicadors.
3. Confirmar que Osona té un model d'atenció per persones complexes i comparar-lo amb un model d'excel·lència.

III. METODOLOGIA

1- Espai, temps i població.

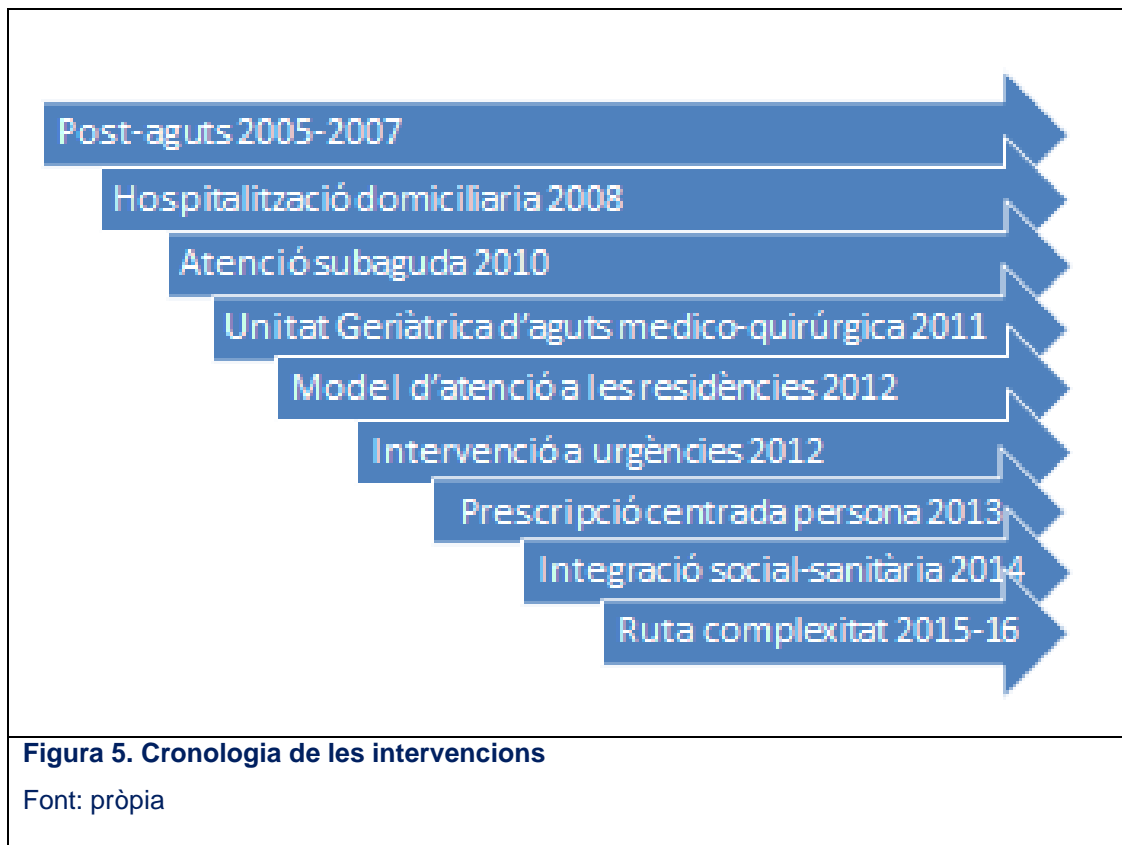
Aquest projecte va estar desenvolupat a la comarca d'Osona, fent una visió del 2004 fins al 2016, descrivint el funcionament del sistema de salut per atendre poblacions vulnerables.

L'estructura sanitària de la comarca d'Osona consta d'onze àrees bàsiques de salut, l'Hospital General de Vic i 2 hospitals de cures intermèdies, l'Hospital Sant Jaume de Manlleu i l'Hospital de la Santa Creu de Vic. Els proveïdors de serveis són l'Institut Català de la Salut, 2 entitats de base associativa, el Consorci Hospitalari de Vic i la Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic. Aquestes entitats tenen una llarga trajectòria de col·laboració, atès que ja l'any 2000 es va realitzar una associació de proveïdors, sistema integrat de salut d'Osona (SISO) i el 2003 van iniciar una prova pilot de compra de serveis en base territorial.

La població del 2004 va ser el punt de referència inicial, a partir d'on es va avaluar el grup de persones de més o igual de 85 anys, la utilització de recursos del hospital d'aguts, i l'activitat del Hospital de la Santa Creu (poblacions vulnerables). El concepte de poblacions vulnerables l'utilitzàvem per referir-nos als malalts amb complexitat, quan aquests conceptes encara no formaven part del nostre llenguatge en la provisió de serveis, aquesta població incloïa, persones en situació de final de vida, persones amb demència avançada i pacients geriàtrics amb davallada funcional després d'un problema agut. Aquesta població era atesa en els centres sociosanitaris

2- Descripció de les intervencions

Les intervencions s'han introduït de forma progressiva en el temps com es demostra en la **Figura 5** (dibuix intervencions Unitat Geriàtrica d'Aguts (UGA), amb fletxes)



Les intervencions varen ser realitzades en aquest període, tenien per objectiu canviar l'atenció de les persones vulnerables o persones amb complexitat. Les intervencions es van considerar com a cercles d'iteració. Es va definir una intervenció o pràctica de valor, quan es proposaven accions amb l'objectiu d'aconseguir canvis rellevants en la pràctica clínica o modificacions en la provisió de serveis. Les intervencions poden basar-se en la introducció de nou coneixement, en canvis organitzatius o en noves relacions entre els diferents elements del sistema. Les intervencions en general eren el resultat del treball compartit entre serveis o organitzacions. El concepte de pràctiques de valor va néixer d'ajuntar l'idea de bones pràctiques amb el concepte de valor segons Porter (resultats /cost)³⁶.

Iteració significa el fet de repetir un procés amb l'objectiu d'aconseguir un resultat, cada repetició se li denomina iteració i els resultats d'una iteració s'utilitzen com a punt de partida per la propera iteració. Cada nova intervenció es considera una iteració. Aquest concepte es visualitza en la **Figura 6**.



Figura 6 Cicles d'iteració.

Font: pròpia

Un vegada les diferents iteracions estaven en funcionament, també es produïa un procés de millora contínua de cada iteració de forma individual, mitjançant cicles de PDSA (plan–do–study–act) i al mateix temps hi havia modificacions de l'entorn, que podien canviar els resultats. Per tant va ser molt difícil en un sistema a on es va aplicar moltes iteracions saber la relació que hi havia entre les diferents iteracions i el resultat final, el desenvolupament d'aquest projecte no va permetre establir relacions de causalitat^{96–98}.

Es varen definir les intervencions/pràctiques de valor realitzades, el seu marc temporal i les variables utilitzades per la valoració individual de cada intervenció i la descripció de resultats:

Intervenció 1

Atenció post-aguda, com una modificació de la provisió de serveis que va comportar que dos episodis assistencials un d'aguts i un de convallescència es transformessin en un sol episodi.

- Es va analitzar les intervencions pre-post
- Les variables analitzades varen ser: edat, gènere, estada mitjana en el recurs d'aguts i la estada mitjana a post-aguts, canvis en la valoració funcional i evolució en els anys.
- Les dades procedien del sistema d'informació del Hospital Universitari

de Vic (HUV) i del Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic (HUSC)

Intervenció 2

Hospitalització domiciliària, alternativa a la hospitalització d'aguts. Aquesta iniciativa es va produir inicialment com a recurs d'atenció intermèdia per facilitar l'alta dels pacients en l'hospital d'aguts i posteriorment la procedència dels pacients va canviar amb la inclusió de pacients d'urgències i de la comunitat

- Les variables analitzades varen ser: la procedència i destí dels pacients i l'estada mitjana en el recurs.
- Anàlisi de cost mig per episodi

Intervenció 3

Atenció subaguda, alternativa a l'hospitalització d'aguts.

Aquest canvi en la provisió de serveis tenia per objectiu l'ingrés directe a l'atenció intermèdia de pacients procedents del servei d'urgències o de la comunitat, per tal de simplificar la seva atenció i atendre la seva problemàtica amb un sol episodi assistencial.

- Les variables analitzades varen ser: la procedència i destí dels pacients i l'estada mitjana en el recurs.
- Les dades procedien del sistema d'informació del HUV i de l'HUSC.

Intervenció 4

Unitat geriàtrica d'aguts mèdic–quirúrgica. La unitat geriàtrica d'aguts ja existia però es va fer una reorganització que va incloure la ubicació en una àrea específica de l'Hospital amb un equip d'infermeria definit i amb una activitat d'atenció compartida amb traumatologia i cirurgia vascular.

- Les variables analitzades varen ser: edat, gènere, criteri d'ingrés, diagnòstic principal, estada mitjana i destí alta.

- Les dades procedien d'una memòria específica creada per avaluar el recurs assistencial.

Intervenció 5

Model d'atenció a les residències, en les residències que depenent del servei de geriatria es va establir un model d'atenció basat en la participació d'un professional mèdic de l'atenció intermèdia.

- Les variables analitzades varen ser: identificació de complexitat, nivells d'intervenció, trasllats a hospitalització i lloc de mort.
- Les dades procedien del quadern de comandament territorial compartit de la residència d'El Nadal i la residència Aura.

Intervenció 6

Intervenció a urgències, aquesta va ser una intervenció organitzativa destinada a crear un circuit dintre del servei d'urgències pels pacients amb complexitat, es basava en unes activitats formatives, la introducció de la valoració geriàtrica a urgències i el treball de la gestora de continuïtat de cures.

- Les variables analitzades varen ser: dades de derivació de pacients des de urgències a recursos de l'atenció intermèdia (subaguts, hospitalització domiciliària).

Intervenció 7

Prescripció centrada en la persona. Aquesta pràctica clínica es va iniciar com un projecte compartit entre el servei de geriatria i el servei de farmàcia. La proposta es una metodologia per la revisió de la medicació.

- Les variables analitzades eren: la polifarmàcia en les poblacions complexes
- Les dades procedien del projecte territorial de farmàcia Sistema Integrat de Salut d'Osona (SISO)

Intervenció 8

Integració social i sanitària. Aquesta intervenció es va iniciar amb la relació entre els equips d'atenció social, equips d'atenció primària i els equips de geriatría. En aquesta intervenció es va proposar utilitzar un instrument de treball que és la conferència de cas (CDC), com a eina facilitadora de la integració.

La conferència de cas consistia en elaborar un pla terapèutic compartit amb tots els equips, que participaven o podien participar en la gestió de un cas. La pràctica de la CDC es va introduir com element de treball compartit entre el sector social i sanitari. Els resultats es basaren en descriure la seva metodologia i els resultats en la pràctica d'un nombre de casos.

- Avaluació a partir d'un anàlisi descriptiu de casos

Intervenció 9

Implementació de la ruta de complexitat. La ruta de complexitat va ser elaborada i implementada pel grup de cronicitat del SISO que inclou, professionals de tots els proveïdors del territori, aquest grup va ser el responsable de crear el quadern de comandament i fer l'avaluació continuada dels resultats. La ruta de la complexitat va estar implementada entre l'any 2013 i l'any 2014. Els resultats de l'any 2015 i de l'any 2016 varen estar utilitzats com anys d'avaluació.

3- Estudi de la població

La metodologia de l'estudi poblacional és la següent:

Tipus d'estudi: Observacional i prospectiu.

Recollida de dades: Quadern de comandament de la ruta de Complexitat.

Població: Persones \geq de 85 anys i persones identificades com a complexes per

Descripció d'indicadors:

Indicadors que avaluen principalment la pràctica de l'atenció comunitària:

- Percentatge de persones amb marcatge PCC/MACA respecte al total de la població, i estratificades per àrea bàsica.
- Percentatge de persones marcades que tenen un pla d'intervenció fet.
- Percentatge de població ≥ 85 anys.
- Taxes d'utilització d'urgències per poblacions específiques.

Indicadors del servei d'urgències:

- Percentatge d'urgències que es converteixen en ingrés hospitalari (índex de reconversió).
- Número de pacients derivats a una alternativa a ingrés hospitalari des del servei d'urgències (hospitalització d'atenció intermèdia (hospitalització domiciliària)).

Indicadors d'hospitalització:

- Taxa d'ingressos hospitalaris per les poblacions estudiades.
- Flux de pacients, a partir de l'anàlisi de l'estada mitjana a l'hospital d'aguts.

Indicadors d'atenció intermèdia:

- Pacients que ingressen des del hospital d'aguts posteriors a un ingrés convencional.
- Pacients que ingressen des d'urgències / observació a l'atenció intermèdia.
- Pacients que ingressen des de la comunitat.
- Flux de pacients dintre de l'hospital d'aguts mitjançant l'anàlisi de les estades mitjanes de les poblacions de risc.
- Freqüència de la utilització de l'atenció intermèdia de les poblacions de risc.
- Lloc de mort de les poblacions de risc.

- Consum de polifarmàcia en les poblacions de risc.

4- Perspectiva dels pacients

L'estudi poblacional ens dóna molta informació respecte l'ús de recursos però no disposem d'informació respecte la perspectiva de les persones. Per aquest motiu introduïm una estudi d'una mostra de pacients que posa en pràctica l'aplicació d'un sistema d'avaluació de resultats que importen al pacient (Annex 1).

5- Anàlisi de dades

Per la realització de la anàlisi estadístic dels resultats s'utilitza el programa SPSS per Windows versió 17.0. Les dades s'expressen com a mitjanes \pm desviació estàndard (DS) en el cas de variables quantitatives i amb freqüències i percentatge en el cas de variables qualitatives. Per analitzar la relació entre dues variable qualitatives es va utilitzar e test de Chi-quadrat. Per analitzar les relacions entre variable qualitativa i quantitativa es va utilitzar la T-student. Els resultats són considerats estadísticament significatius a $p < 0.05$.

IV. RESULTATS

1-Resultats de les intervencions fetes.

Per cada intervenció o pràctica de valor, es fa un comentari del motiu per el que es va endegar cada acció, quines modificacions es varen realitzar, quins resultats avalen la intervenció i com va evolucionar en el temps.

Atenció post-aguda

El projecte de l'atenció post-aguda, surt de la necessitat de reduir l'estada mitjana dels pacients en l'hospital d'aguts fent una derivació precoç a l'atenció intermèdia, amb l'objectiu d'integrar dos episodis, el episodi agut i el de convallescència en un sol episodi. En el moment d'iniciar el projecte no es disposaven d'experiències en aquest sentit i es va iniciar l'experiència amb el suport de l'agència d'avaluació de la qualitat⁹⁹. El primer objectiu era demostrar que canviava l'estada en els dos recursos i que els pacients aconseguien com a mínim els mateixos resultats funcionals.

Des de el punt de vista operatiu va suposar intensificar l'activitat de la unitat funcional interdisciplinària sociosanitària (UFISS) per detectar de forma precoç aquest pacients (pacients que han presentat davallada durant l'hospitalització). Es varen alinear els objectius dels serveis emissors i receptors de malalts i les gerències de les dues organitzacions varen fer acords interns de com finançar el projecte en el context de totes les relacions institucional entre el Consorci Hospitalari de Vic (CHV) i l'HUSC.

Els canvis més importants que es varen generar varen ser els següents:

- Per l'equip de la UFISS:
 - detecció el més precoç possible dels casos, entre el dia 1-2 de l'ingrés,
 - fer un procés d'informació al pacient i a la família del concepte de trasllat precoç i explicar els seus beneficis.
- Per els equips del Hospital general de Vic:
 - alta precoç d'un pacient al dia 4-5 del ingrés quan la seva pràctica habitual era de més de 10 dies .

- Per l'Hospital de la santa creu:
 - atenció de persones en situació molt més aguda que la que tenien en la seva pràctica habitual.

Els resultats es varen anar aconseguint de forma progressiva, doncs, suposava la intervenció de molts professionals,

En la primera fase es va vetllar perquè no hi hagués la necessitat de múltiples trasllats de retorn a l'hospital d'aguts i que el resultat funcional fos el mateix que amb l'altre manera de procedir. Durant la prova pilot el retorn de pacients a l'hospital d'aguts va ser inferior al 10% i no es van detectar canvis en la recuperació funcional respecte la cohort basal.

Posteriorment un cop assegurat aquest tema es precisava d'un volum suficient de pacients perquè el trasllat precoç tingués un impacte en el nombre de llits oberts en l'hospital general, aquesta fase es va produir 2 anys després de començar el projecte.

En la **Figura 8** s'observa com varen evolucionar els resultats. En blau es mostra els pacients que varen ser derivats amb el concepte de post-aguts.

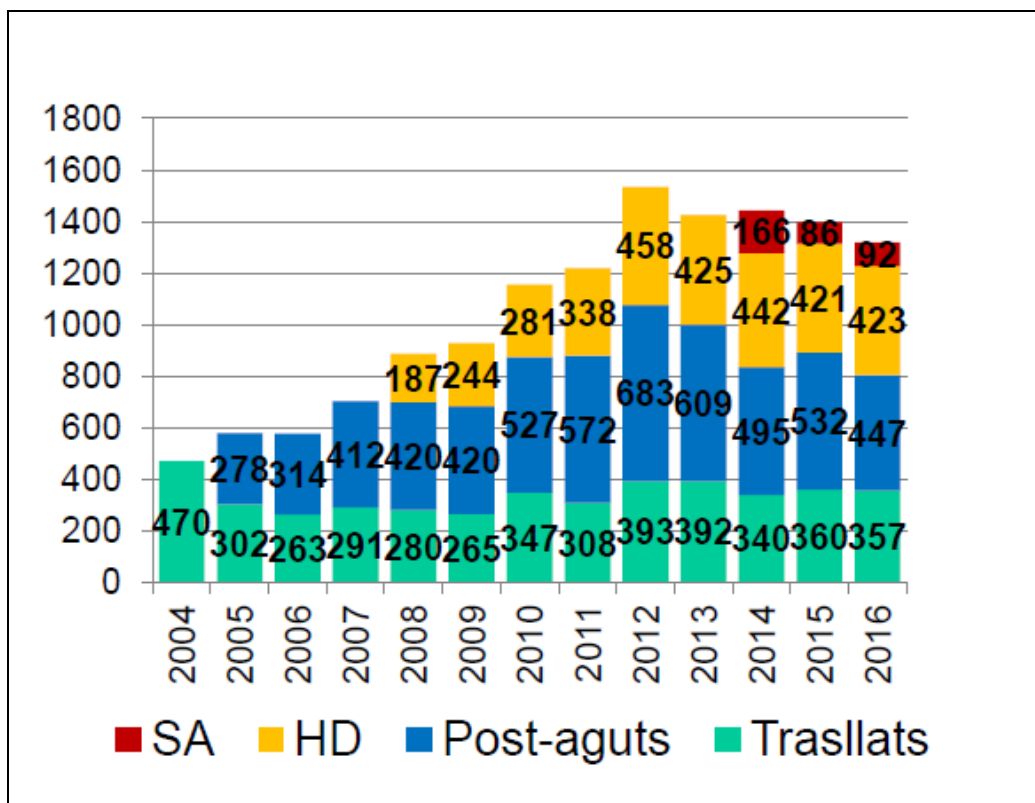


Figura 8. Evolució dels ingressos al HUSC del 2004 al 2016

En la **Figura 9** s'observa la disminució progressiva de l'estada mitjana a l'hospital d'aguts i en concret l'estada mitjana de les persones que es deriven amb el concepte post-aguts.

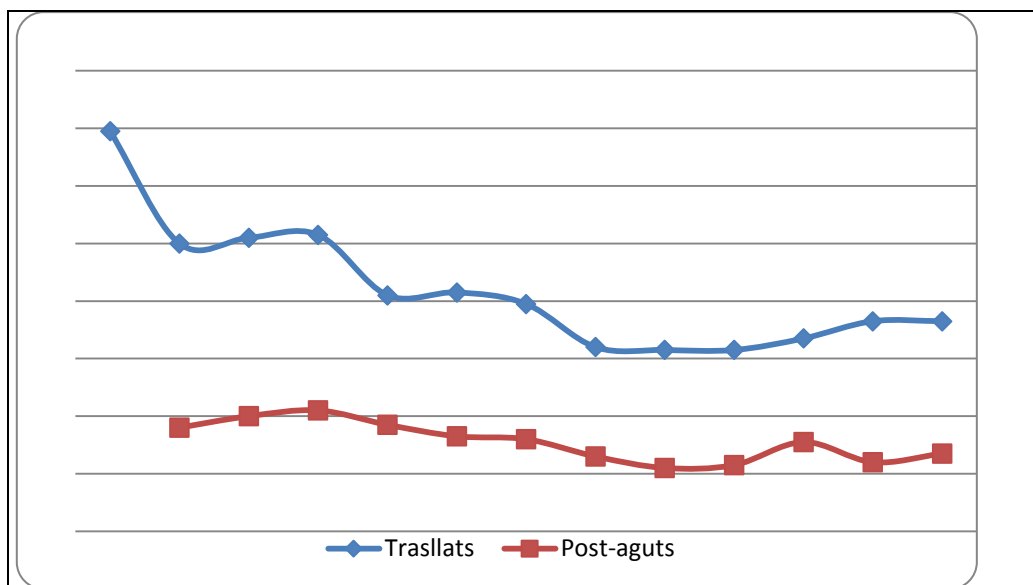


Figura 9. Estada mitjana del pacients derivats a atenció intermèdia. Traslats total i trasllats dels post-aguts

Aquesta pràctica actualment forma part actualment de la majoria de recursos socio-sanitaris de Catalunya.

En el nostre entorn la disminució del nombre de pacients derivats des de l'hospitalització d'aguts bé donat perquè en l'entorn d'atenció intermèdia, han incrementat de manera important els pacients que procedeixen des de urgències i la comunitat sense haver fet un ingrés previ a l'hospital d'aguts.

Hospitalització domiciliaria

Aquest recurs es posiciona com un recurs d'atenció intermèdia per facilitar l'alta dels pacients a l'hospital d'aguts i s'engloba inicialment en el mateix context del projecte de post-aguts. La finalitat inicial era l'adequació de l'alta d'aguts. Aquest recurs estava adreçat als pacients complexos com a principals usuaris de l'atenció intermèdia.

Aquest projecte, des de el punt de vista funcional s'integra en el equip de programa d'atenció domiciliària i equip de suport (PADES), formant part d'un programa més d'aquest servei. Per assumir aquesta nova funció el PADES incorpora 1 metge i 2 infermeres procedents de l'hospital d'aguts.

En aquest cas hi ha molta evidència que aquesta intervenció modifica els resultats i és una pràctica de valor. Donat que la literatura avala suficientment aquesta manera de proveir serveis, ens vam centrar a com es podia realitzar la seva implementació en el nostre territori.

En la gràfica 8 s'observa el creixement del nombre de pacients atesos cada any, el perfil de pacients que van a hospitalització domiciliària funcionalment estan millor que els pacients que són enviats a atenció intermèdia. La procedència de l'hospital d'aguts és fonamentalment de la unitat geriàtrica d'aguts.

Aquesta intervenció ha anat canviant en el temps, amb un creixement important dels pacients que procedeixen del servei d'urgències i un número molt reduït de pacients que provenen de la comunitat, especialment de residències.

Per tal de demostrar que és una pràctica de valor, l'estimació del cost d'un episodi d'hospitalització domiciliari està calculat al 50% del cost d'una hospitalització convencional (dades pròpies).

En la visió de futur pensem que aquesta intervenció podria ser una forma d'atendre directament crisis en el domicili sense anar a urgències (equips de resposta ràpida). Segurament les funcions de PADES i d'hospitalització domiciliària tindran un solapament, per una part participar amb els equips de primària per fer plans terapèutics compartits per a pacients complexos i actuar

directament en crisi, en pacients que ja es coneix el seu pla d'intervenció.

Intervencions a urgències

La utilització d'urgències per poblacions complexes és molt superior que el de la població anciana de la mateixa edat sense complexitat. La freqüència d'aquesta població en el servei d'urgències, ha plantejat crear un circuit definit per aquest malalts. Aquesta intervenció es bàsicament funcional i es basa en 7 accions:

- Detecció de pacients complexes en el servei d'urgències.
- Introducció de una valoració geriàtrica bàsica.
- Tenir d'una unitat d'observació per disposar de temps.
- Possibilitat de consultar altres especialistes, en cas de ser necessari.
- Disposar de una gestora de casos des de urgències per garantir la gestió del cas.
- Disposar d'alternatives a l'hospitalització des de urgències /observació.
- Formació en servei de les persones d'urgències per atendre pacients complexes.

Els pacients seleccionats com a candidats de poder-se beneficiar d'una alternativa a l'hospitalització són: Persones identificades com a MACA, persones procedents de residència i persones que consulten al servei d'urgències per una síndrome geriàtrica, o edat extrema ≥ 85 anys.

Els resultats més importants d'aquesta intervenció són, per una part els pacient en el quals s'ha pogut utilitzar un recurs alternatiu a l'hospitalització d'aguts des d'urgències i l'altre part la disminució del percentatge de reconversió d'urgències en ingrés. Aquests resultats es comenten en els resultats d'implementació de la ruta de complexitat.

Unitat geriàtrica d'aguts

La unitat geriàtrica d'aguts (UGA) té els seus inicis al 1997, coincidint amb l'acreditació del servei de geriatria per la docència. L'any 2011, es va convertir en unitat medico-quirúrgica, en aquest moment es disposava d'un espai definit i d'un equip d'infermeria. La modificació de la UGA va estar induïda per l'alta freqüentació de pacients fràgils a l'hospital i la necessitat de millorar els seus resultats, especialment totes les complicacions derivades de l'estada a l'hospital i la prevenció de la davallada funcional induïda per l'hospitalització. El treball amb els equips quirúrgics ja venia d'anys, però la unitat de geriatria va ser un bon moment, per establir com es resolien els temes pràctics de l'atenció compartida.

El model està basat en el model descrit per les "Acute care elderly unit".

Les característiques principals són:

- Estructura física preparada per persones amb discapacitat.
- Atenció centrada en el pacient: avaluació diària de la situació física i cognitiva, activitats per afavorir l'autocura i reunió diària de l'equip.
- Planificació de l'alta.
- Revisió mèdica diària: Revisió diària dels procediments, de la medicació, i la utilització de protocols per minimitzar els efectes adversos de les intervencions.

L'equip de la unitat geriàtrica d'aguts està composta per tres professionals mèdics i l'equip d'infermeria corresponent, amb una cap d'unitat, la participació del farmacèutic, els fisioterapeutes i la nutricionista.

En funció de les característiques del nostre hospital vàrem descriure uns criteris d'ingrés a la UGA, que ens vàrem permetre seleccionar una població amb fragilitat en el 96% dels casos. Aquests criteris són:

- Edat \geq 85 anys
- Demència
- Procedència d'una residència

- Identificació MACA.

En la **Taula 1** es pot veure els resultats de l'UGA de l'activitat del any 2016.

2016	Característiques dels pacients
Pacients atesos	977 (922 UGA + 55 interconsultes)
Edat mitja	86,4 anys
Estada mitja	6,2 dies
Nonagenaris	29%
Mèdics/Quirúrgics	75% / 25%
Mortalitat	9,5%
Destí domicili	46,8%
Destí at. Intermèdia	42,7%
Destí hospitalització domiciliària	10,5%
Planificació avançada	20,6%
Barthel basal	66,6%
Adequació de la medicació	100%

Taula 1. Resultats de la UGA 2016

Les estades generades per les persones de més de 85 anys pot ser un indicador de funcionament de la UGA, doncs la majoria de pacients d'aquesta edat, són atesos en aquest recurs. Les dades de comparació respecte les estades hospitalàries per persones ≥ 85 anys s'han obtingut de l'Ametrics (instrument utilitzat per IASIS per mesurar estades hospitalàries), que és un instrument de benchmarking de IASIS (Fundació de gestió sanitària) i fa una comparació de les estades segons, grups relacionats amb el diagnòstic (GRD) dels millors hospital d'Espanya. A l'any 2016 HUV la població més gran de 85 anys va estalviar 728 estades respecte la norma creada a partir dels millors hospitals.

La visió de futur es centrarà en augmentar la participació en l'àrea quirúrgica i estendre el model d'atenció a altres unitats.

L'increment de pacients oncogeriàtrics i la varietat de decisions terapèutiques disponibles en l'actualitat, obre també un altre àmbit d'actuació rellevant pel que fa a compartir l'atenció d'aquests pacients amb els serveis d'Oncologia i Cirurgia.

Model d'atenció a les residències

La revisió del model d'atenció a les residències es planteja en un moment que conflueixen diversos esdeveniments, per una part apareixen dos estudis epidemiològics realitzats en el nostre àmbit. En el primer estudi es va observar que en un 50% dels casos els pacients es morien fora de la residència. El segon estudi va objectivar que més del 75% de la població de la residència consultava a urgències al llarg d'un any de seguiment. Juntament amb aquest context també es va produir un fet local com l'obertura d'una nova residència de 144 llits, El Nadal. També ha estat segurament un altre factor afavoridor, la disminució dels llits de llarga estada en l'entorn de la comarca d'Osona, aquest fet predisposa a un increment de pacients amb més complexitat a les residències.

El model que es proposa és la d'un metge amb competències en geriatria i cures pal·liatives i vinculat a un servei de geriatria que actua a la residència com un membre més de l'equip interdisciplinari i no com a consultor.

Els principals canvis en la pràctica clínica, han estat la realització d'un pla terapèutic personalitzat compartit amb malalt i família en el que s'estableixen els objectius i les accions a realitzar pel manteniment de la salut i la situació funcional, l'establiment les mesures preventives necessàries i la discussió de les decisions a prendre en moments de crisi. Juntament amb això, s'incrementen les competències de les infermeres, amb vistes a la resolució de les incidències del dia a dia, s'estableix una comunicació amb el hospital d'atenció intermèdia que actua d'element de suport.

Aquest model s'ha implantat en dues residències d'Osona, la Residència Aura i la Residència El Nadal. En les altres, hi ha diferents models: des de residències en què és el metge de capçalera qui lidera les intervencions com a consultor mèdic, fins a altres que disposen d'un metge propi que forma també part de l'equip. Els models venen en part condicionats per les dimensions de les institucions. Així, en residències petites predomina el model basat en el metge de capçalera, en les grans, es combinen diferents models.

Probablement no hi hagi un model únic aplicable i de fet ara per ara no és possible saber quin es el millor per atendre les necessitats de salut de les persones de las residències per la seva complexitat. En qualsevol cas, hi ha una sèrie d'indicadors que cal que es compleixin.

Indicadors comuns a totes les residències .

- Disposar d'un pla d'intervenció amb planificació avançada, construït amb col·laboració de la persona i de la seva família, aquesta document és l'element clau que fan servir totes les persones que treballen a la residència per fer les seves activitats.
- Revisar com a mínim cada 6 mesos el pla d'intervenció, o més sovint si hi ha canvis en l'estat del resident.
- Confirmar que hi ha un programa de formació continuada a la residència.
- Disposar de resultats generals de la residència per poder fer comparacions amb altres centres.
- Evidenciar l'ús de pràctiques preventives, com ara la vacunació de la grip.
- Disposar d'indicadors de seguretat com la freqüència de caigudes i de les seves complicacions.
- Monitorar la freqüència de situacions no planificades, com els trasllats a urgències.
- Aconseguir el lloc de mort desitjat pel pacient.

Les residències de la comarca d'Osona que disposen d'un mateix model d'actuació han compartit una base de dades de resultats assistencial que ens

ha permès no tan sols analitzar sinó també unificar les seves pràctiques.

Dels resultats destaca que en l'actualitat un 96 % dels residents de morts ho són a la residència, una disminució important de la polifarmàcia i una disminució de la freqüentació d'urgències **Taula 2**.

Aquest model evoluciona generant moltes necessitats d'atenció mèdica, cosa que el farà difícil de sostenir, ja que implica molta més participació dels professionals d'infermeria i treball social en l'execució del pla terapèutic. Caldrà també analitzar en profunditat la qüestió de les actuacions en hores de no presència de l'equip habitual.

L'aplicació del model demostra que és possible canviar els resultats. S'haurà d'investigar noves formes de col·laboració amb l'atenció primària o bé establir models de més implicació de l'atenció intermèdia.

	Residència AURA	Residència Nadal
Persones ateses	170	190
PCC/MACA	90,0%	92,6%
MACA	40,5%	52,6%
Diagnòstic de demència	80,0%	81,5%
Polifarmàcia >9	56,4%	30,0%
Mortalitat	22,3%	24,1%
Mort a la residència	92,0%	91,0%
Derivacions a urgències	10,0%	25,2%

Taula 2. Resultats assistencials de les residències Aura i Nadal

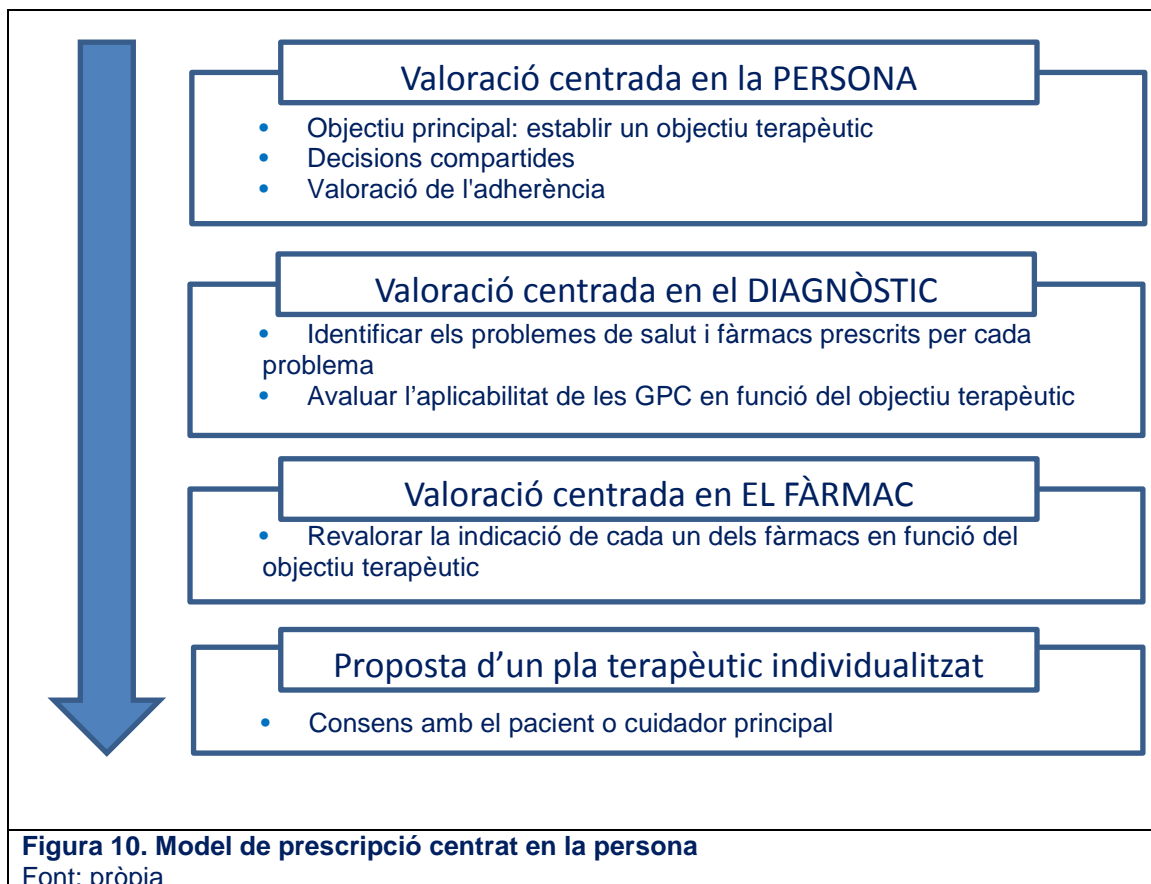
Model de prescripció centrada en la persona

Aquesta pràctica de valor neix de la dificultat de la prescripció en les poblacions complexes, no és excepcional que a mesura que incrementa la complexitat incrementen el nombre de fàrmacs, en l'àmbit de la geriatría la polifarmàcia ha estat un tema de anàlisi que s'ha afrontat fonamentalment des de el judici clínic. La presència de una sèrie de factors coincidents, va permetre

la creació d'aquest nou model. Aquests darrers anys ha estat necessari gestionar una quantitat molt important de coneixement al voltant de la prescripció. Els autors que més ens han influenciat són les publicacions de O'Mahony¹⁰⁰, el grup Italià dirigit per el Dr. Onder¹⁰¹ i la estratègia del govern Escocès de la polifarmàcia¹⁰⁰. També es van començar a publicar una sèrie d'instruments que estaven destinats a millorar la prescripció com per exemple (STTOP /START)¹⁰¹, els quals vàrem poder utilitzar com a servei de geriatría i vàrem veure que eren d'ajuda però que el problema anava mes enllà. Una altra fet molt important va ser el gran impacte de l'atenció centrada en la persona, els models d'atenció a la multimorbiditat i per últim i segurament el més important es va iniciar un procés de treball compartit entre farmacèutics i geriatres per afrontar aquest tema. La necessitat de personalitzar la prescripció en funció de les característiques del malalt ens va fer decidir a utilitzar aquest nom de prescripció centrada en la persona. El model es basa en quatre passos

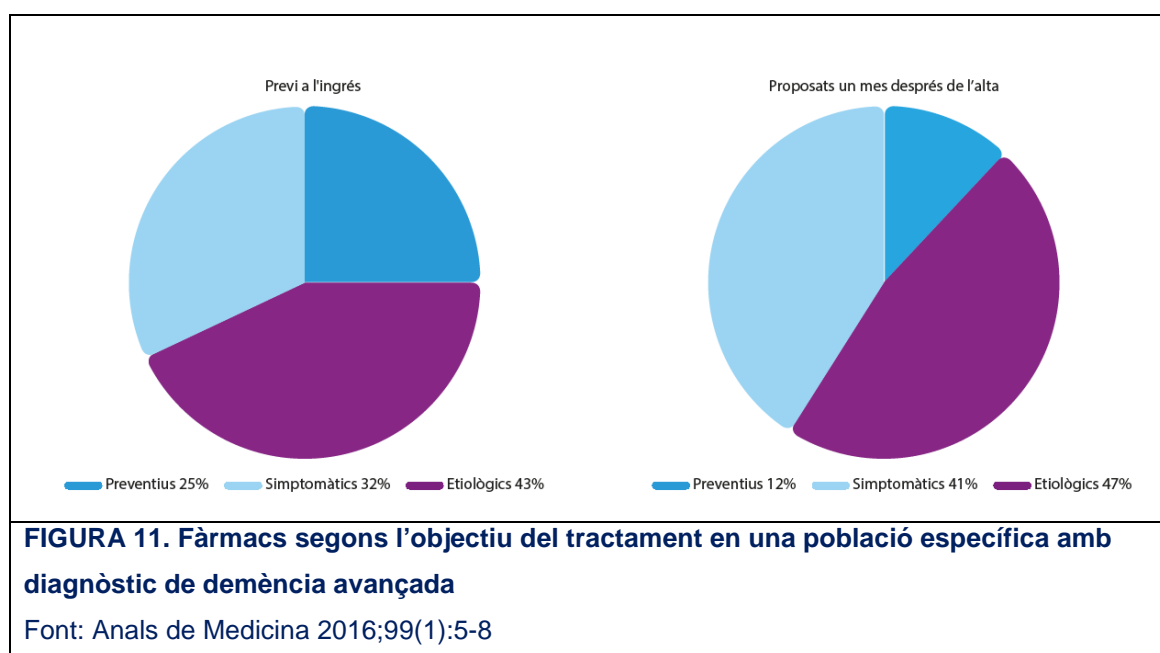
en els que cal conservar un ordre jeràrquic com es pot observar en la

Figura 10.



