Generalitat de Catalunya

"A la residència, com a casa?"

Situació i reptes de futur en l'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials

Sebastià J. Santaeugènia
MD, PhD, MHA
Programa de prevenció i Atenció a la Cronicitat
Pla Director Sociosanitari
Departament de Salut
Generalitat de Catalunya

Barcelona, 09 d'Octubre de 2018

Objectiu de la sessió...



Aquesta presentació pretén generar una reflexió al voltant dels reptes en l'atenció a les persones que viuen en centres residencials i de la situació dels professionals que les atenen



Alguns dels reptes en el marc de l'atenció a les persones institucionalitzades

1. Necessitats i reptes a l'entorn de l'estat de salut de les persones que viuen a residències

2. Residències, importa el número i el lloc?

3. Situació dels professionals – que sabem i que no sabem?

4. Propostes al voltant d'un model d'atenció sanitària integrada de futur a les persones que viuen en centres residencials.

Estat de salut de les persones que viuen a residències

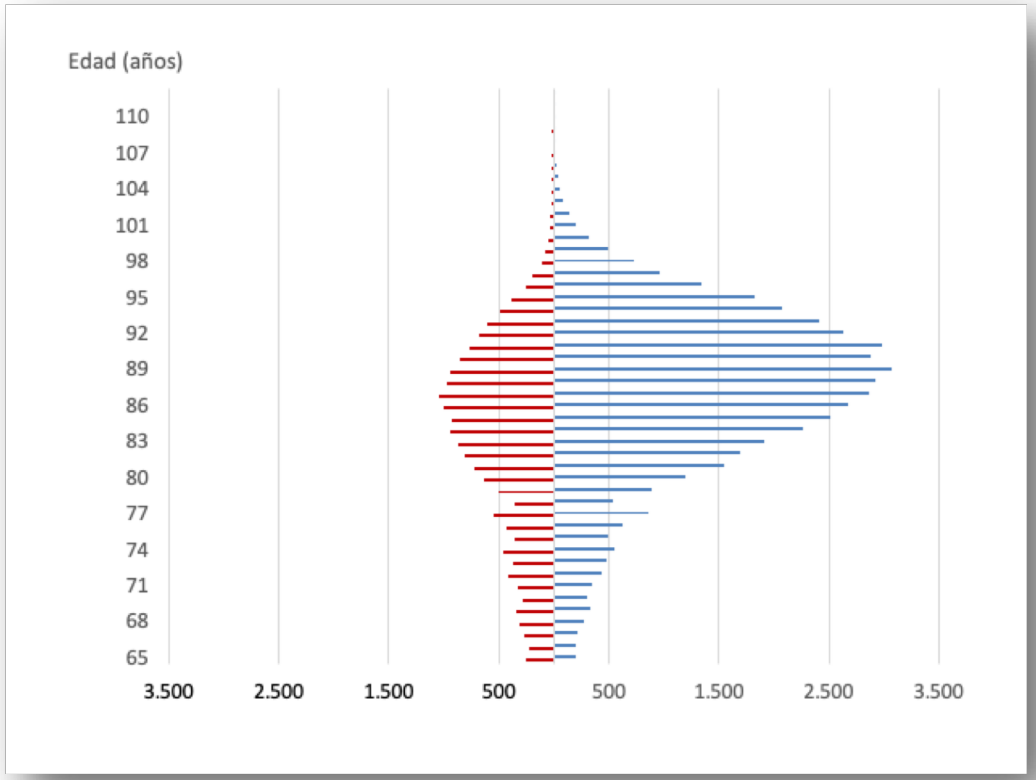






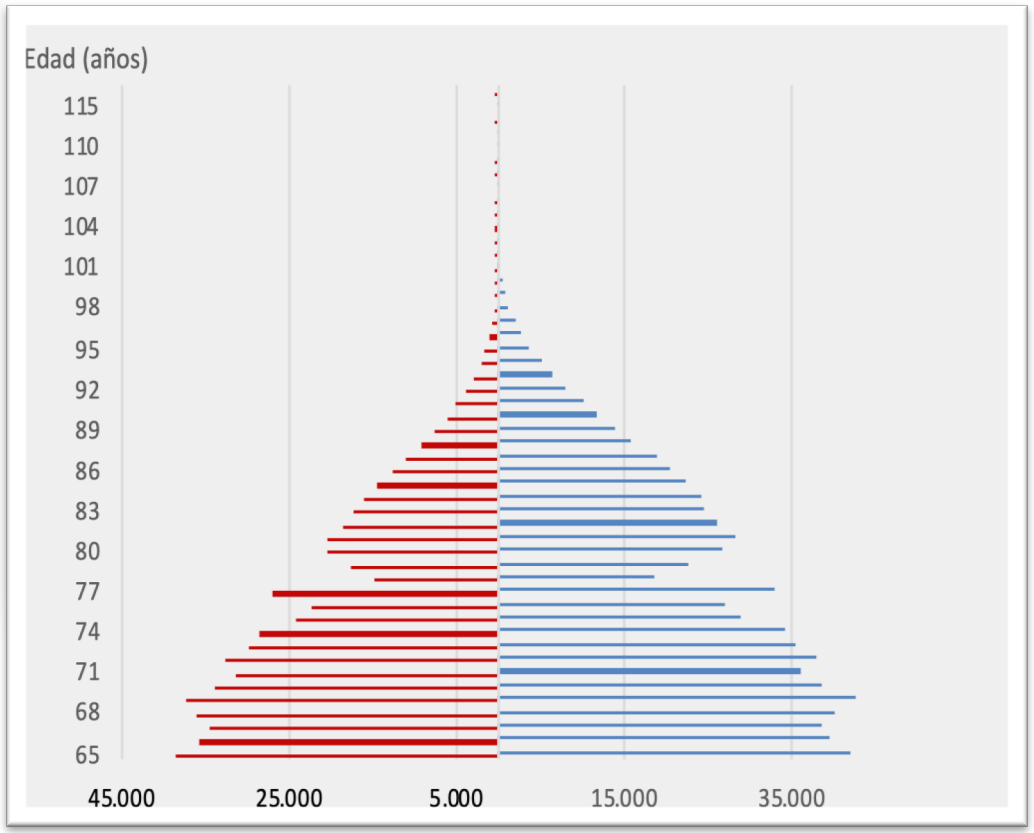


Edat de les persones a residències

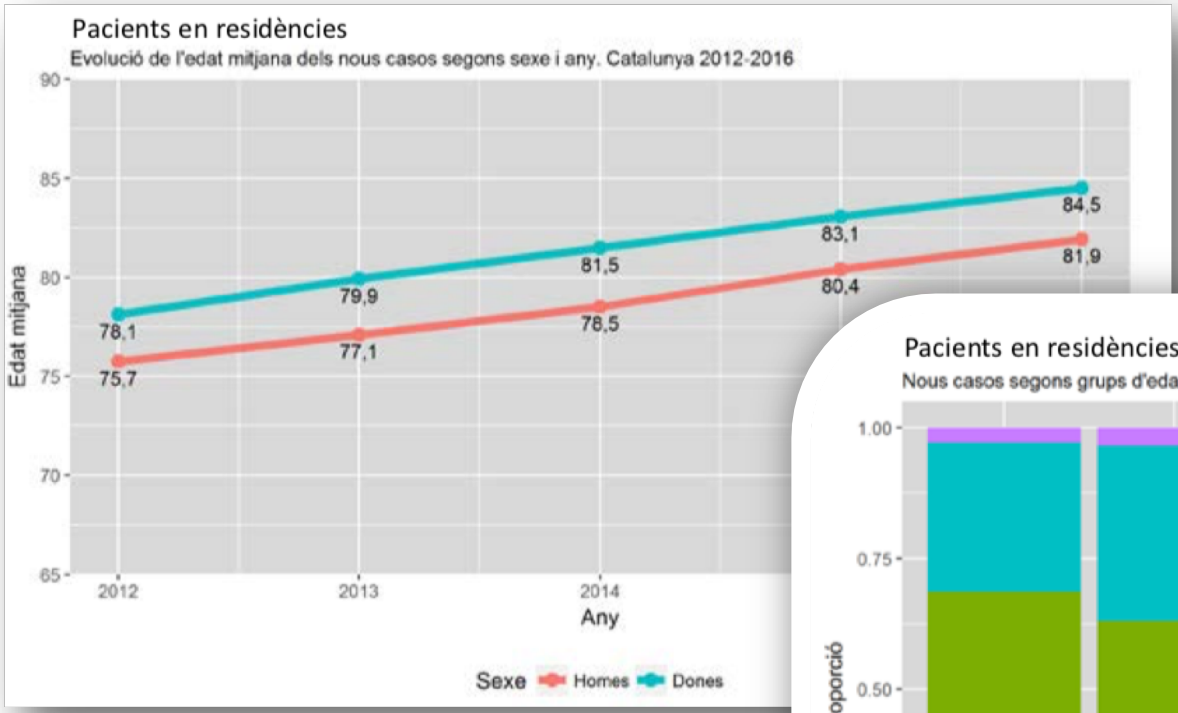


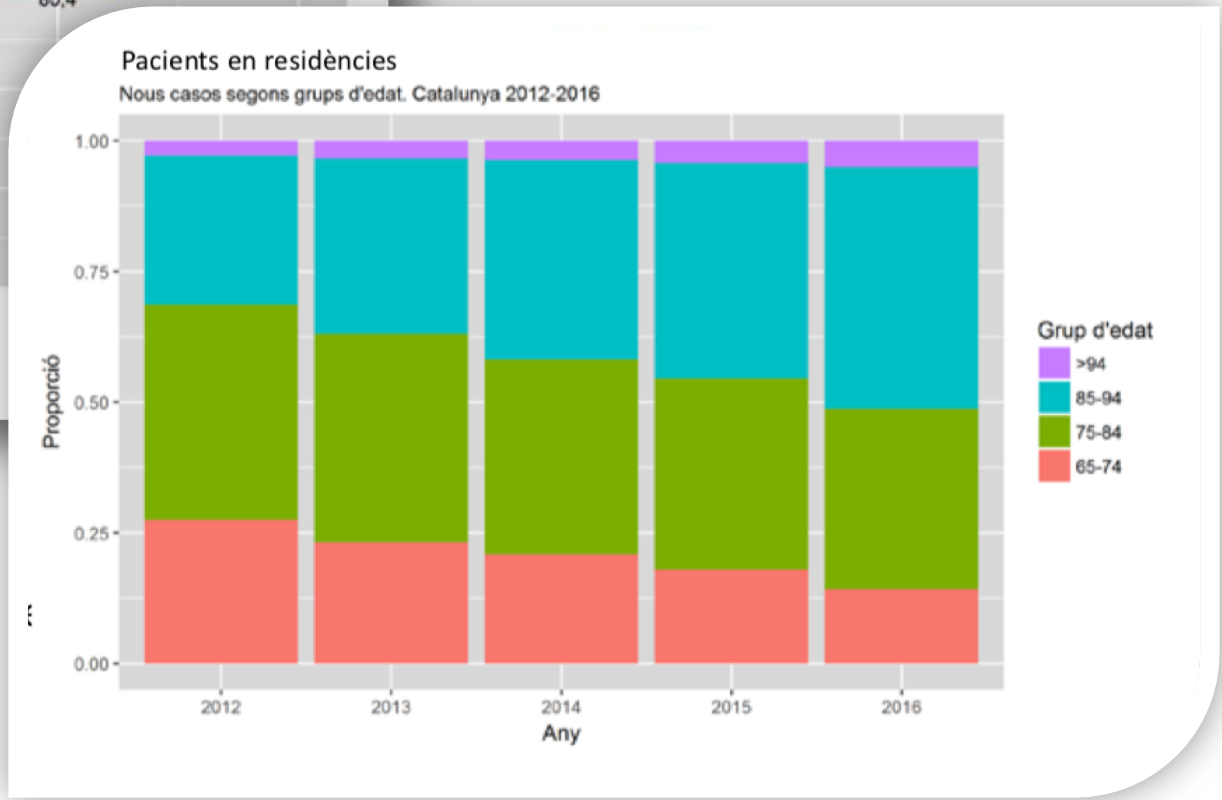
Persones >65 que viuen a residències

Persones >65 que viuen a domicili

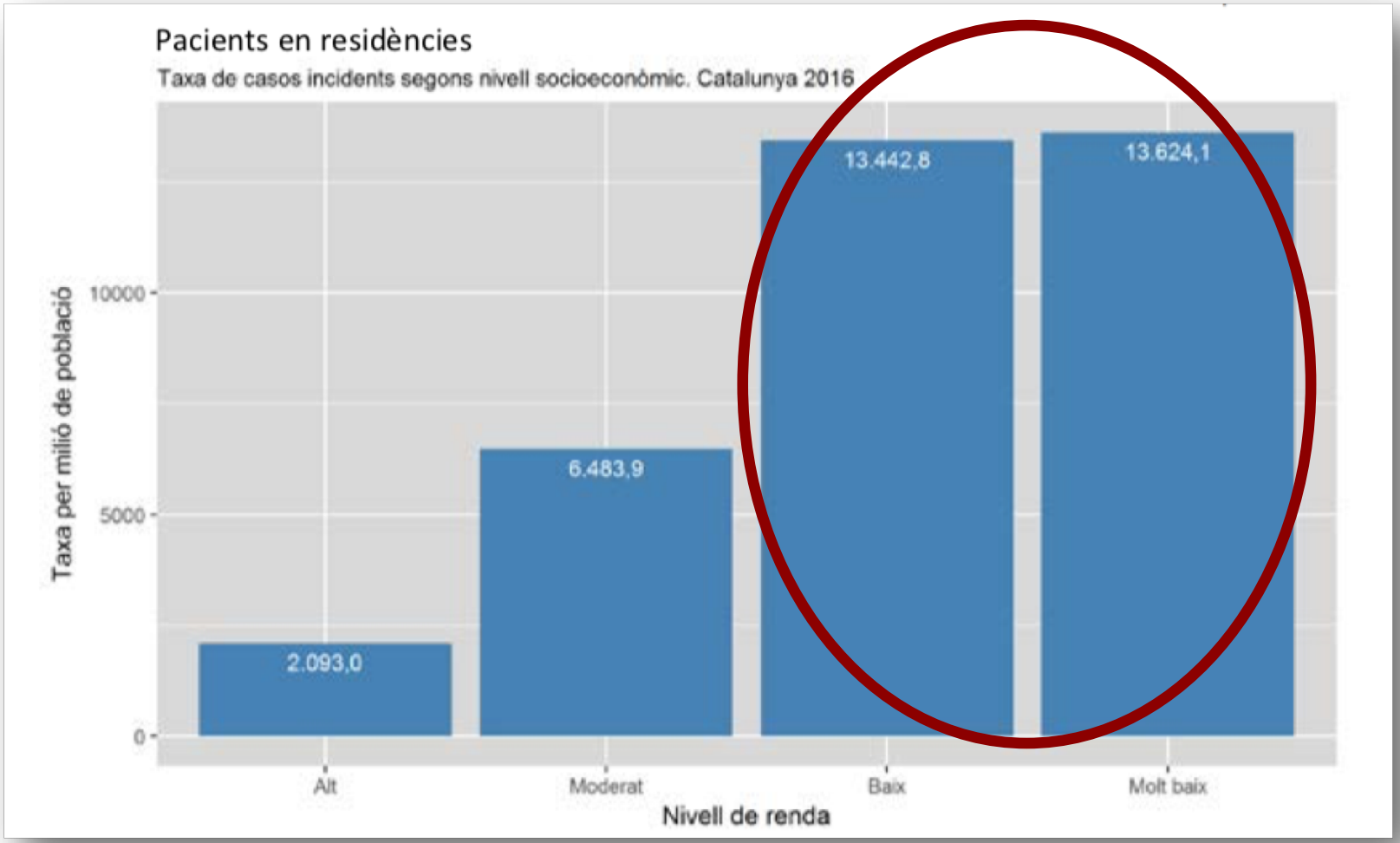


Evolució de l'edat





Aspectes socioeconòmics



* La interpretació dels nivells de renda correspon a l'anàlisi de la utilització de serveis per grups vulnerables, página 49 de **l'Informe efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya** – Observatori del Sistema de Salut de Catalunya .

Anàlisi inicial – Problemes principals

Anàlisi de la complexitat clínica



Estudi inicial sobre **1.746**

persones (2,5% població total)

