

Línia 6. Atenció integrada i cronicitat

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Text adaptat del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 publicat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Podeu trobar el document complet a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/

Introducció

Els propers anys, Catalunya estarà sotmesa a la pressió progressiva de grans reptes en els entorns demogràfic, epidemiològic, sociològic i econòmic. En aquest context nou, que posa en tensió les garanties dels sistemes d'atenció a les persones a mitjà termini, la resposta assistencial ha de ser encara més eficaç, solvent i equitativa.

Els enfocaments basats en una atenció integrada i centrada en les persones, on aquestes assumeixin un nou rol apoderat i on la resposta a les necessitats a les quals no puguin fer front es doni des d'un enfocament assistencial compartit i col·laboratiu, han demostrat ser la millor opció per superar els reptes esmentats.

Aproximadament el 5% de la població presenta necessitats complexes de salut, majoritàriament relacionades amb càrregues rellevants de morbiditat crònica. L'impacte d'aquest grup poblacional en el model convencional d'atenció, en els resultats en salut esperables així com en el perfil i el cost de l'ús de recursos, és molt important. Per aquest motiu, assegurar una resposta as-

sistencial adequada a les necessitats i preferències de les persones, que garanteixi les condicions òptimes d'equitat i justícia social que permetin minimitzar condicions de desigualtat, és un objectiu principal del sistema sanitari, i també del social.

Hi ha un ampli consens internacional en el fet que l'atenció integral, integrada i centrada en la persona és el millor enfocament en aquest context i, per aquest motiu, Catalunya opta per convertir-se en un país referent de bones pràctiques a través del desplegament dels projectes que conformen aquesta línia estratègica.

L'abordatge de les necessitats complexes de salut es fa en un continuïum en què l'enfocament social i sanitari pren diferents graus de protagonisme, tal com s'observa en la Figura 1. Per aquest motiu, els projectes d'aquesta línia tenen continuïtat amb els del PIAISS de la línia 12 "Polítiques interdepartamentals i intersectorials" i, idealment, també haurien de ser compartits amb els del Pla estratègic de serveis socials 2016-2020 del Departament de Treball, Afers Socials i Família.

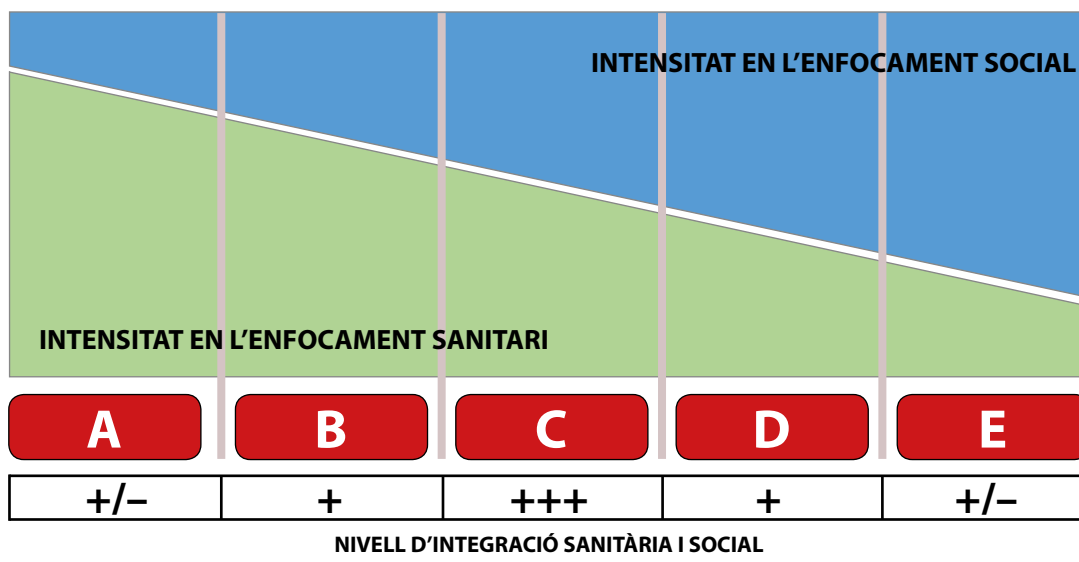


FIGURA 1. Grau d'enfocament de l'abordatge de les necessitats complexes de salut

Projecte 6.1. Implementació d'un model d'atenció integral i centrat en les persones amb malalties cròniques i amb necessitats complexes, des d'una òptica poblacional