El procés d'atenció compartida entra farmacèutics i geriatres, el vàrem considerar com un model d'excel·lència d'aquest tema, aquest model el proposem com a model d'exemple, és van complir tots els components de l'atenció compartida, un clima d'igualtat entre els professionals del diferents serveis, un compromís en els resultats i un procés d'ajust mutu entre els professionals, també es defineix aquest procés com d'integració entre serveis. Des de la perspectiva funcional, el model es va iniciar a la unitat geriàtrica d'aguts amb la creació d'una reunió diària de metges i farmacèutics, amb treball previ, per discutir la prescripció dels pacients ingressats a la unitat utilitzant de marc conceptual el model descrit. Aquesta metodologia de treball va canviar un paradigma clàssic de la prescripció, com una activitat pròpia del metge a una activitat compartida. Aquest model ha estat avaluat en l'entorn d'aguts, l'entorn residència, atenció intermèdia i en l'actualitat s'està avaluant en l'entorn comunitari en persones amb complexitat.

Com exemple dels resultats, presentem l'experiència del aquest model en una població de persones en situació de demència avançada que ingressen en la unitat geriàtrica d'aguts, es demostra que disminueix la polifarmàcia i que a més a més canviava la prescripció de forma qualitativa.



El model permet incorporar de forma progressiva les noves evidències que es van produint a la literatura i assegurar si són aplicables en aquella persona concreta, és un model que facilita la docència al fer la revisió de la medicació.

L'experiència del model va creant un nou cos de coneixement entre els geriatres i els farmacèutic "geri-farma", que cal assegurar quan es realitzi o es faci escalable el model en altres entorns, doncs va més enllà que la incorporació de un farmacèutic , cal fer l'aportació de tot el coneixement del model. Un altre aspecte pràctic del model és cada quan cal fer la revisió de la medicació, segurament aquest fet esta vinculat amb la freqüència dels canvis de medicació, en l'entorn d'aguts es diari i en la comunitat segons el grau d'estabilitat dels pacients.

Un cop analitzat el model, ens dona molts elements per afrontar el tema de la adherència. Creiem que ja és un model consolidat, que es pot utilitzar com de referència per altres equips, en la darrera publicació del model el presentem com una alternativa a la revisió de la medicació per els pacients amb complexitat. Així mateix molts elements del model son útils per abordar el tema de la adherència.

Integració social i sanitària

La conferència de cas (CDC), és una reunió formal, estructurada i planificada a on tots els proveïdors dels serveis implicats en l'atenció d'un cas, treballen conjuntament per definir un únic pla d'atenció compartit. La CDC permet formar un equip ad-hoc interdisciplinari, interserveis i transversal per posar en comú el seu coneixement i esforç en l'elaboració del pla compartit. Idealment en la CDC tindria de participar-hi el pacient o la seva família, però en qualsevol cas cal garantir la validació del pla terapèutic per la persona implicada.

Aquesta practica s'introdueix en el nostra territori com una eina de

integració social i sanitària, va ser una iniciativa del Consell Comarcal d'Osona i de la HUSC.

Des de l'any 2014 s'havien anat fent experiències en aquesta metodologia de treball, que han generat un document de consens de com realitzar la CDC. (Annex 2). El procés d'implementació ha seguit diferents camins, en primer lloc com una experiència local amb dues àrees bàsiques, posteriorment va ser objectiu del pacte territorial i després forma part del projecte de recerca Sustain, amb una avaluació externa de la CDC com a metodologia per millorar l'atenció integrada. Els professionals van considerar que es una metodologia interessant, tan per la elaboració de plans terapèutics com a instrument de formació i de creació de cultura compartida entre els equips. Els punts dèbils van venir, per les dificultats en sistematitzar la informació, aportar avaluacions de profunditat i la disponibilitat de temps per fer les CDC de forma presencial. També es varen detectar mancances en els equip per decidir la capacitat d'alguns pacients en la presa de decisions i en la falta d'hàbits en els temes de planificació avançada. Els equips no varen tenir dificultats en incorporar la valoració geriàtrica com a instrument del diagnòstic situacional. Els professionals d'atenció primària que varen participar en la CDC varen valorar com a important la participació de l'atenció especialitzada, es varen detectar situacions de sobrevaloració i de infravaloració.

Descrivim les característiques de 40 casos consecutius de CDC que han servit per millorar els aspectes metodològics i presentem els aspectes més rellevants de resultats.

La mostra està formada per 40 persones amb edat mitjana de 78,7 anys i dones al 67%. Totes les persones presentaven multimorbiditat (≥ 3 malalties cròniques) i alteracions funcionals per les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària. Es varen establir objectius terapèutics en el 95% dels casos. Aquests objectius varen ser de manteniment de la funció en el 65% dels casos, de qualitat de vida en 26% i de supervivència en el 7%. En tots els casos es va consensuar propostes de com actuar en el moment de crisi i de limitació terapèutica. En la totalitat dels casos es realitzà intervencions socials i en el

57% es varen proposar canvis o nous serveis en la cartera de serveis socials. La durada mitja de la reunió va ser de 50 minuts. Durant el procés d'implementació es varen anar modificant els registres de la CDC especialment per el que fa referència al pla d'intervenció. Les intervencions s'agrupen en 3 blocs: a) modificacions en el tractament farmacològic, b) canvis en la provisió de serveis i c) intervencions basades en el procés de comunicació en el pacient.

La visió de futur és com fer escalable la CDC, tan per entrenament dels professionals que introdueixin aquest a pràctica i la seva metodologia a la rutina habitual per un grup de pacients seleccionats que es poden beneficiar de la mateixa i com poder fer servir la tecnologia per convertir la CDC en una pràctica virtual.

La conferència de cas és un instrument que facilita la integració, requereix de preparació i entrenament previ, és un bon instrument docent i està limitat pel factor temps.

Implementació de la ruta de complexitat

Els resultats de la implementació de complexitat es descriuen en l'apartat 2-2

2. Situació de l'atenció de Salut a Osona de l'any 2004 al 2016

Per tenir una idea de com ha evolucionat el sistema de salut a la Comarca d'Osona els darrers anys, fem una descripció bàsica de com estàvem l'any 2004. Aquesta data s'ha triat com a punt de partida abans de començar algunes de les intervencions motiu de l'estudi. Previ a aquesta data ja existien iniciatives col·laboratives entre el CHV i la FHSC.

La població d'Osona era de 138.630 habitants i la població de > de 85, era de 2.734 habitants, en aquell moment encara no s'utilitzava el concepte de

complexitat.

La disponibilitat de llits hospitalaris era de 208 llits en funcionament a l'hospital d'aguts i 203 en els centres sociosanitaris, amb un percentatge molt elevat de llits de llarga estada. L'activitat d'altres de l'Hospital general va ser de 9.870 altres de les quals 725 corresponien a persones de >85anys. L'activitat dels centres sociosanitaris va ser de 1.367 altres. Aquestes altres són generalment de pacients vulnerables (demència avançada, final de vida i pacients geriàtrics post un ingrés d'aguts, el 85 % dels pacients eren procedents dels hospitals d'aguts.

Per comprendre la situació evolutiva de la d'Osona en aquests darreres anys presentem dades comparatives de la població i l'ús de recursos hospitalaris entre l'any 2004 i 2016.

	2004	2016
Població d'Osona	138.630	155.641
Persones de \geq 85 anys	2.734	4.900
Llits en funcionament *	2,9‰	2.06‰
Taxa d'ingrés hospitalari >85 anys **	283‰	187‰
Taxa de mortalitat per 1000 habitants	9‰	8.31‰
Altes sociosanitàries	1.367	2.098
Altes d'aguts	9.870	9.996

Taula 2. Dades comparatives de la població i ús de l recurs llit a Osona 2004-2016
*Suma de llits del hospital d'aguts i centres sociosanitaris
** Ingrés a planta d'hospitalització

La comparació d'aquets dos anys ens va evidenciar el canvi poblacional, amb creixement global de la població i de forma especial de les persones de mes de 85 anys (increment del 80%). Destaca la disminució dels llits i també es

va observar una diferent utilització dels mateixos, amb un davallada de la taxa d'hospitalització per persones de mes de 85 anys i el increment de la utilització del recursos socio-sanitaris (increment 53%).

3. Atenció a la complexitat a Osona: resultats implementació ruta de complexitat 2015-2016

Descripció de la població:

En primer lloc descriurem la població d'Osona i posteriorment les poblacions objecte de l'estudi PCC/MACA/Geriàtrics i el seu percentatge respecte de la població general. També es important descriure el percentatge de pacients etiquetats de complexitat que tenen un PIIC en la història clínica compartida de Catalunya com es mostra a la **Taula 3**.

	2015		2016		Esperats*
Població Osona	156.741		157.879		
Població marcada					
	PIIC		PIIC		
PCC	3158(2,01%)	70,7%	3.077(1,94%)	71,27%	3,5%
MACA	1.091(0,69%)	83,5%	1.004(0,63%)	0,67%	1,5%
TOTAL	4.249(2,71%)	73,52%	.081(2,58%)	3,58%	5%
Població ≥ 85a.	4.739		4.900		

Taula 3. Dades poblacionals i freqüències de PIICs a desembre 2015-2016.

Font: quadern de comandament PCC-MACA SISO.

*** Esperats: percentatge de població que segons el PPAC pot arribar a complir criteris de PCC-MACA**

La població PCC/MACA i la població ≥ 85 anys presenten interseccions doncs no tots els pacients ≥85 han estat marcats com a pacients de complexitat. El percentatge de marcatge PCC/MACA era del 2,77 de forma global , amb un esperat del 5%.

Disposem del marcatge de PCC/MACA per cada àrea bàsica, demostrant-se diferències significatives entre les diferències àrees bàsiques, Taula 4.

	RCA 2016 Població assignada	Nombre absolut de PCC	Percentatge Població PCC	Nombre absolut de MACA	Percentatge Població MACA
EBA Vic Sud	23.859	657	2,65%	213	0,86%
Eva Osona Sud - Alt congost	12.680	364	2,65%	145	1,05%
EAP Manlleu	20.383	344	1,69%	40	0,20%
EAP Lluçanès	5.855	115	1,94%	8	0,14%
EAP St. Hipòli de Voltregà	6.475	148	2,28%	52	0,80%
EAP St. Quirze de Besora	4.458	106	2,39%	38	0,86%
EAP Sta. Eugènia de Berga	16.215	308	1,89%	134	0,82%
EAP Tona	11.419	272	2,35%	162	1,40%
EAP La Vall del Ges	18.223	342	1,86%	93	0,51%
EAP Vic Nord	25.850	299	1,12%	73	0,27%
EAP Roda de Ter	8.950	122	1,35%	46	1,35%
TOTAL	154.367	3.077	2,02%	1.004	0,75%

Taula 4. Població assignada per ABS i distribució de marcatges de complexitat.
Font: quadern de comandament PCC-MACA SISO

Utilització del servei d'urgències

La freqüència d'utilització del servei d'urgències per les poblacions objectes de l'estudi i en referència a la població total d'Osona com es mostra a la **Taula 5**, Els resultats dels serveis d'urgències té la particularitat que està integrat per atenció continuada i urgències de base territorial (ACUT) i la urgència hospitalària. Es presenten les dades per separat dels dos nivells d'intervenció.

Població	2015		2016	
	UCIES HUV	UCIES totals	UCIES HUV	UCIES totals
Població Osona				
2015: 154.174	23.348(15,1%)	51.448(33,4%)	24.990(16,2%)	54.123(35,1%)
2016: 154.367				
PCC				
2015: 3.158	2.556 (80,9%)	3.133 (99,2%)	2.450 (83,1%)	2.876 (93,5%)
2016: 3.077				
MACA				
2015: 1.091	685 (62,8%)	775 (71,0%)	568 (56,6%)	628 (62,6%)
2016: 1.004				
PCC-MACA				
2015: 4.249	3.241(76,3%)	3.904 (92%)	3.018 (73,2%)	3.504 (85%)
2016: 4.121				
≥ 85 anys				
2015: 4.739	3.025 (63,8%)	3.760 (79,3%)	2.747 (56,1%)	3.381 (69%)
2016: 4.900				

**Taula 5. Dades sobre població marcada (PCC-MACA i Població de ≥ 85 anys).
Freqüentacions urgències**
Font: *quadern de comandament PCC-MACA SISO.*

Es confirma que les poblacions objectes de l'estudi són grans utilitzadors del servei d'urgències. S'observa que en la població PCC el 2015 el 83,93% de pacients i el 80,9% el 2016 varen ser usuaris del servei d'urgències hospitalari. Respecte a la població general suposa un increment 5 vegades superior.

Els pacients MACA varen utilitzar el servei d'urgències el 62,78% el 2015 i el 56,5% el 2016. Respecte a la població general suposa un increment 4 vegades superior.

Les persones ≥ 85 anys varen utilitzar el servei d'urgències el 63,8% el 2015 i el 56,06 el 2016. Respecte a la població general suposa un increment 4,5 vegades superior.

Les visites a urgències es compten a partir d'episodis d'urgències i per tant no hi ha una correspondència exacte amb el nombre de pacients doncs hi ha algun malalt que pot haver fet més d'una consulta.

Anàlisi dels ingressos hospitalaris per les poblacions objecte d'estudi:

Les poblacions PCC/MACA ≥ 85 anys, com era esperable, presenten una major taxa d'hospitalització que la població general. Els ingressos mèdics en aquests grups poblacionals la majoria són no planificats, per aquest motiu presentem els ingressos hospitalaris segons siguin mèdics o quirúrgics. Veure

Taula 6.

Població	2015		2016	
	UCIES HUV	UCIES mèdiques	UCIES HUV	UCIES mèdiques
Població Osona 2015: 154.174 2016: 154.367	10.528(6,82%)	6729 (4,36%)	10744 (6,96%)	7000 (4,53%)
PCC 2015: 3.158 2016: 3.077	1590 (50,34%)	1304 (41,29%)	1511 (49,10%)	1266 (41,14%)
MACA 2015: 1.091 2016: 1.004	419 (38,40%)	359 (32,90%)	350(34,86%)	306 (30,47%)
PCC-MACA 2015: 4.249 2016: 4.121	2009(47,28)	1663 (39,13%)	1861(45,15%)	1572 (38,14%)
≥ 85 anys 2015: 4.739 2016: 4.900	1819 (38,38%)	1464 (30,89)	1658 (33,83%)	1340 (27,34%)

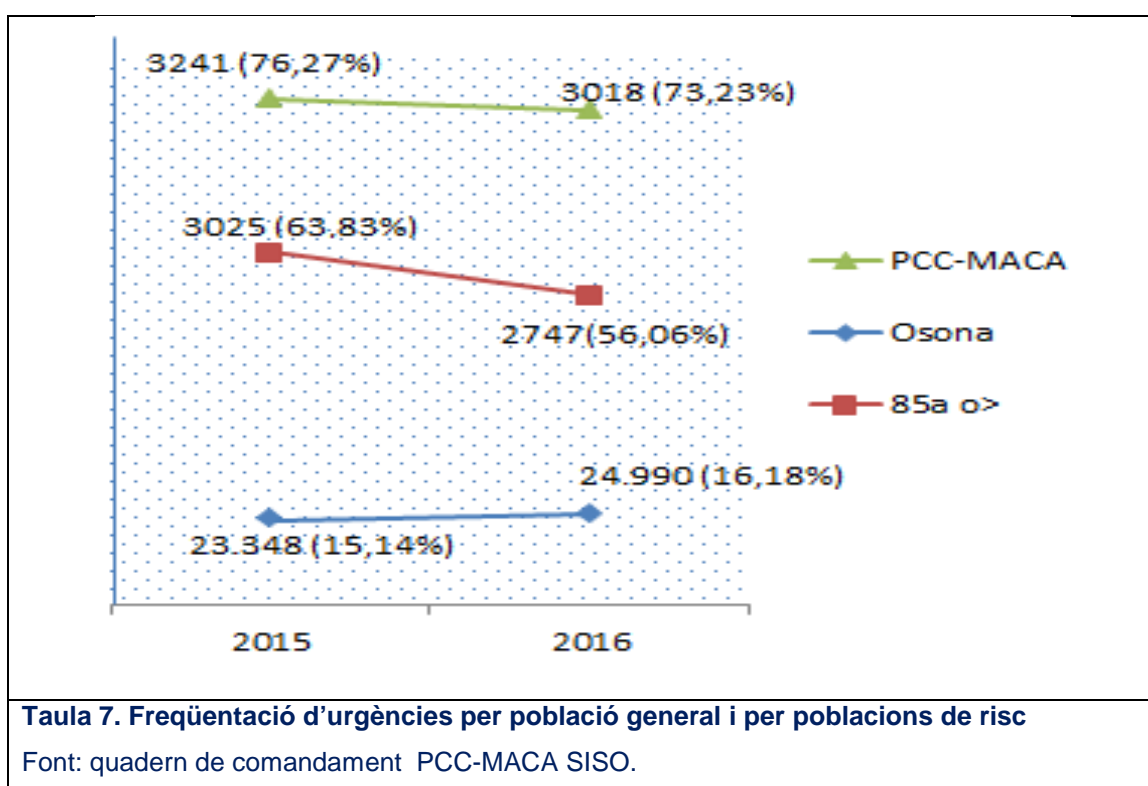
**Taula 6. Dades sobre població marcada (PCC-MACA i Població de ≥ 85 anys).
Freqüentacions hospital d'aguts
Font: quadern de comandament PCC-MACA SISO.**

La població PCC presenta una alta hospitalària 7 vegades superior a la població general. El grup MACA s'observa una alta hospitalària 5,5 vegades superior a la població general. La població ≥ 85 anys presenta una freqüència

d'alta hospitalària 6 vegades superior a la població general.

Com ja era d'esperar la identificació de poblacions de risc es correlaciona amb un important major utilització dels serveis d'urgències i de l'alta hospitalària.

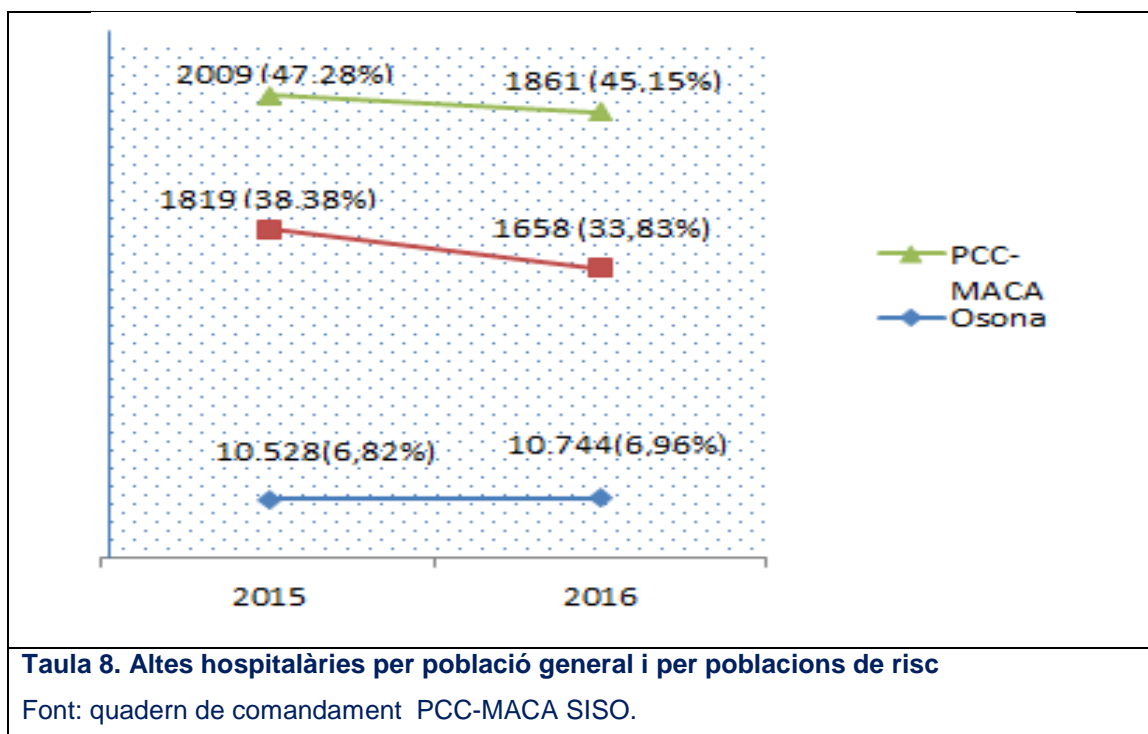
Per estudiar els canvis en la freqüentació d'urgències analitzarem les freqüències per poblacions de risc i la població general comparant les proporcions entre els anys 2015 -2016, com es mostra a la **Taula 7**.



Mentre que s'observa un discret augment de la freqüentació d'urgències per la població global, s'observa una disminució de la freqüentació per les poblacions de risc sent més evident per la població de >de 85 anys. Les 3 comparacions fetes demostren diferències estadísticament significatives ($p=0,001$).

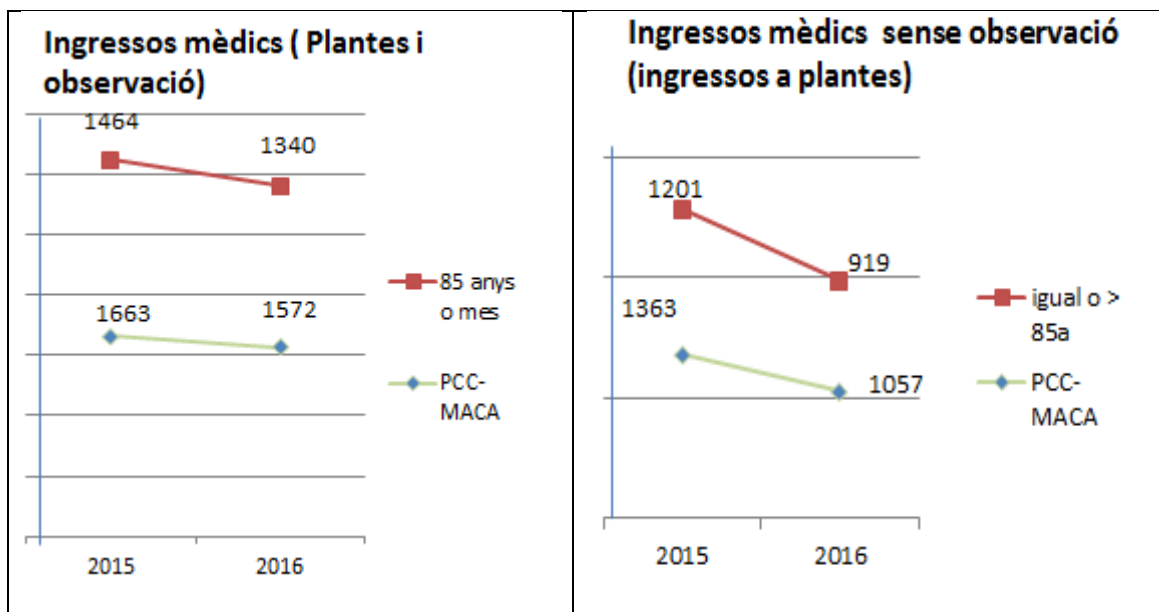
L'anàlisi comparativa de les altes hospitalàries de la població general i la

població de risc, es pot veure en la **Taula 8**.



Les altes globals es mantenen estables, s'observa una disminució de l'alta hospitalària per les poblacions de risc, i és estadísticament significativa per la població de > de 85 anys.

Les poblacions de risc que estem estudiant en general fan més ingressos mèdics que quirúrgics. Aquest darrers anys també ha tingut un paper molt important la unitat d'observació que ha efectes pràctics la podríem considerar una unitat de suport al servei d'urgències per disposar de temps per plantejar alternatives a l'hospitalització des de urgències. Per tant l'estudi de les altes mèdiques sense les altes de la unitat d'observació ens dona una idea molt més clara de les persones de les poblacions de risc que fan un ingrés convencional a una planta d'hospitalització com mostra la **Taula 9**.

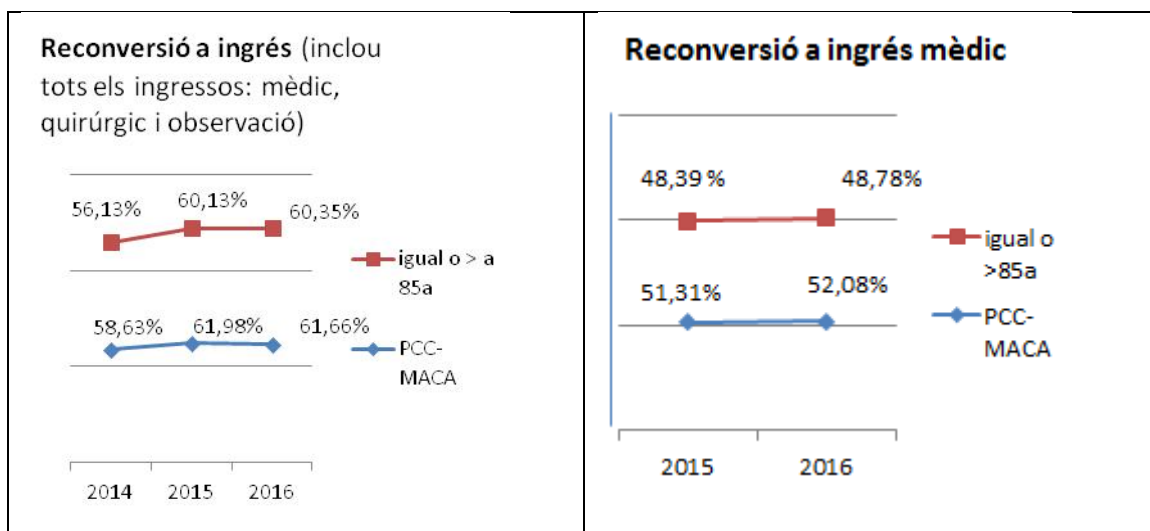


Taula 9. Altes mèdiques per poblacions de risc i l'impacte de les altes d'observació

Font: quadern de comandament PCC-MACA SISO.

En general els ingressos mèdics han disminuït aquests dos darrers anys, però aquest descens es fa molt més evident quan analitzem les dades sense la unitat d'observació, amb diferències estadísticament significatives ($p < 0,001$).

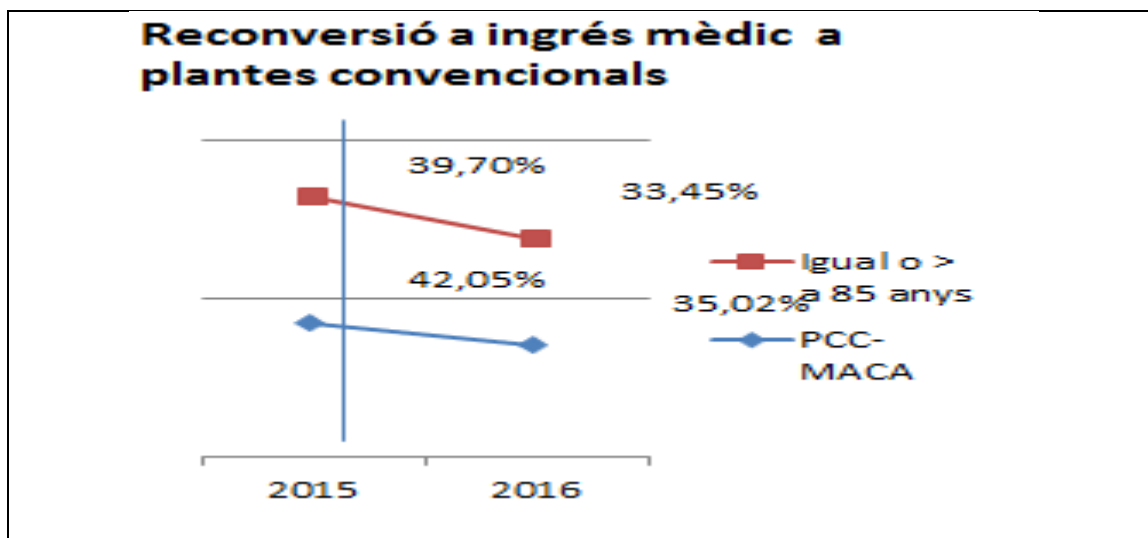
Un dels indicadors de funcionament del servei d'urgències són els índex de reconversió en ingrés, com es pot observar a la **Taula 10**. No detectem diferències entre els percentatges estudiats.



Taula 10. Resultats de taxes de reconversió d'ingrés per les poblacions amb complexitat

Font: quadern de comandament PCC-MACA SISO.

A la **taula 11** s'observen molt poques variacions de com ha evolucionat els índexs de reconversió d'ingrés, per altre banda quan analitzem aquests índex suprimint els efectes de la unitat d' observació s'observa una disminució important i les diferències son estadísticament significatives ($p < 0,001$).



Taula 11. Reconversió a ingrés mèdic per poblacions amb complexitat a plantes d'hospitalització convencional

Font: quadern de comandament PCC-MACA SISO.

El funcionament de l'hospitalització s'ha realitzat per la mesura del flux de pacients i per la utilització de llits per les poblacions seleccionades. En la mateixa **Taula 12** fem un anàlisi de la comparativa de la utilització de llits dels dos anys d'estudi.

	PCC - MACA			≥ 85		
	Estades	EM	Llits	Estades	EM	Llits
2015	12.432	7,28	33,97	10.105	6,51	27,61
2016	10.067	7,48	27,51	7.843	6,34	21,43
Diferència	-2.365	0,20	-6,46%	-2.262	-0,17	-6,18

Taula 12. Activitat d'internament a hospitalització, flux de pacients i llits utilitzats per les poblacions amb complexitat. Estades hospitalàries excloent observació

Font: quadern de comandament PCC-MACA SISO.

Detectem un bon flux amb estades mitjanes bones en especial per persones de més de 85 anys, es confirma una utilització de llits que ha disminuït en més de 6 llits respecta a l'any anterior. Les diferències son estadísticament significatives ($p < 0,001$)

L'últim paràmetre estudiat respecta de l'hospitalització és les readmissions a 30 dies per les poblacions de risc, com es mostra a la **Taula 13**.

	2015	2016
Readmissions globals	7,5%	8,25%
PCC	12,9%	14,1%
MACA	12,4%	10,26%
Pacients de ≥ 85 anys	8,3%	8,25%

Taula 13. Pacients readmesos als 30 dies segons característiques PCC, MACA o ≥ 85 anys
 Font: quadern de comandament PCC-MACA SISO.

Les xifres de readmissions comparades no demostren diferències estadísticament significatives ($p=0,150$).

Indicadors d'atenció intermèdia

El primer indicador fa referència a la utilització que fan les poblacions de risc de l'atenció intermèdia. **Taula 14**. Aquesta mateixa taula destaca la alta freqüència de la utilització de l'atenció intermèdia respecta de la població general. Respecta del total de persones atesa a l'atenció intermèdia al voltant del 50% pertanyen el grup de complexitat.

Població	Utilització d'atenció intermèdia	
	2015	2016
Població Osona		
2015: 154.174	2.110 (1%)	2.098 (1%)
2016: 154.367		
PCC		
2015: 3.158	738 (32%)	716 (23%)
2016: 3.077		
MACA		
2015: 1.091	339 (31%)	300 (29%)
2016: 1.004		
PCC-MACA		
2015: 4.249	1.077 (25%)	1.016 (24%)
2016: 4.121		
≥ 85 anys		
2015: 4.739	898 (18,9%)	899 (18,3%)
2016: 4.900		

Taula 14. Utilització de recursos intermedis en funció de les poblacions amb complexitat
Font: quadern de comandament PCC-MACA SISO.

El segon indicador és la procedència dels malats, la procedència es classifica en pacients que han fet un ingrés hospitalari convencional o ingressant a l'atenció intermèdia procedents de la comunitat o d'urgències/observació. **Taula 15.**

Destaca l'increment progressiu de la proporció de pacients procedents de la comunitat i urgències/observació. Hi ha diferències estadísticament significatives entre els dos anys de comparació ($p < 0,001$). Les persones derivades des de urgències a intermèdia llit formen part de les alternatives a l'hospitalització generades des de urgències.

	2015	2016
Ingressos de la comunitat	360 (17,1%)	388 (18,4%)
Ingressos d'urgències/observació	334 (15,8%)	433 (20,6%)
Total ingressos no hospitalització	694 (32,9%)	821 (39,0%)

Taula 15. Procedència dels ingressos de un recurs de no d' hospitalització
Font: pròpia

Els llits utilitzats per l'atenció intermèdia respecta a l'atenció a les poblacions amb complexitat presenta una certa tendència a la disminució, sense significació estadística, aquest fet es pot observar a la **Taula 16**.

	2015	2016
Total de llits	158	156
PCC - MACA	78	74
Pacients de ≥ 85 anys	69	67

Taula 16. Llits utilitzats a l'atenció intermèdia
Font: pròpia

La hospitalització domiciliaria per pacients amb complexitat es considera un recurs d'atenció intermèdia, com s'observa a la **Taula 17**.

	2015	2016
Altes	533	535
Estada mitja	7,5 dies	8,5 dies
Edat	81 anys	81 anys
PCC	206 (37%)	204 (38%)
MACA	98 (17%)	61 (11%)
≥ 85 anys	270 (48%)	241 (45%)
Destí al alta		
• Domicili	485 (87%)	535 (82%)
• Èxitus	16 (2%)	17 (3%)
• Traslats HUV	28 (5%)	43 (8%)
• Traslats intermèdia	13 (2%)	22 (4%)
Procedència planta H. aguts	50%	37%

Taula 17. Activitat hospitalització domiciliària
Font: quadern de comandament PCC-MACA SISO.

Descrivim els pacient derivats a alternatives a l'hospitalització des de urgències, com es reflexa e la **Taula 18**.

	2015	2016
Atenció intermèdia	334	388
Hospitalització domiciliària	110	283
Total Alternatives a l'hospitalització	444	671

Taula 18. Alternatives a l'hospitalització: pacients derivats des de urgències i observació

Hi ha una tendència creixent de la utilització d'alternatives a l'hospitalització des de urgències. L'any 2016, es traslladen a alternatives a l'hospitalització prop de 2 pacients cada dia. La comparativa demostra que les diferències son estadísticament significatives ($p > 0,001$).

Un altre resultat global del territori es el lloc de mort de la població. Com es mostra a la **Taula 19**.

	2014	2015	2016
Mortalitat global	1.266	1.432	1.293
Mortalitat hosp. aguts	248	275	264
Mortalitat at. Intermèdia	531	507	509
Mortalitat hospitalització (aguts + intermèdia)	61,5%	54,6%	60,6%
Mortalitat a residència i domicili	38,5%	45,4%	39,4%

Taula 19. Mortalitat i lloc de mort a Osona

En el nostra territori es constata que la mortalitat es concentra en l'atenció intermèdia, globalment la mortalitat hospitalària es situa al voltant del 60%. Aquestes dades signifiquen que Osona el 40% de la població mor a la seva residència habitual. En les residències que fem atenció des de el servei de geriatria com ja hem comentat hi ha mortalitat a la residències superiors al 90%. Quan analitzem la mortalitat els hospitals d'aguts encara en nombres absoluts hi ha un volum considerable de persones de \geq de 85 anys que moren a l'hospital d'aguts. L'any 2015 varen morir 143 persones i el 2016 en varen morir 127, que representen el 50% del total de defuncions del hospital d'aguts.

Per acabar varem disposar de dades de consum de fàrmacs, de una cohort de pacients donats d'alta de la UGA, que acumula alta freqüència de persones amb complexitat, per marcatge i per edat $>$ de 85 anys. La mostra esta formada per 309 pacients de 86,7 anys de mitjana i en la **Taula 20** es descriu el consum de fàrmacs i es compara amb una mostra de Catalunya, observant-se diferències estadísticament significatives $p < 0.01$.

	Osona	Catalunya
PCC	8,4	12,6
MACA	7,49	11,2

Taula 20. Consum de fàrmacs en poblacions amb complexitat
Font: pròpia

4. Perspectiva de les persones

En la metodologia es va fer un apartat que fa referència a la perspectiva del pacient, d'aquest objectiu no disposem de resultats poblacionals, per aquest motiu es va endegar un estudi (annex 1), que fa una proposta d'avaluació de resultats segons el model de Porter, i que vol donar resposta dels resultats que importen al pacient, que formen part del numerador de la fracció del concepte de valor.

5. Model d'atenció

El model d'atenció es va construir durant tot el procés d'implementació de les diferents intervencions, però vàrem constatat que durant tot aquest procés hi ha hagut uns principis bàsics que han estat presents durant tots aquests anys. Aquests principis es podem resumir en la taula 21:

Model Tradicional	Model Complexitat
Actitud reactiva	Actitud proactiva
Atenció a la malaltia	Atenció a les necessitats
Nivells assistencials	Adaptació de l'oferta a les necessitats
Pacient passiu	Implicació del pacient en les decisions
Fragmentació	Coordinació i integració
Treball individual	Treball en equip
Visio de servei	Visio de territori

Taula 21. Principis d'actuació en el model de complexitat¹⁰²

La justificació que disposem d'un model d'atenció, es va basar en tres fets, el primer és que durant aquests anys es va conceptualitzar un model teòric de com afrontar la complexitat que en aquest projecte es va ampliar, es presenta com a model conceptual d'atenció a la complexitat. En segon lloc la comparació del model d'Osona amb un model d'excel·lència, veient que conté pràcticament els mateixos components, ens dóna garanties de que disposem d'un model. Per últim, els resultats poblacionals en l'ús de recursos per persones complexes és igual o millor que els territoris que tenen un model integrat avançat.

Una aportació rellevant del nostre grup, ha estat de fer una proposta de com abordar la complexitat en la vida diària, aquest model es basa en generar un diagnòstic situacional, en un model de presa de decisions compartides i un pla de serveis. També hem incorporat un model docent per facilitar la seva difusió.

Model d'atenció a la complexitat

Diagnòstic situacional, presa de decisions compartides: pla d'intervenció i cartera de serveis.

En aquest treball es fa una proposta d'ampliació del model d'atenció a la complexitat, ja publicat per Amblas²³ que es mostra en la **Figura 12, 13 i 14**.