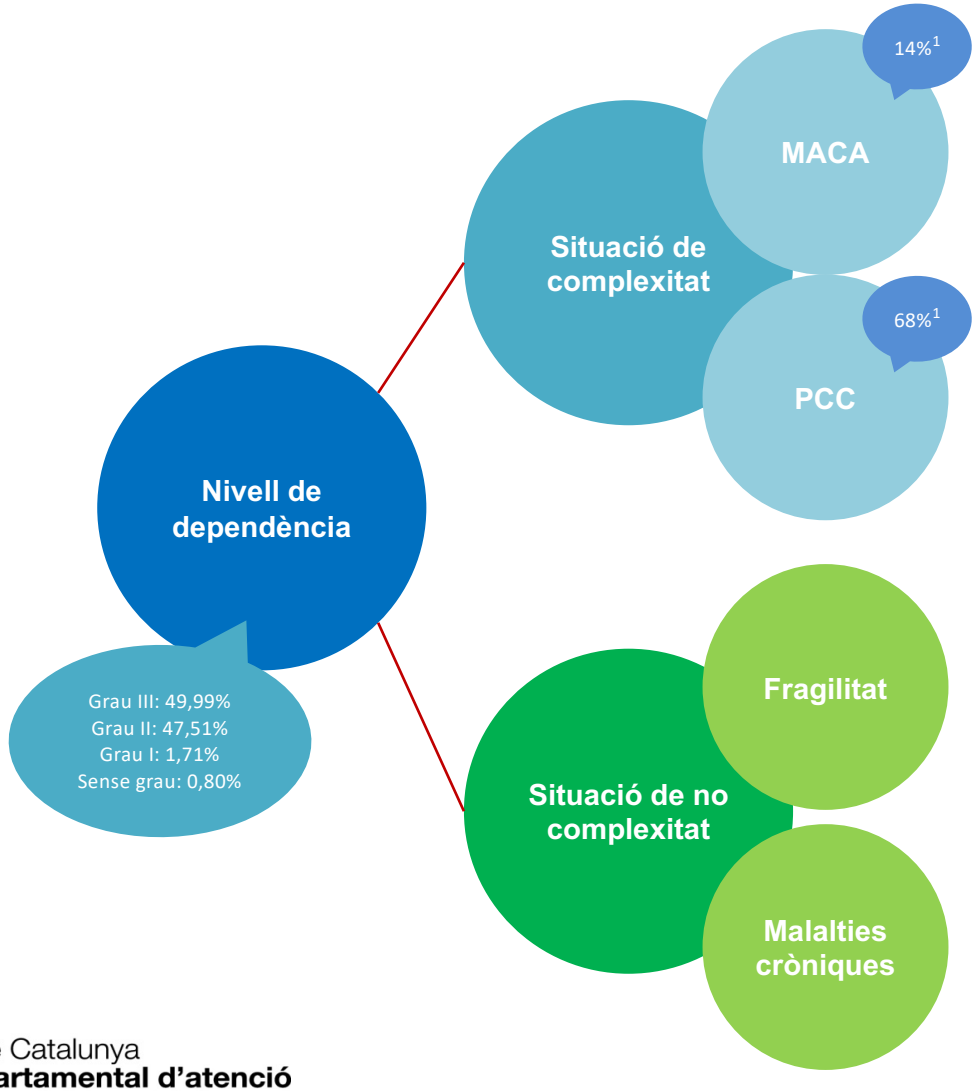
institucionalitzades en

centres residencials de

titularitat i gestió pública

Anàlisi inicial – Problemes principals

Anàlisi de la complexitat clínica



Pacient amb patologies cròniques de màxima complexitat, un pronòstic de vida limitat, altes necessitats mèdiques amb orientació pal·liativa, planificació de decisions avançades.