La progressió conceptual i operativa de l'estratègia catalana d'atenció a la cronicitat posa de manifest que el perfil de necessitats de les persones és molt ampli i que, quan comporta l'aplicació d'un model d'atenció fragmentat, es produeix una pèrdua en l'eficàcia i en l'equitat del procés assistencial. Acceptar això implica un replantejament de les lògiques assistencials dels professionals, en què la visió integral i centrada en la persona és predominant i porta a abandonar la tradició paternalista i la visió clínica compartimentada.

Per aquest motiu, es fa necessari implementar un model d'atenció integral capaç de copsar les necessitats i preferències de les persones i donar-los resposta, especialment quan hi ha complexitat, des d'un enfocament de país que garanteixi l'equitat, l'eficàcia i l'eficiència de l'acció assistencial.

Objectius per a 2020

Implementar i generalitzar un model d'atenció integral centrat en les persones amb malalties cròniques i necessitats complexes.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Implementar models d'atenció centrada en la persona i de presa de decisions compartides (en coordinació amb el projecte 1.3 de la línia 1 "Les persones, la seva salut i el sistema sanitari").
- Conceptualitzar i identificar la complexitat.
- Definir entre professionals de l'àmbit sanitari i el social l'estratègia comuna de valoració integral de la complexitat.
- Establir criteris unificats quant a la planificació avançada de l'atenció i les decisions anticipades.
- Adequar els plans d'atenció i la gestió de casos al model d'atenció integral.

Fita més destacada per al juny de 2017

Consens i implementació del model català d'atenció a la complexitat.

Activitats inicials

Definir i iniciar la implementació de l'instrument de planificació proactiva de la resposta assistencial a les persones que presenten situacions de complexitat.

Consensuar una proposta d'abordatge de les pràctiques compartides entre professionals, i entre professionals i persones ateses, incloent-hi la gestió de casos i els referents professionals.

Establir una epidemiologia de la complexitat clínica.

Arribar a una identificació del 50% de prevalença poblacional de pacients crònics complexos i amb malaltia crònica avançada, i amb pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC) de qualitat.

Dissenyar una versió 3.0 del PIIC, incloent-hi accions col·laboratives, referències addicionals a les de l'atenció primària de dimensió social.

Formar en línia el 50% de professionals sanitaris en matèria de planificació de decisions anticipades, i el 50% dels referents territorials de manera presencial.

Iniciar la valoració integral del catàleg de funcionalitats tecnològiques i-SISS.cat, d'informació assistencial compartida pel territori.

Projecte 6.2. Implementació del model d'atenció integrada en els territoris i els equips assistencials

L'antic paradigma assistencial, basat en l'excel·lència de les pràctiques individuals, no és capaç de fer front a la creixent complexitat de les necessitats de les persones. Els àmbits de millora en l'impacte de l'acció integrada deriven, sobretot, de la reformulació funcional dels equips assistencials i de noves maneres d'organització i interacció en el context territorial.

Aquest procés de reconfiguració ha d'interpel·lar tots els recursos i tots els territoris naturals del sistema, sota l'aixopluc d'unes propostes genèriques comunes que són, alhora, aplicades respectant les singularitats de cada context.

Objectiu per a 2020

Implementar, arreu del sistema sanitari, iniciatives d'atenció integrada amb enfocament territorial que incorporin elements de redisseny dels equips assistencials.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Estendre els processos clínics integrats i les rutes assistencials per a les malalties cròniques més prevalents, iniciats en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015.
- Implementar de manera generalitzada les rutes o els pactes territorials d'atenció integrada a les condicions de complexitat.
- Redissenyar els equips i els dispositius assistencials des d'un enfocament territorial i poblacional.