ETAPA	BASAT EN	COM FER-HO
ETAPA 1	<p>DIAGNÒSTIC SITUACIONAL <i>(Què li passa al pacient? en quin punt de la seva trajectòria vital està? quines necessitats presenta?)</i></p>	<p>L'aproximació als pacients PCC MACA requereix ineludiblement d'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 Geriàtrica Integral) o més "quantitativa" (per exemple utilitzant un índex de fragilitat). 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>

Figura 12. Model d'Atenció a la Complexitat Etapa 1

ETAPA	BASAT EN	CON FER-HO
ETAPA 2	PRESA DE DECISIONS COMPARTIDA (quins valors i preferències té? quin abordatge cal plantejar?)	Expertesa combinada de pacients i professionals
		Els pacients i els professionals realitzen un procés cooperatiu per consensuar objectius i desenvolupar i implementar un pla d'atenció i seguiment, que es registrarà en el PIIC

Figura 13. Model d'Atenció a la Complexitat. Etapa 2

ETAPA	BASAT EN	CON FER-HO
	PROVISIÓ DE SERVEIS: Com el territori donarà resposta a les seves necessitats?	Els equips garanteixen practiques de valor i el territori disposa de tots els components necessaris per d'atenció, de forma integrada
		Els equips fan una millora continua per realitzar practiques de valor i el territori disposa de serveis de qualitat i integrats per les diferents fases de la seva historia evolutiva.(estabilitat, crisis, rehabilitació, llarga durada, final de vida), amb transicions d'excel·lència entra els diferents serveis.

Figura 14. Model d'Atenció a la Complexitat. Etapa 3

Etapa 1: Diagnòstic situacional

Tot i que la identificació dels pacients com a PCC o MACA ja implica una certa aproximació multidimensional prèvia, el diagnòstic situacional requereix d'una avaluació multidimensional i de necessitats en més profunditat. Això ha de permetre afrontar millor les situacions de complexitat i incertesa, ja que proporciona una millor comprensió sobre la realitat global del pacient, donat que:

Des d'una visió estàtica (severitat de situació), permet acotar millor els objectius assistencials i l'adequació de la intensitat terapèutica; així es facilita la proporcionalitat de les actuacions i el procés d'harmonització terapèutica, d'acord amb la situació clínica i les voluntats dels pacients.

Des d'una visió dinàmica, permet valorar l'evolució (progressió) del pacient, facilitant també la monitorització de l'efectivitat del pla d'intervenció proposat³⁰.

Etapa 2: Presa de decisions compartida

Una vegada realitzat el diagnòstic situacional, es proposa iniciar un procés de **presa de decisions compartida**, com a element clau de l'atenció centrada en la persona. Aquest procés requereix de dues àrees de competència o expertesa^{51,103}: en primer lloc, la dels professionals respecte el diagnòstic situacional, les opcions de tractament i la probabilitat de resultats. En segon lloc també cal la pròpia expertesa de la persona la seva experiència de la malaltia, els seus valors i preferències, la seva actitud davant del risc i les seves circumstàncies socials. En aquest model de presa de decisions compartida, els professionals de la salut i les persones estableixen un procés col·laboratiu per identificar necessitats, acordar objectius, desenvolupar i implementar el pla de cures i monitoritzar l'evolució. De la mateixa manera que per garantir aquesta atenció centrada en la persona cal vetllar per una adequada coherència entre els objectius assistencials i el pla de cures, també esdevenen necessàries eines que ajudin a incentivar l'harmonització entre la intensitat de les intervencions i les preferències i valors de les persones. Amb

aquest objectiu es va dissenyar i implementar el **Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC)**, el qual és elaborat i generat pel professional clínic en l'àmbit local, essent posteriorment transferit a la HC3 amb l'objectiu de compartir informació rellevant i crítica amb qualsevol professional de la salut que hagi d'intervenir en la presa de decisions, amb una visió d'accés 7 dies per 24 hores (7x24) i amb activació i avís proactiu sobre els sistemes d'informació locals de 061-CatSalut Respon.

Etapa 3: Provisió de serveis

Una vegada construït el pla terapèutic, cal generar les intervencions necessàries per aconseguir els objectius pactats amb els pacients. En general les accions que es realitzen en el pacients amb complexitat es poden ordenar en tres grans paquets. El primer fa referència a totes les intervencions per assegurar una bona prescripció, adherència i el control de tots els problemes relacionats amb els medicaments. Aquest apartat es garanteix amb models de bona practica i d'atenció compartida amb els farmacèutics. El segon paquet fa referència a la **provisió de serveis**, alguns serveis els proporciona el mateix equip de base però moltes vegades els pacients en situació de complexitat els cal diferents serveis, és imprescindible que cada territori disposi d'una cartera de serveis el més integrada possible per donar resposta a tots els components de la provisió de serveis que pot precisar una persona amb complexitat: atenció en fase estable, en fase de crisi, durant els procés de rehabilitació, en atenció de llarga durada o en fase de final de vida. També cal garantir unes transicions excel·lents entre els diferents serveis. El darrer paquet fa referència a totes les accions destinades a incrementar la milloria de l'experiència del pacient (comunicació, relació, autocora..).

Aquest model ampliat de com abordar la complexitat, estableix una relació harmònica entre la persona i la seva família, l'equip terapèutic habitual o virtual creat per fer el pla terapèutic i el sistema de salut que disposa en el seu territori. L'ordre en que esta plantejat el model es estrictament rigorós. Aquesta visió amplia del model permet crear indicadors de cada etapa per facilitar la

seva avaluació.

Una fortalesa d'aquest model, es que és aplicable en la majoria de territoris i es poden establir accions progressives i predeterminades per anar avançant de forma progressiva i com monitoritzar els resultats. Un altre aspecte a comentar del model és que comença per les necessitats dels pacients, precisa de bones practiques en els equips, es basa en una provisió de serveis en el territori i pot ser escalable a altres zones geogràfiques semblants, generant canvis en els models de compra i de finançament. Les experiències d'altres entorns, aquests models comporten compres agregades de serveis i models de pagament basats en valor¹⁰⁴.

Model docent

Hem creat un model docent per transmetre aquesta manera de treballar als professional i als estudiants de medicina com es mostra a la **Figura 15**.

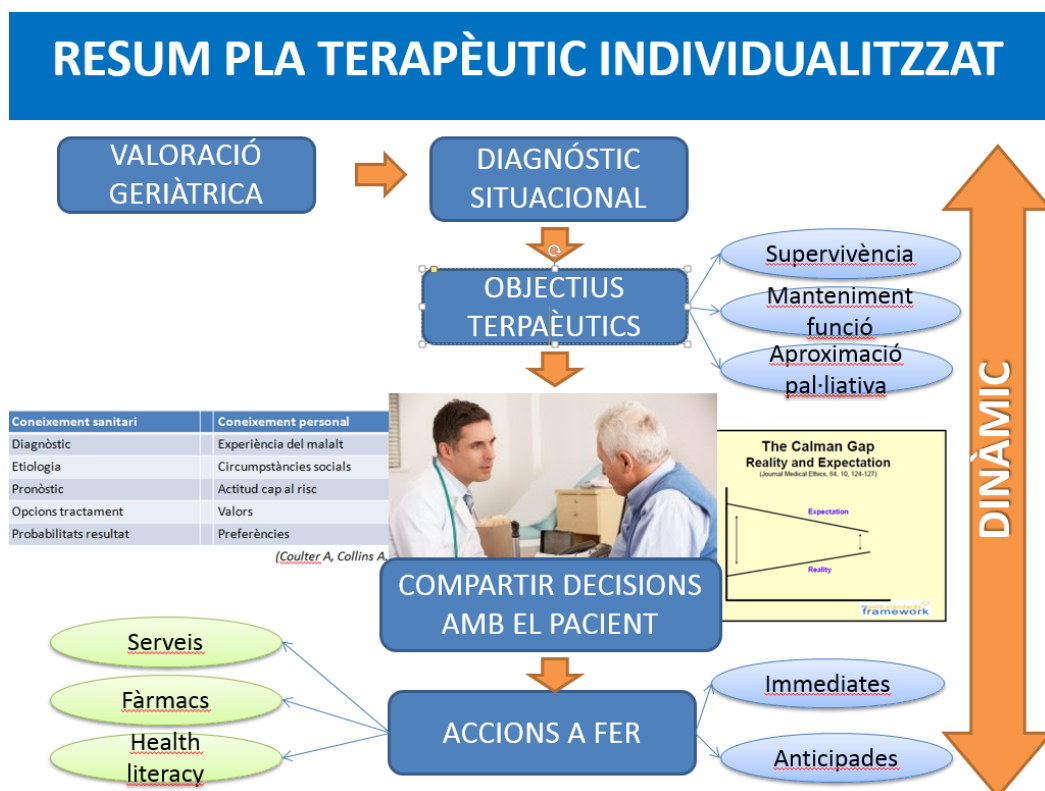


Figura 15. Model docent de la complexitat

Aquest model docent ha estat avaluat a la facultat de medicina de la Universitat de Girona, i forma part de la prova d'avaluació, hi ha una bona comprensió del diagnòstic situacional i de la presa de decisions, però hi ha més dificultats en la elaboració del pla terapèutic, i de les decisions anticipades.

Aquesta tesi es focalitza més en les practiques de valor dels equips i en la provisió de serveis

Comparació amb un model d'excel·lència

La comparació amb altres models, respecte de la provisió de serveis ens permet veure quines diferències i semblances hi ha entre els models i l'hora afirmar que en el nostre entorn també es disposa de model d'atenció.

Dels 7 components que ens comparem hi ha coincidència amb 6, els dos primers components no són objectiu d'aquest projecte.

Les diferències respecte al model que presenta Dr. Oliver són les següents, per una banda en la definició de les poblacions, ja que en el model anglès hi ha una separació molt clara entre les poblacions amb multimorbiditat i les persones que a més a més tenen fragilitat i demència. El model fa una aposta molt clara per la detecció i mesura de la fragilitat. Per altra banda, hi ha un desenvolupament important de l'atenció a les crisi en l'entorn comunitari que és una diferència evident respecte de la situació d'Osona i de Catalunya. Del resta de components les diferències estan en la intensitat del desenvolupament de cada component. Un aspecte molt important a destacar del model anglès és que no parla d'aspectes corporatiu sinó que està enfocada a les necessitats de les persones, actuant professionals que tenen coneixements, actituds i habilitats per intervenir en els diferents components. També hi ha un aspecte important doncs no separa els recursos social i sanitaris, s'entén que en cada component el territori fa el necessari perquè els dos elements van sempre junts.

Els aspectes de model conceptual i la cartera de serveis disponible confereixen una estructura de model d'atenció per les persones complexes.

V. Discussió

La discussió de la tesis esta orientada a reforçar, la hipòtesis de treball i els objectiu plantejats.

Implementació de pràctiques de valor

Les intervencions escollides tenen bons resultats de forma individual i disposen de molta evidència científica. Les pràctiques de valor tenen una funció transversal en tots els recursos i com més serveis o recursos estan implicats més impacte tenen els resultats^{35,105}.

Les unitats geriàtriques d'aguts són els recursos que disposen de més evidència científica i també de cost-efectivitat^{106,107}. Aquestes unitats, clàssicament mèdiques, cada vegada més estan penetrant en l'entorn del pacient quirúrgic^{108,109}. Una altra línia de treball que està arribant amb força és la oncogeriatria¹¹⁰⁻¹¹², que inclou elements de valoració geriàtrica i de presa de decisions compartides en aquesta població, especialment quan comença a aflorar la fragilitat⁶¹. Un dels elements claus d'èxit de les unitats geriàtriques d'aguts es la implementació de l'equip multidisciplinari i la disponibilitat d'un ventall ampli de recursos en el moment de l'alta¹¹³.

En la situació actual els serveis d'urgències han adquirit un nou rol en a distribució de pacients des de les urgències / observació^{114,115}. Per aquest motiu, la intervenció en ells s'ha convertit en una prioritat com a sistema¹¹⁶, atès que són el punt des d'on es poden engegar les alternatives a l'hospitalització^{117,118}. La freqüència de l'ús dels serveis d'Urgències per les poblacions complexes és molt alta i s'estan dibuixant estratègies que permetin atendre-hi el millor possible la població fràgil^{119,120}. Les iniciatives són variades des de com identificar els pacients a Urgències fins a la creació de Unitats de Fragilitat¹²¹⁻¹²³.

Varies de les iniciatives es poden englobar sota el paraigua de l'atenció

intermèdia, que ha tingut un paper rellevant en la disminució dels ingressos hospitalaris¹²⁴ i en el manteniment de la funcionalitat¹²⁵. Les estratègies de l'atenció intermèdia es classifiquen en intervencions destinades a evitar l'ingrés i altres destinades a facilitar l'alta, una altra funció de l'atenció intermèdia es l'adequació del moment de l'ingrés en l'entorn residencial. Aquestes estratègies generen una plataforma de serveis amb diferents recursos¹²⁴. Es classifiquen en les que podem anomenar de “*no llit*” que inclouen l'hospitalització domiciliària i els equips d'acció ràpida¹²⁶ i les estratègies *amb llit* que també poden ser pre-hospitalització, com ara l'atenció a *subaguts*^{127,128}, o post hospitalització, els anomenats *postaguts*¹²⁴. La hospitalització domiciliària clàssica ha demostrat que és cost eficient¹²⁷, en el model català i des de l'atenció geriàtrica s'ha generat un model d'hospitalització domiciliària que combina l'atenció aguda i la rehabilitació amb uns resultats molt bons.^{129–131} Aquesta nova visió serà un potent motor de canvi de l'atenció intermèdia.

La CDC ha estat una eina de facilitació de la integració social, però al mateix temps ens ha portat a revisar la metodologia del pla d'intervenció compartit.^{132–135}

La prescripció centrada en la persona ha estat desenvolupada en el nostre equip i en aquest moment és una pràctica que estem estenen en tot el territori, ha suposat disminució dels fàrmacs i canvis en la qualitat de la prescripció.^{67,136,137}

En totes les iteracions hi han uns aspectes comuns. Les noves intervencions se situen sempre en una zona d'intersecció entre dos serveis o organitzacions, per tant, sempre requereixen uns elements de treball compartit o d'integració¹³⁸. Això és especialment cert per a la definició més ampla d'atenció integrada, que inclou les accions que redueixen la fragmentació per millorar els resultats dels pacients⁸⁷.

En la descripció de cada iteració, en el capítol de resultats, ja s'ha cometat el motiu que van portar a posar-les en marxa, quins resultats es varen obtenir i com és dibuixa el futur de cada intervenció.

Cal crear un clima de relació i de treball compartit en totes les

intervencions i a tots nivells, a nivell dels equips que interactuen, en el lideratge necessari per obtenir els resultats i a nivell de les organitzacions perquè es pactin, en cas que sigui necessari canvis en el finançament.

Descrivim els passos comuns que han seguit totes les intervencions:

- Disposar d'una idea que pugui millorar els resultats en els pacients.
- Lideratge compartit per persones procedents dels serveis o organitzacions en que es produeix la intersecció.
- Adaptació dels sistemes d'informació.
- Treball amb els equips, per tal de generar un canvi en la pràctica clínica.
- Les organitzacions o els serveis implicats han discutit com s'abordarà el finançament.
- Crear sistema d'avaluació dels resultats, que ajudi en el procés d'implementació.
- Les direccions fan reconeixement dels equips que generen els canvis.
- En general suposa creixement per part dels professionals en l'àmbit de la recerca o en el de transferència de coneixement.
- Falta un aspecte clau que encara no s'ha aplicat de forma sistemàtica en el nostre territori que és el co-disseny dels serveis amb les persones que rebran els serveis.

Desgranem amb exemples com es produeixen els canvis en cada intervenció. La CDC treballa en la intersecció entre l'atenció primària, l'atenció especialitzada i els recursos socials. Els resultats de la conferència de cas, és l'elaboració d'un pla d'intervenció, que al final afectarà a la resta dels serveis del territori, atès que la intervenció de qualsevol equip ha d'estar dirigit per aquest pla¹³⁹.

La prescripció centrada en la persona es focalitza en la intersecció de la geriatría i la farmàcia. Recentment hem començat a posar-ho en pràctica conjuntament amb els equips d'atenció primària. Aquest mètode de revisió de la medicació aconsegueix una pauta farmacològica adaptada a les característiques de les persones que es va transmeten pels diferents recursos,

sent a la vegada una eina docent¹³⁶.

Els canvis organitzatius, també estan situats en àrees d'intersecció. La UGA intersecciona amb el Servei de Medicina Interna, les alternatives a l'hospitalització des d'urgències fan una intersecció entre Urgències i l'Atenció Intermèdia. L'atenció post-aguda relaciona l'atenció d'aguts amb la intermèdia. Així, els resultats de la UGA condicionen els resultats que s'obtenen en les unitats de post-aguts. Si el pacient ha desenvolupat pocs problemes durant la fase aguda, la rehabilitació serà més fàcil; si durant l'estada a UGA s'ha determinat un nivell d'intervenció amb el pacient i la seva família, la continuïtat d'aquestes decisions seran més fàcils en l'atenció intermèdia. Podríem posar múltiples exemples però el més important és confirmar que el resultat d'una intervenció condiona els resultats de la propera.

Anàlisi de resultats de territori

En primer lloc comentarem els canvis globals de la població i després els canvis en les poblacions complexes.

La població d'Osona en aquest període d'estudi ha augmentat en un 12% mentre que la població de 85 anys o més ho ha fet en un 80%, aquests canvis són propis dels països desenvolupats i la intensitat del canvi depèn de cada territori.

Volem destacar la disminució de llits del territori. En la literatura hi ha una ampla discussió de quin és el nombre de llits adequats en cada territori. De fet, els ratis estan condicionats per com està organitzada l'atenció fora de l'hospital, la disponibilitat d'estructures de suport a domicili i els llits d'atenció intermèdia. Ja fa anys l'epidemiòleg J Wenberg⁴³ va demostrar una correlació entre llits disponibles i el nombre d'altres. El nostre territori presenta respecte el 2004 una situació de més persones ancianes per atendre i menys llits per fer-ho, cosa que comporta la necessitat de fer una diferent utilització dels mateixos i dels altres recursos disponibles¹⁴⁰.

La disminució de llits tant a hospital d'aguts com a atenció intermèdia ha

comportat una disminució de l'estada mitja en els dos entorns. El nombre d'altres de l'hospital d'aguts no han sofert variacions molt importants, donat que s'han desenvolupat altres activitats com la cirurgia major ambulatoria, l'hospitalització domiciliària i els hospitals de dia que supleixen (i eviten) ingressos. En l'entorn d'atenció intermèdia hi hagut un increment important de les altes, factor que d'una manera o altre pot haver afavorit la contenció de l'increment d'altres a l'hospital d'aguts.

Les taxes globals d'hospitalització d'un territori, és un dels indicadors que es fan servir per mesurar el grau d'atenció integrada del mateix. En aquest sentit comparem el territori d'Osona amb una zona del país Basc (Osi Bidasoa) que es considera un exemple d'integració per el govern Basc¹⁴¹. La taxa d'admissions per 1000 habitants ha estat de 72 a Bidasoa i de 69,5 a Osona. Un altre mesura d'integració, les readmissions a 30 dies, a Bidasoa han estat del 8,56 i a Osona del 8,3. Per tant disposem de dades objectives d'un bon comportament de les admissions i dels reingressos, en comparació a zones d'excel·lència¹⁴².

Es confirma que la població de persones PCC/MACA són uns grans consumidors de recursos. Està ben descrit en la literatura que les poblacions que utilitzen molts recursos es poden considerar poblacions amb elevada complexitat¹⁴³. La identificació PCC/MACA, té un component important de judici clínic, per tant és un bon resultat de territori la selecció de pacients que s'ha realitzat. Comparativament amb altres territoris de Catalunya la freqüència de marcatge és elevada. És interessant observar l'amplia variabilitat en el marcatge de MACA, entre les diferents àrees bàsiques, fet que suggereix possibilitats de millora. No disposem de dades de qualitat per analitzar els PIIC's, aquesta és una dada clau per establir el grau d'atenció centrada en la persona que estem fent en el nostre territori.

Podem comparar-nos amb la resta de Catalunya, a partir de dades proporcionades pel programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC). Aquest dades, els pacients PCC a Catalunya presenten una freqüència d'ingrés anual no planificat del 41%, dada idèntica al d'Osona, en canvi pels pacients MACA presenten una freqüència del 52,3%, mentre que a Osona és del 30,4%.

Es detecta una diferència important en l'ingrés hospitalari dels pacients MACA, un fet molt probablement atribuïble a que en la nostra àrea geografia existeix una ampla cultura d'atenció al pacient pal·liatiu. Al mateix temps, la comarca d'Osona ha estat l'àmbit de desenvolupament de nous projecte com el del NECPAL.

Un altre indicador de comportament de les persones amb fragilitat és la taxa d'admissions urgents de les persones de ≥ 85 anys. En el nostre entorn hem pogut demostrar que el 96% de les persones de més de 85 que ingressen a l'hospital d'aguts tenen fragilitat (índex de fragilitat $>0,2$). Hem pogut comparar les nostres dades amb un hospital veí, l'hospital de Campdevàrol, a on la taxa d'ingrés urgent és de 271,5‰, a la comarca d'Osona les taxes han estat de 253,4‰ al any 2015 i de 187,5‰ l'any 2016. També disposem de dades del Regne Unit, a on és un indicador que s'ha donat molta importància: les xifres es mouen entra 398-749 ingressos per mil habitants, de manera que, de forma global les xifres són inferiors en el nostre entorn. Es constata una ampla variació en els resultats, aquest fet fa pensar que l'atenció als pacients fràgils és molt heterogènia.

Més enllà de les comparacions amb altres territoris és molt important la comparació entre els anys 2015 i 2016, encara que en provisió de serveis és millor fer comparacions a més llarg termini, si que permet establir tendències, les comparacions internes estan sotmeses a menys biaixos, que les externes, és confirma per les poblacions complexes un discreta disminució de les visites a urgències, però es demostra un clar descens de l'ingrés mèdic, especialment quan no es té en compte l'ingrés d'observació, aquests canvis coincideixen amb un increment d'activitat de les alternatives a l'hospitalització, del treball de l'hospital de dia mèdic i d'una maduresa de la ruta en l'entorn de primària. Podem dir que és possible la disminució de l'ingrés hospitalari, sense increment de les readmissions i que aquest canvi és d'etiologia multifactorial i conseqüència de les múltiples intervencions en el territori.

L'anàlisi de la literatura confirma que les úniques intervencions que disminueixen els ingressos en els pacients fràgils han estat les estratègies d'atenció integrada¹⁴⁴. També ho confirmen experiències en alguns territoris

com és l'exemple de Torbay (model d'atenció integrada del sud d'Anglaterra)¹⁴⁵. Per la importància que ha tingut en la literatura recent i perquè ha estat un lloc de rotació d'alguns dels nostres residents, voldria comentar amb una mica d'extensió aquesta experiència. La narrativa de tot el projecte es centra a com prestar serveis a una persona imaginària "Miss Smith", que precisa de serveis múltiples social i sanitaris. Els canvis més rellevants van ser la creació d'equips mixtes social i sanitaris amb pressupostos compartits, al mateix temps es va desenvolupar de forma important l'atenció intermèdia. Las relacions entre tots els equips es varen potenciar especialment amb els equips de primària, per mantenir els pacients a la comunitat. Els resultats de la integració varen ser la disminució dels ingressos hospitalaris, la disminució d'urgències i la desaparició dels pacients amb dificultats de transició a la comunitat des de l'hospital. També es va produir un increment dels serveis domiciliaris. En el nostre territori s'estan produint resultats que estan en la línia del projecte que acabem de descriure¹⁴⁵.

En aquest procés d'integració i com es veu per les intervencions descrites en els altres apartats del projecte, l'atenció intermèdia i el coneixement geriàtric han tingut un rol important, no únic, doncs sempre hi ha interseccions amb els altres nivells.¹⁴⁶¹⁴⁷

La prescripció farmacològica i l'anàlisi de mortalitat són també indicadors clàssics del funcionament dels sistemes de salut. Disposem de dades de prescripció d'una cohort formada per poblacions amb complexitat, que ens ha permès comparar els resultats del PPAC, tant pels pacients PCC com pels MACA i s'observa millor prescripció a Osona.

Per últim comentarem alguns aspectes de la mortalitat. S'observa que l'atenció intermèdia és el recurs on moren més pacient en el territori i que la mortalitat hospitalària global (Hospitals d'aguts + Hospital d'atenció intermèdia) es situa en el 60%. Per tan el 40 % restant de la població moren en el seu domicili habitual (domicili o residència). Aquestes xifres són molt pròximes a les que presenten al Regne Unit (45% mortalitat a residència habitual), país que té el major desenvolupament de les cures paliatives. Segurament encara és objectiu que un percentatge de persones ≥ 85 puguin morir en altres entorns.

La monitorització d'aquests resultats poden indicar que estan variant els fluxos de pacients en funció de les intervencions que es van aplicant¹⁴⁸.

Model d'atenció i Comparació o amb models d'excel·lència

La comparació amb el model de David Oliver⁷⁹, ens permet establir que a Osona s'aplica un model d'atenció a la complexitat. Aquesta comparació detecta àrees de millora pel nostre territori. La riquesa dels models rau en què siguin oberts i de forma progressiva vagin introduint canvis en tots els components del mateix, sent flexibles en el procés de la innovació⁵⁴.

La comarca d'Osona posseeix de un model d'atenció a la complexitat, en tant que disposa d'una definició de les poblacions amb complexitat, ha definit a nivell de l'individu la importància del diagnòstic situacional, a nivell dels equips proposa un procés de presa de decisions que acaba amb un pla d'intervenció i disposa d'una cartera de serveis per atendre les diferents fases de la trajectòria de les persones. Les diferències de resultats entre el 2015 i el 2016, demostren que el model està viu i que continua en fase de millora de resultats. A més tenim uns resultats de territori que estan en línia amb els comunicats per territoris que tenen bons nivells d'atenció integrada.

En la nostre opinió sobre el projecte la part de com s'integren els serveis es cabdal en el resultat final de l'atenció a la persona¹⁴⁹.

En qualsevol territori podem trobar professionals, equips i organitzacions que treballen en algun dels components descrits i són capaços de millorar en el seu component, però per fer la transformació radical, que li cal al sistema, cal anar més enllà. Els serveis fragmentats no són adequats per atendre les necessitats de les persones grans en especial dels pacients fràgils, que són els grups en els que es fan més evidents els problemes de coordinació^{150,151}. És necessari fer un canvi de tot el sistema per proveir serveis que coordinats i centrats en les necessitats i objectius de la persona^{152,138}. **Cal oferir tractament adequat en el lloc i moment adequat.** Això requereix la presència de múltiples equips treballant junts¹⁵³. L'atenció integrada és el component que

aglutina tots els serveis necessaris per les persones amb necessitats d'atenció complexes^{25,154}.

Existeix una clara evidència que la integració pot millorar l'experiència del pacient, els resultats de salut i la sostenibilitat del sistema^{15,16,155}. També és important reconèixer que la milloria en l'atenció de les persones grans fràgils, permet la millora d'altres col·lectius¹⁵⁶.

No hi ha un model únic per fer atenció integrada en els pacients grans fràgils¹⁵⁷, la aproximació adequada depèn de les característiques de cada territori¹⁵⁸. Però és probable que es requereixin intervencions a diferents nivells^{34,159}. A nivell local és necessiten líders que comparteixin estratègies i facilitin la possibilitat de compartir recursos¹⁶⁰. A nivell dels equips es requereix compartir la informació i noves formes de treball amb un únic procés de valoració i d'elaboració d'un pla terapèutic. Les organitzacions han de desenvolupar sistemes d'informació compartits, sistemes d'avaluació de territori, i abordar les noves formules de finançamen^{13,58,161}.

Aquests projectes, són fets per professionals convençuts del valor de l'atenció integrada i per organitzacions disposades a compartir, són molts els experts que pensen que aquesta és la única via d'afrontar la transició clínica^{162,163}

Tots els sistemes de salut estan preocupats per fer escalables els model que han demostrat efectivitat, aquest repte de replicar els models no ha obtingut aconseguit el resultat desitjat¹⁶⁴. Sembla que quan es vol replicar un model es tendeix a la seva simplificació i no es tenen en compte elements essencials, com la cultura de les organitzacions, els nous rols professionals o les noves relacions entre els equips i els pacients¹⁶⁵.

Limitacions del estudi

En general el projecte té les limitacions dels estudis observacionals i de provisió de serveis que no poden assolir el control i el rigor dels estudis experimentals.

Els estudis observacionals permeten saber els resultats de les intervencions en la vida real i en moltes ocasions constitueixen la única metodologia d'estudi aplicable. Això sol succeir, en els estudis de provisió de serveis, quan s'analitzen poblacions amplies¹⁶⁶. En l'anàlisi de cada intervenció per separat hem buscat les evidències d'eficàcia dels estudis previs, però al final per veure com es comporta tot el sistema hem recorregut als estudis observacionals.

Els estudis observacionals es caracteritzen per donar informació en condicions de pràctica clínica real. Les poblacions d'estudi han estat definides de forma molt precisa, de manera que el biaix de selecció queda controlat pel volum de població estudiada. Les freqüències d'identificació de PCC/MACA són una mica superiors a la cohort de comparació de Catalunya¹⁶⁷. Els estudis observacionals informen als clínics dels resultats de la seva pràctica. Les variables utilitzades formen part dels registres d'activitat de les institucions del territori i són revisades de forma constant, pels responsables de sistemes d'informació, doncs estan vinculades a sistemes de pagament: Podem dir que estem davant de variables dures i que no estan sotmeses a biaixos de mesura.

Els resultats dels estudis observacionals posen les bases de la recerca que compara l'efectivitat de les diferents intervencions, la qual cosa es preveu serà una estratègia important per la presa de decisions en el moment de triar les intervencions¹⁶⁸. Els nostres resultats en l'anàlisi de variables, com per exemple les taxes d'ingrés no planificat per personers de 85 anys o més, ens permet fer una comparació amb altres territoris, i analitzar si tenen un sistema de provisió de serveis diferent. La tria d'una sèrie d'indicadors sentinella ens permeten establir si un model de provisió de serveis té millors resultats que un altre. La resposta a aquesta qüestió ens la donen els indicadors de varis dominis, incloent tant elements d'ús de recursos com d'experiència del pacient i de sostenibilitat.

La mesura repetida de diferents variables d'interès en el temps ens aclarirà si la nostra provisió de serveis té millors resultats que un altre. A partir d'aquí, l'autoritat sanitària pot proposar per territoris semblants quina és la millor manera d'actuar o fer propostes d'elements que cal incloure en el model

d'atenció. En aquest sentit aquest projecte proposa la utilització d'una sèrie d'indicadors, ubicats en la trajectòria dels pacients amb complexitat que pot ser l'embrió de la efectivitat comparada entre diferents territoris. La comparació amb altres territoris no ha estat fàcil, ja que no disposem del mateix model d'avaluació i l'hem hagut de centrar amb indicadors molt rellevants.

La implementació de noves pràctiques no ha estat afavorida pels sistemes de pagament que encara són molt fragmentats i molt basats en la contractació dels diferents nivells assistencials^{91,104}. Aquesta barrera ha estat minimitzada pels acords interns entre els responsables de les organitzacions^{169,170}.

No podem establir relacions causals entre les nostres intervencions i els resultats, doncs, en aquest període d'anàlisi hi ha hagut molts factors que no han estat possible controlar com la crisi econòmica, la velocitat de l'envelliment o el grau de motivació i formació dels professionals per a l'atenció de les poblacions complexes.

Aspectes conceptuals, que han influït en el desenvolupament del projecte

En aquest treball es fa una proposta innovadora de model d'atenció a la complexitat que inclou 3 etapes: el diagnòstic de situació, la presa de decisions compartida i la provisió de serveis. Aquesta manera de conceptualitzar l'atenció de la complexitat surt de la gestió del coneixement existent i pot facilitar la comparació entre territoris.

La disponibilitat de un model transferència de coneixement és imprescindible per fer la gestió del canvi i ajudar els professionals a situar-se en aquest nou escenari de la complexitat^{171,172}.

En el nostre territori s'han produït hagut dues incorporacions conceptuals importants. En primer lloc, la nova visió de les cures pal·liatives, liderada des de la Càtedra de Cures Pal·liatives de la UVic-UCC, que aporta un nou concepte d'aproximació pal·liativa i la creació d'un instrument de detecció precoç de pacients candidats a l'aproximació pal·liativa. Aquesta visió més poblacional de les cures pal·liatives aconsegueix que més persones es pugin

beneficiar d'aquest d'intervenció^{29,173}. La segona aportació conceptual ha estat la creació d'un índex que permet mesurar el grau de fragilitat de les persones. Hem observat que la fragilitat elevada es correlaciona amb la mortalitat; aquest índex és un instrument d'ajuda en la presa de decisions en pacients amb fragilitat. Aquesta darrera aportació forma part d'una de les línies de recerca del nostre servei de geriatria. Una de les iteracions de futur és la utilització de forma rutinària de l'índex de fragilitat en tots els recursos del Servei de Geriatria. Aquestes innovacions han comportat canvis en la provisió de serveis incrementant la detecció de pacients MACA i l'ús de recursos domiciliaris i d'atenció intermèdia.

VI. CONCLUSIONS

Aquest projecte vol aportar solucions per afrontar l'atenció de les persones amb complexitat, mitjançant un model d'atenció que va des de la persona, als equips i les organitzacions i que parteix d'un enfocament territorial.

Conclusió 1. La implementació de pràctiques de valor ha generat canvis en el territori.

- Les noves pràctiques s'han basat en utilitzar de forma diferent els recursos existents, per adaptar-nos a les necessitats de les poblacions amb complexitat.
- Les noves intervencions han requerit canvis en la pràctica diària de molts professionals, canviant les relacions entre pacients i equips.
- Les noves pràctiques es situen en la intersecció de diferents equips o organitzacions i es basen en processos d'integració clínica.
- Algunes de les intervencions incorporades són innovacions, com la prescripció centrada en la persona, la conferència de cas, la UGA medico-quirúrgica o la inclusió del programa d'Hospitalització domiciliària dintre de l'estructura del PADES.

Conclusió 2. Els resultats de territori per les poblacions complexes són atribuïbles a tot el sistema.

- El sistema de salut d'Osona s'ha adaptat a les noves poblacions i està en evolució constant.
- El territori ha demostrat que és possible la modificació del flux de pacients i les taxes d'hospitalització.
- La ruta de complexitat i la incorporació de coneixement geriàtric en tots els àmbits ha estat un element afavoridor dels resultats.
- S'ha produït un procés d'incorporació progressiva del sector social.

- Hem introduït en l'àmbit de recerca l'avaluació dels resultats que importen als pacients utilitzant el model d'avaluació de resultats que proposa M. Porter

Conclusió 3. La comarca d'Osona disposa de un model d'atenció a la complexitat que és escalable a altres territoris de característiques semblants.

Les característiques que defineixen el model són:

- La gestió del coneixement ens ha portat a elaborar un model conceptual que ha estat reconegut a la literatura.
- Els resultats d'Osona són comparables a models amb gran bagatge en la integració clínica (Torbay, Osi Bidasoa).
- La comparació del nostre model amb el model d'excel·lència de David Oliver confirma que Osona té pràcticament tots els components essencials del model.

Conclusió final

La implementació d'intervencions de valor millora els resultats i permet conferir un model dinàmic d'atenció a les persones amb complexitat. Osona ha desenvolupat un model d'atenció a les poblacions complexes que podria ser escalable a altres territoris de característiques semblants.

VII. LÍNIES DE FUTUR

Per parlar de futur continua sent vàlida la frase de **“tractament adequat, en el lloc adequat i en el moment adequat”**, però en la visió moderna aquest pensament clàssic cal que sigui aplicable a un grup nombrós de la població i que generi valor per les persones a qui va destinat.

La visió de futur està en com les organitzacions i els equips de professionals afronten el repte¹⁷⁴.

En la integració entre l'hospital d'aguts i l'atenció intermèdia hi ha un camí fet, ara cal avançar amb la relació entre l'atenció primària i els hospitals¹⁷⁵. En aquest sentit és important un document recent que han publicat de forma conjunta la “British Geriatrics Society “ i el “Royal College of General Practitioners” que es titula “Integrated care for older people with frailty”¹⁷⁶. Aquest document posa un punt de partida en la importància de la col·laboració de les dues especialitats i els seus equips⁶¹. El repte de l'envelliment i de la fragilitat comporta l'aparició d'un volum cada vegada més creixent de persones amb necessitats d'atenció complexes^{177,178}.

Els metges de família i els geriatres estan molt ben situats per afrontar el tema de la fragilitat¹⁷⁹. Són disciplines generalistes que treballen en equip i que veuen els pacients de forma global i tenen sempre en compte el seu context (cuidadors, comunitat, entorn) i s'assumeixen la coordinació amb altres proveïdors. El fet de compartir aquests valors posiciona aquests equips d'ambdues especialitats per assumir el futur disseny de la provisió de serveis per aquest grup de població.

De forma global aquests nous serveis es poden agrupar en 3 grups.

- Accions dissenyades per mantenir estables als pacients en l'entorn comunitari: L'escenari ideal pels pacients i pels professionals és fer suport a les persones amb fragilitat per poder estar en el seu domicili fent la seva vida habitua^{174,180}. Poder estar a domicili té un impacte en el benestar i en els resultats de salut. El valor de l'atenció proactiva es basa en la identificació de les persones i la construcció de plans

d'intervenció^{181,182}. Les accions en aquest grup es basen en una intensa comunicació en l'àrea d'intersecció entre la primària i l'especialitzada⁵⁴.

- Accions dissenyades a tractar les crisi en el domicili: Les persones grans amb fragilitat són molt susceptibles de presentar crisi i aquestes sempre que es pot volen ser ateses a domicili, la resolució d'aquestes crisi en l'entorn comunitari a vegades obté millors resultats que en l'hospital. Per aconseguir el maneig de les crisi en el domicili es requereix la participació de l'entorn sanitari, el social i la família, i en algunes ocasions estructures de suport comunitari com el voluntariat. La interacció entre els equips de primària i de geriatria és cabdal per posar aquestes iniciatives en marxa. Les iniciatives en aquest sentit són: l'hospitalització domiciliària, la creació de plantes virtuals i la construcció d'equips extensius que treballen en la interfície de la situació d'estabilitat i les crisis¹⁸³. En el nostre entorn aquest apartat és una de les parts a desenvolupar en els propers temps.
- Accions dissenyades per l'atenció de les persones fràgils als hospitals: en aquest apartat es refereix a les iniciatives per millorar l'atenció de les persones fràgils a l'hospital, és compressible que algunes situacions només es poden tractar a l'hospital i cal aconseguir que els hospitals siguin llocs adients pels pacients fràgil i es disposin de sistemes de alta precoç a domicili^{184,185}.

Aquestes tres 3 grups d'iniciatives es basen en mantenir el màxim possible les persones a la comunitat. també poder atendre les seves crisi, tenint molt clar que l'hospital en alguns casos és la millor opció. Com ja s'ha comentat en altres parts del projecte els resultats d'una inciativa condicionen els resultats de les properes, per això és important que existeixin innovacions a tots nivells.

Per acabar aquest apart farem un decàleg que un territori cal que tingui present per poder avançar en aquest tema.

Decàleg per dissenyar serveis d'alt valor, per atendre persones amb necessitats d'atenció complexes. Dintre d'aquests grups estan les persones

amb edat i fragilitat avançada i les persones en situació de final de vida¹⁸⁶. Aquestes recomanacions es basen en el principi d'estar més orientats a les persones que a les malalties seguint les premisses de l'atenció centrada en la persona i també s'orienten a la col·laboració entre proveïdors i el treball en equip.