Pacient amb malalties cròniques d'alt i moderat risc, que comporta una gestió clínica difícil.

Pacient amb facilitat a la inestabilitat que comporta una gestió clínica continuada.

DESCONEGUT

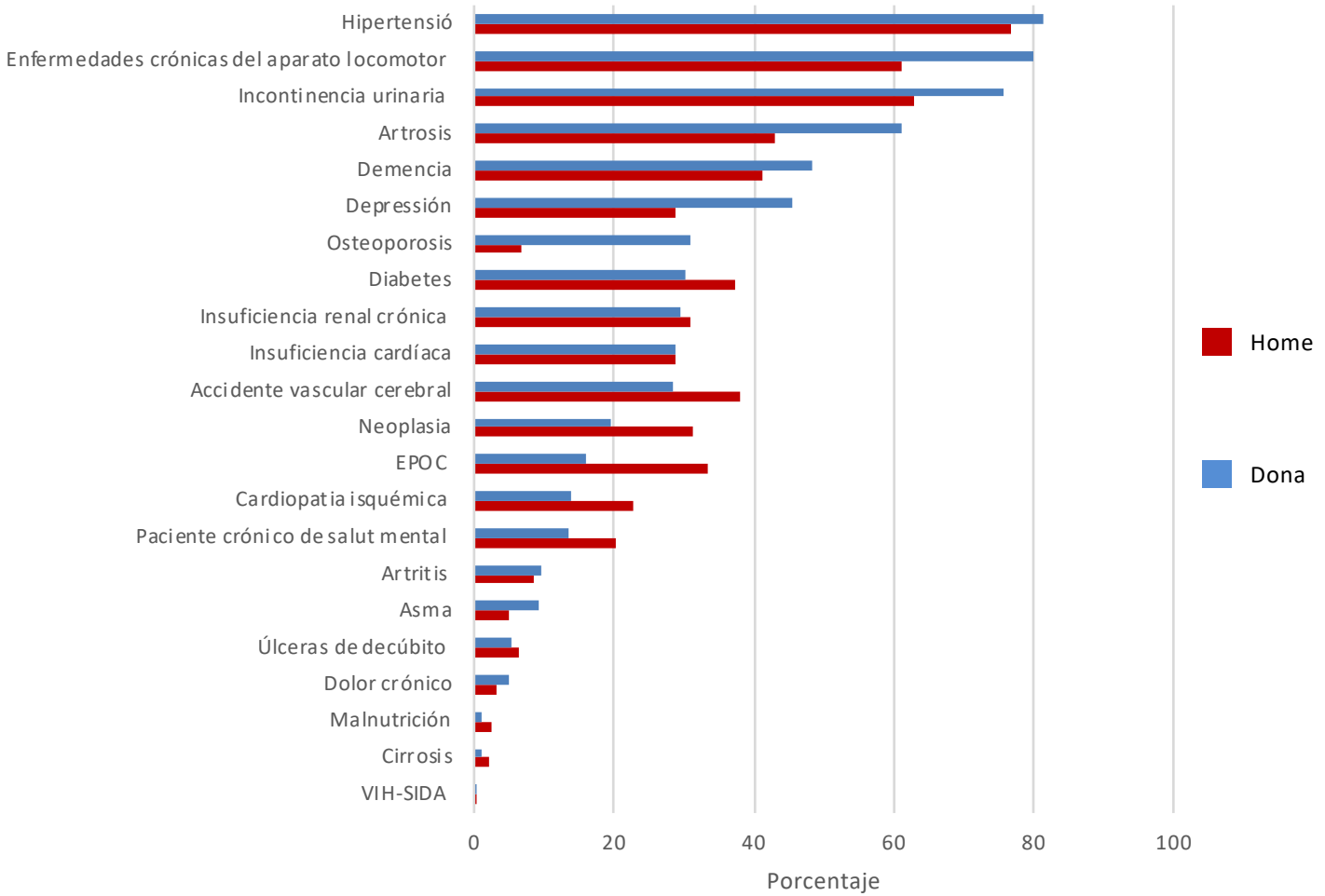
Pacient amb malalties cròniques, que precisen una gestió clínica basada en l'evidència.