Fita més destacada per al juny de 2017

Avaluació de les rutes assistencials iniciades, actualització de la ruta assistencial d'atenció a la complexitat i desenvolupament d'experiències de redisseny d'equips assistencials amb perspectiva territorial.

Activitats inicials

Notificar els resultats d'impacte de les sis rutes clàssiques de malaltia crònica ja implementades amb un esquema comú i poblacional d'avaluació proposat pel CatSalut.

Publicar una versió actualitzada de la ruta assistencial de la complexitat (RAC) en cada àrea de gestió assistencial (AGA) amb criteris de qualitat respecte a l'atenció 7x24, l'atenció a les transicions i el pacte funcional amb serveis socials bàsics.

Presentar almenys dues experiències de redisseny d'equips assistencials (una d'atenció primària i una d'atenció especialitzada) en cada regió sanitària.

Projecte 6.3. Desenvolupament d'instruments transversals facilitadors del model d'atenció integrada

El model d'atenció a les persones exigeix el disseny i el desplegament de polítiques i instruments facilitadors i promotors de l'atenció integral i integrada, que s'expressa finalment en un conjunt d'objectius i pràctiques comparatides.

Aquests elements facilitadors es refereixen tant a la implementació necessària de factors transversals com a la identificació i el progrés d'implementació de contextos assistencials o grups poblacionals específics en els quals el desenvolupament d'enfocaments d'integració assistencial resulta particularment significativa en termes poblacionals.

Objectius per a 2020

Desenvolupar els instruments i els contextos que facin possible la implementació del model d'atenció integral i integrada centrada en les persones.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Integrar els sistemes d'informació i comunicació (entre professionals i entre professionals i persones usuàries).
- Modelitzar l'atenció integrada en entorns i condicions singulars.
- Elaborar plans de formació de professionals i líders.
- Potenciar la generació de coneixement i posicionament en contextos externs.

Fites més destacades per al juny de 2017

Definició dels objectius amb altres projectes del Pla de salut que tinguin a veure amb l'atenció a les malalties cròniques.

Activitats inicials

Definir i desenvolupar un objectiu comú sobre la consulta electrònica entre la persona atesa i el professional i la interconsulta electrònica remota entre professionals dels diferents àmbits assistencials (en coordinació amb la línia 10 "Salut digital").

Definir i desenvolupar un objectiu comú sobre avenços en la implementació de La Meva Salut (en coordinació amb el projecte 1.5 de la línia 1 "Les persones, la seva salut i el sistema sanitari").

Desenvolupar el model d'atenció a la complexitat pediàtrica, adaptat del model general, amb coherència amb el projecte 6.4.

Desenvolupar el model d'atenció a la fragilitat subclínica i de prevenció de la discapacitat, amb visió operativa i orientació social i comunitària (en coordinació amb el projecte singular 7 "Pla de prevenció de la discapacitat en persones grans fràgils").

Definir i desenvolupar un objectiu comú sobre el compliment, la revisió i la conciliació en polifarmàcia i complexitat (en coordinació amb el projecte 5.3 de la línia 5 "Política farmacèutica i del medicament").

Completar l'anàlisi epidemiològica de la desnutrició en complexitat clínica, associada a una proposta de valoració i actuació.

Definir i desenvolupar un objectiu comú compartit sobre estratègies de formació en habilitats (tècniques i relacionals) per a professionals i líders sobre atenció integrada i competències transversals (en coordinació amb la línia 2 "Implicació dels professionals").

Establir acords formals sobre atenció integrada amb l'OMS i la Fundació Internacional per a l'Atenció Integrada.

Integrar en els plans de recerca departamentals els projectes més rellevants en cronicitat i atenció integrada (en coordinació amb la línia 7 "Recerca i innovació").

Projecte 6.4. Model organitzatiu d'atenció integral a la població adulta i infantil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de vida

En el marc de l'atenció continuada i a la cronicitat, cal potenciar que les persones rebin atenció pal·liativa d'acord amb les seves necessitats, en el moment adequat i adaptada a les diferents situacions i delimitacions territorials.