1. La coordinació/integració es una prioritat de tot el territori⁶¹. Els pacients reben tractament per una varietat de proveïdors, la fragmentació comporta hospitalitzacions i baix nivell de satisfacció per les persones. Aquesta coordinació pot ser realitzada pels equip de primària però en casos complexos s'aconsella que la realitzin persones preparades per aquesta funció. L'entorn territorial afavorirà totes les iniciatives d'atenció compartida en especial en les àrees d'intersecció de serveis o organitzacions^{187,188}.
2. Identificar les persones amb més necessitats d'atenció de manera proactiva i coordinada. Diferents mètodes es poden utilitzar, en general és una combinació d'informació de les bases de dades amb criteris de judici clínic. La idea és identificar persones a risc de presentar mals resultats de salut, com per exemple l'hospitalització innecessària, i proveir una atenció proactiva personalitzada per un equip. En aquest tema cada territori ha de buscar el mètode que s'adapti a les característiques de cada entorn i el tipus de programa que es posi en marxa¹⁸⁹
3. Aconseguir més metges de família i geriatres. En molts països han crescut molt els subespecialistes, respecte dels generalistes. Aquesta situació afavoreix la fragmentació i és important poder-ho revertir. Per atendre aquesta població creixent de persones grans caldran metges de família i especialment geriatres^{81,190,191}. Les facultats de medicina i els programes de formació de post-grau han de tenir presents les necessitats dels seus països i conèixer les barreres per les quals no es tria la geriatria com especialitat¹⁹².
4. Facilitar la comunicació entre proveïdors¹³⁸. Com per exemple

disposar de les històries clíniques de forma integrada. Tots els proveïdors que tracten un pacient han de compartir la informació, això garanteix la disponibilitat de la informació en lloc i el moment que és necessària. Això s'aconsegueix per la historia única per tots. Un altre objectiu és la disponibilitat de la informació de manera immediata i poder compartir els possibles canvis del pla terapèutic entre tots els proveïdors que participen en l'atenció de un pacient complex.

5. Participació dels pacients en la presa de decisions⁶¹. Per les persones amb múltiples condicions clíniques, els tractaments ajustats, a les propostes de les guies clíniques per cada malaltia, suposen una càrrega terapèutica molt important pel pacient¹⁹³. Els pacients amb necessitats complexes han de participar en el procés de presa de decisions compartida per ajustar els tractaments als seus valors i preferències^{103,194,195}.
6. Donar suport als cuidadors. Les persones amb necessitats complexes, són cuidats per les seves famílies. Aquests cuidadors són realment imprescindibles per mantenir aquestes persones en el seu domicili. Els sistemes de salut han de reconèixer el rol d'aquestes persones i donar-los suport. Les maneres de donar suport són variades i van des del reconeixement, la formació o la possibilitat de fer el relleu de la cura durant uns dies¹⁹⁶.
7. Redissenyar els mecanismes de finançament¹⁹⁷. Els sistemes de finançament clàssics basats en el pagament per serveis i per volum d'activitat són afavoridors de la fragmentació i són incentius contraris a els processos d'integració^{198,199}. Actualment existeixen noves formes de pagament que poden estar basades en valor i que siguin afavoridors de la relació entre els hospitals i l'atenció primària^{169,200,201}.
8. La integració dels serveis socials i sanitaris és una prioritat. La separació dels serveis socials i sanitaris a nivell de l'individu és una falta de reconeixement que aquestes necessitats estan molt correlacionades, i es dona l'efecte mirall que la falta d'atenció en un

sector incrementa les necessitats en l'altre i viceversa. Els pacients amb necessitats complexes requereixen d'una estreta col·laboració entre els recursos socials i els sanitaris²⁰².

9. Facilitar la cultura del canvi i donar suport als líders clínics²⁰³. Les recomanacions expressades en aquest decàleg comporten canvis en les relacions entre pacients i equips i poden canviar els rols dels professionals, per tant és imprescindible la predisposició al canvi. Ja hem comentat que la majoria de projectes per persones complexes troben barres en aquest sentit. El lideratge clínic és la clau del canvi amb èxit, per tan cal que els clínics que lideren el canvi siguin recolzats per les autoritats locals i no siguin arrossegats per la pressió administrativa o pels pressupostos. Els clínics predisposats es poden beneficiar de formació específica en lideratge.
10. Aprendre de l'experiència d'altres i fer escalables els projectes d'èxit²⁰⁴. No hi ha una única solució per l'atenció de les persones amb complexitat, per tant és bo aprendre d'altres projectes, al mateix temps ser conscients que els projectes es creen per múltiples iteracions en el temps i que aconseguir el bon funcionament d'un projecte pot tardar varis anys. Per altre banda quan es vol copiar experiències d'altres cal comprendre l'entorn i el context i les iteracions que s'han produït en el temps¹³⁸. Els canvis en la provisió de serveis són complexes i requereixen la participació de molts actors. En aquesta darrera recomanació també voldria fer esment de la necessitat de definir quina és la governança del territori i com es farà la gestió de les discrepàncies en el procés d'avançar cap una major integració clínica.

Aquestes recomanacions aplicades en el nostre territori, implicarien la construcció d'una unitat territorial per atendre aquest grup poblacional en consens amb tots els proveïdors inclosos els socials, en un sistema de finançament diferent i amb estructures de govern definides.

VIII. Bibliografia

1. Beard JR, Officer A, Araujo de Carvalho I, et al. The World report on ageing and health : a policy framework. *Lancet* 2016;387:2145-2154. doi:10.1016/S0140-6736(15)00516-4.
2. Canal R, Vilà T. Debats Catalunya Social: Cap a una atenció integrada social i sanitària . Per un nou model centrat en les persones . *Taula d'entitats del Terc. Sect. Soc. Catalunya* 2015:1-54. Available at: http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/dossier_social_i_sanitaria.pdf. Accessed July 7, 2017.
3. Tinetti ME, Fried TR. The end of the disease era. *Am. J. Med.* 2004;116(3):179-85.
4. Mascaró Lamarca J, Selva O'Callaghan A, Espauella-Panicot J. Visión clásica de la enfermedad frente a nuevos enfoques. *Rev Mult Gerontol* 2005;15(1):54-56.
5. Goodwin JS. Geriatrics and the Limits of Modern Medicine. *N. Engl. J. Med.* 1999;340(16):1283-85. doi:10.1056/NEJM199904223401612.
6. Cesari M, Marzetti E, Thiem U, et al. The geriatric management of frailty as paradigm of “ The end of the disease era .” *Eur. J. Intern. Med.* 2016;31:11-14. doi:10.1016/j.ejim.2016.03.005.
7. Rodriguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F, Sinclair AJ. The Third Transition: The Clinical Evolution Oriented to the Contemporary Older Patient. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2017;18(1):8-9. doi:10.1016/j.jamda.2016.10.005.
8. Cesuroglu T, Syurina E, Feron F, Krumeich A. Other side of the coin for personalised medicine and healthcare : content analysis of “ personalised ” practices in the literature. *BMJ Open* 2016;6(7):e010243. doi:10.1136/bmjopen-2015-010243.

9. Zill JM, Scholl I, Härter M, Dirmaier J. Which Dimensions of Patient-Centeredness Matter ? - Results of a Web-Based Expert Delphi Survey. *PLoS One* 2015;10(11):e0141978. doi:10.1371/journal.pone.0141978.
10. van Dongen JJJ, van Bokhoven MA, Daniëls R, Van Der Weijden T, Emonts WWGP, Beurskens A. Developing interprofessional care plans in chronic care : a scoping review. *BMC Fam. Pract.* 2016;17:137. doi:10.1186/s12875-016-0535-7.
11. Bardes CL. Defining “ Patient-Centered Medicine ” What ’ s the Alternative ? The Worldwide Web of Integrative. *N. Engl. J. Med.* 2012;366(9):782-783. doi:10.1056/NEJMp1200070.
12. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-Oriented Patient Care — An Alternative Health Outcomes Paradigm. *N. Engl. J. Med.* 2012;366(9):777-779. doi:10.1056/NEJMp1113631.
13. Mulley A, Coulter A, Wolpert M, Richards T, Abbasi K. New approaches to measurement and management for high integrity health systems. *BMJ* 2017;356:J1401. doi:10.1136/bmj.j1401.
14. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs Lessons from seven international case studies. *King’s Fund* 2014:1-28. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/providing-integrated-care-older-people-complex-needs>. Accessed July 6, 2017.
15. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. *World Heal. Organ.* 2015:1-50. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf. Accessed July 6, 2017.
16. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. *World Heal. Organ.* 2015:1-67. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155004/1/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf.

17. Rowe JW, Berkman L, Fried L, et al. Preparing for Better Health and Health Care for an Aging Population: A Vital Direction for Health and Health Care. *Natl. Acad. Med.* 2016:1-9. Available at: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2016/09/Preparing-for-Better-Health-and-Health-Care-for-an-Aging-Population.pdf>. Accessed July 9, 2017.
18. Bodenheimer T, Berry-millett R. Care management of patients with complex health care needs. *Robert Wood Johnson Found.* 2009:1-40. doi:52372.
19. TERMCAT: Terminologia de l'atenció integrada. *Cent. Terminol.* 2017 2017. Available at: http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/230/. Accessed June 29, 2017.
20. Kuipers P, Kendall E, Ehrlich C, McIntyre M, Barber L, Amsters D et al. Complexity and health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs. 2011. Available at: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0027/150768/complexcarefull1.pdf. Accessed June 29, 2017.
21. Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R. Comorbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur. J. Intern. Med.* 2007;18(5):359-68.
22. Gask L, Klinkman M, Fortes S DC. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry* 2008;23(7):469–76.
23. Amblàs-Novellas J, Espauella-Panicot 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;6:189-94.
24. Tinetti ME, Fried TR, Body CM. Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition —Multimorbidity. *JAMA* 2012;307(23):2493-

2494. doi:10.1001/jama.2012.5265.Designing.
25. Ryan J, Abrams MK, Doty MM, Shah T, Schneider EC. How High-Need Patients Experience Health Care in the United States: Findings from the 2016 Commonwealth Fund Survey of High-Need Patients. *Commonw. Fund* 2016;(December).
 26. Bases per un Model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als elements operatius. *Programa Prevevenció i atenció a la cronicitat* 2016. Available at: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/doc_complexitat_final_5.pdf. Accessed July 8, 2017.
 27. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat. *Programa Prevevenció i atenció a la cronicitat* 2013:1-35. Available at: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/guia_complexitat_5_1.pdf. Accessed July 8, 2017.
 28. Maas EA, Murray SA, Engels Y, Campbell C. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care : a systematic literature review and survey of European practice. *BMJ Support. Palliat. Care* 2013;3:444-451. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000527.
 29. Gómez-batiste X, Martínez-muñoz M, Blay C, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population : development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support. Palliat. Care* 2012;0:1-9. doi:10.1136/bmjspcare-2012-000211.
 30. Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espauella J, et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach : a cross- sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. *BMJ Open* 2016;19:(9):e012340. doi:10.1136/bmjopen-

2016-012340.

31. Farmer C, Fenu E, O'Flynn N, Guthrie B. Clinical assessment and management of multimorbidity : summary of NICE guidance. *BMJ* 2016;48:1-5. doi:10.1136/bmj.i4843.
32. Applegate WB. Across the Pond. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(5):901-902. doi:10.1111/jgs.14803.
33. Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Selberg J. Caring for High-Need, High-Cost Patients — An Urgent Priority. *N Engl J Med* 2016;316:909-11.
34. Hong CS, Siegel AL, Ferris TG. Caring for High-Need , High-Cost Patients : What Makes for a Successful Care Management Program ? *Commonw. Fund* 2014;19:1-20. Available at: [http://graceteamcare.indiana.edu/content/Care Management Complex High Cost Hong TCF 2014 \(2\).pdf](http://graceteamcare.indiana.edu/content/Care%20Management%20Complex%20High%20Cost%20Hong%20TCF%202014%20(2).pdf). Accessed July 8, 2017.
35. Alderwick H, Robertson R, Appleby J, Dunn P, Maguire D. Better value in the NHS The role of changes in clinical practice. *London King's Fund* 2015;(July):1-155. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/better-value-nhs>. Accessed June 14, 2017.
36. Porter ME. What Is Value in Health Care? *N. Engl. J. Med.* 2010;363(26):2477-2481.
37. Tinetti ME, Naik AD, Dodson JA. Moving From Disease-Centered to Patient Goals – Directed Care for Patients With Multiple Chronic Conditions. *Jama Cardiol.* 2016;1:9-10. doi:10.1001/jamacardio.2015.0248.Conflict.
38. Value-based healthcare: the “fix it” strategy for the UK? *SAS UK*:1-8. Available at: https://www.sas.com/content/dam/SAS/en_gb/doc/research1/value-based-healthcare-research-paper.pdf. Accessed July 9, 2017.

39. A Narrative for Person-Centred Coordinated Care. *Natl. Voices* 2013:1-12. Available at:
<https://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/public/publications/narrative-for-person-centred-coordinated-care.pdf>. Accessed June 29, 2017.
40. Mulley A, Trimble C, Elwyn G. Patients' Preferences Matter: Stop the silent misdiagnosis. *London King's Fund* 2012:1-64. Available at:
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/patients-preferences-matter>. Accessed June 29, 2017.
41. Varela J. Right Care: agenda estratégica y práctica. *Av. en gestión clínica* 2014. Available at:
<http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2014/08/right-care-agenda-estrategica-y-practica.html>.
42. Choosing Wisely. Available at: <http://www.choosingwisely.org/>. Accessed June 29, 2017.
43. Wennberg J. *Tracking Medicine : A Researcher's Quest to Understand Health Care*. Oxford University Press; 2010.
44. Appleby J, Raleigh V, Frosini F, Bevan G, Gao H, Lyscom T. Variations in health care. *London King's Fund* 2011. Available at:
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/variations-health-care>. Accessed June 29, 2017.
45. Baker M, Jeffers H. Responding to the needs of patients with multimorbidity A vision for general practice. *R. Coll. Gen. Pract.* 2016:1-20. Available at:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8QNBNUx1ZAEJ:www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/RCGP-Responding-to-needs-of-Multimorbidity-2016.ashx%3Fla%3Den+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=es>.
46. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care , research , and medical education : a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.

doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2.

47. González-González AI, Miquel-Gómez AM, Rodríguez-Morales D, Hernández-Pascual M, Sánchez Perruca L, Mediavilla-Herrera I. Concordancia y utilidad de un sistema de estratificación para la toma de decisiones clínicas. *Atención Primaria* 2016;49(4):240-247. doi:10.1016/j.aprim.2016.04.009.
48. Coulter A, Entwistle V, Eccles A, et al. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions (Review). *Cochrane Libr.* 2015;(3). doi:10.1002/14651858.CD010523.pub2.Copyright.
49. Coulter A, Stilwell D, Kryworuchko J, Mullen PD, Ng CJ, Van der Weijden T. A systematic development process for patient decision aids. *BMC Med. Informatis Decis. Making Informatis Decis. Mak.* 2013;13(Suppl 2).
50. Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). *Cochrane Libr.* 2017;(4). doi:10.1002/14651858.CD001431.pub5.Copyright.
51. Coulter A, Roberts S, Dixon A. Delivering better services for people with long-term conditions Building the house of care. *London King's Fund*. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/delivering-better-services-people-long-term-conditions>. Accessed May 31, 2017.
52. Juma S, Taabazuing M-M, Montero-Odasso M. Clinical Frailty Scale in an Acute Medicine Unit: a Simple Tool That Predicts Length of Stay. *Canacian Geriatr. journa* 2016;19(2):34-40. doi:10.5770/cgj.19.196.
53. Harrison JK, Clegg A, Conroy SP, Young J. Managing frailty as a long-term condition. *Age Ageing* 2015;44:732-735. doi:10.1093/ageing/afv085.
54. Cesari M, Costa N, Hoogendijk EO, Vellas B, Canevelli M, Pérez-zepeda MU. How the Frailty Index May Support the Allocation of Health Care Resources : An Example From the INCUR Study. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2016;17(5):448-450. doi:10.1016/j.jamda.2016.02.007.
55. Romer-Ortuno R, O'Shea D. Fitness and frailty : opposite ends of a

challenging continuum ! Will the end of age discrimination make frailty assessments an imperative ? *Age Ageing* 2013;42:279-280.
doi:10.1093/ageing/afs189.

56. *Fit for Frailty: Consensus Best Practice Guidance for the Care of Older People Living with Frailty in Community and Outpatient Settings*. British Ge.; 2014.
57. Hartley P, Keevil VL, Romero-ortuno R. The association between clinical frailty and walking speed in older hospitalized medical patients : A retrospective observational study. *Eur. Geriatr. Med.* 2017;8(2):130-133. doi:10.1016/j.eurger.2017.01.005.
58. *Fit for Frailty Part 2.Devoloping, Comissioning and Managing Services for People Living with Frailty in Community Settings.*; 2015.
59. Soto-Varela A, Gayoso-Diz P, Rossi-Izquierdo M, et al. Reduction of falls in older people by improving balance with vestibular rehabilitation (ReFOVeRe study): design and methods. *Aging Clin Exp Res* 2015;27:841-848. doi:10.1007/s40520-015-0362-z.
60. Musich S, Wang SS, Ruiz J, Hawkins K, Wicker E. Falls-Related Drug Use and Risk of Falls Among Older Adults : A Study in a US Medicare Population. *Drugs Ageing* 2017;34:555-565. doi:10.1007/s40266-017-0470-x.
61. Pavasini R, Guralnik J, Brown JC, et al. Short Physical Performance Battery and all-cause mortality : systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2016;14:215-224. doi:10.1186/s12916-016-0763-7.
62. Saum K-U, Schöttker B, Meid AD, et al. Is Polypharmacy Associated with Frailty in Older People ? Results From the ESTHER Cohort Study. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65:27-32. doi:10.1111/jgs.14718.
63. Cullinan S, O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S. Use of a frailty index to identify potentially inappropriate prescribing and adverse drug reaction risks in older patients. *Age Ageing* 2016;45:115-120.

- doi:10.1093/ageing/afv166.
64. Warnier R, Van Rossum E, Van Velthuisen E, Mulder WJ, Schols J, Kempen G. Validity, Reliability and Feasibility of tools to identify frail Older Patients in in patients Hospital Care: A Systematic Review. *J Nutr Heal. Aging* 2016;20(2):14-17.
 65. Sevilla-sánchez D, Molist-Brunet N, Amblàs-Novellas J, Roura-Poch P, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C. Adverse Drug Events in Patients With Advanced Chronic Conditions Who Have a Prognosis of Limited Life Expectancy at Hospital Admission. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2017;73:79-89. doi:10.1007/s00228-016-2136-8.
 66. Poudel A, Peel NM, Nissen LM, Mitchell CA, Gray LC, Hubbard RE. Adverse Outcomes in Relation to Polypharmacy in Robust and Frail Older Hospital Patients. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2016;17(8):767.e9-767.e13. doi:10.1016/j.jamda.2016.05.017.
 67. Espauella-panicot J, Molist-Brunet N, Sevilla D, et al. Modelo de prescripción centrado en la persona para mejorar la adecuación y adherencia terapéutica en los pacientes con multimorbilidad. *Rev. Española geriatría y Gerontol.* 2017;article in:4-7. doi:DOI: 10.1016/j.regg.2017.03.002.
 68. Hutchinson AF, Parikh SP, Tacey MT, Harvey PA, Lim WK. A longitudinal cohort study evaluating the impact of a geriatrician-led residential care outreach service on acute healthcare utilisation. *Age Ageing* 2015;44:365-370. doi:10.1093/ageing/afu196.
 69. Arendts G, Jan S, Beck MJ, Howard K. Preferences for the emergency department or alternatives for older people in aged care : a discrete choice experiment. *Age Ageing* 2017;46:124-129. doi:10.1093/ageing/afw163.
 70. *Effective Healthcare for Older People Living in Care Homes. Guidance on Commissioning and Providing Healthcare Services across the UK.*; 2011.

71. Edwards N. How they can transform care Community services. *King's Fund* 2014:1-24. Available at: https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/community-services-nigel-edwards-feb14.pdf. Accessed July 7, 2017.
72. Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome — An Acquired , Transient Condition of Generalized Risk. *N Eng* 2013;368(2):100-102. doi:10.1056/NEJMp1211581.
73. Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR, Robert M, Fortinsky RH, Kresevic D. Recovery in Activities of Daily Living Among Older Adults Following Hospitalization for Acute Medical Illness. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(12):2171-2179. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02023.x.Recovery.
74. Wald HL, Leykum LK, Mattison MLP. REVIEWS A Patient-Centered Research Agenda for the Care of the Acutely Ill Older Patient. *J. Hosp. Med.* 2015;10(5):318-327. doi:10.1002/jhm.2356.
75. Davis MA, Nallamotheu BK, Banerjee M, Bynum JPW. Identification Of Four Unique Spending Patterns Among Older Adults In The Last Year Of Life Challenges Standard Assumptions. *Health Aff.* 2016;35(7):1-9. doi:10.1377/hlthaff.2015.1419.
76. Report of the Geriatrics – Hospice and Palliative Medicine Work Group : American Geriatrics Society and American. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:583-587. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03864.x.
77. Gómez-batiste X, Martínez-muñoz M, Blay C, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat. Med.* 2014;28(4):302-311. doi:10.1177/0269216313518266.
78. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist-Brunet N, Oller R, Gómez-batiste X, Espauella-Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev. Española geriatría y Gerontol.* 2016;52:119-127.

doi:10.1016/j.regg.2016.09.003.

79. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population Authors. *London King's Fund* 2014:1-88. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/making-care-system-fit-ageing-population>. Accessed June 29, 2017.
80. Ham C, Alderwick H, Dunn P, Mckenna H. Delivering sustainability and transformation plans From ambitious proposals to credible plans. *King's Fund* 2017;(February).
81. Morley JE. Geriatricians: The Super Specialists. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2017;65(4):866-868. doi:10.1111/jgs.14702.
82. Porter ME, Teisberg E. How Physicians Can Change the Future of Health Care. *JAMA* 2007;297(10):1103-1111.
83. Kelly MP, Heath I, Howick J, Greenhalgh T. The importance of values in evidence-based medicine. *BMC Medical, Ethics* 2015;16(69):1-8. doi:10.1186/s12910-015-0063-3.
84. Stowell C, Akerman C. Better Value in Health Care Requires Focusing on Outcomes. *Harv. Bus. Rev.* 2015.
85. Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs. *Health Aff.* 2013;32(3):516-25. doi:10.1377/hlthaff.2012.0961.
86. Curry N, Ham C. *Clinical and Service Integration The Route to Improved Outcomes*. (Sugarman J, ed.). London: TheKing'sfund; 2010.
87. Goodwin N. Understanding Integrated Care. *Int. J. Integr. Care* 2016;16(4):1-4. doi:http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2530.
88. Ham C, Walsh N. Lessons from experience Making integrated care happen at scale and pace. *King's Fund* 2013:1-8. Available at: https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-integrated-care-happen-kingsfund-mar13.pdf. Accessed July 6, 2017.

89. Glasby J. If Integration Is the Answer , What Was the Question ? What next for English Health and Social Care Partnerships ? *Int. J. Integr. Care* 2016;16(4):1-3. doi:<http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2535>.
90. Miller R. Crossing the Cultural and Value Divide Between Health and Social Care. *Int. J. Integr. Care* 2016;16(4):1-3.
91. Tsiachristas A. Financial Incentives to Stimulate Integration of Care. *Int. J. Integr. Care* 2016;16(4):1-4. doi:<http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2532>.
92. Stein K. Developing a Competent Workforce for Integrated Health and Social Care : What Does It Take ? *Int. J. Integr. Care* 2016;16(4):1-3. doi:<http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2533>.
93. Lipstein SH, Kellermann AL, Berkowitz B, et al. Workforce for 21st Century Health and Health Care A Vital Direction for Health and Health Care. *Natl. Acad. Med.* 2016:1-10. Available at: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2016/09/Workforce-for-21st-Century-Health-and-Health-Care.pdf>. Accessed July 6, 2017.
94. Morley JE, Vellas B. Patient-Centered (P4) Medicine and the Older Person. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2017;18:455-459. doi:10.1016/j.jamda.2017.04.001.
95. Westphal EC, Alkema G, Seidel R, Chernof B. How to Get Better Care with Lower Costs ? See the Person , Not the Patient. *JAGS* 2016;64:19-21. doi:10.1111/jgs.13867.
96. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan – do – study – act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf* 2014;12:290-298. doi:10.1136/bmjqs-2013-001862.
97. Reed JE, Card AJ. The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *BMJ Qual Saf* 2016;25:147-152. doi:10.1136/bmjqs-2015-005076.
98. Berwick DM. Aprimer on leading the improvement of systems. *BMJ*

- 1996;312:619-622.
99. Espauella-Panicot J. Master universitari: "Investigació en ciències clíniques" Avaluació de serveis: Projecte d'integració clínica aguts-postaguts, en el context d'un sistema integral de salut. 2009.
 100. O'Mahony D, O'Connor M. Pharmacotherapy at the end-of-life. *Age Ageing* 2011;40:419-422. doi:10.1093/ageing/afr059.
 101. Sevilla-sánchez D, Espauella-panicot J, Andrés-lazaro AM De, Torres-allezpuz R, Soldevila-Llagostera M, Codina-Jané C. Medicación potencialmente inapropiada al ingreso en una unidad de media estancia según los criterios STOPP & START. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2012;47(4):148-150. doi:10.1016/j.regg.2012.02.013.
 102. Espauella-Panicot J. Reorientando el hospital hacia la cronicidad: el caso de Vic. *Av. en gestión clínica* 2013. Available at: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2013/12/reorientando-el-hospital-hacia-la.html>. Accessed July 6, 2017.
 103. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality No decision about me, without me. *London King's Fund* 2011. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-shared-decision-making-reality>. Accessed June 29, 2017.
 104. Kalseth J, Lasteng F, Borgermans L. Financial Models for Care Integration. 2015:8. Available at: www.projectintegrate.eu. Accessed June 29, 2017.
 105. *Five Year Forward View.*; 2014.
 106. Baztan JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta- analysis. *BMJ* 2009;338:b50. doi:10.1136/bmj.b50.
 107. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P.

- Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital : meta-analysis of randomised. *BMJ* 2011;343:d6553. doi:10.1136/bmj.d6553.
108. Lin H, Watts JN, Peel NM, Hubbard RE. Frailty and post-operative outcomes in older surgical patients : a systematic review. *BMC Geriatr.* 2016;16:157. doi:10.1186/s12877-016-0329-8.
109. Colburn JL, Mohanty S, Burton JR. Surgical Guidelines for Perioperative Management of Older Adults : What Geriatricians Need to Know. *JAGS* 2017;65:1339-1346. doi:10.1111/jgs.14877.
110. Owusu C, Studenski SA. Shared Care in Geriatric Oncology : Primary Care Providers' and Medical/Oncologist's Perspectives. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2009;57(Suppl2):S239-242. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02501.x.
111. Ferrat E, Audureau E, Paillaud E, et al. Four Distinct Health Profiles in Older Patients With Cancer : Latent Class Analysis of the Prospective ELCAPA Cohort. *J Gerontol A Biol Med Sci* 2016;71(12):1653-1660. doi:10.1093/gerona/glw052.
112. Hamaker ME, Jonker JM, De Rooij SE, Vos AG, Smorenburg CH, Van Munster BC. Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer : a systematic review. *Lancet Oncol.* 2012;13:e437-e444. doi:10.1016/S1470-2045(12)70259-0.
113. Fox MT, Persaud M, Maimets I, et al. Effectiveness of Acute Geriatric Unit Care Using Acute Care for Elders Components : A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(12):2237-2245. doi:10.1111/jgs.12028.
114. Acute care toolkit 3 Acute medical care for frail older people March 2012. *R. Coll. Physicians* 2012:1-6. Available at: <https://nottingham.ac.uk/mcop/documents/acute-care-toolkit-3.pdf>. Accessed July 7, 2017.

115. Solé-Casals M, Roca Font J, Amblàs-Novellas J, et al. Changes in emergency services to adapt to the complexity pathway within the health system. *Int. J. Integr. Care* 2016;16(6). doi:10.5334/ijic.2802.
116. Conroy S, Nickel CH, Jónsdóttir AB, et al. The development of a European curriculum in Geriatric Emergency Medicine. *Eur. Geriatr. Med.* 2016;7(4):315-321. doi:10.1016/j.eurger.2016.03.011.
117. Imison C, Poteliakhoff E, Thompson J. Older people and emergency bed use Exploring variation. *King's Fund* 2012;(August):1-24. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/older-people-and-emergency-bed-use>. Accessed June 29, 2017.
118. Solé-Casals M, Chirveches-Pérez E, Puigoriol-Juventeny E, Nubó-puntí N, Chabrera-Sanz C, Subirana-Casacuberta M. Perfil y resultados del paciente frágil valorado por la enfermera de práctica avanzada en un servicio de. *Enfermería Clínica* 2017;27(4). doi:10.1016/j.enfcli.2017.04.003.
119. Cooke M, Oliver D, Burns A. *Quality Care for Older People with Urgent & Emergency Care Needs "Silver Book."* British Geriatrics society; 2012. Available at: http://www.bgs.org.uk/campaigns/silverb/silver_book_complete.pdf.
120. Platts-mills TF, Richmond NL, Lefebvre EM, et al. Availability of Advance Care Planning Documentation for Older Emergency Department Patients: A Cross-Sectional Study. *J. Palliat. Med.* 2017;20(1):74-78. doi:10.1089/jpm.2016.0243.
121. Conroy S, Turpin S. New horizons : Urgent care for older people with frailty. *Age Ageing* 2016;0:1-8. doi:10.1093/ageing/afw135.
122. Elliott A, Hull L, Conroy S. Frailty identification in the emergency department — a systematic review focussing on feasibility. *Age Ageing* 2017;46:509-513. doi:10.1093/ageing/afx019.
123. Jay S, Whittaker P, Mcintosh J, Hadden N. Can consultant geriatrician led

- comprehensive geriatric assessment in the emergency department reduce hospital admission rates ? A systematic review. *Age Ageing* 2017;46(December 2016):366-372. doi:10.1093/ageing/afw231.
124. Young J, Galdman J, Forsyth D, Holditch C. The second national audit of intermediate care. *Age Ageing* 2015;44:182-184. doi:10.1093/ageing/afu174.
125. Salvà A, Roque M, Valle E, Bustins M, Bullich I, Sanchez P. Prognostic factors of functional status improvement in individuals admitted to convalescence care units. *Eur. Geriatr. Med.* 2015;6:341-347. doi:10.1016/j.eurger.2014.11.012.
126. Maximising Recovery and Promoting Independence: Intermediate Care's contribution to Reshaping Care: An Intermediate Care Framework for Scotland. *Scottish Gov.* 2012;(April):1-53. Available at: <http://www.gov.scot/Resource/0038/00386925.pdf>. Accessed July 8, 2017.
127. Shepperd S, Doll H, Angus RM, et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *CMAJ* 2009;180(2):175-182.
128. Inzitari M, Espinosa-Serralta L, Perez-Bocanegra MC, Roquè-Fíguls M, Argimón-Pallàs J-M, Farré-Calpe J. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. *Gac. Sanit.* 2012;26(2):166-169. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.007.
129. Mas MÀ, Santauegènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano : revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev. Española geriatría y Gerontol.* 2015;50(1):26-34. doi:10.1016/j.regg.2014.04.003.
130. Mas MÀ, Closa C, Santauegènia SJ, Inzitari M, Ribera A, Gallofré M. Hospital-at-home integrated care programme for older patients with orthopaedic conditions : Early community reintegration maximising

- physical function. *Maturitas* 2016;88:65-69.
doi:10.1016/j.maturitas.2016.03.005.
131. Mas MÀ, Inzitari M, Sabaté S, Santaeugènia SJ, Miralles R. Hospital-at-home Integrated Care Programme for the management of disabling health crises in older patients : comparison with bed-based Intermediate Care. *Age Ageing* 2017;0:1-7. doi:10.1093/ageing/afx099.
132. Personalised care and support planning handbook : The journey to person-centred care. *NHS Engl.* 2015:1-27. Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/practcl-del-care-support-planning.pdf>.
133. Guidance on delivering personalised care and support planning : The journey to person-centred care. *NHS Engl.* 2015:1-21. Available at: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/keogh-review/Documents/pers-care-guid-sup-comms.pdf>.
134. MDT Development - Working toward an effective multidisciplinary / multiagency team. *NHS England/Nursing/LTC* 2015:1-36. Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/01/mdt-dev-guid-flat-fin.pdf>. Accessed June 30, 2017.
135. Brenton C, Paynton D, Hodkinson I, Mathers N. Stepping forward: Commissioning principles for collaborative care and support planning. *R. collage Gen. Pract.* 2015:1-39. Available at: www.rcgp.org.uk/~media/.../Care Planning/stepping-forward-web-061015a.ashx. Accessed July 7, 2017.
136. Molist N, Espauella J, Sevilla D, et al. A patient-centered prescription model assessing the appropriateness of chronic drug therapy in older patients at the end of life. *Eur. Geriatr. Med.* 2015;6:565-569.
doi:10.1016/j.eurger.2015.07.008.
137. Molist N, Espauella J, Sevilla D, Amblàs J, Codina C, Gómez-batiste X. Adequació de la prescripció en pacients amb malalties cròniques. *Ann.*

Med. 2016;99(1):5-8.

138. Bodenheimer T. Coordinating Care- A Perilous Journey through The Health Care System. *N. Engl. J. Med.* 2008;358(10):1064-1071. doi:10.1056/NEJMhpr0706165.
139. Guinovart Garriga C, Roca Casas J, Rufí Vilà A, Serrarols M, Blay Pueyo C, Espauella-Panicot J. The case conference as a tool to improve shared care and to focus on personalized care. *Int. J. Integr. Care* 2016;16(6):1-3. doi:10.5334/ijic.2800.
140. Shortell SM, Scheffler RM, Kessell ER, Fulton BD. Accountable Care Organizations in California : Accountable Care Organizations in California: Promise & Performance. *Berckley Forum* 2015;February:1-32.
141. Toro N, Berraondo I, Perez I, Nuño R, Del Rió M. Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *Intrnational J. Integr. care* 2015;15:1-13.
142. Gray BH, Winblad U, Sarnak DO. Case Study Sweden ' s Esther Model : Improving Care for Elderly Patients with Complex Needs. *Commonw. Fund* 2016;(September).
143. Sarnak DO, Ryan J. Issues in International Health Policy How High-Need Patients Experience the Health Care System in Nine Countries. *Commonw. Fund* 2016;(January).
144. Purdy S. Avoiding hospital admissions. *King's Fund* 2010:1-28. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Avoiding-Hospital-Admissions-Sarah-Purdy-December2010.pdf>. Accessed July 7, 2017.
145. Thistlethwaite P. Integrating health and social care in Torbay Improving care for. *King's Fund* 2011:1-28. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/integrating-health-social-care-torbay-case-study-kings-fund-march-2011.pdf>. Accessed July 7, 2017.
146. Philip I. The contribution of geriatric medicine to integrated care for older

- people. *Age Ageing* 2015;44:11-15. doi:10.1093/ageing/afu180.
147. Abrahamson K, Myers J, Nazir A. Implementation of a Person-Centered Medical Care Model in a Skilled Nursing Facility : A Pilot Evaluation. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2017;18(6):539-543.
doi:10.1016/j.jamda.2017.03.001.
148. National End of Life Care Intelligence Network. Available at:
www.endoflifecare-intelligence.org.uk/data_sources/place_of_death.
Accessed July 5, 2017.
149. Salzberg CA, Hayes SL, Mccarthy D, et al. Health System Performance for the High-Need Patient : A Look at Access to Care and Patient Care Experiences. *Commonw. Fund* 2016;(August).
150. Ross S, Curry N, Goodwin N. Case management. *London King's Fund*. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/case-management>. Accessed June 12, 2017.
151. Naylor C, Alderwik H, Honeyman M. Acute hospitals and integrated care. *London King's Fund* 2015;(March). Available at:
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/acute-hospitals-and-integrated-care>. Accessed May 23, 2017.
152. Kerrissey MJ, Clark JR, Friedberg MW, et al. Medical Group Structural Integration May Not Ensure That Care Is Integrated, From The Patient's Perspective. *Health Aff.* 2017;36(5):885-892.
doi:10.1377/hlthaff.2016.0909.
153. Anderson GF, Ballreich J, Bleich S, et al. Attributes Common to Programs That Successfully Treat High-Need, High-Cost Individuals. *Am J Manag Care* 2015;21(11):597-600.
154. Wodchis WP, Dixon A, Anderson GM, Goodwin N. Integrating care for older people with complex needs: key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis. *Int. J. Integr. Care* 2015;15(September):1-15. doi:10.5334/ijic.2249.

155. Schubert CC, Myers LJ, Allen K, Counsell SR. Implementing Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders Team Care in a Veterans Affairs Medical Center : Lessons. *JAGS* 2016;64:1503-1509. doi:10.1111/jgs.14179.
156. Saberi V, Barclay L. Multi-Purpose Services : Model for smaller hospital integrated care. *Int. J. Integr. Care* 2015;15:19-21. doi:10.5334/ijic.2377.
157. Roland M, Lewis R, Steventon A, et al. Case management for at-risk elderly patients in the English integrated care pilots : observational study of staff and patient experience and secondary care utilisation. *Int. J. Integr. Care* 2012;12(July):1-21.
158. Hostetter M, Klein S, Mccarthy D, Hayes SL. Guided Care : A Structured Approach to Providing Comprehensive Primary Care for Complex Patients. *Commonw. Fund* 2016;(October).
159. Wistow G, Gaskins M, Holder H, Simth J. Why Implementing Integrated Care is so much harder than designing it : experience in North West London. England (2014-2015). *Nuffieldtrust* 2016;(May):1-14. Available at: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/integrated-care-north-west-london-experience>.
160. Safe , compassionate care for frail older people using an integrated care pathway :Practical guidance for commissioners, providers and nursing, medical and allied health professional leaders. *Natl. Heal. Serv.* Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/02/safe-comp-care.pdf>. Accessed June 22, 2017.
161. Ham C. Place-based systems of care A way forward for the NHS in England Authors. *King's Fund* 2015;(November):1-51. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/place-based-systems-care>. Accessed July 9, 2017.
162. Oldham J. One Person One Team One System. *Rep. Indep. Com. whole Pers. care* 2014;February.

163. Löppönen M, Heinonen P, Jartti L, et al. Geriatricians feel growing external appreciation of their work . Survey among Finnish geriatricians in 2013. *Eur. Geriatr. Med.* 2015;6:570-572.
doi:10.1016/j.eurger.2015.08.007.
164. Schubert CC, Myers LJ, Allen K, Counsell SR. Implementing Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders Team Care in a Veterans Affairs Medical Center : Lessons Learned and Effects Observed. *JAGS* 2016;64:1503-1509. doi:10.1111/jgs.14179.
165. Coburn K, Grinberg C, Demuynck S, Hawthorne M. Replicating Effective Models Of Complex Care Management For Older Adults. *Heal. Aff. blog* 2017;1-5. Available at: <http://healthaffairs.org/blog/2017/06/07/replicating-effective-models-of-complex-care-management-for-older-adults/>. Accessed July 8, 2017.
166. Roche N, Reddel HK, Agusti A, et al. Integrating real-life studies in the global therapeutic research framework. *Lancet Respir. Med.* 2013;1(10):e29-e30. doi:10.1016/S2213-2600(13)70199-1.
167. Hammer GP, Du Prel J-B, Blettner M. Avoiding Bias in Observational Studies. *Dtsch Arztebl Int* 2009;106(41):664-668.
doi:10.3238/arztebl.2009.0664.
168. Berger ML, Dreyer N, Anderson F, Towse A, Sedrakyan A, Normand SL. Prospective observational studies to assess comparative effectiveness: The ISPOR good research practices task force report. *Value Heal.* 2012;15(2):217-230. doi:10.1016/j.jval.2011.12.010.
169. Shrank W, Saunders R, McClellan M. Better Evidence to Guide Payment Reforms: Recognizing the Importance of Perspective. *JAMA* 2017;317(8):805-806. doi:10.1001/jama.2017.0034.
170. Chandra A, Dalton MA, Holmes J. Large Increases In Spending On Postacute Care In Medicare Point To The Potential For Cost Savings In These Settings. *Health Aff.* 2013;32(5):864-872.

doi:10.1377/hlthaff.2012.1262.