VEURE DETALL

\+ complexitat -

Malalties cròniques en persones institucionalitzades

Malalties cròniques



Estudi sobre **67.456**

persones (població total)

institucionalitzades en

centres residencials amb

cobertura pública de salut

Complexitat*

ESTARIA PER SOBRE O PER SOTA DE L'ESPERAT ?

PCC:

Pacient amb multimorbiditat o malaltia o condició única que comporta gestió clínica difícil

32,4%

MACA:

Pronòstic de vida limitat, altes necessitats, orientació pal·liativa, planificació de decisions avançades

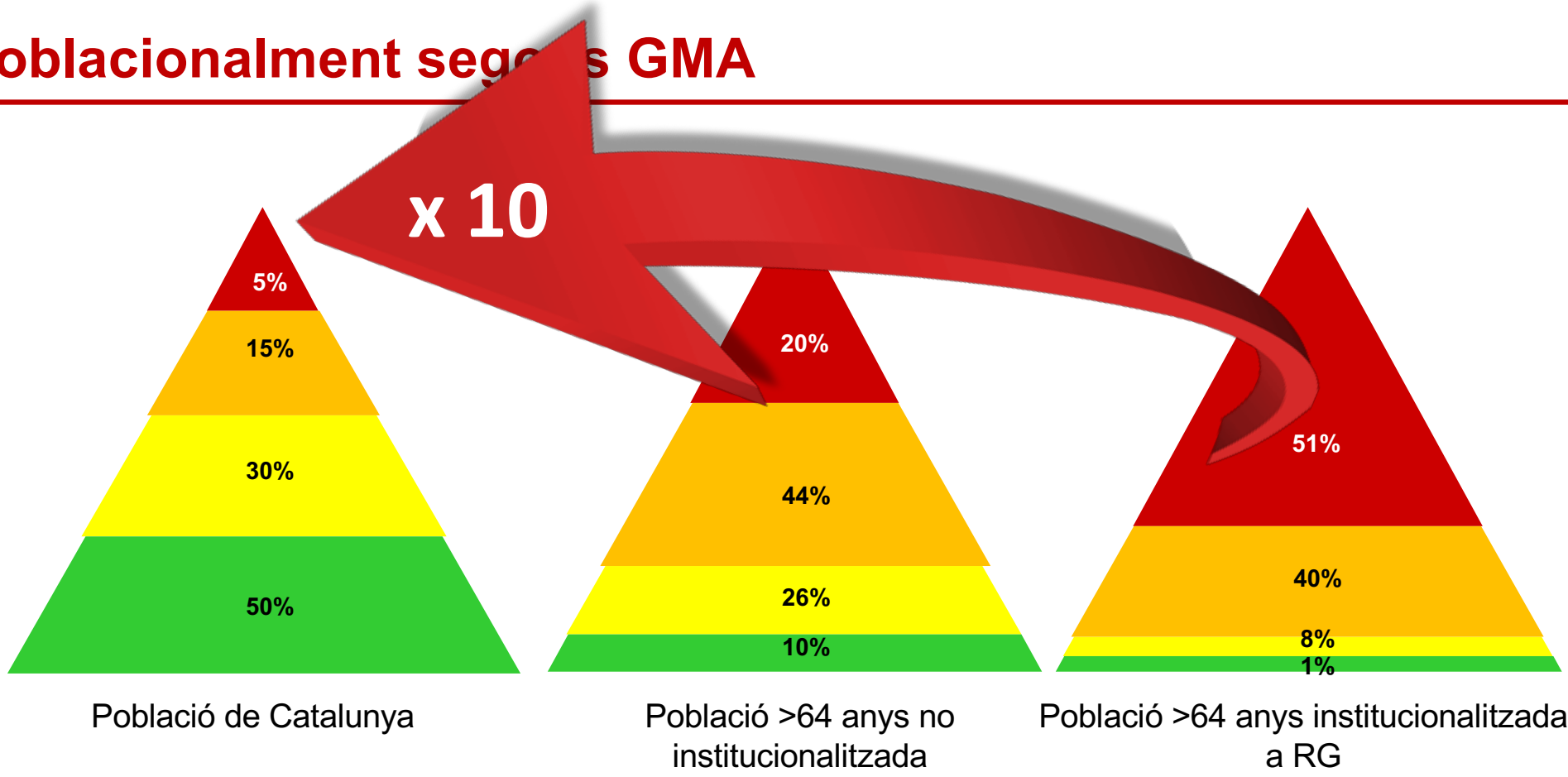
9,3%

* Dades 2016: Estudi sobre 66.851 persones (població total) institucionalitzades en centres residencials amb cobertura pública de salut

Comparant amb persones no institucionalitzades...

Persones >65 anys que viuen a...	Residències		Domicili		
	Homes	Dones	Homes	Dones	p
Número de casos	18.814	48.642	614.246	790.921	-
Edat mitjana (anys)	83,36	86,95	74,91	76,26	<0,0001
Sexo: Homes (%)	31,36	43,25	29,29	43,52	<0,0001
Dones (%)	68,64	56,75	70,91	56,48	
Defuncions durant l'any (%)	23,68	19,21	3,73	2,67	<0,0001