Per això, és necessària una reconsideració del rol de cadascun dels nivells i recursos assistencials per tal de millorar la qualitat de l'atenció pal·liativa en termes d'accessibilitat, d'equitat, de coordinació i continuïtat assistencials i incorporar-hi els sistemes d'informació. Cal també potenciar-ne la integració amb altres serveis, especialment socials i educatius, fomentar-ne la recerca i la innovació, i respectar-ne l'autonomia i els valors.

Aquest projecte proposa una definició nova del model organitzatiu d'atenció integral a les persones amb necessitats pal·liatives i en situació de final de vida, en la qual s'inclouï l'atenció als infants amb necessitats pal·liatives, tant per causa oncològica com per patologia no oncològica.

Objectiu per a 2020

- Definir i implantar la reordenació de l'atenció pal·liativa i al final de la vida per a la població pediàtrica (i els seus familiars).
- Definir i implantar el model organitzatiu integrat de l'atenció pal·liativa i al final de la vida per a població adulta integrant-lo en les propostes de la RAC o dels pactes funcionals d'atenció integrada al territori.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Planificar territorialment l'atenció pal·liativa i al final de la vida per a la població pediàtrica i adulta.
- Dissenyar i implementar les rutes assistencials de cronicitat avançada i atenció pal·liativa en tots els territoris.

Fita més destacada per al juny de 2017

Elaboració i consens de les bases i les recomanacions sobre planificació territorial de l'atenció pal·liativa i al final de la vida per a la població pediàtrica i adulta.

Activitats inicials

Disposar d'un grup de treball per a la planificació operativa de l'atenció a la cronicitat avançada i l'atenció pal·liativa en població pediàtrica i adulta.

Analitzar la situació actual de l'atenció a la població pediàtrica i adulta amb malaltia avançada i terminal que requereix cures pal·liatives.

Elaborar les bases i les recomanacions sobre planificació territorial de l'atenció pal·liativa i al final de la vida per a la població pediàtrica i adulta.

Projecte 6.5. Atenció integrada al pacient crònic complex de salut mental

El canvi de paradigma que comporta el model d'atenció a la cronicitat complexa ha significat un pas més per fer evolucionar el model d'atenció al trastorn mental sever (TMS) i el trastorn mental greu (TMG), definits a principis dels anys noranta pel Pla director de salut mental i addiccions. Les polítiques internacionals (OMS; Pla d'acció europeu en salut mental) recomanen als governs l'abordatge de les malalties mentals per la càrrega que generen en termes de discapacitat i pels costos sanita-

ris i socials que comporten. L'esperança de vida de les persones afectades és entre quinze i vint anys inferior a la de la població general, a causa de la comorbiditat de problemes de salut mental, consum de tòxics i malaltia somàtica, cosa que fa augmentar la discapacitat, la complexitat i els costos de l'atenció.

Actualment, a Catalunya, s'ha identificat que un 3,82% de la població atesa pel sistema sanitari (prop de 300.000 persones) compleix els criteris de pacient crònic de salut mental, més de la meitat dels quals són pacients crònics complexos, i representen al voltant del 2% de la població catalana.

Objectiu per a 2020

Implementar a tot Catalunya el model d'atenció a les persones amb trastorn mental de complexitat, i integrar-lo en les propostes de la RAC o dels pactes funcionals d'atenció integrada al territori.

Eixos de treball amb perspectiva 2020

- Desenvolupar el marc conceptual que faciliti el canvi del concepte de TMS i TMG al de pacient crònic (PC) i pacient crònic complex (PCC).
- Consensuar les rutes assistencials d'atenció als pacients crònics complexos de salut mental (PCC-SM) en el marc de les rutes assistencials a la complexitat o els pactes funcionals d'atenció integrada als territoris.
- Definir el procés de gestió clínica integral en el territori.
- Generar un model de bones pràctiques compartides.

Fites més destacades per al juny de 2017

- Identificació dels PCC-SM d'acord amb els criteris definits.
- Disseny del PIIC entre els serveis implicats.

Activitats inicials

Difondre el document sobre el model d'atenció definit conjuntament entre el Pla director de salut mental i addiccions i el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat.

Iniciar la identificació dels pacients a través de la història clínica compartida de Catalunya (HC3) Desenvolupar proves pilot en territoris definits.