171. Zerhouni E, Berg J, Hrabowski FA, Kington R, Landis S. Training the Workforce for 21st Century Science A Vital Direction for Health and Health Care. *Train. Work. 21st Century Sci. Discuss. Pap. Vital Dir. Heal. Care Ser. Natl. Acad. Med. Washington, DC.* <https://nam.edu/wp-content/uploads/2016/09/training-the-workforce-for-21st-century-science> 2016.
172. Moore D, Appleby J, Meyer J, et al. MAIN REPORT. *Heal. care leads HSJ* 2014;(November). Available at: <https://www.hsj.co.uk/hsj-knowledge/commissions-and-inquiries/frail-older-people/commission-on-hospital-care-for-frail-older-people-main-report/5076859.article>. Accessed June 29, 2017.
173. Gómez-batiste X, Martínez-muñoz M, Blay C, et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO © tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to ... Utility of the NECPAL tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients. *Palliat. Med.* 2016;4:1-10.
doi:10.1177/0269216316676647.
174. Blom J, Den Elzen W, Van Houwelingen AH, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive , goal-oriented , integrated care model in general practice for older people . A cluster randomised controlled trial : Integrated Systematic Care for older People — the ISCOPE study. *Age Ageing* 2016;45:30-41. doi:10.1093/ageing/afv174.
175. Leeds interface geriatrician service. *King's Fund* 2014:1-13. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/leeds-interface-geriatrician-service-kingsfund-oct14.pdf>. Accessed July 8, 2017.
176. Baker M, Oliver D, Burns E, Payton D, Bullard E, Cooke C. Integrated care for older people with frailty. *R. Coll. Gen. Pract. Br. Geriatr. Soc.* 2016:1-40. Available at: http://www.bgs.org.uk/pdfs/2016_rcgp_bgs_integration.pdf. Accessed

June 29, 2017.

177. Cooper A, Edwards A, Williams H, et al. Sources of unsafe primary care for older adults : a mixed-methods analysis of patient safety incident reports. *Age Ageing* 2017;16:1-7. doi:10.1093/ageing/afx044.
178. Moulds O, Moulds D, Schneider E c, Doty MM, Squires D, Sarnak DO. Primary Care Physicians in Ten Countries Report Challenges Caring for Patients with Complex Health Needs. *Commonw. Fund* 2015;(December).
179. Morley JE, Arai H, Cao L, et al. Integrated Care : Enhancing the Role of the Primary Health Care Professional in Preventing Functional Decline : A Systematic Review. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2017;18(6):489-494. doi:10.1016/j.jamda.2017.03.015.
180. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, et al. Looking for Frailty in community-Dwelling Older Persons: The Gerontpole Frailty Screening Tool (GFST). *J. Nutr. Heal. Aging* 2013;17(7):629-631. doi:10.1007/s12603-013-0363-6.
181. Leeuwen KM Van, Bosmans JE, Jansen APD, et al. Cost-Effectiveness of a Chronic Care Model for Frail Older Adults in Primary Care : Economic Evaluation Alongside a Stepped-Wedge Cluster-Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63:2494-2504. doi:10.1111/jgs.13834.
182. Galdman J, Conroy SP, Ranhoff AH, Gordon AL. New horizons in the implementation and research of comprehensive geriatric assessment : knowing , doing and the “ know-do ” gap. *Age Ageing* 2016;45:194-200. doi:10.1093/ageing/afw012.
183. Gillick MR. When Frail Elderly Adults Get Sick : Alternatives to Hospitalization. *Ann. Intern. Med.* 2014;160:201-202. doi:10.7326/M13-1793.
184. Busetto L, Kiselev J, Luijkx KG, Steinhagen-thiessen E, Johannes H, Vrijhoef JM. Implementation of integrated geriatric care at a German hospital : a case study to understand when and why beneficial outcomes

- can be achieved. *BMC Heal. Sevices Res.* 2017;17(180):1-14.
doi:10.1186/s12913-017-2105-7.
185. Hogan DB, Maxwell CJ, Afilalo H, et al. A Scoping Review of Frailty and Acute Care in Middle-Aged and Older Individuals with Recommendations for Future Research. *Can. Geriatrics J.* 2017;20(1):22-37.
doi:10.5770/cgj.20.240.
186. Roland M, Pearson M. Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs Ten Recommendations for Policymakers. 2017;(January).
187. People helping people. *NHS Engl.* 2016:1-45. Available at:
<https://www.england.nhs.uk/pioneers/wp-content/uploads/sites/30/2016/01/pioneer-programme-year2-report.pdf>.
Accessed July 9, 2017.
188. Ledesma Castelltort A, Blay Pueyo C, Contel Segura JC, González-mestre A, Sarquella Casellas E, Viguera Espejo L. Model Català d'atenció integrada“ Cap a una atenció centrada en la persona .” *General. Catalunya - Pla interdepartamental d'atenció i interacció Soc. i sanitària* 2015.
189. Craig C, Chadborn N, Sands G, Toumainen H, Galdman J. Systematic review of EASY-care needs assessment for community-dwelling older people. *Age Ageing* 2015;44:559-565. doi:10.1093/ageing/afv050.
190. Callahan CM. Response to John E. Morley about “The Future Role of Geriatrics.” *J. Am. Geriatr. Soc.* 2017;65(4):869. doi:10.1111/jgs.14701.
191. Tinetti M. Mainstream or Extinction: Can Defining Who We Are Save Geriatrics? *J. Am. Geriatr. Soc.* 2016;64(7):1400-1404.
doi:10.1111/jgs.14181.
192. Meiboom AA, De Vries H, Hertogh CPM, Scheele F. Why medical students do not choose a career in geriatrics : a systematic review. *BMC Med. Educ.* 2015;15(101):1-9. doi:10.1186/s12909-015-0384-4.

193. Tang PC, Smith MD, Adler-milstein J, et al. The Democratization of Health Care A Vital Direction for Health and Health Care. *Natl. Acad. Med.* 2016;1-8. Available at: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2016/09/The-Democratization-of-Health-Care.pdf>. Accessed July 9, 2017.
194. Preferred Priorities for Care. *NHS Natl. end life care Program.* 2011:1-12. Available at: http://endoflifecareambitions.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/preferred_priorities_of_care_pdf.pdf. Accessed July 9, 2017.
195. Shvartzman P, Reuven Y, Halperin M, Menahem S. Advance Directives d The Israeli Experience. *J. Pain Symptom Manage.* 2015;49(6):1097-1101. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.12.009.
196. Rosengrad A, Ridley J, Hunter S. A Literature Review on Multiple and Complex Needs. *Scottish Exec.* 2007:1-151. Available at: <http://www.gov.scot/Publications/2007/01/18133419/0>. Accessed July 9, 2017.
197. Colla CH, Lewis VA, Kao L-S, O'Mally AJ, Chang C-H, Fisher ES. Association Between Medicare Accountable Care Organization Implementation and Spending Among Clinically Vulnerable Beneficiaries. *JAMA Intern. Med.* 2016;176(8):1167-75. doi:10.1001/jamainternmed.2016.2827.
198. Bernabeo E, Holmboe ES. Patients, providers, and systems need to acquire a specific set of competencies to achieve truly patient-centered care. *Health Aff.* 2013;32(2):250-8. doi:10.1377/hlthaff.2012.1120.
199. Quinn K. The 8 Basic Payment Methods in Health Care. *Ann intern Med* 2015;163(4):300-306. doi:10.7326/M14-2784.
200. Lynn J, McKethan A, Jha AK. Value-Based Payments Require Valuing What Matters to Patients. *JAMA* 2015;314(14):1445-1446. doi:10.1001/jama.2015.8909.

201. McClellan M, Leavitt M. Competencies and Tools to Shift Payments From Volume to Value. *JAMA* 2016;316(16):1655-1656. doi:10.17226/21861.2.
202. Walshe K, Coleman A, McDonald R, Lorne C, Munford L. Health and social care devolution : the Greater Manchester experiment. *BMJ* 2016;352:i1495. doi:10.1136/bmj.i1495.
203. Integrating health and social care. *Houses Parliam. - Parliam. Off. Sci. Technol.* 2016;532(August):1-5.
204. Gray BH, Sarnak DO, Burgers JS. Case Study Home Care by Self-Governing Nursing Teams : The Netherlands ' Buurtzorg Model. *Commonw. Fund* 2015;(May).

IX. APORTACIONS CIENTIFIQUES DERIVADES DE LA TESIS

PUBLICACIONS

2017

- Sevilla-Sanchez D, Molist-Brunet N, Amblàs-Novellas J, Roura-Poch P, **Espauella-Panicot J**, Codina-Jane **Adverse drug events in patients Advanced chronic conditions who have a prognosis of limited life expectancy at hospital admission.** C. Eur J Clin Pharmacol 2017; 73: 79. <https://doi:10.1007/s00228-016-2136-8>
- **Espauella-Panicot J**, Molist-Brunet N, Sevilla-Sánchez D, González-Bueno J, Amblàs-Novellas J, Solà-Bonada N, Codina-Jané C. **Modelo de prescripción centrado en la persona para mejorar la adecuación y adherencia terapéutica en los pacientes con multimorbilidad.** Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017. online <http://doi:10.1016/j.regg.2017.03.002>
- Amblàs-Novellas J, **Espauella-Panicot J**, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero-Ortuno R. **En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad.** Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017: 52 (3):159-166. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.005>
- González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sanchez D, **Espauella-Panicot J**, Codina-Jane C, Santos-Ramos B. **Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos.** Atención Primaria. 2017. In press. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.008>

2016

- Guinovart, C, Roca, Jordi, Rufi, A, Serrarols, M, Blay, C, Rierola, M, **Espauella-Panicot, J.** **The case conference as a tool to improve shared care and to focus on personalized care.** International Journal of Integrated Care, 2016 16(6):A252, pp. 1-8, <http://doi.org/10.5334/ijic.28008>

- Espauella-Ferrer M, **Espauella Panicot J**, Torné Coromina A, Puigoriol Juvanteny E, Zurita Casals M, Roger Casals N, Escarrabill Sanglas J. **How to evaluate value in health interventions?** International Journal of Integrated Care, 2016 16(6):A256, pp. 1-8, DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2804>
- Molist Brunet N, **Espauella Panicot J**, Sevilla Sánchez D, Amblàs Novellas J, Solà Bonada N, Torné Coromina A, Padrisa Muntal E, Codina Jané C. **A Patient-Centered Prescription Model assessing the appropriateness of chronic drug therapy in older patients.** International Journal of Integrated Care, 2016 16(6): A29, pp. 1-8, DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2972>
- Solé Casals M, Roca Font J, Amblàs Novellas J, Custodi Bernadet A, Lopera Caballero J.LI, Ramon Bofarull I, **Espauella Panicot, J** et al. **Changes in emergency services to adapt to the complexity pathway within the health system.** International Journal of Integrated Care, 2016 16(6):A254, pp. 1-8, DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2802>
- Ferrer Solà M, Claperà Cros J, Sureda Vidal H, Fontserè Candell E, Espauella Ferrer M, González Martínez V, **Espauella Panicot J**, Otero Viñas M **The wound care in a wound clinical interdisciplinary unit allows increasing the annual rate of healed wounds.** International Journal of Integrated Care, 2016 16(6):A261, pp. 1-8, <http://doi.org/10.5334/ijic.2809>
- Bajo-Peñas L, Romero-Mas T, **Espauella-Panicot J. Conducción y demencia: análisis de casos en una unidad de diagnóstico de trastornos cognitivos.** Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016; 51 (3):150-153. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.003>
- Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gomez-Batiste

X, **Espauella-Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica.** Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016; 52 (3)119-127.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.09.003>

- Pavasini R, Guralnik J, Brown JC, Di Bari M, Cesari M, Landi F, Vaes B, Legrand D, Verghese J, Wang C, Stenholm S, Ferrucci L, Lai JC, Arnau-Bartes A, **Espauella-Panicot J**, Ferrer M, Lim JY, Ensurd KE, Cawton P, Turusheva A, Frolova E, Rolland Y, Lauwers V, Corsonello A, Kirk GD, Ferrari R, Volpato S, Campo G. **Short Physical Performance Battery and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis.** BMC Medicine 2016; 14:215 <https://doi10.1186/s12916-016-0763-7>
- Gomez-Batiste X, Martinez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, **Espauella-Panicot J**, Villanueva A, Oller R, Martori C, Constante C. **Utility of the NECPAL CCOMS-ICO tool and the surprise question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with Advanced chronic conditions: A cohort study.** Palliative Medicine 2016; 1-10 <https://doi:10.1177/0269216316676647>
- Amblàs-Novellas J, Murray SA, **Espauella J**, et al. **Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories.** BMJ Open 2016;6:e012340.
<https://doi:10.1136/bmjopen-2016-012340>

2015

- Molist Brunet N, **Espauella Panicot J**, Sevilla Sánchez D, Amblàs Novellas J, Codina Jané C, Altimiras-Roset, Gómez-Batista. **A patient-centered prescription model assessing the appropriateness of chronic drug therapy in older patients at the end of life.** Eur. Geriatr.

Med. 2015; 6 (6) 565-569 <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.07.008>

- Amblàs-Novellas J, **Espauella-Panicot J**, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, Gómez-Batiste X. **Frailty, severity and Shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at end of life.** Eur Geriatr Med. 2015; 6: 189-194 <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2015.01.002>
- Arnau A., **Espauella, J**, Méndez T, Serrarols M., Canudas J, Formiga F, Ferrer M. **Lower limb function and 10-year survival in population aged 75 years and older.** *Family practice*, 2015; 33(1): 10-16. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz088>

2014

- Molist Brunet N, Sevilla-Sánchez D, Amblàs Novellas J, Codina Jané C, Gómez-Batiste X, McIntosh J, **Espauella-Panicot . Optimizing drug therapy in patients with advanced dementia: A patientcentered approach.** Eur. Geriatr. Med. 2014;5:66–71. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.10.011>
- Roca-Carbonell F, Hernandez-Ocampo EM, Aragonès-Pascual JM, Sole-Casals E, Clapera-Cros J, Espauella-Panicot J. **Experiencia de una Unidad de Prevención de Caídas de un hospital de cuidados intermedios.** Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016; 49 (2): 69-71 <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.09.002>
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, **Espauella J**, Espinosa J, Constante C, Mitchell GK. **Prevalence and characteristics of patients with Advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study.** Palliat Med 2014 Apr; 28 (4): 302-11. <https://doi:10.1177/0269216313518266>.

2013

- Bajo-Peñas L, **Espauella-Panicot J**, Dalmau-Paniagua N, Barneto-Soto M, Altimiras-Roset J. **Análisis de las defunciones de pacientes con demencia ingresados en una unidad de psicogeriatría.** Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013; 48(2):69-71 <https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.07.004>
- Ferrer Solà Marta; **Joan Espauella Panicot**; Elisenda Ylla-Català Boré; Jacint Altimires Roset; María Moreno Susi. **Prevención de las úlceras de talón en un hospital de media estancia. Estudio comparativo de vendaje clásico almohadillado respecto las taloneras.** Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(1):3-8. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.04.008>
- Amblàs-Novellas J, **Espauella-Panicot J**, Blay-Pueyo C, Molist-Brunet N, Lucchetti-d'Aniello GE, Anglada-Arisa A, Casas-Roca J. **Tópicos y reflexiones sobre la reducción de ingresos hospitalarios: de la evidencia a la práctica.** Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013; 48 (6): 290-296. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.05.001>

PARTICIPACIÓ A CONGRESSOS, JORNADES, SEMINARIS DE RECERCA, SESSIONS DE TREBALL AMB ELS GRUPS DE RECERCA

2016

- **Autologous platelet-rich plasma is a safe and efficient method to promote wound healing in a clinical wound unit.** Ferrer-Solà M; Otero-Viñas M; Sureda-Vidal H; **Espauella-Panicot J**.
5th Congres WUWHS. Florencia. Italia 25-29 september 2016.
- **The wound care in a wound clinical interdisciplinary unit allows increasing the annual rate of healed wounds.** Sureda-Vidal H, Ferrer-Solà M, Claperà-Cros J, Fontserè-Candell E, Espauella-Ferrer M, González-Martínez V, **Espauella-Panicot J**, Otero-Viñas M.

5th Congres WUWHS. Florencia. Italia 25-29 september 2016.

- **Wound care in a wound clinical interdisciplinary unit allows increase the annual rate of healing.** Marta Ferrer Solà; Josefina Clapera Cros; Helena Sureda Vidal; Ester Fontserè Candell; Mariona Espauella Ferrer; Victor Gonzalez Martinez; **Joan Espauella Panicot**; Marta Otero Viñas.

6th International Workshop On Higher Education. Vic 13-17 June 2016.

- **La aproximación de los bordes de las heridas con dehiscencia de sutura puede reducir el tiempo de curación.** Clapera Cros J; Fontserè Candell E; Umpierrez Perez M; Sureda Vidal H; González Martínez V; **Espauella Panicot J**; Otero Viñas M; Ferrer Solà M.

XVIII Congreso Nacional de Enfermería Vascul. Sitges 9-10 junio 2016.

- **The wound care in a wound clinical interdisciplinary unit allows increasing the annual rate of healed wounds.** Marta Ferrer Solà; Josefina Clapera Cros; Helena Sureda Vidal; Ester Fontserè Candell; Mariona Espauella Ferrer; Victor Gonzalez Martinez; **Joan Espauella Panicot**; Marta Otero Viñas.

16th International Conference for Integrated Care. Barcelona 23-25 may 2016.

- **Modelo de Prescripción Centrado en la Persona aplicado a pacientes institucionalizados con enfermedad cronica avanzada.** Sola Bonada N, Torne Coromina A, Molist Brunet N, Padrisa Muntal E, Grane Franch N, **Espauella Panicot J**.

VIII Congreso Nacional de atención sanitaria al paciente crónico/III Conferencia Nacional del Paciente Activo. 8 abril 2016

- **Análisis de la evaluación de la fractura de fémur a partir de los resultados que importan al paciente.** Espauella-Ferrer M, Torné-Corominas A, Yataco L, Puigoriol E, Ullastre M, Otero-Viñas M, **Espauella-Panicot J**.

58º Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología / 37o Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriátría y Gerontología 8-10 de juny de 2016

- **Prescripción centrada en el paciente en una unidad geriátrica de agudos.** Méndez Siliuto, Teresa; Molist Brunet, Nuria; Sevilla Sánchez,

*Daniel; Amblàs Novellas, Jordi; Puigoriol Juvanteny, Emma; **Espauella Panicot, Joan.***

58º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología / 37º Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología 8-10 de juny de 2016

- **Changes in emergency services to adapt to the complexity pathway within the health system (UVic).** *J. Espauella-Panicot, J. Amblàs-Novellas, N. Molist Brunet, M. Solé Casals, J. Roca Font; A. Custodi Bernadet; I. Ramon-Bofarull.*

VI International Workshop on Higher Education 13-17 juny 2016

- **Patient-Centered Prescription Model assessing the appropriateness of chronic drug therapy in older patients.** *N.Molist-Brunet, N; Sevilla-Sánchez, D.; Solà-Bonada, N; **Espauella-Panicot, J.**; Amblàs-Novellas, J.; Codina-Jané, C.*

4th international conference on Preventing Overdiagnosis. 20-22 setembre 2016.

- **Nous models d'atenció a les crisis dels pacients geriàtrics: Hospitalització domiciliària a l'alta d'urgències.** *Mendez Siliuto, Teresa; Roca Rabionet, Clàudia ; Ruiz Rodriguez, Christian; Yataco Carbajal, Lizbeth; Fabrego Trabal, Josep; **Espauella Panicot, Joan.***

22è Congrés de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. 20-21 octubre 2016

- **Atenció al pacient geriàtric: des d'urgències a un hospital d'atenció intermèdia.** *Ribera Nadal, Anna; Latorre Vallbona, Nadina; Mendez Siliuto, Teresa; Roca Rabionet, Clàudia; Castejón Hernández, Santiago; Bajo Peñas, Lorena; **Espauella Panicot, Joan.***

22è Congrés de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. 20-21 octubre 2016

2015

- **Intermediate care: An important contribution to integrate care for older people** , in Osona. [Espaulella Panicot, Joan](#) ; [Romeu Fabre, Àngels](#) ; [Ramon Bofarull, Isabel](#) ; [Vila Ribas, Ester](#) ; [Roca Casas, Jordi](#).
5th annual international workshop on higher education. 2015
- **Unidad de heridas multidisciplinar: estrategias para su consolidación.**
Josefina Clapera Cros; Marta Ferrer Solà; Ester Fontserè Candell; Montserrat Casellas Castells; Lorena Bajo Pérez; Víctor González Martínez; Carme Salomón Elcacho; **Joan Espaulella Panicot**.
XXVII Congreso Nacional de Enfermería Vasculuar. Castellón 4 y 5 de mayo del 2015.
- **Hydrosurgery as an efficient debridement method in a clinical wound unit.** Marta Otero Viñas; Marta Ferrer Solà; Josefina Clapera Cros; Víctor González Martínez; Helena Sureda Vidal; **Joan Espaulella Panicot**.
27th Annual Meeting of the Wound Healing Society (WHS) Sant Antonio Texas, Estats Units d'Amèrica. 29 april, 5 may 2015.
- **Evaluación de resultados según el modelo de Porter en pacientes geriátricos 1.** Anna Torné, Mariona Espaulella, Emma Puigoriol, Cnristian-Omar Ruíz, Joan Escarrabill, **Joan Espaulella**. San Sebastià 57º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología - SEGG 2015. 03-05 de juny de 2015.
- **Evaluación de resultados según modelo Porter en pacientes geriátricos 2.** Mariona Espaulella, Anna Torné, Marta Casals , Emma Puigoriol, Joan Escarrabill, **Joan Espaulella**. San Sebastià, 57º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología - SEGG 2015. 03-05 de juny de 2015.
- **Optimizing drug therapy in patients with advanced dementia: A patient-centered approach.** Núria Molist, Daniel Sevilla, Jordi Amblàs, **Joan Espaulella**, Carles Codina. Vic 5th Annual international Workshop of Higher Education 8-12 de juny de 2015
- **Impacte de la ruta de complexitat en l'atenció dels pacients en final de vida.** Ribera Nadal, Anna; Albó Poquí, Anna; **Espaulella Panicot, Joan**.

Terrassa XXI Congrés de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia.
22 d'octubre de 2015

- **Prescripció centrada en el pacient en una unitat geriàtrica d'aguts.** Méndez Siliuto Teresa, Molist Brunet Núria, Sevilla Sánchez Daniel, Amblàs Novellas, Jordi, Altimiras Roset Jacint, **Espauella Panicot Joan**. Terrassa, XXI Congrés de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. 22 d'octubre de 2015
- **Disseny i validació d'un Índex de Fragilitat basat en la Valoració Integral Geriàtrica -Índex Fràgil-VIG-. Resultats preliminars.** Jordi Amblàs Novellas, Joan Carles Martori Cañas, Ramon Oller Piqué, Núria Molist Brunet, **Joan Espauella Panicot**. Terrassa XXI Congrés de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. 22 d'octubre de 2015.
- **Prevalència de síndromes geriàtrics en pacientes que ingresan en una unidad geriàtrica de agudos.** Ruiz Rodríguez, Christian; Amblàs Novellas, Jordi; Molist Brunet, Núria; Méndez Siliuto, Teresa; Yataco Carbajal, Lizbeth; **Espauella Panicot, Joan**. Terrassa XXI Congrés de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. 22 d'octubre de 2015.
- **La conferència de cas com a una eina per a millorar l'atenció compartida i la personalització de les intervencions.** **Espauella Panicot, Joan**; Ramon Bofarull, Isabel; Narejos Pérez, Sílvia; Serrarols Soldevila, Marta. Riera Corominas, Montserrat; Ribas Casals, Anna; Rufí Vilà, Anna; Villegas Subirana, Josep Maria; Guinovart Garriga, Carme; Roca Casas, Jordi. Sitges 5^o Jornada Pla de Salut de Catalunya. 27 de novembre de 2015
- **Avaluació de l'orientació dels Hospitals cap a l'atenció a la cronicitat.** N Robles; J Escarrabill, M Espallargues, **J Espauella**, E Vila, J Mayoral, R Alcaraz, J Sánchez, I Ramón, M Decool. Sitges 5^o Jornada Pla de Salut de Catalunya. 27 de novembre de 2015
- **Quadre de comandament territorial com a element avaluador de la implantació de la ruta PCC-MACA a Osona.** I.Ramon (CHV), **J. Espauella** (FHSC), S. Narejos (EAP Centelles), M. Serrarols (EAP Vic Sud), M.M. Riera (ICS), A.Ribas (ICS),A.Fontquerni (SEM) . Sitges 5^o Jornada Pla de Salut de Catalunya. 27 de novembre de 2015

- Projecte SUSTAIN: Atenció integrada, adaptada i sostenible per la gent gran d'Europa. *Carme Carrion, Noemí Robles, Gabriela Barbaglia, Laia Domingo Núria Albi, **Joan Espauella**, Mireia Espallargues*. Projecte SUSTAIN: Atenció integrada, adaptada i sostenible per la gent gran d'Europa. 27 de novembre de 2015

2014

- **Utilitzación de la hidrocirurgia como método de desbridamiento en una unidad de heridas.** Marta Ferrer Solà; Joan Enric Torra Bou; Josefina Clapera Cros; Manuela Moruno Sánchez; Marta Otero Viñas; **Joan Espauella Panicot**.
24 Conference of the European Wound Management Assotiation - X Simposió Nacional de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid 14-16 de mayo 2014.

2013

- **Unidad de heridas crónicas liderado por enfermería.** Marta Ferrer Solà; Josefina Clapera Cros; **Joan Espauella Panicot**; Helena Sureda Vidal; Anna Formiguera Macia; Marta Otero Viñas.
XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Valladolid 25 y 26 abril del 3013

2012

- **Reducción del tiempo de desbridamiento: utilización del sistema de hidrocirurgia.** Marta Ferrer Solà; Josefina Clapera Cros; Ester Fonseré Candell; **Joan Espauella Panicot**.
IX Simposió Nacional de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Sevilla 14-16 noviembre 2012
- **Resultados de la aplicación de factores de crecimiento autólogos.**
Marta Ferrer Solà; Josefina Clapera Cros; Ester Fontseré Candell; Elisenda Ylla-Català Boré; Núria Dalmau Paniagua; Núria Morera Soler;

Joan Espauella Panicot; Victor Gonzalez Martinez.

XXIV Congreso Nacional de Enfermería Vascular. Castelldefels, 31 de mayo y 1 de junio 2012

- **Unidad de heridas crónicas, evaluación de resultados. Marta Ferrer Solà;** Josefina Clapera Cros; Ester Fontseré Candell; Joan Espauella Panicot.

XXIV Congreso Nacional de Enfermería Vascular. Castelldefels, 31 de mayo y 1 de junio 2012

ANNEXOS

ANNEX 1

Aquest es un article pendent de publicació que dona molts elements de l'avaluació de resultats des de la perspectiva del pacient. Fa també una proposta de l'avaluació de resultats segons el model de Porter

AVALUACIÓ DELS RESULTATS DE SALUT EN PACIENTS HOSPITALITZATS

FRÀGILS: SEGONS EL MODEL DE PORTER

INTRODUCCIÓ

Les persones de més de 85 anys són la població que ha crescut més en els últims anys (percentualment), són usuaris freqüents dels hospitals¹ i sovint presenten complexitat clínica per la seva multimorbiditat i el seu deterior funcional^{2,3}. En el nostre entorn, els \geq 85 anys representen el 3% de la població i el 14% dels ingressos hospitalaris⁴⁻⁶. En aquest pacients l'hospitalització és un esdeveniment important en el seu curs vital, doncs s'acompanya amb alta freqüència de múltiples efectes no desitjats i el 50% de nova discapacitat està relacionada amb una hospitalització prèvia⁷⁻⁹. Una paradoxa freqüent de l'hospitalització és la discordança entre la milloria en els diagnòstics clínics i l'empitjorament de la seva funcionalitat respecte el seu estat basal¹⁰.

La majoria de sistemes de salut busquen quines son les millors estratègies per atendre els pacients geriàtrics fràgils en situació de crisi, comparant els models convencionals basats en la institucionalització amb les alternatives a ¹⁰⁻¹². En totes aquestes intervencions es busca incrementar el valor des de la perspectiva del pacient i, a la vegada, fer un ús eficient dels recursos escassos. Aquesta aproximació implica formes diverses d'abordar els problemes clínics, com per exemple les decisions basades en valors o l'atenció integrada i les formes de finançament pels proveïdors.

Porter el 2010 proposa un marc conceptual per avaluar els resultats de les intervencions sanitàries posant l'èmfasi en allò que aporta valor al pacient¹³. Els elements clau d'aquest marc conceptual central en el pacient són: a) centrar-se en condicions clíniques (no en procediments) de les persones individuals o dels grups de pacients amb necessitats comunes, b) fer servir múltiples indicadors, c) analitzar tot el procés assistencial (considerant diversos proveïdors i llocs d'atenció, des de l'hospital d'aguts al domicili del pacient) i d) relacionar-ho amb el cost.

Per dur a la pràctica aquest abordatge Porter proposa tres jerarquies de resultats. La primera jerarquia la constitueixen els resultats en salut assolits o retinguts. La supervivència és un dels indicadors d'aquesta primera jerarquia, encara que no té el mateix valor per a totes les persones. La segona jerarquia són els resultats relacionats

1

amb el procés de recuperació (i les complicacions de les intervencions, disutilitats) En aquesta segona jerarquia el temps com a variable de resultats té una rellevància especial. Finalment, el model considera els resultats relacionats amb el manteniment de l'estat de salut assolit i per tant, el paper que juguen les recaigudes¹⁴.

Aquesta idea de múltiples indicadors i d'observació de tot el cicle assistencial obliga a adoptar una perspectiva temporal d'anàlisi diferent de la que fem servir habitualment. Normalment avaluem els resultats analitzant procediments (una intervenció quirúrgica o una exploració) o un fragment del cicle assistencial (com per exemple l'ingrés i la seva repercussió immediata, pensant només en la mortalitat i en els ingressos a 30 dies).

L'objectiu d'aquest treball és valorar si la proposta d'avaluació multidimensional de M Porter és útil i es pot adaptar al perfil de pacients fràgils i amb edat avançada. Per poder fer aquesta avaluació amb les tres jerarquies de resultats cal fer un seguiment acurat d'aquest grup de pacients, com a mínim durant tres mesos. Aquesta anàlisi ens hauria de permetre aprofundir en el coneixement dels resultats de salut d'aquest grup de població.

METODOLOGIA

Disseny de l'estudi

Estudi observacional prospectiu, realitzat a l'Hospital Universitari de Vic, Espanya. Amb la finalitat de reclutar 100 pacients hospitalitzats a la unitat geriàtrica aguda (els criteris d'admissió a aquesta unitat són: majors de 85 anys, diagnòstic de demència o presència de condicions cròniques avançades (NECPAL + prevalença i característiques de pacients amb condicions cròniques avançades que ho necessiten De la curació pal·liativa en la població general: un estudi transversal)¹⁵. S'inclouen a l'estudi aquells pacients hospitalitzats per raons mèdiques o bé per fractura de fèmur, excloem els pacients amb demència avançada (GDS 7)¹⁶, els que tenen una esperança de vida inferior a una setmana, i aquells que tenen un discapacitat severa (Index de Batrhel < 20)¹⁷.

Variables de l'estudi i seguiment

En el moment de l'ingrés hospitalari, es van recollir dades a través de revisions de les històries clíniques, com són les dades demogràfiques, diagnòstic d'ingrés i antecedents patològics. La resta d'informació es van recollir amb entrevistes amb pacients o familiars que es van realitzar en el moment de l'ingrés hospitalari, telefònicament al mes després de l'alta hospitalària i amb una entrevista presencial a domicili 3 mesos després de l'alta. En els casos que el pacient no era capaç de respondre a l'interrogatori es va identificar un cuidador principal per respondre a l'enquesta.

Les entrevistes personals van incloure una avaluació geriàtrica integral, on es s'objectivava el rendiment funcional un mes abans de l'ingrés:

1. Avaluació de les activitats de la vida diària a través de l'índex de Barthel
2. Avaluació de les activitats instrumentals a través de la valoració de la capacitat d'utilitzar el telèfon, autoadministrar-se la medicació i gestionar finances.
3. Avaluació de les activitats avançades de la vida diària que eren importants per a la qualitat de vida del pacient identificant activitats d'oci, autocura, activitats socials i activitats físiques.

Al mateix temps, també recollíem dades sobre la presència de síndromes geriàtrics al llarg dels darreres 6 mesos: caigudes, les úlceres de pressió, polifarmàcia (≥ 5 fàrmacs), disfàgia, restrenyiment, presència de desnutrició (avaluació de la pèrdua de pes), insomni, presència de delírium en ingressos previs, ús de tractament antidepressiu. Avaluem el tipus de marxa, classificant als pacients en quatre grups els que caminaven fora del domicili (<30 minuts / > 30 minuts) o els que caminaven dins del domicili (> 50 m / <50 m). També es va recollir si els pacients estaven identificats com a complexos a la comunitat (identificació PCC/MACA)

En el moment de l'alta de l'hospital d'aguts, es van recollir dades de la revisió de la història clínica sobre la presència de problemes durant l'hospitalització: efecte iatrogènic de fàrmacs, caigudes, delírium, restrenyiment, retenció urinària i infecció nosocomial.

En l'entrevista als 3 mesos de l'alta, es van avaluar 4 ítems sobre l'experiència del pacient. En aquest moment també es van recollir dades sobre el consum de recursos sanitaris durant el període d'estudi a través dels sistemes d'informació territorials.

A l'entrevista final, es van fer 4 preguntes sobre l'experiència del pacient durant el cicle assistencial.

Consideracions Ètiques

Aquest estudi ha tingut lloc a l'hospital Universitari de Vic (Barcelona, Espanya). Tots els materials i procediments utilitzats han estat aprovats per la institució a través de l'aprovació del comitè d'ètica de l'hospital universitari de Vic.

Anàlisi estadístic

En l'anàlisi estadística, per a les variables quantitatives que segueixen la distribució normal es van descriure les mitjanes i les desviacions estàndard (DE) o en el cas de variables que no segueixen la distribució normal es van descriure les mitjanes, màxims i mínims. Per a les variables qualitatives es van calcular les freqüències absolutes i els percentatges.

Per analitzar l'impacte de les intervencions sanitàries es van comparar els instruments de salut utilitzats en diferents moments de temps (basal versus 1 mes des de l'alta; basal versus 3 mesos des de l'alta) i es va utilitzar la prova de Mc Nemar per a dades aparellades quan les variables a analitzar eren qualitatives, mentre que en el cas de variables quantitatives, els tests que es van utilitzar van ser la prova T de student aparellada (anàlisi paramètric) o la prova de signes de Wilcoxon (test no paramètric). Per realitzar l'anàlisi estadística es van utilitzar el programa IBM SPSS Statistics 21.0 amb un nivell de la significació estadística de $p < 0.05$.

RESULTATS

Es van incloure un total de 100 pacients. El 75,0% d'aquests pacients estaven ingressats per patologia mèdica i la resta, per fractura de fèmur. Es van avaluar 91 pacients al mes i 77 pacients als 3 mesos de seguiment, les pèrdues es van produir per èxits i 4 pacients per abandonament de l'estudi com es descriu a la figura 1.

Característiques sociodemogràfiques i clíniques prèvies al ingrés dels pacients.

El 40,3% dels pacients estaven identificats a la comunitat com a complexes, el 28,3% presentaven complexitat PCC i el 12,0% MACA. El 96% dels pacients de forma basal presentaven com a mínim una síndrome geriàtrica, les més rellevants van ser: polifarmàcia 81,8%, incontinència urinària 50,5%, insomni 44,2% i història de caigudes 40,4%. En analitzar les patologies prèvies d'aquests pacients s'observa que tenien una mitjana de $2,7 \pm 1,3$ malalties; les més freqüents eren: HTA (78,0%), cardiopatia (44,0%), pneumopatia (28,0%) i insuficiència renal

La mitjana d'edat va ser de $86,35 \pm 4,1$ anys i el 59,0% eren dones. El 62,0% vivien amb la família, el 12,0% en residència i el 26,0% vivien sols, d'aquests el 53,8% disposaven d'un cuidador formal. L'avaluació funcional de les activitats bàsiques de la vida diària, en situació basal valorat a través de l'índex de Barthel¹⁷ era de $81,15 \pm 19,8$. El 40,3% dels pacients estaven identificats a la comunitat com a complexes, el 28,3% presentaven complexitat PCC i el 12,0% MACA. El 96% dels pacients de forma basal presentaven com a mínim una síndrome geriàtrica, les més rellevants van ser: polifarmàcia 81,8%, incontinència urinària 50,5%, insomni 44,2% i història de caigudes 40,4%. En analitzar les patologies prèvies d'aquests pacients s'observa que tenien una mitjana de $2,7 \pm 1,3$ malalties; les més freqüents eren: HTA (78,0%), cardiopatia (44,0%), pneumopatia (28,0%) i insuficiència renal (FG<30ml/min) (27,0%).

Característiques sociodemogràfiques i clíniques a l'alta hospitalària dels pacients.

L'estada mitjana hospitalària d'aquests pacients va ser de $7,53 \pm 3,8$ dies. La discapacitat induïda per la hospitalització condiciona el recursos utilitzat en la planificació de l'alta hospitalària com mostra la figura 2.

Model Porter

Els resultats de l'aplicació del model es concreten en uns indicadors escollits de forma específica per la població estudiada per cada una de les jerarquies o dimensions del model .

Primera dimensió: Inclou els indicadors de supervivència i de manteniment funcional als 3 mesos de la finalització de l'hospitalització. La supervivència als 3 mesos va ser del 81%, el manteniment de la funcionalitat per les activitats bàsiques del 63%, el

42,9% dels pacients varen mantenir les activitats instrumentals i el 47% les activitats avançades.

Segona dimensió: valora el temps de recuperació i els efectes secundaris de tot el procés d'atenció .El 58,6% dels pacients recuperen el seu índex de Barthel al mes de l'alta i el 63% als 3 mesos. En l'avaluació de la marxa hi ha una disminució dels pacients que eren capaços de deambular de forma autònoma per fora del domicili, 69,9% en la situació basal , el 36% al mes i al 41,9 % als 3 mesos. El 82,5% dels pacients van presentar efectes secundaris de l'hospitalització els mes freqüents van ser la síndrome confusional agut 36,2% i la iatrogènia per fàrmacs en el 31,6%. El 17,1 % dels casos van incrementar el nombre de síndromes geriàtrics als 3 mesos de seguiment.

Tercera dimensió: inclou el manteniment dels resultats de salut obtinguts , en aquesta dimensió els indicadors utilitzats varen ser les crisi presentades pels pacients després de l'alta i el consum de recursos sanitaris posteriors. Durant el període de seguiment es van realitzar un total de 46 visites a urgències, que significa el 34% dels pacients, de mediana la crisi va aparèixer als 15 dies de l'alta hospitalària, de les anades a urgències el 54,3% van precisar un ingrés hospitalari o una alternativa a l'hospitalització. Sis pacients varen ingressar directament a l'atenció intermèdia des de urgències.

Experiència del pacient

En un últim apartat vam preguntar als pacients i/o familiars sobre la seva experiència durant el contacte amb el sistema sanitari. El 73,2% dels pacients considerava que se'ls havia tractat en el moment adequat, el 90% responien que se'ls havia resolt el motiu de consulta, el mateix percentatge afirmava que li havien explicat els resultats de les proves realitzades. Destaca que només el 61.1% de los enquestat responien afirmativament a la pregunta sobre si havien participat en la presa de decisions durant el procés de malaltia.

DISCUSSIÓ

Aquet estudi dóna suport a que el model de mesura de resultats que s'ha proposat és aplicable en aquesta població, la mesura de resultats que importen al pacient és un

pilar bàsic del sistema de salut que volen proveir serveis basats en el valor. La qualitat en la provisió de serveis cada vegada més s'orienta a resultats, en aquest darrers anys hem viscut una reorientació en el sentit de donar més pes en els indicadors de resultats que en els indicadors de procés.

En aquest exemple la població de referència és una població de pacients molt envellida amb fragilitat que han precisat un ingrés hospitalari, i els resultats s'analitzen en un període de 3 mesos, els resultats obtinguts són atribuïbles a tots els proveïdors i diferents serveis que han participat. Per tant aquest model de mesura de resultats és un vector afavoridor a la integració clínica entre els diferents proveïdors tan socials com sanitaris ¹⁹. **Sabem que es tracte d'una població fràgil ja que els criteris de selecció de pacients de la UGA el 94% dels pacients presenten fragilitat amb un índex de fragilitat superior a 0,2i el 50% amb índex superior a 0,4**

Les característiques bàsiques de la població tot i la bona funcionalitat per les activitats bàsiques de la vida diària es caracteritza per elevats marcadors de fragilitat com són la presència quasi universal de síndromes geriàtrics, de alteracions en més del 50% dels casos de les activitats instrumentals i les freqüents alteracions de la marxa. En qualsevol cas els resultats de salut obtinguts com la freqüència d'aparició de discapacitat post hospitalització i la mortalitat són absolutament condocents de població amb fragilitat avançada. Igual que en estudis poblacionals previs hem pogut observar que l'hospitalització, en aquest grup de pacients genera una trajectòria cap a la nova discapacitat²⁰. La situació funcional al alta és el marcador que en general hem utilitzat per la provisió de serveis post alta.

Una aportació que fa l'estudi és la pèrdua en altres aspectes funcionals que no són les ABVD. En elaborar els indicadors de l'estudi es va fer especial èmfasi a trobar indicadors que desgranessin de forma molt exhaustiva la funcionalitat dels pacients amb l'objectiu de poder avaluar de forma precisa alteracions en la funcionalitat, sobretot la pèrdua del rol social de les persones, que s'ha mesurat a partir del seguiment d'activitats avançades de la vida diària que eren significatives pels pacients. També cal destacar un aspecte menys debatut en la literatura que és la pèrdua de funcions cognitives, que les podem detectar a partir de la pèrdua d'activitats

instrumentals de la vida diària que tenen un fort component cognitiu (fàrmacs, diners, telèfon). Aquest fet podria estar relacionat amb l'elevada incidència de delírium el qual no sempre és reversible en aquest grup de població²¹.

El model de Porter dóna un marc de referència de com seleccionar els indicadors que són importants pels pacients, però és la població o la condició seleccionada per la valoració la que determinarà els indicadors apropiats.

Si els proveïdors ens volem enfocar els resultats que importen als pacients cal preguntar i implicar els pacients en la decisió de quins són aquests resultats. Quan els pacients amb multimorbiditat són preguntats del que és important per ells destaquen, la capacitat de viure bé tot i les malalties, minimitzar la dependència i la carga dels tractaments, participar en activitats significatives per ells, evitar la solitud i tenir un sentiment de control de la seva vida. Per tant necessitem resultats que incloguin aquesta visió ampla de salut i benestar. Per aquest motiu s'ha donat molta importància a les activitats significatives per als pacients^{22,23}.

L'adaptació del mètode Porter en aquest grup de pacients ens dóna una visió multidimensional de la valoració de resultats que importen en les persones i que es troba molt relacionada amb els principis d'atenció centrada en la persona, **on la clau és la elaboració de un pla terapèutic que garanteix les preferències i valors de les persones.**

En l'aspecte de les limitacions En el model de Porter tenim dificultats a on ubicar les variables que fan referència a l'experiència del pacient, en el nostre cas la falta de participació en la presa de decisions, és un element vinculat al procés assistencial. En qualsevol cas l'avaluació de resultats ha de tenir en compte aquest tipus d'indicadors. Especialment en aquests models centrats en la persona.

En l'àmbit de la gestió existeix un interès creixent a mesurar resultats que importen als pacients com estratègia per avaluar els sistemes de salut i en l'àmbit clínic hi ha un interès per conèixer millor els efectes de les malalties i els tractaments en la vida diària de les persones, la resposta a aquest problema ha estat el desenvolupament

dels PROM (patient reported outcomes mesures) i els PREM (patient reported experience mesures). Els PROM fan referència a resultats relacionats amb la qualitat de vida com els símptomes , la funcionalitat o el rol social , i els PREM , fan referència a l'experiència de la persona en relació amb el sistema de salut com la informació rebuda , la comunicació o la participació en el procés de presa de ^{22,24}.

Per tant aquests resultats poden ser utilitzats de forma individual per la millora de l'atenció centrada en la persona i de forma col·lectiva per avaluar el sistema de salut i inclús establir connexions amb noves formules de finançament²⁵.

La jerarquia dels indicadors de porter és molt clara i aplicable en la majoria de situacions, no obstant cal remarcar que en els pacients amb supervivència curta probablement els indicadors del nivell 2 poden ser més rellevants que els indicadors 1 i 3. Això és important quan avaluem resultats en poblacions molt vulnerables²⁶.

Aquest grup d'indicadors avaluen els resultats dels sistemes de salut i no només de l'hospital d'aguts, sinó que també donen una idea del funcionament global del sistema i a partir d'aquí es poden proposar àrees de millora, al mateix temps ens poden ser d'utilitat per comparar les diferents formes d'atendre la crisi que ens ofereixen les alternatives a l'hospitalització²⁷.

En un model de salut, basat en l'atenció centrada en la persona, els resultats reportats per el pacient , tenen tanta importància com els resultats clínics o de laboratori. En aquest estudi els resultats, han estat molt importants, tan per conèixer la repercussió de la malaltia en les activitats socials que han perdut durant el seu seguiment, com per conèixer alguns elements del model d'atenció, com la participació dels pacients en la presa de decisions clíniques²².

El període de seguiment de 3 mesos, pot ser curt per detectar les conseqüències de l'hospitalització, també podem considerar una limitació que els indicadors de resultats triats provenen de la literatura i no de un procés de recerca qualitativa amb els pacients²⁶.

Els resultats obtinguts en aquest estudi ens obliguen a plantejar millores en les nostres intervencions, hem de remarcar que la mesura de resultats és una eina molt potent per modernitzar el sistema de salut i avançar en la innovació en la provisió de serveis²⁸.

BIBLIOGRAFIA

1. Comans TA, Peel NM, Hubbard RE, Mulligan AD, Gray LC, Scuffham PA. The increase in healthcare costs associated with frailty in older people discharged to a post-acute transition care program. *Age Ageing*. 2016;45:317-320. doi:10.1093/ageing/afv196.
2. Russo CA, Elixhauser A. *Hospitalizations in the Elderly Population, 2003: Statistical Brief #6.*; 2006. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21938846>. Accessed March 26, 2016.
3. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing*. 2014;43(6):744-747. doi:10.1093/ageing/afu138.
4. Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, Indicadores estadísticos básicos (2015). *Madrid, Inf Envejec en red nº 10*. 22/01/2015.
5. Soong J, Poots AJ, Scott S, Donald K, Bell D. Developing and validating a risk prediction model for acute care based on frailty syndromes Data source. *BMJ Open*. 2015;5:e008457. doi:10.1136/bmjopen-2015-008457.
6. DH - SCP&I. Improving care and saving money: learning the lessons on prevention and early intervention for older people. *Dep Heal*. 2010. www.dh.gov.uk/en/SocialCare/. Accessed July 25, 2016.
7. Gill TM, Allore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAMA*. 2004;292(17):2115-2124. doi:10.1001/jama.292.17.2115.
8. Arnau A, Espauella J, Serrarols M, Canudas J, Formiga F, Ferrer M. Risk factors for functional decline in a population aged 75 years and older without total dependence: A one-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr*. 65:239-247.

doi:10.1016/j.archger.2016.04.002.

9. Malone ML, Capezuti EA, Editors RMP. *Acute Care for Elders*. (Pignolo RJ, Forciea MA, Johnson JC, eds.). New York: Humana Press; 2014. doi:10.1007/978-1-4939-1025-0.
10. Covinsky KE, Pierluissi E, Story THEPS. Hospitalization-Associated Disability " She Was Probably Able to Ambulate , but I ' m Not Sure ." *J Am Med Assoc A*. 2011;306(16):1782-1793. doi:10.1001/jama.2011.1556.
11. Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR, Robert M, Fortinsky RH, Kresevic D. Recovery in Activities of Daily Living Among Older Adults Following Hospitalization for Acute Medical Illness. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(12):2171-2179. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02023.x.Recovery.
12. Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, et al. Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization. *JAMA*. 2001;285(23):2987-2994.
13. Porter M. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477-2481. doi:10.1056/NEJMp1002530.
14. Porter M. What Is Value in Health Care? Supplement 2. *N Engl J Med*. 2010;363(1):1-3. doi:10.1056/NEJMp1011024.This.
15. Aranzana Martinez A, Borrás Gallat E, Carrés Esteve L, Cegri Lombardo F, Figueras Novelle L, Garolera Bruguera D, Gibert Llorach E, Guerrero Gancedo M, Llatas Sanchez A, Manito Lorite I, Muniente Perez de Tudela G, Nuñez Juez E, Onviela Cariteu A, Ori VA, Grup de treball Contel et al, Gómez-Batiste, Xavier; Martínez-Muñoz, Marisa; Blay, Carles; Amblás, Jordi; Vila, Laura; Costa, Xavier; Espauella J, Grupo de Planes de Cuidados de Enfermeras la AECPAL, De AEECP. Instrumento para la Identificación de Personas en Situación de Enfermedad Crónica Avanzada y Necesidad de Atención Paliativa en Servicios de Salud y Sociales. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO. *Salut a casa*. 2014:1-53.
16. Reisberg B, Ferris S, de Leon M, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*.

- 1982;139(9):1136-1139. doi:10.1176/ajp.139.9.1136.
17. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71(1):127-137. doi:10.1590/S1135-57271997000200004.
 18. Pronovost PJ, Lilford R. A Road Map For Improving The Performance Of Performance Measures. *Health Aff*. 2011;4(4):569-573. doi:10.1377/hlthaff.2011.0049.
 19. Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs. *Health Aff*. 2013;32(3):S16-S25. doi:10.1377/hlthaff.2012.0961.
 20. Evans SJ, Sayers M, Mitnitski A, Rockwood K. The risk of adverse outcomes in hospitalized older patients in relation to a frailty index based on a comprehensive geriatric assessment. *Age Ageing*. 2014;43(1):127-132. doi:10.1093/ageing/aft156.
 21. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet March*. 2014;8(3839920):911-922. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1.
 22. Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ*. 2017;816:1-2. doi:10.1136/bmj.j816.
 23. Kelly L, Potter CM, Hunter C, Gibbons E, Fitzpatrick R. Refinement of the Long-Term Conditions Questionnaire (LTCQ): patient and expert stakeholder opinion. 2016:183-193.
 24. Van Der Wees PJ, Nijhuis-Van Der Sanden MWG, Ayanian JZ, Black N, Westert GP, Schneider EC. Integrating the Use of Patient-Reported Outcomes for Both Clinical Practice and Performance Measurement: Views of Experts from 3 Countries. *milbank Q*. 2014;92(4):754-775.
 25. Burwell S, Ser- H. Value-Based Payments Require Valuing What Matters to Patients. *JAMA*. 2015;02138. doi:10.1001/jama.2015.8909.Conflict.
 26. Ebbevi D, Hvitfeldt Forsbert H, Essén A, Ernestam S. Value-Based Health Care for Chronic Care : *Q Manag Heal Care*. 2016;25(4):203-212.

doi:10.1097/QMH.000000000000115.

27. Porter ME, Teisberg EO. How Physicians Can Change the Future of Health Care. *JAMA*. 2007;297(10):1103-1111.
28. Mulley A, Coulter A, Wolpert M. New approaches to measurement and management for high integrity health systems. *BMJ*. 2017;1401(356):1-7. doi:10.1136/bmj.j1401.

Figure 1. Flux del seguiment dels pacients estudiats

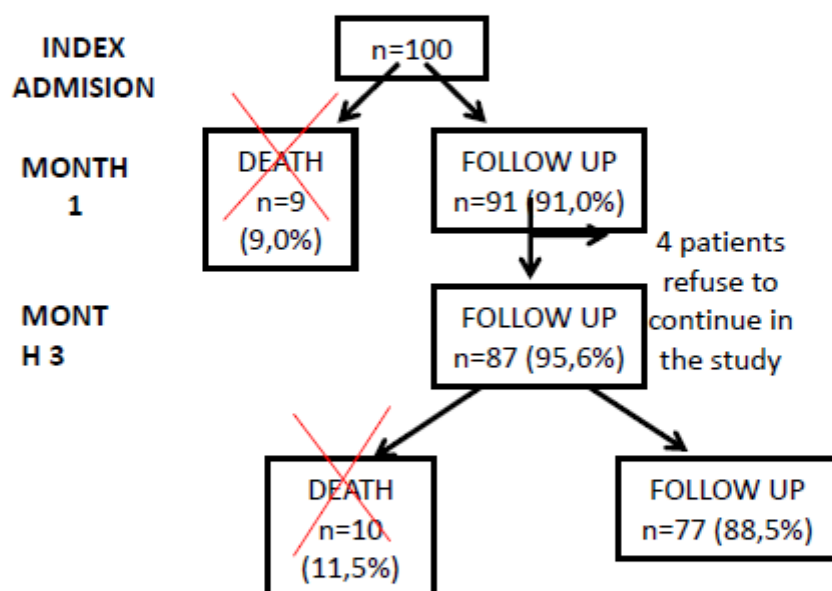
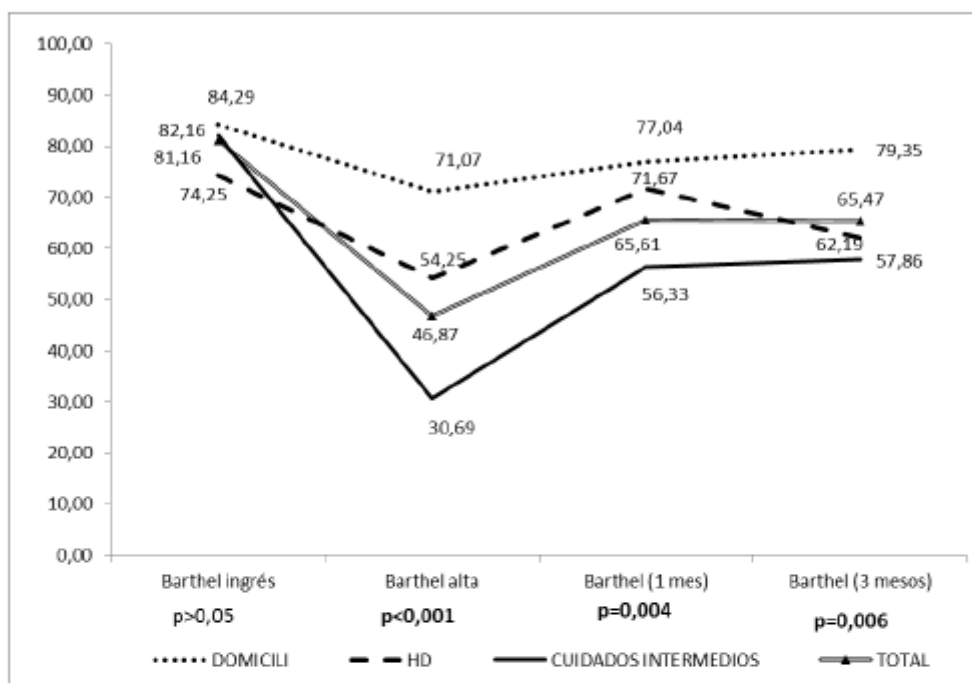


Figure 2. Evolució índex Barthel segons el recurs del alta.



Índex Barthel

La figura 2 mostra l'evolució del Índex Barthel i analitza els diferents índexs de Barthel segons el recurs utilitzat en el moment de l'alta hospitalària. L'índex Barthel en el moment de l'ingrés no presenta diferències estadísticament significatives segons el recurs de l'alta mentre que el Barthel Alta, Barthel 1 mes i Barthel 3 mesos presenten diferències estadísticament significatives segons el recurs de l'alta.

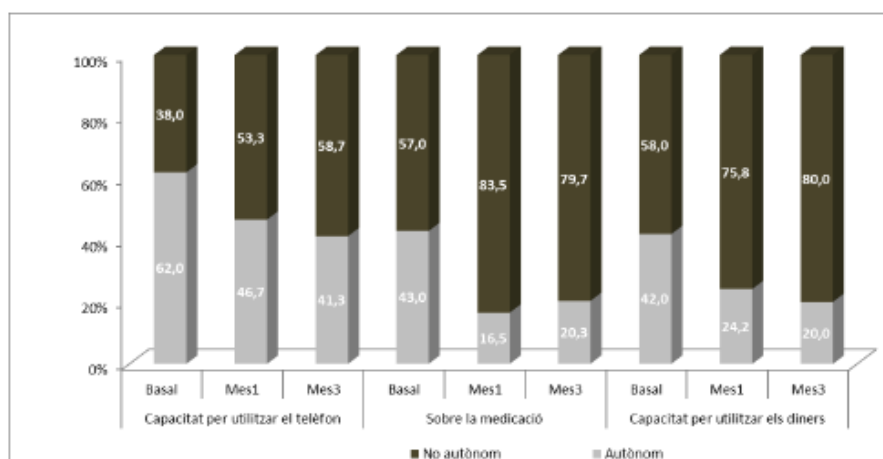


Table 1. Summary of the most important valuation items in the baseline, one-month and three-month follow-up.

		Baseline	Month 1	Month 3	p*	p**
Barthel		81,15 ± 2,0	65,66 ± 2,9	65,33 ± 3,0	<0,001	<0,001
Walking	Inside home < 50m	19 (19,4%)	40 (45,5%)	35 (47,3%)	<0,001	<0,001
	Inside home > 50	11 (11,2%)	16 (18,2%)	8 (10,8%)		
	Outside < 30minutes	30 (30,6%)	19 (21,6%)	16 (21,6%)		
	Outside > 30minutes	38 (38,8%)	13 (14,8%)	15 (20,3%)		
Advanced activities of daily living	0	6 (6,0%)		26 (33,8%)		0,001
	1	41 (41,0%)		20 (20,8%)		
	2	24 (24,0%)		16 (20,8%)		
	+2	29 (29,0%)		15 (19,5%)		
Cognitive	Not known	60 (61,9%)		41 (56,2%)		0,311

impairment	Moderate-mild cognitive impairment	25 (25,8%)		22 (30,1%)		
	Dementia	12 (12,4%)		10 (13,7%)		
Falls (last 6 months)	0	59 (59,6%)	84 (92,3%)	58 (79,5%)	<0,001	0,086
	1 o 2	31 (31,3%)	6 (6,6%)	12 (16,4%)		
	3 o más	9 (9,1%)	1 (1,1%)	3 (4,1%)		
Dysphagia	No	78 (80,4%)	75 (84,3%)	62 (84,9%)	0,026	0,601
	Ocasionalmente	17 (17,5%)	6 (6,7%)	9 (12,3%)		
	Persistent	2 (2,1%)	8 (9,0%)	2 (2,7%)		
Polypharmacy	No	18 (18,2%)	10 (11,1%)	15 (19,7%)	0,033	0,368
	From 5 to 9 drugs	54 (54,5%)	48 (53,3%)	38 (50,0%)		
	10 or more drugs	27 (27,3%)	32 (35,6%)	23 (30,3%)		
Ability to use phone	Operates phone on own initiative	62 (62,0%)	42 (46,7%)	31 (41,3%)	0,036	0,013
	Dials a few well-known numbers	5 (5,0%)	5 (5,6%)	6 (8,0%)		
	Answers phone but does not dial	11 (11,0%)	15 (16,7%)	13 (17,3%)		
	Does not use phone at all	22 (22,0%)	28 (31,1%)	25 (33,3%)		
Responsability for own medication	Autonomous	43 (43,0%)	15 (16,5%)	15 (20,3%)	<0,001	<0,001
	Takes responsibility if medications is prepared in advanced	12 (12,0%)	15 (16,5%)	31 (41,9%)		
	With supervision	11 (11,0%)	13	17 (23,0%)		

			(14,3%)			
	Dependent	34 (34,0%)	48 (52,7%)	11 (14,9%)		
Ability to handle finances	Manage financial matters independently	42 (42,0%)	22 (24,2%)	15 (20,0%)	0,006	<0,001
	Manages day to day purchases	27 (27,0%)	27 (29,7%)	21 (28,0%)		
	Incapable of handling money	31 (31,0%)	42 (46,2%)	39 (52,0%)		

ANNEX 2

En aquest annex hem seleccionat 3 articles que han tingut rellevància en l'evolució del projecte.

El primer article és de l'any 2012 i coincideix amb l'inici del projecte, és un article d'opinió, es comenta la importància dels sistemes locals per donar resposta les crisis dels pacients amb fragilitat, es comença a parlar de valor i es discuteixen els criteris d'ingrés a les unitats d'aguts.

El segon article fa de resum de com ha evolucionat el tema de la prescripció centrada en la persona i està publicat a l'any 2017, durant el període de finalització d'aquest projecte

El tercer article, és un article de posicionament respecte del model individual i poblacional i és la base sobre la que s'ha teixit el model d'atenció.



EDITORIAL

Geriátría del presente

Geriatrics now

Joan Espauella Panicot* y Jordi Roca Casas

Unitat Integral de Geriatria, Consorci Hospitalari de Vic, Hospital de la Santa Creu, Vic, Barcelona, España

El objetivo más relevante de la atención geriátrica es asegurar que todos los ancianos reciban una atención de calidad y centrada en el paciente. Se entiende por atención centrada en el paciente la que es respetuosa y sensible con las preferencias, necesidades y valores del individuo y, asegura que las decisiones clínicas están guiadas por los valores del paciente^{1,2}.

Las organizaciones que proveen servicios de atención geriátrica en un territorio determinado deben preocuparse por obtener buenos resultados a nivel individual, a nivel poblacional (territorio de cobertura) y al menor coste posible. El reto económico nos lleva a priorizar las intervenciones que aportan más valor, entendiendo por valor en salud la relación entre resultados de salud obtenidos y el coste^{2,3}.

En el artículo de Baztan et al., en este número de *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, plantea 2 interrogantes muy importantes para la atención de los pacientes ancianos. En primer lugar, qué pacientes se van a beneficiar de la atención directa por equipos especializados de geriatría y, en segundo lugar, cómo nos organizaremos los hospitales del siglo XXI para atender un número creciente de personas ancianas⁴.

En otros sistemas de salud, también se han planteado los mismos dilemas y es muy interesante comparar estos resultados con los presentados por los directores de los programas de formación que se realizaron en Estados Unidos⁵. Los aspectos coincidentes son que en los hospitales los pacientes que más se benefician de ser atendidos por equipos de geriatría son los mayores o iguales de 85 años, que presentan complejidad clínica y que tienen una situación funcional con afectación moderada. Los aspectos discrepantes están en la atención de los pacientes con dependencia importante, en situación de final de vida y los que proceden de residencias geriátricas.

En una visión de territorio sabemos que los pacientes de edad avanzada, dependencia alta y en situación de final de vida, si no tienen sus necesidades cubiertas, hacen un alto consumo de recursos hospitalarios. En una visión de la unidad geriátrica de agudos, cuyo

principal resultado es la mejora funcional, estos pacientes podrían no ser los mejores candidatos a la intervención.

De todas formas, las revisiones que avalan los resultados de las unidades geriátricas de agudos no definen con exactitud las poblaciones que deben atender y, proponen como una prioridad de investigación el análisis del *case-mix* de estas unidades⁶⁻⁸.

Este subgrupo de población puede obtener valor de la hospitalización en situación de crisis, en función de si tienen alternativas en un territorio determinado y de cómo son atendidos durante la hospitalización. Si en el contexto del ingreso se tiene en consideración la seguridad de los mismos para evitar la iatrogenia, se realiza una intensidad de intervención adecuada y una transición excelente al alta, el ingreso por una crisis aportará un posible ajuste de medicación, una adecuación de objetivos terapéuticos y una orientación para el manejo de la próxima crisis que pueda presentar. Este tipo de intervención aporta valor y, por lo tanto, la discusión en este punto no está en que es lo mejor, sino en cómo cada territorio resuelve las necesidades de atención de un determinado grupo poblacional.

En la mayoría de países de nuestro entorno la atención a los ancianos se realiza fundamentalmente por médicos de familia en el entorno comunitario y por médicos internistas en el entorno hospitalario. Por lo tanto, es imprescindible discutir el rol de los equipos de geriatría en este entorno con una importante población anciana y un escaso número de equipos especializados en geriatría, por lo que los equipos de geriatría deberán establecer en cada territorio estrategias de colaboración con estos⁹.

Los programas de atención geriátrica, utilizan varias estrategias para intervenir en el máximo número posible de ancianos. En los pacientes ancianos más vulnerables y en situación de crisis se propone que actúen directamente equipos especializados. Para los mismos pacientes en situación estable se proponen intervenciones compartidas. Otra posible estrategia es la participación de geriatras en diseño de los sistemas de salud. Será un tema relevante observar qué resultados comportarán las experiencias de enfermeras de práctica avanzada en geriatría.

Hay consenso en que los muy ancianos (igual o menores de 85 años) son un grupo poblacional creciente, con altas necesidades de atención sanitaria y social, alta frecuencia de condiciones geriátricas y con problemas clínicos prevalentes como la diabetes y la hipertensión arterial, que precisan de más estudios para establecer aspectos terapéuticos básicos¹⁰.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.02.004>

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jespauella@hsc.chv.cat (J. Espauella Panicot).

El presente de los hospitales está condicionado por el incremento de pacientes con edad avanzada y por la necesidad de introducir en la práctica cotidiana los modelos asistenciales que demuestran mejora de los resultados en la atención de este grupo poblacional¹¹. Seguramente en los entornos que se adopten intervenciones múltiples se conseguirán mejores resultados, especialmente con modelos integrados y financiación per cápita. En el momento actual existe una variabilidad muy importante en las tasas de hospitalización por 1.000 habitantes y estas aún son más importantes en las personas mayores o iguales de 85 años. Esto demuestra que hay múltiples posibilidades de intervención¹². En algunas experiencias las tasas de hospitalización para mayores de 85 años se han utilizado como indicador de resultados de la implementación de programas de atención integrada¹³.

Las acciones que pueden desarrollar los hospitales de agudos, para atender mejor a los pacientes ancianos, algunas dependen de ellos mismos y otras van a precisar de alianzas estratégicas con otros proveedores del territorio, será interesante observar el futuro de los modelos de las ACO (*Accountable Care Organizations*) y que resultados proporcionan¹⁴. La llegada de los pacientes a los servicios de urgencias depende de cómo son atendidos en la comunidad y los ingresos dependen de cómo se gestionó el alta y de cómo fueron atendidos en su entorno. Los dispositivos de atención geriátrica deben participar en desarrollar programas que permitan disminuir los ingresos evitables con intervenciones comunitarias en domicilio y en residencias geriátricas, hay que intervenir en los servicios de urgencias, disponer de unidades geriátricas de agudos y efectuar la transición de los pacientes a su entorno o a recursos de atención intermedia de forma excelente¹⁵⁻¹⁸.

Bibliografía

- Besdine R, Boulton C, Brangman S, Coleman EA, Fried LP, Gerety M, et al. Caring for older Americans: the future of geriatric medicine. American Geriatrics Society Task Force on the Future of Geriatric Medicine. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53 Suppl. 6:S245-56.
- Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care. An alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med.* 2012;366:777-9.
- Porter ME. A strategy for health care reform. Toward a value-based system. *N Engl J Med.* 2009;361:109-12.
- Bartán Cortés JJ, Vidán Astiz MT, López-Dóriga P, Cruz-Jentoft AJ, Petidier Torregrossa R, Gil Gregorio P, et al. ¿Qué pacientes se benefician más de la atención geriátrica hospitalaria? *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012. doi:10.1016/j.regg.2012.02.004.
- Warshaw GA, Bragg EJ, Fried LP, Hall WJ. Which patients benefit the most from a geriatrician's care? Consensus among directors of geriatrics academic programs. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:1796-801.
- Ellis G. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2011;343:d6553.
- Bartán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez Artaejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ.* 2009;338:b50.
- Bartán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:186-92.
- Callahan CM, Weiner M, Counsell SR. Defining the domain of geriatric medicine in an urban public health system affiliated with an academic medical center. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:1802-6.
- Yoshikawa TT. Future direction of geriatrics: gerogeriatrics. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:632-4.
- Boult C, Green AF, Boult LB, Pacala JT, Synder C, Leff B. Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: evidence for the institute of medicine's Retooling for an aging america report. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:2328-37.
- Suárez García FM, Jiménez Torres P, Peiró S, Bernal-Delgado E, Ridaio M, Martínez-Lizaga N, et al. Variabilidad en las hospitalizaciones de las personas mayores en el sistema nacional de salud. Atlas de variaciones en la práctica médica. 2010;4:299-313.
- Ham C, Curry N. Integrated care. What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? *The King's fund.* 2011.
- Walker J, McKethan A. Achieving accountable care. It's not about the bike. *N Engl J Med.* 2012;366:107-8.
- Díaz-Gegúndez M, Paluzie G, Sanz-Ballester C, Boada-Mejorana M, Terre-Ohrne S, Ruiz-Poza D. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:261-4.
- Alonso Bouzon C, Petidier Torregrossa R, Marín Larrain PP, Rodríguez Manas L. Efectividad de la revaloración de ingresos de pacientes con mala situación funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:19-21.
- García Navarro JA. Unidades de agudos de geriatría: todavía queda camino por recorrer. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42:199-200.
- Cornwell J, Levenson R, Sonola L, Potelikhoff E. Continuity of care for older patients. A call for action. *The King's Fund.* 2012.



ARTÍCULO ESPECIAL

Modelo de prescripción centrado en la persona para mejorar la adecuación y adherencia terapéutica en los pacientes con multimorbilidad

Joan Espauella-Panicot^{a,b,*}, Núria Molist-Brunet^{a,b}, Daniel Sevilla-Sánchez^{a,b}, Javier González-Bueno^b, Jordi Amblàs-Novellas^{a,b}, Núria Solà-Bonada^b y Carles Codina-Jané^{b,c}

^a Hospital Universitari de la Santa Creu, Vic, Barcelona, España

^b Hospital Universitari de Vic, Vic, Barcelona, España

^c Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de enero de 2017

Aceptado el 20 de marzo de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Prescripción inadecuada

Multimorbilidad

Atención centrada en la persona

Polifarmacia

RESUMEN

Las personas con multimorbilidad y polifarmacia se asocian con frecuencia a la complejidad clínica, entendida como aquella situación de incertidumbre condicionada por las dificultades en establecer un diagnóstico situacional y la toma de decisiones.

En este grupo poblacional, la atención centrada en la persona se propone como uno de los mejores enfoques terapéuticos. En este contexto, el elemento práctico más relevante es la elaboración de un plan terapéutico individualizado, donde el plan farmacológico mantiene un rol relevante.

En estos últimos años se ha observado un incremento importante del conocimiento en el ámbito de la adecuación de la prescripción y de la adherencia. Dadas estas circunstancias, es necesario encontrar un modelo que facilite a los profesionales la incorporación de este conocimiento a la práctica clínica.

La prescripción centrada en la persona es un modelo de revisión de la medicación que engloba diferentes estrategias en una misma intervención. Se realiza por un equipo multidisciplinar y permite adecuar el plan farmacológico de pacientes con complejidad clínica.

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Patient-centred prescription model to improve adequate prescription and therapeutic adherence in patients with multiple disorders

ABSTRACT

Patients with multiple disorders and on multiple medication are often associated with clinical complexity, defined as a situation of uncertainty conditioned by difficulties in establishing a situational diagnosis and decision-making.

The patient-centred care approach in this population group seems to be one of the best therapeutic options. In this context, the preparation of an individualised therapeutic plan is the most relevant practical element, where the pharmacological plan maintains an important role.

There has recently been a significant increase in knowledge in the area of adequacy of prescription and adherence. In this context, we must find a model that incorporates this knowledge into clinical practice by the professionals.

Person-centred prescription is a medication review model that includes different strategies in a single intervention. It is performed by a multidisciplinary team, and allows them to adapt the pharmacological plan of patients with clinical complexity.

© 2017 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los conceptos de polifarmacia o paciente polimedcado son términos habitualmente utilizados para describir aquella situación en la que una persona toma 5 o más medicamentos¹. Aunque existen otras definiciones, todas ellas confluyen en un estereotipo de paciente: habitualmente anciano, a veces con fragilidad avanzada, y con alta prevalencia de multimorbilidad a la que se asocia complejidad.

Actualmente existe una clara tendencia de que este grupo de población requiere un planteamiento de atención sanitaria centrada en la persona; y que el elemento práctico más relevante de esta atención es el diseño de un plan terapéutico individualizado, donde el plan farmacológico mantiene un rol relevante²⁻⁴. La prescripción de medicamentos en las personas con multimorbilidad y complejidad ha sido siempre un reto para los profesionales y clínicamente se ha basado en el juicio clínico. Pero la prescripción no debe basarse solo en la selección del fármaco indicado para una condición clínica, sino en la adecuación del fármaco a la situación concreta de cada paciente⁵.

Durante estos últimos años hemos sido testigos de múltiples revisiones enfocadas a la adecuación de la prescripción, en general con buenos resultados en la prescripción y escaso impacto en resultados clínicos^{6,7}. El abordaje de la polifarmacia ha sido estudiado en profundidad, lo que ha derivado en el desarrollo y la publicación de múltiples indicadores para la medición de la prescripción adecuada (criterios explícitos y criterios implícitos), de los que han surgido conceptos novedosos como la prescripción potencialmente inadecuada, la polifarmacia adecuada o la desprescripción⁸⁻⁹. A su vez, recientes estudios muestran la necesidad de un nuevo enfoque en la aplicación de intervenciones para mejorar la adherencia, de modo que estas no se desarrollen aisladamente, sino mediante su integración en modelos orientados a la adecuación de la prescripción^{10,11}.

Dadas estas circunstancias resulta imprescindible encontrar modelos que faciliten a los profesionales la incorporación de este conocimiento adquirido a la revisión de la medicación en su práctica clínica habitual¹²; con este objetivo se expone un modelo de práctica clínica que ha permitido utilizar este nuevo conocimiento y aproximarlos a los pacientes con complejidad, que son los que más se benefician de este tipo de intervención^{13,14}.

El reto epidemiológico de la polifarmacia

En los últimos años vemos como, en el entorno europeo, la esperanza de vida de la población está aumentando, y en consecuencia, la edad media de los ciudadanos. Esta eclosión poblacional de personas con complejidad clínica y multimorbilidad¹⁵⁻¹⁷, muchas de ellas con enfermedades y condiciones crónicas avanzadas¹⁸, está condicionando un aumento de los costes de atención, que de forma ineludible se concentran en los últimos meses de vida^{19,20}. Aunque esta utilización de recursos sanitarios trasciende en la polifarmacia, también es cierto que esta es responsable de buena parte de ello.

Aproximadamente el 30% de los pacientes mayores de 65 años toman 5 o más fármacos, tendencia que en los últimos años ha ido aumentando progresivamente^{21,22}. La prevalencia de polifarmacia es especialmente elevada en hospitales de atención intermedia o en ámbitos residenciales, donde puede superar el 90% (según un estudio reciente llevado a cabo en nuestro ámbito)²³.

Es por este motivo que los distintos Gobiernos europeos, también el nuestro, están intentando buscar medidas para corregir y/o en menor medida contener el creciente consumo de medicamentos en este sector más vulnerable de población. En nuestro entorno más cercano, las Consejerías de Salud de las distintas comunidades autónomas, así como también las Sociedades Científicas y/o colectivos profesionales de atención sanitaria, debaten sobre este fenómeno,

deseosos de encontrar la fórmula de cómo afrontar idóneamente esta situación.

Ante un paciente con complejidad clínica, entendida como aquella situación de incertidumbre condicionada por las dificultades en el diagnóstico situacional y la toma de decisiones²⁴, los profesionales tienen el reto (y el deber) de realizar una prescripción de calidad (eficaz, segura y eficiente), resultando el plan de medicación uno de los pilares del plan terapéutico en el proceso de atención a estos pacientes.

Ante este escenario resulta trascendental preguntarse por qué a pesar de que los fármacos prescritos sean revisados regularmente por los clínicos —de acuerdo con las recomendaciones de las guías de práctica clínica—, existe el riesgo de que el tratamiento pase a ser inefectivo o incluso perjudicial en algunos casos²¹.

Así pues, en un contexto epidemiológico creciente de personas con complejidad clínica, el gran reto está en encontrar modelos conceptuales y herramientas facilitadoras de la prescripción. Y es sin duda en este grupo de pacientes con polifarmacia, multimorbilidad, fragilidad y complejidad clínica —muchos de ellos en sus 2 últimos años de vida—, en quienes la adecuación de la prescripción va a suponer un mayor envite^{5,12}.

Abordaje conceptual al reto de la adecuación de la prescripción en situaciones de complejidad clínica

La base esencial de la atención a personas con multimorbilidad se enmarca ineludiblemente en un proceso de atención centrada en la persona. Es el elemento clave de cualquier programa de atención al paciente crónico, e implica la personalización del plan de cuidados a las características del paciente, sus valores y preferencias, con el objetivo de que este pueda —en la medida de lo posible— participar en su diseño. Esto implica una visión global de todas las dimensiones de la persona y un proceso compartido de toma de decisiones²⁻⁴.

La atención centrada en la persona debe tener un enfoque (1) multidimensional, en relación con su naturaleza poliédrica y origen multifactorial, y (2) multiprofesional, en relación con el necesario enfoque organizativo/asistencial.

Abordaje multidimensional

Para afrontar la complejidad clínica es necesario tener en cuenta la multitud de factores subyacentes e interrelacionados entre sí: estos incluyen enfermedades y condiciones crónicas (incluyendo datos relativos a su severidad así como también su comportamiento dinámico/progresión), la presencia de síntomas de difícil control o el grado de discapacidad que de ello se pueda derivar^{25,26}; pero también variables contextuales (socioeconómicas, ambientales y culturales)²⁷ y/o relacionadas con el propio sistema asistencial.

Abordaje multiprofesional

Dado que afrontar la complejidad no es factible mediante los modelos estandarizados, devienen necesarias soluciones creativas, flexibilidad, versatilidad, capacidad de innovación y una base común de conocimiento compartido entre diferentes profesionales²⁸, siendo cada vez más los estudios que se posicionan a favor de la integración de múltiples profesionales en los equipos asistenciales^{29,30}. Como no podría ser de otra forma, también en el proceso de la adecuación de la prescripción, el enfoque multiprofesional puede y debe jugar un papel determinante, resultando el farmacéutico clínico una pieza clave y valiosa del engranaje terapéutico.

Efectivamente, el abordaje de la complejidad precisa de trabajar en equipo (atención compartida) y de la interacción entre distintos equipos. En este contexto, la prescripción que es responsabilidad

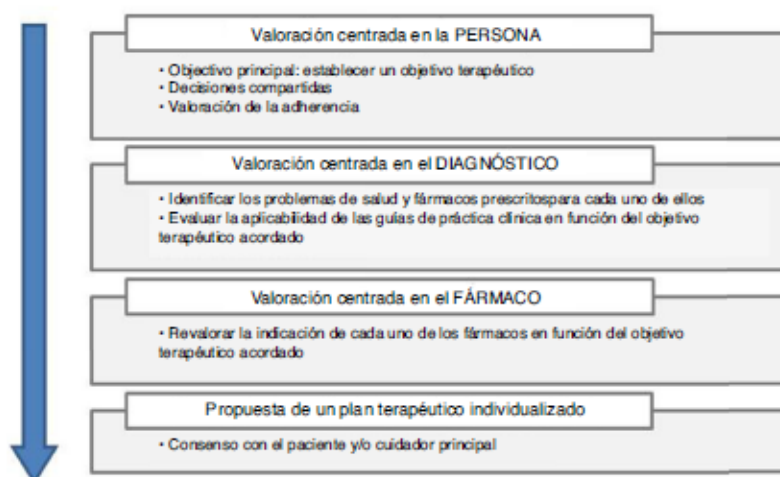


Figura 1. Modelo de prescripción centrado en la persona.

del médico pasa en este nuevo contexto a ser una prescripción compartida y corresponsable con el farmacéutico clínico.

Abordaje práctico del reto de la adecuación de la prescripción en situaciones de complejidad clínica

A diferencia de lo que ocurre en pacientes no complejos, en los que es factible planificar la toma de decisiones a partir de protocolos asistenciales y guías de práctica clínica, la atención a personas con múltiples condiciones crónicas y complejidad clínica requiere, pues, de un enfoque individualizado y a la medida de cada paciente³¹.

Aunque en la literatura médica podemos encontrar varias publicaciones con múltiples propuestas para afrontar las situaciones de complejidad³², la realidad es que intervenciones únicas y/o aisladas difícilmente podrán dar respuesta a un problema de tal magnitud²⁹.

Ante este reto y a partir de las premisas ya especificadas, el modelo de prescripción centrado en la persona, que incorpora desde los principios básicos de valoración multidimensional de la valoración geriátrica, hasta los nuevos instrumentos de la adecuación de la prescripción, ha demostrado capacidad para adecuar la prescripción a las necesidades de pacientes con diferentes grados de fragilidad^{13,14}. En este sentido la introducción de los índices de fragilidad, en la práctica cotidiana, podrán ser una aportación relevante³³⁻³⁵. Este modelo, especialmente útil en un contexto de intervención multidisciplinar, en el que se incluyen médicos geriatras y farmacéuticos clínicos, consta de 4 etapas (fig. 1):

- 1) Valoración centrada en el paciente.
- 2) Valoración centrada en el diagnóstico.
- 3) Valoración centrada en el fármaco.
- 4) Propuesta del plan terapéutico.

Valoración centrada en el paciente

La práctica de una valoración geriátrica integral permite conocer el estadio y grado de evolución de su situación clínica, calidad de vida, estados funcional y cognitivo, y esperanza de vida. A partir de esta valoración exhaustiva se establece el objetivo terapéutico principal de cada paciente (ya sea prolongación de supervivencia, mantenimiento de la funcionalidad o bien de control sintomático). Los objetivos se establecen gracias a un trabajo cooperativo entre los profesionales y el paciente que permite la toma de decisiones

compartidas. Si el paciente presenta deterioro cognitivo, las decisiones se tomarán con su cuidador principal. Esta primera etapa determinará las decisiones futuras de los estadios 2 y 3.

También en esta etapa es necesaria una evaluación multidimensional de la adherencia del paciente para detectar barreras de no adherencia que permitan individualizar las intervenciones posteriores. En este sentido, la versión española del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes crónicos complejos representa una herramienta prometedora de trabajo³⁶.

Valoración centrada en el diagnóstico

En esta segunda etapa se identifican los problemas de salud y los fármacos prescritos para cada situación. Cada fármaco se clasifica según su objetivo (preventivo, primario o secundario), terapéutico o sintomático. En esta etapa es imprescindible conseguir coherencia entre los objetivos de la prescripción y el objetivo terapéutico del paciente acordado en la etapa previa. Esta etapa supone una oportunidad para la aplicación de estrategias de desprescripción que conduzcan a una disminución de la complejidad farmacoterapéutica facilitando en última instancia la adherencia, especialmente en pacientes con regímenes terapéuticos complejos.

Valoración centrada en el fármaco

En función de la valoración y objetivo terapéutico determinado en la primera etapa, se pondera la indicación del fármaco y los riesgos asociados, efectos adversos, interacciones entre medicamentos, contraindicados en pacientes frágiles o ancianos, ajustes de dosis por edad, función renal y/o hepática.

Este proceso engloba los distintos conceptos clásicos del abordaje global del paciente: revisión del tratamiento, conciliación en las transiciones, etc. Al igual que en la etapa previa, la valoración centrada en el fármaco permite también reducir la complejidad farmacoterapéutica mediante estrategias de simplificación posológica.

Propuesta del plan terapéutico

Última etapa del proceso, en la que se propone y consensúa con el paciente y/o cuidadores un plan terapéutico individualizado, considerando cada una de las etapas previas. Esta etapa contempla

a su vez el empleo de estrategias que aseguren la adherencia terapéutica mediante entrevistas educativas, motivacionales y/o otros elementos de soporte.

No cabe duda que la aplicación de este modelo requiere la creación de equipos multidisciplinares, constituyendo la base de actuaciones futuras en cualquiera de los entornos asistenciales de nuestra red asistencial.

Visión de futuro

El modelo es aplicable y escalable, en el entorno hospitalario, sociosanitario, centros residenciales y atención primaria, aunque en distintas intensidades dependiendo del ámbito. Como se ha comentado anteriormente, el equipo puede y debe ampliarse en función de las necesidades de cada ámbito de actuación.

Resultará imprescindible potenciar la vocación multiprofesional del modelo, incorporando enfermería y farmacéuticos comunitarios como elementos clave para el buen desarrollo, cumplimiento y seguimiento del plan terapéutico, la gestión de pacientes, y el manejo y resolución de problemas con la medicación³⁷.

Este es un modelo de presente y sobre todo de futuro. Su naturaleza permite armonizar las necesidades y objetivos de los pacientes (modelo de atención centrada en la persona) con la tan necesaria optimización de provisión de servicios. Pero tanto su implementación como su difusión requieren de profundos cambios organizativos en los distintos niveles asistenciales, resultando imprescindible, para su diseño, la participación de los distintos actores profesionales y de los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

- Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite I, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: Five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2012;65:989-95.
- Farmer C, Fenu E, O'Flynn N, Guthrie B. Clinical assessment and management of multimorbidity: Summary of NICE guidance. *BMJ*. 2016;354:i4843.
- Goodwin C. Person-centered care: A definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64:15-8.
- Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>. Art. N.º CD010523.
- Steinman MA, Hanlon JT. Managing medications in clinically complex elders: There's got to be a happy medium. *JAMA*. 2010;304:1592-601.
- Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>. Art. N.º CD008165.
- Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>. Art. N.º CD008986.
- Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: How well can it be measured and optimised? *Lancet*. 2007;370:173-84.
- Gnjidic D, Le Couteur DG. Discontinuing drug treatments. *BMJ*. 2014;349:g7013.
- McMullen CK, Safford MM, Bosworth HB, Phansalkar S, Leong A, Fagan MB, et al. Patient-centered priorities for improving medication management and adherence. *Patient Educ Couns*. 2015;98:102-10.
- Marengoni A, Monaco A, Costa E, Cherubini A, Prados-Torres A, Muth C, et al. Strategies to improve medication adherence in older persons: Consensus Statement from the Senior Italia Federanziani Advisory Board. *Drugs Aging*. 2016;33:629-37.
- Scottish Government Model of Care Polypharmacy Working Group. Polypharmacy Guidance. 2nd ed. Scottish Government; 2015.
- Molist Brunet N, Sevilla-Sánchez D, Amblás Novellas J, Roura-Poch P, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C. Optimizing drug therapy in patients with advanced dementia: A patient-centered approach. *Eur Geriatr Med*. 2014;5:66-71.
- Molist Brunet N, Espauella Panicot J, Sevilla-Sánchez D, Amblás Novellas J, Codina-Jané C, Altamiras-Roset J, et al. A patient-centered prescription model assessing the appropriateness of chronic drug therapy in older patients at the end of life. *Eur Geriatr Med*. 2015;6:565-9.
- Busse R, Bühlmeier M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges (Observatory Studies Series N(20)). WHO Regional Office Europe; 2010.
- United Nations Department of Economic Social Affairs (DESA). Population prospects for the twenty-first century: The 2010 United Nations Projections. *Popul Dev Rev*. 2011;37:407-11.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing 2013*. New York; 2013. ST/ESA/SER.A/348.
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblás J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med*. 2014;28:302-11.
- Zuckerman RB, Stearns SC, Sheingold SH. Hospice use, hospitalization, and medicare spending at the end of life. *Journals Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71:569-80.
- Emanuel EJ, Ash A, Yu W, Gazelle G, Levinson NG, Saynina O, et al. Managed care, hospice use, site of death, and medical expenditures in the last year of life. *Arch Intern Med*. 2015;162:1722-8.
- Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound: The King's Fund; 2013 [consultado 12 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/polypharmacy-and-medicines-optimisation>
- Martin-Pérez M, López de Andrés A, Hernández-Barrera V, Jiménez-García R, Jiménez-Trujillo I, Palacios-Ceña D, et al. Prevalencia de polifarmacia en la población mayor de 65 años en España: análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52:2-8.
- Solà Bonada N, Torné Coromina A, Molist Brunet N, Padrís Muntal E, Grané Franch N. Modelo de prescripción centrada en la persona aplicado a pacientes institucionalizados con enfermedad crónica avanzada. Comunicación oral MA-029. VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, 7 y 8 de Abril 2016, Madrid. [consultado 1 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.congresocronicos.org/wp-content/uploads/2015/10/Libro-de-Comunicaciones-VIII-Cr%C3%83nicos-web.pdf>
- Amblás-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontecha B, Iziritari M, Blay C, 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;6:189-94.
- Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Intern Med*. 2007;18:359-68.
- Gask L, Klinkman M, Fortes S, Dowrick C. Capturing complexity: The case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2008;23:469-76.
- Safford MM, Allison JJ, Kiefe CL. Patient complexity: More than comorbidity. The vector model of complexity. *J Gen Intern Med*. 2007;22 Suppl. 3:382-90.
- Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci*. 1973;4:155-69.
- Petrovic M, Somers A, Onder G. Optimization of geriatric pharmacotherapy: Role of multifaceted cooperation in the hospital setting. *Drugs Aging*. 2016;33:179-88.
- Spinewine A, Fialova D. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging*. 2012;29:495-510.
- Braithwaite RS, Concato J, Chang CC, Roberts MS, Justice AC. A framework for tailoring clinical guidelines to comorbidity at the point of care. *Arch Intern Med*. 2007;167:2361-5.
- Poudel A, Peel N, Mitchell C, Nissen LM, Hubbard RE. A systematic review of prescribing criteria to evaluate appropriateness of medications in frail older people. *Rev Clin Gerontol*. 2014;24:304-18.
- Amblás-Novellas J, Martori JC, Brunet NM, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella-Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.09.003>
- Cullinan S, O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S. Use of a frailty index to identify potentially inappropriate prescribing and adverse drug reaction risks in older patients. *Age Ageing*. 2016;45:115-20.
- Poudel A, Peel NM, Nissen LM, Mitchell CA, Gray LC, Hubbard RE. Adverse outcomes in relation to polypharmacy in robust and frail older hospital patients. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17:767.e9-13.
- González-Buono J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.008>
- Pellegrin KL, Krenk L, Oakes SJ, Ciarleglio A, Lynn J, McInnis T, et al. Reductions in medication-related hospitalizations in older adults with medication management by hospital and community pharmacists: A quasi-experimental study. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65:212-9.

ARTÍCULO ESPECIAL

Tópicos y reflexiones sobre la reducción de ingresos hospitalarios: de la evidencia a la práctica

Jordi Amblàs Novellas^{a,*}, Joan Espauella Panicot^a, Carles Blay Pueyo^b, Núria Molist Brunet^a, Gianni E. Lucchetti d'Aniello^c, Antoni Anglada Arisa^d y Jordi Roca Casas^e

^a Unitat Integral Geriatria Osona, Consorci Hospitalari de Vic-Hospital Santa Creu de Vic, Vic, Barcelona, España

^b Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

^c Servei de Medicina Interna, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España

^d Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España

^e Hospital Santa Creu de Vic, Vic, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de marzo de 2013

Aceptado el 13 de mayo de 2013

On-line el 27 de septiembre de 2013

Palabras clave:

Cronicidad

Readmisiones

Integración

Complejidad

RESUMEN

Los cambios demográficos y la realidad económica de los últimos años han condicionado una reorientación de las políticas sanitarias priorizando la atención a la cronicidad. Dada la concentración de costes en la atención hospitalaria de los pacientes con enfermedades crónicas, la reducción de las hospitalizaciones ha pasado a ser un objetivo preferente.

Mientras tanto, constatamos que entre el objetivo paradigmático de abordaje eminentemente comunitario propuesto para estos pacientes y la realidad asistencial vigente, queda aún un largo recorrido que valdría la pena realizar paso a paso. Con la evidencia científica de la que disponemos en el momento actual: ¿Es razonable dar por sentado que hay un nivel adecuado de ingresos o que reducir el número de ingresos es necesariamente mejor para los pacientes? ¿Es posible definir operativamente y con la suficiente fiabilidad cuáles de los ingresos hospitalarios son evitables? ¿Es perjudicial para un paciente y para el sistema que una persona con enfermedades crónicas con altas necesidades de atención ingrese en un hospital? ¿No serán los ingresos hospitalarios evitables y los reingresos, indicadores de fragmentación de los sistemas de salud?

Ante esta situación, un abordaje razonable requiere en primer lugar de un análisis crítico de las distintas realidades asistenciales (microsistemas) y de la revisión sistemática de la evidencia científica –rompiendo algunos tópicos si es preciso–. En segundo lugar es indispensable llevar este conocimiento a la práctica asistencial, con la necesidad absoluta de conciliar el «qué» y el «cómo», la visión individual con la visión poblacional, la enfermedad única con la multimorbilidad y, finalmente, el abordaje clínico con la planificación sanitaria.

© 2013 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Topics and considerations on reducing hospital admission: From evidence to practice

ABSTRACT

Demographic changes and the economic situation of the recent years have conditioned a turning point in health policies, which have decided to progressively prioritize chronicity care programs. Given that hospital costs were concentrated in attention to patients with chronic diseases, reduction on admissions is now a priority target.

Meanwhile, we state that among the obviously community handling paradigmatic aim for those patients and the current care situation, there is a long way to do that should be done gradually. According to the current scientific evidence: Is it sensible to assume that there is a proper level of admissions or is it better for the patients to reduce the number of admissions? Is it possible to operationally and reliably define which hospital admissions are avoidable? Is it harmful to a patient and to the health care

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jamblas@chv.cat (J.A. Novellas).

system to admit a patient with multiple chronic disease? Maybe are hospital admissions are avoidable and readmissions are indicators of a fragmented health care system?

Given that situation, a reasonable approach requires firstly a critical analysis of the various realities of care (microsystems) and a systematic review of the scientific evidence-breaking, and rejecting some topics if necessary. Secondly, we should bring all this knowledge to clinical practice, conciliating «what» and the know-how, individual and population view, sole disease and multimorbidity, and finally clinical approach and health planning.

© 2013 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

A lo largo de los últimos años, los sistemas sanitarios de los países desarrollados han tenido que reorientar sus estrategias para ajustarse a la realidad creciente del número de pacientes con enfermedades crónicas. El documento marco publicado por la OMS el año 2005¹ significó el punto de partida de un proceso de cambio casi vertiginoso en el rumbo de las prioridades de los planes de salud que, progresivamente, se han ido orientando a los programas de atención a la cronicidad². En el momento actual, el paradigma de planificación se podría sintetizar en la estrategia *triple aim* propuesta por Berwick et al.³: *Care, Health & Cost* (mejorar la experiencia de atención, mejorar la salud y reducir costes), siendo la reducción de las hospitalizaciones evitables un aspecto fundamental para lograr estos objetivos⁴.

Este escenario viene determinado por 2 ideas centrales. La primera –implícitamente vinculada a los objetivos de mejora de atención y de salud– propugna que los pacientes con enfermedades crónicas deberían poder ser atendidos prioritariamente en el ámbito comunitario⁵ y, sin duda, esta es la realidad hacia donde tenemos que ir avanzando.

La segunda –más ligada a objetivos estrictamente de gestión– incide en la concentración de costes en las áreas de hospitalización. En un análisis realizado el año 2008 en la comarca de Osona –Cataluña–⁶ se constató que aproximadamente el 5% de los pacientes –el 90% de los cuales padecían enfermedades crónicas–, consumieron más de la mitad de recursos –el 80% de los cuales en áreas de internamiento– (fig. 1). Esta realidad, muy parecida a la descrita por los observatorios de salud europeos⁷, se basa en el hecho que el gasto básicamente viene condicionado por las estancias –más prolongadas en estos pacientes⁷–, el uso (¿y abuso?) de tecnología médica⁸ y la mala utilización de los servicios en general⁸; además esta realidad está agravada por un mayor índice de readmisiones, que en este segmento de población son más costosas⁹.

El silogismo, pues, es inevitable: si en este grupo de población los costes se concentran en el ámbito hospitalario, el ahorro pasa

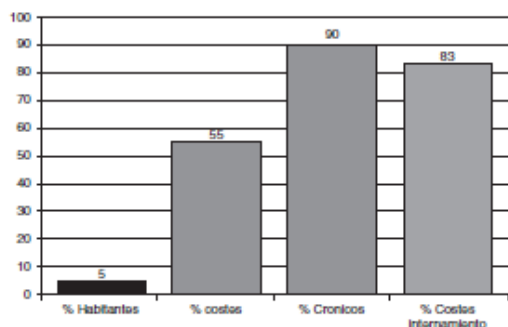


Figura 1. Concentración de morbilidad en la población del Sistema Integrado de Salud de Osona (SISO).

por intentar que presenten el mínimo posible de ingresos; y, en consecuencia, la forma más sencilla de cribado sería identificar a los pacientes multi-ingresadores.

La cuestión es: ¿la reducción de ingresos es un objetivo en sí mismo, o simplemente debe ser la consecuencia de una atención más adecuada, mediante, por ejemplo, un programa de case management¹⁰? Esta mejora en la atención, ¿es factible solo en el ámbito comunitario, o también sería necesario replantear su abordaje en la áreas de hospitalización?

Ante la actual situación de aparente vorágine y de grandes cambios es un buen momento para recordar la «metáfora del alpinista», cómo explica Jocelyn Cornwell en su blog¹¹: Pregunta: «¿Cuál es la diferencia entre el alpinista novato y el experto? Respuesta: El novato celebra cuando llega a la cima, el experto lo celebra cuando ha vuelto a casa». Así pues, esta mezcla de inquietud e inconformismo para lograr nuevos retos y de prudencia para establecer acciones y valorar sus resultados, deben ser la base para seguir innovando en la dirección adecuada.

La constante debería ser: analizar críticamente la realidad, revisar la evidencia científica –rompiendo tópicos si hace falta– y llevar este conocimiento a la práctica asistencial para mejorar los resultados de salud en los pacientes, lo que, al fin y al cabo, debe ser nuestro objetivo prioritario. El presente artículo pretende, pues, romper algunos tópicos y aportar algunos elementos de reflexión para seguir avanzando en este apasionante camino, intentando conciliar el abordaje clínico de estos pacientes con la planificación de su atención desde el ámbito de la gestión sanitaria.

Análisis crítico de la microrealidad

La heterogeneidad de realidades en los sistemas sanitarios es inmensa. Por este motivo es esencial que los cambios se propongan desde el análisis de las singularidades de cada ámbito, partiendo de una valoración exhaustiva a nivel «micro» (equipos y profesionales), que permitan elaborar programas que reflejen adecuadamente esa diversidad (visión «macro»).

Una aproximación razonable para valorar la realidad asistencial en la atención a los pacientes crónicos es evaluar la respuesta de su sistema sanitario ante las crisis que estos presentan y las transiciones que de ellas se derivan.

En 2011 en el Hospital General de Vic (HGV), se llevó a cabo un corte de prevalencia hospitalaria de personas con enfermedades crónicas avanzadas y con pronóstico de vida limitado, utilizando el instrumento NECPAL^{12,13}. Un 40,6% de los pacientes ingresados (en todos los servicios excepto pediatría y obstetricia) fueron identificados como NECPAL+ (pacientes en los que es factible pensar que puedan estar en su último año de vida).

En la valoración de las «crisis»^a y «transiciones»^b que presentó este grupo de pacientes a lo largo del siguiente año (fig. 2)¹⁴ y con

^a Crisis: situación que requiere de atención médica no programada condicionada por proceso intercurrente, descompensación de la enfermedad de base o distress sintomático.

^b Transición: cambio de recurso asistencial que incluye al menos una pernoctación.

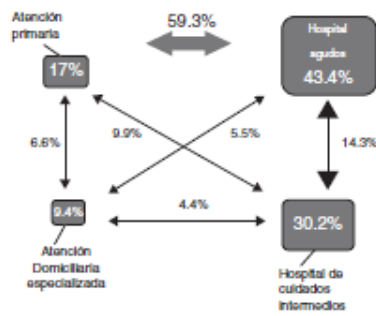


Figura 2. Crisis, transiciones y setting de resolución en la cohorte NECPAI/HGV. El porcentaje y tamaño de los recuadros corresponde al setting final de resolución de la crisis. El porcentaje y tamaño de las flechas corresponde al número de transiciones entre los diferentes recursos asistenciales.

la prudencia necesaria en el análisis de resultados de una cohorte pequeña (56 pacientes), destacó: 1. El elevado número de transiciones con relación a las crisis (1,3 transiciones por cada crisis), a pesar de tratarse de un grupo muy seleccionado de pacientes y que, en nuestro territorio, existe un buen nivel de integración asistencial y una buena oferta de recursos alternativos (hospitalización domiciliaria y unidades de subagudos); 2. Que, tal como muestra la figura 2, la mayor parte de estas transiciones (59,3%) se producían entre atención primaria y el hospital de agudos; y 3. Que analizando la «resolución por setting»⁶ solo un 17% de las crisis se resolvieron en atención primaria, con un uso limitado de las alternativas especializadas comunitarias (9,4%).

La sensación es que entre la realidad asistencial actual y el objetivo propuesto por los programas de atención a la cronicidad, queda aún un largo recorrido que valdría la pena realizar paso a paso. ¿Por dónde empezar? De entrada, una buena manera sería intentar romper algunos tópicos...

Rompiendo algunos tópicos

Tópico 1: Para el cribado poblacional de personas con enfermedades crónicas con riesgo de readmisión, es suficiente con identificar aquellos pacientes con múltiples admisiones anteriores

La valoración de los índices de ingresos y las readmisiones hospitalarias han sido ampliamente propuestos como indicadores de calidad, en buena parte porque son fáciles y económicos de medir. Pero la idea de sintetizar la compleja realidad de esos pacientes en un instrumento de gestión simple puede ser tan atractiva como perversa: más allá de medir solo los aspectos cualitativos de la atención hospitalaria de agudos, las readmisiones también vienen determinadas por variables relacionadas con el propio paciente, con la provisión de atención comunitaria, de hospitales de atención intermedia, agencias de salud, diversos profesionales de la salud, farmacias y servicios sociales¹⁵⁻¹⁷. Todos ellos son factores que van mucho más allá de los aspectos meramente relacionados con la complejidad clínica.

La propuesta de cribar la población a partir de la cuantificación de respuestas reactivas –ingresos por descompensaciones– para poder establecer medidas proactivas –acciones para evitar ingresos– puede resultar atractiva y, si valoramos el resultado de la intervención probablemente será positivo. El problema es que sin

⁶ Resolución por setting: último nivel asistencial utilizado por el paciente previo a retorno a la ubicación previa o exitus; en el caso de atención primaria: resolución de la crisis o exitus en ubicación comunitaria.

haber realizado ninguna intervención, estas personas igualmente habrían presentado menos ingresos; este fenómeno es conocido como «regresión a la media»¹⁸ y es un ejemplo paradigmático del énfasis en la rigurosidad y la prudencia con la que debemos evaluar nuestras intervenciones.

Definir operativamente cuáles son los reingresos hospitalarios evitables con la suficiente fiabilidad es especialmente difícil, y hasta la fecha ninguna estrategia ha podido demostrar efectividad suficiente¹⁹. Es más, en los últimos 30 años se han analizado intensivamente los factores asociados a readmisiones y se han probado modelos para reducirlos y, sin embargo, las tasas de reingresos no se han reducido considerablemente durante este tiempo²⁰. ¿Significa todo esto que debemos obviar las tasas de reingresos en la planificación poblacional de la atención de estos pacientes? Probablemente no, pero parece evidente que es una estrategia insuficiente si no lleva asociadas variables basadas en la valoración clínica²¹.

Tópico 2: Las situaciones de descompensación o crisis no deben ser sinónimo de hospital de agudos

En una situación idílica, la proactividad debería evitar muchas de las crisis de los pacientes con enfermedades crónicas y con necesidades de atención compleja; y en caso de producirse, muchas de estas descompensaciones deberían poder ser atendidas en el ámbito comunitario.

Pero la realidad demuestra que en los últimos 10 años, muy pocas intervenciones han demostrado reducciones significativas de la derivación de estos pacientes a los servicios de urgencias hospitalarios²². ¿Cuál sería el común denominador de las intervenciones con éxito? Todas las evidencias apuntan a los programas de integración²³⁻²⁵; hasta el punto que permiten afirmar que los ingresos hospitalarios evitables y los reingresos son indicadores inequívocos de la fragmentación de los sistemas de salud²⁶. Ejemplos como los programas de atención integrada de Torbay²⁴ o la State Action on Avoidable Rehospitalizations (STAAR) initiative²⁷ han presentado buenos resultados –por ejemplo, disminución de más del 10% de las readmisiones por insuficiencia cardíaca–. Parece lógico pensar que la mejor forma para afrontar situaciones de complejidad sea a partir de intervenciones complejas; de la misma manera que para resolver situaciones clínicas complicadas es imprescindible establecer un plan terapéutico sistemático a partir de una valoración multidimensional.

En el contexto actual, las organizaciones basadas en niveles asistenciales, donde los profesionales trabajan compartimentadamente, probablemente sean obsoletas²⁸. Pero, para garantizar una atención integrada, no será suficiente con el acuerdo de las organizaciones para trabajar conjuntamente en un territorio (integration). Es indispensable que, además, el paciente se beneficie del resultado de esta planificación (integrated care)²⁹, siendo imprescindible para ello una auténtica integración clínica entre los equipos y los profesionales. En la antes citada STAAR initiative fue necesario crear equipos de continuidad asistencial que incluían representantes de la atención de agudos, enfermería especializada, atención domiciliaria/ambulatoria, servicios sociales, pacientes y familiares, con el objetivo de asegurar³⁰: 1. Evaluación adecuada las necesidades posthospitalarias; 2. Educación eficaz para facilitar el aprendizaje por parte del paciente y cuidadores; 3. Seguimiento posthospitalario –tanto médico, como social–; y 4. En las transiciones, asegurar una adecuada comunicación con el siguiente profesional de la salud –dentro de la cadena asistencial–.

Por contra, las acciones aisladas difícilmente pueden cambiar los resultados, a excepción de aquellos ámbitos donde previamente no se ha intervenido de forma específica. En este sentido, destacan los buenos resultados de los programas de consultorías entre médicos de atención primaria y geriatras (que, por ejemplo, han demostrado una disminución superior al 10% en las derivaciones a urgencias

-sobre todo en aquellos pacientes provenientes de residencias-³¹ y la intervención directamente en las áreas de atención inmediata, donde un sistema de consultoría con médicos *seniors* demuestra un buen grado de eficiencia³². Así pues, a la espera de lograr una situación de atención comunitaria paradigmática como la especificada en los planes de salud, un planteamiento plausible y realista podría ser: 1. En situación de estabilidad, llevar a cabo valoraciones conjuntas para definir planes asistenciales para los pacientes más complejos; y 2. Ante una situación de crisis, el principal problema no debe ser derivar al paciente al servicio de urgencias: la cuestión es cómo les atendemos en estos servicios, qué alternativas a la hospitalización de agudos (unidades de subagudos, hospitalización domiciliaria, hospital de día, ...) les podemos ofrecer, y si planificamos las transiciones de forma exquisita. Nuestra experiencia en este ámbito es buena; la intervención de una enfermera gestora de casos en el área de urgencias, obtuvo una reducción del 10% de ingresos de pacientes médicos de más de 75 años (en total 334 pacientes), de los cuales un 54,5% retornaron a domicilio en programa de hospitalización domiciliaria; el 45,5% restante fueron derivados a hospitales de cuidados intermedios en programa de subagudos.

Estas propuestas, factibles y no muy complejas, respaldan la necesidad de acercar los profesionales de la geriatría y, en general, el conocimiento geriátrico a los servicios de urgencias³³ y a la comunidad³¹. La valoración geriátrica integral, que ha demostrado ampliamente su eficiencia en todos los ámbitos asistenciales³⁴, debe ser la herramienta que permita garantizar una adecuada atención a estos pacientes, más allá de especialidades y niveles asistenciales.

Tópico 3: Este grupo de pacientes presentan alta frecuentación de los servicios de urgencias, más ingresos hospitalarios y estancias más prolongadas

Con los datos disponibles⁹, esta afirmación parece irrefutable. Pero también lo es que este segmento de población es el que mejor y más justificadamente usa los servicios de urgencias³⁵, y que son los pacientes que más adecuadamente acaban ingresando, dada la gravedad y complejidad de abordaje de las enfermedades que condicionan la descompensación³⁶.

También es cierto que presentan estancias hospitalarias más prolongadas, y que, dada su mayor vulnerabilidad, comorbilidades, riesgo de complicaciones intrahospitalarias y de iatrogenia, pueden condicionar peores resultados de proceso: estancia media, mortalidad, institucionalización, readmisiones, etc.³⁷. Pero si analizamos en profundidad las causas de estas estancias inadecuadas, constataremos que están sobre todo relacionadas con problemas en los procesos de atención hospitalaria -básicamente de programación hospitalaria y atención médica- y con dificultades para planificar el alta⁸.

Probablemente el futuro de la atención hospitalaria a estos pacientes pase por crear «microsistemas» de atención específica, con vocación transversal (basada en necesidades) y de atención compartida (equipos médicos y quirúrgicos). Con esta premisa, ya el año 2009 el Hospital General de Vic apostó por la creación de una unidad geriátrica de agudos (UGA) de atención compartida médico-quirúrgica, destinada a pacientes con enfermedades crónicas y altas necesidades. Desde entonces se han atendido más de 3.000 pacientes con un perfil marcadamente geriátrico: edad media de 86,3 años, multimorbilidad (más de 6 condiciones crónicas y polifarmacia -8 fármacos- de promedio), índice de Barthel basal de 60/100, alta prevalencia de deterioro cognitivo/demencia (52% de los pacientes) y un 21,9% de procedencia residencial.

Los resultados parecen avalar este planteamiento (fig. 3): estancia media de 5,7 días (46,3% menor a lo esperable), mortalidad 9,2%

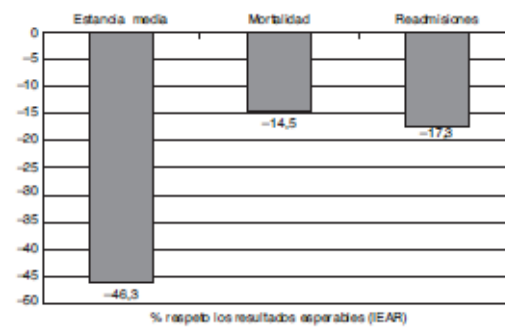


Figura 3. Porcentaje diferencial entre los resultados obtenidos en la UGA del HGV y los resultados esperables según la base de datos IAMETRICS de IASIST (Nov. 2012).

(14,5% menor a lo esperable) y un 17,3% menos de readmisiones respecto a las esperables. Además, al alta se ha realizado un proceso de optimización terapéutica en prácticamente todos los pacientes, con reducción significativa de polifarmacia, sobre todo en aquellos en situación de enfermedad crónica avanzada³⁸ e inicio de un proceso de planificación avanzada en 26,1% del total de pacientes. Los elementos críticos de éxito de estas unidades son la adecuada selección de pacientes, la atención especializada/interdisciplinar, y la planificación del alta precoz, todo ello en un contexto territorial de progresiva integración asistencial.

Propuestas como la descrita invitan a cambiar el prejuicio de la hospitalización de estos pacientes como una situación necesariamente perjudicial -tanto a nivel de costes, pero también en resultados de salud-. De nuevo, lo esencial no es solo dónde son atendidos los pacientes, si no en qué momento y de qué manera son atendidos.

Tópico 4: El hospital de agudos no es un buen lugar para estos pacientes

A estas alturas no es ningún secreto que la hospitalización puede ser un «medio tóxico» para los pacientes más frágiles, ya que frecuentemente les condiciona un incremento de vulnerabilidad -a veces transitorio- recientemente bautizado como el *post-hospital syndrome*³⁹. A este respecto hay 2 aspectos fundamentales que no podemos eludir.

En primer lugar hay que considerar la premisa, generalmente aceptada, de que, en igualdad de condiciones, la población está mejor en sus casas que en un centro hospitalario; y que siempre que sea posible -esto dependerá de la complejidad de atención que requiere el proceso y de las alternativas asistenciales en un territorio concreto- se tendría que poder priorizar la atención domiciliaria ante descompensaciones de salud. Experiencias de telemedicina en Dinamarca⁴⁰, los *patient hotels* en Suecia⁴¹ o las plantas virtuales (*virtual wards*)⁴² invitan al optimismo en un futuro, esperemos que no muy lejano. Mientras tanto, lo importante es garantizar la atención adecuada en cada momento, teniendo siempre en cuenta que lo que realmente incrementa los costes es la mala utilización de servicios⁸: «no hacer lo que toca, en el momento que toca». De hecho, algunos estudios ya empiezan a alertar del riesgo que la excesiva concentración en la reducción de hospitalizaciones pueda condicionar una atención inadecuada⁴³.

En segundo lugar no se debiera cometer la imprudencia de analizar el proceso de hospitalización como una realidad homogénea y rígida. Aparentemente el binomio hospital de agudos/paciente complejo tiene alta probabilidad de malos resultados: para el paciente -riesgo de discapacidad e iatrogenia-, para el hospital -por los costes-, e incluso para los profesionales sobrecarga de

trabajo, complejidad en la toma de decisiones clínicas, etc. Es en este ámbito donde las unidades específicas (especialmente en el caso de las UGA), han demostrado su eficiencia⁴⁴⁻⁴⁶. El «problema», de nuevo, no es el hospital de agudos, sino «cómo» atendemos a estos pacientes en este hospital; y, también cómo seleccionamos aquellos pacientes en los que el proceso de hospitalización pueda aportarles algún valor añadido. Este contexto propone un nuevo cambio de paradigma: pasar del «volumen based» al «value based»⁴⁷.

Ante estas evidencias, se puede afirmar que, con una atención específica centrada en las necesidades de los pacientes, los resultados pueden ser muy distintos: para el paciente, para el hospital y también para los profesionales.

Tópico 5: Las necesidades asistenciales de los pacientes y las prioridades de gestión siempre son concurrentes

Sería demagógico obviar, en los tiempos actuales, que tenemos que afrontar el tema de los costes. Pero hay que hacerlo desde la perspectiva de la sostenibilidad, más que desde el discurso del ahorro⁴⁸. Cuatro parecen ser las bases para un sistema sanitario sostenible⁴⁹: 1. Desarrollar nuevos sistemas de financiación; 2. Ayudar a las familias en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas; 3. Reducir la demanda de atención mediante programas de prevención y autogestión; y 4. Mejorar la atención médica, priorizando las intervenciones de alto valor, desestimando aquellas que no han demostrado un beneficio sensible para los pacientes.

Mientras se va avanzando en este sentido, la imperiosidad de la situación económica obliga a tomar decisiones, a pesar de que las evidencias sobre la eficiencia de las intervenciones en la reducción de ingresos sean aún incompletas. Como muy explícitamente alertan Martin Roland y Gary Abel⁵⁰, al igual que pasa con los fármacos, los planes de salud también pueden tener efectos indeseables, y es imprescindible una estrecha monitorización de sus resultados.

También advierten de algunos conceptos erróneos que pueden conducir a expectativas ingenuas o poco realistas: sobreestimar la importancia de algunos marcadores, obviar la importancia de la regresión a la media, suponer que todas las intervenciones son beneficiosas, pensar que siempre hay que saber qué hacer y menospreciar el efecto del azar.

Parece ser un mal punto de partida, pues, dar por sentado que pueda establecerse un nivel adecuado de ingresos o de derivaciones al hospital, o que reducir el número de ingresos siempre es necesariamente mejor. Conviene no olvidar que algunos de los múltiples programas piloto diseñados para evitar hospitalizaciones se han tenido que retirar una vez constatado que podían condicionar un incremento de la mortalidad^{51,52}.

De la evidencia a la práctica: dicotomías y «nuevos» conceptos

Una vez revisados algunos tópicos a partir de la evidencia actual, llega el momento –habitualmente el más complicado– de reflexionar acerca de cómo hacer tangible este conocimiento en nuestra práctica asistencial. En el camino se presentan 2 dicotomías que dificultan el proceso.

Dos dicotomías. . .

A ojos de un planificador, esta operativización es sinónimo de planificación sanitaria; para un clínico, lo es de toma de decisiones clínicas. Lo mismo que sucede cuando afrontamos el tema de la complejidad⁵³; para el planificador, el paciente complejo es aquel que condiciona un alto uso de los recursos; para el clínico lo es aquel paciente que supone un reto clínico. Esta *primera dicotomía* (visión poblacional vs. individual) es la que explica que, frecuentemente, haya dificultades de entendimiento entre unos y otros en

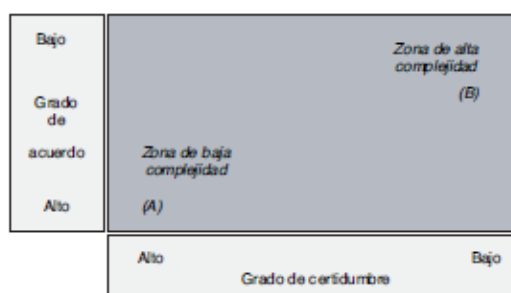


Figura 4. Grado de complejidad con relación al grado de certidumbre para identificar una situación respecto el grado según cómo proceder ante aquella situación.

tanto que hablan de conceptos distintos. La clave del éxito estaría en armonizar el modelo de atención para la población (modelos organizativos), y para la persona (plan de intervención individualizado), siendo la gestión y liderazgo clínico el nexo de unión entre ambos. Es importante tener las prioridades claras; el objetivo no es tanto mejorar los procesos (visitas, pruebas, número de ingresos, . . .), como los resultados de salud en los pacientes⁵⁴. En todo caso, debe considerarse la evidencia de que los cambios realmente se producen cuando se actúa a nivel *micro* –equipos y profesionales– y, por otra parte, que si un proyecto no se traduce en la mejoría de los resultados de salud de las personas, no se puede considerar exitoso⁵⁵.

En el abordaje de la cronicidad, la mayor parte de sistemas sanitarios proponen rutas asistenciales basadas en protocolos de atención centradas en las principales enfermedades crónicas. La dificultad aparece cuando la situación crónica predominante es la multimorbilidad –que es la más frecuente de las situaciones crónicas⁵⁶–. La medida de la complejidad clínica viene condicionada por el grado de evidencia sobre «qué le pasa al paciente», y sobre el nivel según cómo proceder ante aquella situación⁵⁷ (fig. 4): por ejemplo, ante un paciente con infarto agudo de miocardio (A), el diagnóstico es sencillo y el protocolo de actuación es claro; no es una situación de alta complejidad respecto a la toma de decisiones y es fácil trazar una propuesta de actuación.

Pero en un paciente con múltiples condiciones crónicas, que ante una crisis presenta descompensación de múltiples sistemas y, a veces, con presentaciones clínicas imprecisas –por ejemplo, declive funcional– (B), la incertidumbre diagnóstica suele ser elevada; y la solución no pasa por aplicarle cada una de las guías clínicas para sus múltiples enfermedades; la complejidad viene determinada, pues, por esta dificultad para la toma de decisiones, que difícilmente son protocolizables.

Una vez más, se pone en evidencia la necesidad de seleccionar apropiadamente los pacientes que más se puedan beneficiar de un enfoque asistencial concreto: probablemente el paciente del primer ejemplo (A) tendrá un buen perfil para ser incluido en un programa de trayectoria clínica de órgano. En el caso del paciente B, el planteamiento probablemente debe ser otro; y en este punto es donde aparece la segunda dicotomía.

Mientras que la primera dicotomía evidenciaba la necesidad de conciliar 2 visiones distintas de una misma realidad (visión poblacional vs. individual), la segunda se centra en la dimensión individual; y plantea la atención enfermedad-centrada (gestión de enfermedad) vs. la atención centrada en la persona (gestión de caso). ¿Tiene sentido un enfoque unidimensional (enfermedad-centrado) en una persona con múltiples condiciones crónicas? El impacto acumulativo de las recomendaciones de tratamiento en este grupo de pacientes condiciona un mal uso de recursos –sobre todo con relación a la sobreexposición a controles y exploraciones

innecesarias y a una polifarmacia inadecuada-, que ni es beneficiosa por el paciente, ni el sistema sanitario se puede permitir⁵⁸.

... y 3 «nuevos» conceptos que podrían ser la solución

Finalmente, y mirando al futuro, ¿cómo saber si se avanza en la dirección adecuada? A nuestro entender, 3 conceptos –nuevos desde el punto de vista terminológico, pero ya clásicos en el conocimiento geriátrico–, deberían ser los factores críticos de éxito y el fundamento de los programas de atención a la cronicidad:

El primer concepto es la «armonización terapéutica» (*Therapeutic Harmonization*)⁵⁹; para afrontar las situaciones de alta complejidad clínica serán necesarios modelos de ayuda a la toma de decisiones y que concilien la voluntad de los pacientes con objetivos clínicos plausibles y ajustados a sus valores. El resultado final debe ser un proceso de planificación avanzada basada en el empoderamiento del paciente, entendido como su capacidad para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal.

En este contexto es imprescindible: 1. Un entorno adecuado de comunicación, que facilite la comprensión de la información por parte del paciente; 2. La valoración de su capacidad para asimilar la información y para tomar decisiones –especialmente en aquellas situaciones con deterioro cognitivo–; 3. La plasmación de los objetivos consensuados en planes individualizados que garanticen una atención personalizada, respetuosa con los valores de la persona; y 4. La disposición de parámetros objetivos que permitan identificar con suficiente seguridad en qué punto de su proceso vital se encuentra una persona y cuál será su posible trayectoria hasta el final de la vida. En este sentido, el concepto de fragilidad tendrá una gran importancia y, probablemente será el paradigma clínico esencial del cribado poblacional, de la toma de decisiones y la medición de los resultados de salud.

El segundo concepto es el «valor» (*value*)⁵⁴, es la relación entre el coste y los resultados de salud obtenidos. Lo importante es el resultado final para el paciente y no el volumen de los servicios prestados. Por ejemplo, para una persona previamente autónoma que presenta una fractura de fémur, el valor de nuestra atención dependerá del resultado de la suma de acciones realizadas: intervención quirúrgica precoz, perioperatorio satisfactorio, rehabilitación adecuada y transición entre los niveles asistenciales impecable; si el resultado final es una buena recuperación funcional, sin iatrogenia añadida y retorno a su entorno comunitario habitual, esta habrá sido una atención con valor.

El tercer y último concepto es la «multiplicidad» (*multiplicity*)⁶⁰ entendida como el resultado sinérgico que se produce cuando los diferentes profesionales se ponen a trabajar en una misma dirección por un objetivo común, aportando cada uno lo mejor de sí mismo. La multiplicidad requiere del trabajo colaborativo de todos los actores implicados (pacientes, familiares y cuidadores, gestores, profesionales de la salud y sociales), y debe ser la base de la integración clínica esencial para la atención a los pacientes con enfermedades crónicas y complejidad de atención. Como elemento facilitador, las tecnologías de la información desempeñarán un papel clave y serán herramientas de trabajo absolutamente imprescindibles.

Conclusiones

Las evidencias y reflexiones propuestas en este artículo pretenden enfatizar la necesidad del trabajo colaborativo entre los profesionales y los sistemas sanitarios, con el objetivo común de mejorar la salud de las personas, en un contexto de calidad, seguridad y sostenibilidad. La certeza de que cada día habrá más personas afectadas de condiciones de salud crónicas y con necesidades de atención complejas, cuyas descompensaciones requerirán de un

uso intensivo de recursos asistenciales, sitúa a las hospitalizaciones como un elemento central de debate en todos los programas de cronicidad. Pero no debe confundirse el medio con el fin: la reducción de ingresos no debe convertirse en un objetivo de per se, sino que debe ser el resultado de una mejor atención en todos los niveles asistenciales. El punto de partida es, pues, el propio paciente, a quien debemos garantizar un adecuado proceso de armonización terapéutica que le sitúe al centro de la toma de decisiones y en un entorno de integración clínica basada en la multiplicidad de los profesionales. Sin estas premisas, será difícil que el resultado tenga el valor que tanto los individuos como el sistema sanitario necesitan urgentemente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Preventing chronic diseases, a vital investment. OMS, 2005 [consultado 14 Ene 2013]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/fullReport.pdf
2. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.
3. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27:759-69.
4. Ouslander JG, Maslow K. Geriatrics and the triple aim: Defining preventable hospitalizations in the long-term care population. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:2313-8.
5. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
6. Concentracions de morbiditat a la població de SISO. Implicacions per a la gestió assistencial [Consultado 14 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.iasist.com/es/soluciones/hospitales>
7. Poteliakhoff E, Thompson J. Admission bed use by length of stay. *The King's Fund*; 2011.
8. Bodenheimer T. High and rising health costs. Part 1: Seeking and explanation. *Ann Intern Med*. 2005;142:847-54.
9. Hospital Guide-Is your hospital fit for the future? Dr Foster 2012 [Consultado 14 Ene 2013]. Disponible en: http://download.dfoosterintelligence.co.uk/Hospital_Guide_2012.pdf
10. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the money-controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *N Engl J Med*. 2009;361:1521-3.
11. Cornwell J. How must we change care systems to meet the needs of the future patient? London: The King's Fund blogs; 2012.
12. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO[®]. *Med Clin (Barc)*. 2013;140:241-5.
13. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying chronic patients in need of palliative care in the general population: Development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;0:1-9.
14. Amblàs J, Molist N, Torné A, Espauella M, Chirveches E, Espauella J et al. Prevalence of advanced chronic patients in acute Hospitals. *Inno4ageing, Vilanova i la Geltrú*. 2012. Disponible en: http://fissuu.com/fundacioaba/docs/inno4ageing_posters_2012#download
15. Kocher RP, Adashi EY. Hospital readmissions and the affordable care act: Paying for coordinated quality care. *JAMA*. 2011;306:1794-5.
16. Kangovi S, Grande D. Hospital readmissions-not just a measure. *JAMA*. 2011;306:1796-7.
17. McCarthy, Johnson MB, Audet AM. Recasting readmissions by placing the hospital role in community context. *JAMA*. 2013;309:351-2.
18. Barnett AG, van der Pols JC, Dobson AJ. Regression to the mean: What it is and how to deal with it. *Int J Epidemiol*. 2005;34:215-20.
19. Oddone EZ, Weinberger M. Hospital readmission rates: Are we measuring the right thing? *Ann Intern Med*. 2012;157:910-1.
20. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*. 2009;360:1418-28.
21. Steventon A, Bardsley M, Billings J, Georgiou T, Lewis G. An evaluation of the impact of community-based interventions on hospital use. London: The King's Fund; 2011.
22. Purdy S. Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say? London: The King's Fund; 2010.
23. McAdam M. Frameworks of integrated care for the elderly: A systematic review. Toronto: CPRN Research Report; 2008.
24. Thistlethwaite P. Integrating health and social care in Torbay. Improving care for Mrs Smith. London: The King's Fund; 2011.

25. Boyle AA, Ahmed V, Palmer CR, Bennett TJ, Robinson SM. Reductions in hospital admissions and mortality rates observed after integrating emergency care: A natural experiment. *BMJ Open*. 2012;2, pii: e000930.
26. McCarthy D, Cohen A, Johnson MB. Gaining ground: care management programs to reduce hospital admissions and readmissions among chronically ill and vulnerable patients. New York: The Commonwealth Fund; 2013.
27. Boutwell AE, Johnson MB, Rutherford P, Watson SR, Vecchioni N, Auerbach BS, et al. An early look at a four-state initiative to reduce avoidable hospital readmissions. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30:1272-80.
28. Varela J. Posar el focus en l'efectivitat i en l'eficiència clínica, el millor estalvi. *Annals de Medicina*. 2012;95:67-9.
29. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? London: Nuffieldtrust; 2011.
30. Rutherford P, Nielsen GA, Taylor J, Bradke P, Coleman E. How-to guide: Improving transitions from the hospital to community settings to reduce avoidable rehospitalizations. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2012.
31. D'Arcy LPE, Stearns SC, Domino ME. Is geriatric care associated with less emergency department use? *J Am Geriatr Soc*. 2013;61:4-11.
32. White A, Armstrong P, Thakore S. Impact of senior clinical review on patient disposition from the emergency department. *Emerg Med J*. 2010;27:262-5.
33. García Navarro JA. El reto de atender a los ancianos enfermos de la forma más eficiente: una obligación en tiempos de crisis. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:183-5.
34. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ*. 2011;343:d6799.
35. Duaso E, Tomás S, Rodríguez-Carballeira M, Cuadra L, Llonch M, Ruiz D. Abordaje del anciano en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44 Supl. 1:510-4.
36. Zambrana García JL. Factores predictivos de estancias no adecuadas en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:90-2.
37. Baztán JJ, Suárez F, García FJ. Informe sobre la necesidad de unidades de agudos y unidades geriátricas de recuperación funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores. Madrid: SEMEG; 2004.
38. Molist N, Sevilla D, Amblàs J, Codina C, Espauella J. Changing treatment strategies in patients with advanced dementia: patient-based prescription. *Inno4ageing. Vilanova i la Geltrú*; 2012.
39. Harlan M, Krumholz MD. Post-hospital syndrome-an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med*. 2013;368:100-2.
40. Dinesen B, Haesum LK, Soerensen N, Nielsen C, Grann O, Hejlesen O, et al. Using preventive home monitoring to reduce hospital admission rates and reduce costs: A case study of telehealth among chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Telemed Telecare*. 2012;18:221-5.
41. Shanks L. The world's most innovative health care: How hotels and hospitals can work together [Consultado 14 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.innovationunit.org>
42. Lewis G. Examining the effectiveness of Virtual Wards [Consultado 14 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/our-work/projects/examining-effectiveness-virtual-wards>
43. Walsh EG, Wiener JM, Haber S, Bragg A, Freiman M, Ouslander JG. Potentially avoidable hospitalizations of dually eligible Medicare and Medicaid beneficiaries from nursing facility and home-and community-based services waiver programs. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:821-9.
44. Baztan JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: Meta-analysis. *BMJ*. 2009;338:b50.
45. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: Meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011;343.
46. Fox MT, Persaud M, Maimets I, O'Brien K. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:2237-45.
47. Fields R. Five Initial Steps to Move From Volume-Based to Value-Based Healthcare. February 10, 2012 [Consultado 14 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.beckershospitalreview.com/hospital-management-administration/5-initial-steps-to-move-from-volume-based-to-value-based-healthcare.html>
48. Sustainable Health Systems Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios. A report from the World Economic Forum Prepared in collaboration with McKinsey & Company. Healthcare Industry, January 2013 [Consultado 30 Ene 2013]. Disponible en: <http://www3.weforum.org/docs/WEFSustainableHealthSystemsReport2013.pdf>
49. Hope P, Bamford SM, Beales S, Brett K, Kneale D, MacDonnell, et al. Creating sustainable health and care systems in ageing societies. Report of the Ageing Societies Working Group 2012. The Global Health Policy Summit. London 2012;18(4):221-5. Disponible en: https://workspace.imperial.ac.uk/global-health-innovation/Public/GHPS_Ageing_Societies_Report.pdf
50. Roland M, Abel G. Reducing emergency admissions: Are we on the right track? *BMJ*. 2012;345:e6017.
51. Fan VS, Gaziano JM, Lew R, Bourbeau J, Adams SG, Leatherman S, et al. A comprehensive care management program to prevent COPD hospitalizations: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med*. 2012;156:673-83.
52. Takahashi PY, Pecina JL, Upatising B, Chaudhry R, Shah ND, van Houten H, et al. A randomized controlled trial of telemonitoring in older adults with multiple health issues to prevent hospitalizations and emergency department visits. *Arch Intern Med*. 2012;172:773-9.
53. Recomanacions en l'abordatge del pacient amb patologia crònica. Consorci de Salut i social de Catalunya. Febrer 2012 [Consultado 14 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.consorci.org/publicacions/catalog-de-publicacions/altres-publicacions/recomanacions-en-labordatge-del-pacient-amb-patologia-cronica>
54. Porter M. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363:2477-81.
55. Cornwell J. The care of frail older people with complex needs: Time for a revolution. London: The King's Fund; 2012.
56. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition-multimorbidity. *JAMA*. 2012;307:2493-4.
57. Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity and clinical care. *BMJ*. 2001;323:685-8.
58. Hugues LLD, McMurdo ME, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: The challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing*. 2013;42:62-9.
59. Moorhouse P, Mallery LH. Palliative and therapeutic harmonization: A model for appropriate decision-making in frail older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:2326-32.
60. Smith R. Multiplicity: The power of the many, or what we can learn from Barcelona FC. *BMJ Group Blogs*. 2013.

ANNEX 3

En aquest annex es descriu la metodologia per la realització de la conferència de cas. Aquesta metodologia ha estat validada per un grup de professionals. En primer lloc la van validar un grup de professionals del SISO i a continuació ho van fer els professionals del grup de recerca del SUSTAIN.

Guia bàsica per la realització d'una conferència de cas

PIIC plus, cap a una atenció centrada en les persones
(Projecte de millora de l'atenció centrada en la persona)
Projecte SUSTAIN



03/02/2017

Elaboració de la guia

Carme Guinovart Garriga (Treball Social Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic)

Joan Espauella Panicot (Director Assistencial Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic)

Validació de la guia

Grup Motor del projecte:

Mireia Espallargues, M^{re} Gabriela Barbaglia, M^{re} Marta Arcas (Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya), Joan Espauella, Carme Guinovart, Marta Ferrer (Hospital Universitari de la Santa Creu), Marta Segalés, Amaia Epelde, Mònica Arjona, Miriam Clopes (EAP Tona), Marta Serrarols, Anna Bartés (EAP Vic), Raquel Coma, Anna Moreta, Romina Morcillo, Marina Bosch, Lluís Sarreta (EAP Vic Nord), Isabel Ramón, Núria Molist, Anna Bullon (Consorti Hospitalari de Vic), Núria Viñas (Serveis Socials Bàsics Consell Comarcal), Imma Molist (Serveis Socials Bàsics Ajuntament de Torelló), Silvia Mateu i Gemma Parés (Serveis Socials Ajuntament de Vic) i Cristina Rufian (Serveis Socials Mancomunitat de la Plana)

Índex

1. Definició de la conferència de cas.....	4
2. Com fer la conferència de cas.....	4
2.1. Preparació prèvia per part de tots els equips participants.....	4
2.2. Descripció de la situació.....	4
2.3. Ús de recursos/serveis en el darrer any.....	5
2.4. Valoració de necessitats i problemes d'atenció que genera la situació.....	6
2.5. Opinió/valoració del pacient sobre la seva situació de salut i social. Objectius personals al respecte.....	7
2.6. Objectiu terapèutic general global consensuat entre l'equip de professionals i el pacient i/o la seva família/persona cuidadora.....	9
2.6.1. Objectiu terapèutic general. Consens d'equip.....	9
2.6.2. Objectiu terapèutic general. Validació amb el pacient.....	10
2.7. Pla de treball . Intervencions proposades i responsabilitats.....	10
3. Identificació i fórmula de contacte dels referents professionals i personals del pacient..	10
4. Registre al Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit i seguiment del cas.....	11
Annex 1. Full de conferència de cas.....	12
Annex 2. Manual del PIIC <i>plus</i>	17

1. Definició de la conferència de cas

La conferència de cas (CdC) és una reunió formal, estructurada i planificada on tots els proveïdors de serveis implicats en l'atenció d'un pacient o que podrien estar-ho en un futur, treballen conjuntament amb l'objectiu de definir un pla d'atenció únic i compartit per aquell pacient, així com per garantir el compliment de d'aquest pla d'atenció. La CdC permet formar un equip *ad-hoc* interdisciplinari i transversal que fent un diagnòstic de la situació del pacient, posarà en comú el seu coneixement i esforç per a la definició d'aquest pla d'atenció.

Idealment, en la CdC podria participar-hi el propi pacient i/o seus cuidadors o família. En qualsevol cas sempre caldrà trobar una manera de validar aquest pla amb el pacient.

2. Com fer la conferència de cas

2.1. Preparació prèvia per part de tots els equips participants

Abans de la CdC cal fer una revisió i actualització de les dades disponibles sobre el pacient. Cal assegurar que es tenen totes les dades necessàries i si no es disposen (p. ex. si fa temps que no s'ha vist directament al pacient poden faltar dades sobre la funcionalitat real actual), llavors caldria contactar amb família i/o amb professionals del servei d'atenció domiciliària per obtenir-les en cas que aquests no estiguin convidats a participar de la conferència.

Si algun professional que no assistirà a la conferència de cas pot disposar d'informació rellevant del cas (p. ex. especialistes concrets, hospitals 3r nivell, etc.) caldria també contactar-hi prèviament i recollir-la.

La rigorositat en aquesta fase prèvia permetrà optimitzar els esforços i dedicació necessaris que s'invertiran en la realització de la CdC.

2.2. Descripció de la situació

Es recomana fer una descripció en profunditat de la situació del pacient amb la tècnica de Valoració Geriàtrica Integral (VGI). Aquesta descripció inicial ha de ser el més objectiva possible, sense entrar en valoracions de les necessitats o problemes que sota el nostre

judici, poden causar cadascun dels fets que descrivim. La valoració de necessitats i problemes s'inclourà en un altre apartat de la CdC (veure punt 2.4.)

Així, s'inclouria una descripció de les àrees següents:

- a. Àrea clínica : antecedents patològics , diagnòstics actius , símptomes i síndromes geriàtriques i pla de medicació actual. Per la seva importància com a símptoma geriàtric cal fer esment específics a l' existència , nombre i context de les caigudes.
- b. Àrea mental (cognitiva i emocional): antecedents i diagnòstics relacionats. Sempre que sigui possible adjuntar una valoració estandarditzada (Geriatric Depression Scale [GDS], Peiffer - mini mental actualitzat, depressió) i fer constar si hi ha trastorns de la personalitat.
- c. Funcional (Activitats Instrumentals de la Vida Diària [AIVD], Activitats Bàsiques de la Vida Diària [ABVD], Activitats Avançades de la Vida Diària [AAVD]): adjuntar valoracions estandarditzades actualitzades (índice de Lawton, Índice de Barthel, etc.)
- d. Social : estructura familiar i/o entorn de suport, funció que realitza la mateixa (afectiva, de guiatge i consell, instrumental) i recursos propis (habitatge , economia, etc) .
- e. Descripció de la situació de les persones cuidadores:
Capacitat, predisposició i disponibilitat per donar cura. Impacte de la cura i/o situació (sobrecàrrega , dificultats emocionals, pràctiques, etc.) sobre les seves pròpies vides en el moment present i en el futur.

2.3. Ús de recursos/serveis en el darrer any

Cal revisar els recursos i serveis, tant sanitaris com socials, i tant públics com privats, utilitzats durant el darrer any per part del pacient.

Recursos sanitaris poden ser: programa Atenció Domiciliària (ATDOM), atenció a urgències (primària i/o hospital), ingressos hospitalaris d'aguts i/o intermedis, especialitats mèdiques implicades en la situació (amb seguiment actiu del pacient, visites programades, etc), etc.

Recursos socials poden ser: intervenció i seguiment per part de Serveis Socials Bàsics, Llei de la Dependència (LAPAD) si/no , Programa Individual d'Atenció (PIA) si/no, i en cas que si pla PIA cal especificar quin: Pla de Cuidador No Professional (PCNP), Servei d'Ajuda a Domicili (SAD) , Centre de Dia, prestació vinculada a serveis, plaça residencial pública, en llista pública si/no

Recursos socials no vinculats a LAPAD : SAD social- transitori , Centre de dia- residència privats, cuidadors externs privats a domicili (parcial, 24 hores, etc).

2.4. Valoració de necessitats i problemes d'atenció que genera la situació

És important diferenciar les situacions (diagnòstics, símptomes, síndromes, fets) de les necessitats i problemes que se'n poden derivar. Així per exemple, tenir MPOC pot comportar dispnea o no, viure sol és un fet que pot derivar en problemes (aïllament, no capacitat per cobrir les AIVD) o pot no comportar-ne cap (si la persona viu sola però és autònoma i li agrada viure sola).

Aquesta valoració s'ha de fer en relació amb els aspectes recollits en la descripció completa de la situació que s'ha fet prèviament, seguint el mateix ordre d'àrees de la VGI, definint els problemes i/o necessitats constatats i/o riscos que es derivin o puguin derivar de la mateixa, intentant ser el màxim de concret i detallat possible (ex.: dispnea de mínims esforços, dolor a la mobilització, vagabunderia nocturna, alteració ritme son – vigília.)

Així per exemple, de l'àrea clínica poden donar-se com a problemes o necessitats la polifarmàcia, la necessitat d'O₂ domiciliari, un mal control de les malalties de base (glicèmies altes, tensions arterials elevades, etc.), dolor, obesitat, manca d'adherència al tractament, etc.

De l'àrea cognitiva poden donar-se problemes o necessitats com ansietat, tristesa, labilitat, manca de competència per a la presa de decisions, alteracions de la conducta (irritabilitat, agressivitat verbal, idees de perjudici, idees obsessives), etc.

Pel que fa a l'àrea funcional, caldria llistar les activitats instrumentals i/o bàsiques en què el pacient requereix ajut i la intensitat del mateix: supervisió, ajut d'una persona o més d'una, suplència de l'activitat per part del cuidador, etc.

Dins l'àrea social, caldria comentar els problemes o dificultats per poder assegurar l'adequada atenció de les necessitats de la persona: manca de cuidadors o cuidadors amb problemes diversos per poder oferir atenció (segons la seva capacitat o formació, disposició, disponibilitat i les dinàmiques de l'entorn que ho dificultin), condicions econòmiques i d'habitatge que comportin dificultats en el mateix sentit, balanç de suficiència i insuficiència entre l'ajut informal i el formal que es dona, etc.

I també dins l'àrea social cal fer referència als efectes de la cura dels pacient sobre les persones cuidadores i les necessitats i/o dificultats que aquesta tasca genera en els mateixos.

2.5. Opinió/valoració del pacient sobre la seva situació de salut i social. Objectius personals al respecte

Per poder avançar en la concreció del pla de treball cal conèixer amb antelació la opinió del pacient sobre la seva situació, per la qual cosa caldria haver parlat amb ell prèviament a fer el pla compartit.

Aquesta és una informació que força vegades no és té, o no està actualitzada o és incompleta. Això no implica que no es pugui avançar en els apartats posteriors, però evidentment caldrà incloure a posteriori aquesta informació en el pla de treball així com ajustar el mateix si cal en funció de la mateixa, ja que en cas contrari no podrien incorporar-se els valors i /o preferències del pacient en el disseny de les accions.

(En la nostra experiència prèvia de PICCs compartits, en molts casos s'ha abordat a posteriori i s'ha fet conjuntament amb la proposta de pla de treball ja formulada a partir del consens de l'equip sobre el diagnòstic i orientació terapèutica)

Relacionem a continuació alguns aspectes que en la conversa amb el pacient poden ajudar a explorar aquesta àrea, tenint en compte que s'ha assegurat que el pacient hagi tingut informació prèvia suficient per haver-hi pogut pensar.

- ¿En quin moment és veu vostè (es situa) respecte la seva malaltia i/o situació i quines preocupacions li genera? Consciència del nivell de gravetat/ problemes que es poden derivar de la situació.
- ¿Com es veu atès/a (família , recursos formals) i com s'hi veu en el futur si les necessitats d'atenció augmenten?
- ¿Quins són els aspectes significatius que fan que la seva vida tingui sentit? Que és el que més valora?
- ¿Fins a quin punt creu que caldria tractar les recaigudes o complicacions que poden sorgir com a conseqüència de la seva situació? ¿A quin nivell d'atenció creu que caldria que se l'atengués?
- ¿Quina persona del seu entorn és el seu referent i vol que sigui el seu representant si vostè no es pogués expressar ?
- ¿Ha elaborat un document de voluntats anticipades? ¿Què preveuen ?

Es recomana parlar amb el pacient en termes de les seves preocupacions relatives a la seva situació, més que no pas en termes d'objectius, per tal de fer aflorar les seves preferències sobre com vol ser atès en els seus problemes de salut.

La competència cognitiva del pacient en la presa de decisions pot tenir diferents nivells de afectació, i per tant caldrà avaluar-la en funció de la informació disponible sobre l'estat cognitiu i psicològic del pacient i de l'afectació del mateix sobre la vida quotidiana per ajustar la participació del mateix en les decisions (gradació de competència en relació a la gravetat de la decisió a prendre). Caldrà tenir en compte que en molts casos la situació cognitiva del pacient pot impedir total o parcialment l'abordatge de la seva valoració. En situacions d'afectació cognitiva inicial o moderada, caldria abordar els mateixos temes en la mesura que el pacient els pugui comprendre i participar-hi. En els casos avançats en caldrà recollir les manifestacions de la seva voluntat fetes anteriorment a nivell familiar o de l'equip d'atenció sanitària i social.

Per poder valorar la competència del pacient per poder decidir en situacions específiques (a banda de tenir en compte la seva situació cognitiva i psicològica) cal que ens assegurem que la informació donada a la persona és l'adequada per prendre una decisió i que l'entén.

Un petit esquema de comprovació de l'entesa (competència) pot ser:

- El pacient hauria de comprendre de manera acceptable:
 - a) La informació que rep del professional sanitari
 - b) La situació vital real en què es troba
 - c) Els valors en joc
 - d) Les conseqüències de les accions possibles a emprendre, tant les beneficioses com les perjudicials
 - e) Que se li demana que al final haurà de prendre una decisió .
- El pacient hauria de ser capaç de processar la informació i prendre decisió
- Expressar i defensar adequadament la decisió presa.

2.6. Objectiu terapèutic general global consensuat entre l'equip de professionals i el pacient i/o la seva família/persona cuidadora

Aquest pas inclou dos aspectes : el consens que fa l'equip al respecte amb la informació disponible que té en el moment de la CdC i la validació posterior que cal fer amb el pacient i/o família- entorn.

2.6.1. Objectiu terapèutic general. Consens d'equip

Amb tota la informació recollida i estructurada fins al moment, cal fer reflexió conjunta dels professionals presents en la CdC i consensuar l'estratègia terapèutica general.

Alguns aspectes que poden ajudar a la reflexió dels professionals són :

- Perspectiva evolutiva clínica i de cures: considerar l' evolució del pacient en els darrers mesos, la severitat i la progressivitat dels problemes l'etiquetatge PCC-MACA, l'evolució probable i com s'ha resolt fins l'actualitat l'atenció a les necessitats.
- Reversibilitat o irreversibilitat dels problemes actuals.
- Anticipació de futures necessitats: considerar quines descompensacions o crisis poden donar-se i la capacitat de l'entorn per fer front a noves necessitats, cures i problemes.
- Valors i preferències de la persona

Cal establir i/o actualitzar els objectius generals de treball en termes de: millora de la supervivència (¿tenen sentit estratègies per incrementar temps de supervivència?), millora o manteniment de la funcionalitat (té sentit una estratègia per millorar-la i/o mantenir la funcionalitat actual?) i millorar del benestar i la qualitat de vida. Un cop establert l'objectiu general de consens cal concretar les implicacions que aquest té en el maneig de situacions específiques que es poden donar en el context evolutiu de la situació i que tindrien la consideració de "bones pràctiques" en cada cas individual, fent si s'escau la indicació de limitacions terapèutiques i de nivell assistencial de atenció segons problemes.

Així, caldria concretar què fer davant dels següents aspectes, entre d'altres: ús de medicació preventiva, maneig d'infeccions i ús d'antibiòtics, nutrició si apareixen problemes d'ingesta, nivell assistencial on actuar (domicili, intermèdia, aguts) i proves complementàries a realitzar.

2.6.2. Objectiu terapèutic general. Validació amb el pacient

Els objectius generals consensuats entre l'equip de professionals s'han de transmetre i validar amb el pacient i/o família, així com el que implica pel que fa al maneig de les situacions específiques que poden donar-se en la evolució i el pla d'intervenció posterior. Cal tenir en compte que és probable que, pel pacient i la seva família, sigui més senzill i proper a partir de la revisió de les actuacions proposades sobre les situacions específiques, per copsar i entendre bé l'objectiu general.

Probablement, en el context de la CdC no es podrà donar aquest apartat per tancat fins que s'hagi pogut parlar amb el pacient sobre la proposta, tot i així es recomana seguir endavant amb la formulació del pla de treball ja que en ell han de quedar reflectides les accions en congruència a l'objectiu general d'intervenció proposat i al pacient i família els poden donar una aproximació més real i propera del que implica l'acord en sí mateix.

2.7. Pla de treball. Intervencions proposades i responsabilitats

Definir el pla de treball implica que a partir del llistat de problemes definits en cada àrea de valoració, s'estableixin accions concretes per abordar-los, en congruència amb l'objectiu terapèutic general consensuat per tot l'equip de professionals i les implicacions que té aquest en el maneig de situacions específiques

El pla de treball haurà d'incloure la proposta respecte a intervencions educatives en adherència a la medicació, autocura, autonomia i seguretat.

També s'acordarà les responsabilitats de cadascú (professionals dels serveis implicats) en totes les accions del pla i es determinarà l'estratègia de gestió de cas més adient per a cada pacient i sobre qui recaurà aquesta gestió (serveis de salut o serveis socials). Cal també acordar en quin període de temps ha de ser revisat el pla de treball.

3. Identificació i fórmula de contacte dels referents professionals i personals del pacient

Es proposa tenir identificats els referents professionals del pacient i/o família per a cada equip implicat i també el nom i vincle del familiar i/o persona que el pacient assenyali com el seu referent en la interlocució amb els equips i en la presa de decisions si ell no pogués participar-hi.

4. Registre al Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit i seguiment del cas

Durant la CdC es treballarà amb una document *word* de registre que faciliti el seguiment del mètode (veure Annex 1). Els acords presos quedaran registrats a la història clínica i/o social del pacient, transferint als corresponents apartats del Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit (PIIC) aquells aspectes que compleixin criteri/s per a ser inclosos, fent constar que han estat acordats en CdC, seguint l'esquema reflectit a l'annex 2 (Manual del PIIC *plus*).

El responsable del registre a la història clínica i PIIC del pacient serà l'equip d'atenció primària de salut. El registre haurà d'incloure a més la periodicitat del seguiment acordat en la CdC.

Annex 1. Full de conferència de cas

DATA i LLOC:			
Professionals participants			
Professionals salut d'Atenció Primària	Professional:	Professional:	Professional:
	Centre de treball:	Centre de treball:	Centre de treball:
Professionals de treball social	Professional:	Professional:	Professional:
	Centre de treball:	Centre de treball:	Centre de treball:
Professionals de salut d'Atenció Especialitzada	Professional:	Professional:	Professional:
	Centre de treball:	Centre de treball:	Centre de treball:
Pacient			
Nom:	CIP:	Edat:	Tutor/a legal:
Persona cuidadora principal. i/o Referent familiar que el malalt proposa			
Nom:	CIP:	Edat:	Relació de parentiu amb el /la pacient:
Àrea clínica			
Descripció situació clínica Diagnòstics, símptomes i síndromes geriàtriques i pla de medicació (incloure reaccions adverses i al·lèrgies)		Valoració Problemes / necessitats detectades	

Caigudes	
Nº caigudes en el darrer any:	
Context de les caigudes:	
Pla de medicació	
Àrea Mental Descripció situació clínica (Cognitiva i afectiva) Diagnòstics , símptomes , síndromes	Valoració problemes/necessitats detectats
Àrea funcional	
Descripció ABVD, AIVD, AAVD, Contactes , socialització	Valoració Problemes / necessitats detectades

Àrea social	
Descripció Estructura i funció familiar/entorn, recursos propis	Valoració Problemes / necessitats detectades
Descripció de la situació de les persones cuidadores	Valoració Problemes / necessitats detectades
Utilització de recursos en el darrer any	
ATDOM si / no	
Recursos sanitaris	Recursos socials
Opinió /valoració del malalt sobre la seva situació de salut i social i objectius (que és per ell el que li importa i/o el preocupa) al respecte	

Objectiu global Proposta equip professionals i Consens amb el pacient i/o la seva família/persona cuidadora			
Pla de treball . Intervencions proposades i responsabilitats Tenint en compte el llistat de necessitats i problemes detectats per les àrees clínica , mental , funcional i social, es defineixen les accions d'un pla únic pensat en termes de què cal fer en els àmbits que segueixen :			
	Accions a realitzar	Responsable	Data revisió
Amb relació als fàrmacs			
El pacient ha rebut consell sobre adherència al tractament	Marcar l'acció realitzada: No procedeix / No / Sí, ha entès / Sí, no ha entès		
Amb relació a la provisió de serveis sanitaris			
Amb relació a la provisió de serveis socials			

<p>Intervencions relacionals i de comunicació (amb pacient i/o entorn cuidador: informació, increment coneixement motivació, sosteniment capacitats....)</p>			
<p>Intervencions d'alfabetització de salut</p> <p>El pacient ha rebut consell sobre:</p> <p>Autocura</p> <p>Autonomia</p> <p>Seguretat</p>	<p>Marcar l'acció realitzada:</p> <p>No procedeix / No / Sí, ha entès / Sí, no ha entès</p> <p>No procedeix / No / Sí, ha entès / Sí, no ha entès</p> <p>No procedeix / No / Sí, ha entès / Sí, no ha entès</p>		

Referents del pacient	Professionals	Familiars
De l'ABS		
Dels SS bàsics		
De recursos especialitzats		
Responsable de la gestió del cas (assegurar l'acompliment del pla compartit)		

Annex 2. Manual del PIIC plus

Informació de la conferència de cas per abocar	Apartat del PIIC de l'H3 on s'abocarà la informació (ICS)	Apartat del PIIC de l'H3 on s'abocarà la informació (VIC SUD)
Opinió /valoració del malalt sobre la seva situació de salut i social i objectius personals al respecte	PDA	Resum PDA (text lliure)
Objectiu global consensuat amb el pacient i/o la seva família/persona cuidadora	Ha de quedar recollit responenent a tots els apartats de recomanacions en cas de crisi (específiques, genèriques i altres) i al PDA	
Pla de treball amb accions i responsables	<i>Queda recollit només en el document de la conferència de cas</i>	
Avaluació de les necessitats dels cuidadors	Informació addicional (el test de Zarit apareix en l'apartat de valoració multidimensional-tests). Cal tenir present que a la pantalla ATDOM de valoració del cuidador de l'HCAP del pacient, també trobarem informació del cuidador.	Dades cuidador/a principal
Condicions i relacions del pacient amb l'entorn	Valoració multidimensional (text lliure)	Resum situació actual
Utilització de recursos en el darrer any	Apartats específics d'atenció al pacient i indicadors.	Apartat de recursos
Informació sobre adherència a al medicació, pautes per a mantenir l'autonomia, risc de caigudes, polifarmàcia...	Polifarmàcia: quedarà reflectida amb el pla de medicació activa. <i>La resta d'informació només ha de quedar reflectida al document de conferència de cas i en els diferents tests d'intel·ligència activa d'ECAP</i>	

- Pel que fa a identificació de professionals referents i del pacient, avaluació per àrees, reaccions adverses i al·lèrgies i pla de medicació, aquests tenen apartats específics al PIIC
- El document de la conferència de cas s'escanejarà i es desarà a l'apartat de "Documents de l'usuari" de l'HCAP (ECAP) del pacient. Cal fer menció del document de la realització de la conferència de cas en el MEAP del pacient.