MORBIDITAT					
Diabetis (%)	37,27	30,17	30,24	22,25	<0,0001
Insuficiència cardíaca (%)	28,77	28,72	10,85	10,65	<0,0001
MPOC (%)	33,29	15,93	21,96	9,85	<0,0001
Hipertensió (%)	76,83	81,54	67,24	66,02	<0,0001
Insuficiència renal crònica (%)	30,94	29,61	16,69	15,44	<0,0001
Asma (%)	5,10	9,27	4,82	8,86	<0,0001
Demència (%)	41,29	48,48	3,72	5,24	<0,0001
Cirrosi (%)	2,31	1,09	1,74	1,20	<0,0001
Depressió (%)	28,80	45,33	12,492	29,477	<0,0001
Pacient crònic de salut mental (%)	20,36	13,42	5,06	3,66	<0,0001
Accident vascular cerebral (%)	37,96	28,54	12,51	9,41	<0,0001
Cardiopatia isquèmica (%)	22,64	13,73	17,33	8,25	<0,0001
Neoplàsia (%)	31,11	19,39	26,03	17,84	<0,0001
Malalties cròniques de l´aparell locomotor (%)	61,18	79,98	54,07	77,43	<0,0001
Osteoporosi (%)	6,67	31,03	2,67	27,72	<0,0001
Artrosi(%)	42,86	61,20	32,74	51,86	<0,0001
Artritis (%)	8,62	9,71	6,96	8,01	<0,0001
Dolor crònic (%)	3,08	4,93	1,06	2,56	<0,0001
Incontinència urinària (%)	62,75	75,58	9,73	18,66	<0,0001
Caquexia (%)	2,49	1,18	0,54	0,31	<0,0001
Nafra per decúbit (%)	6,24	5,45	0,81	0,90	<0,0001

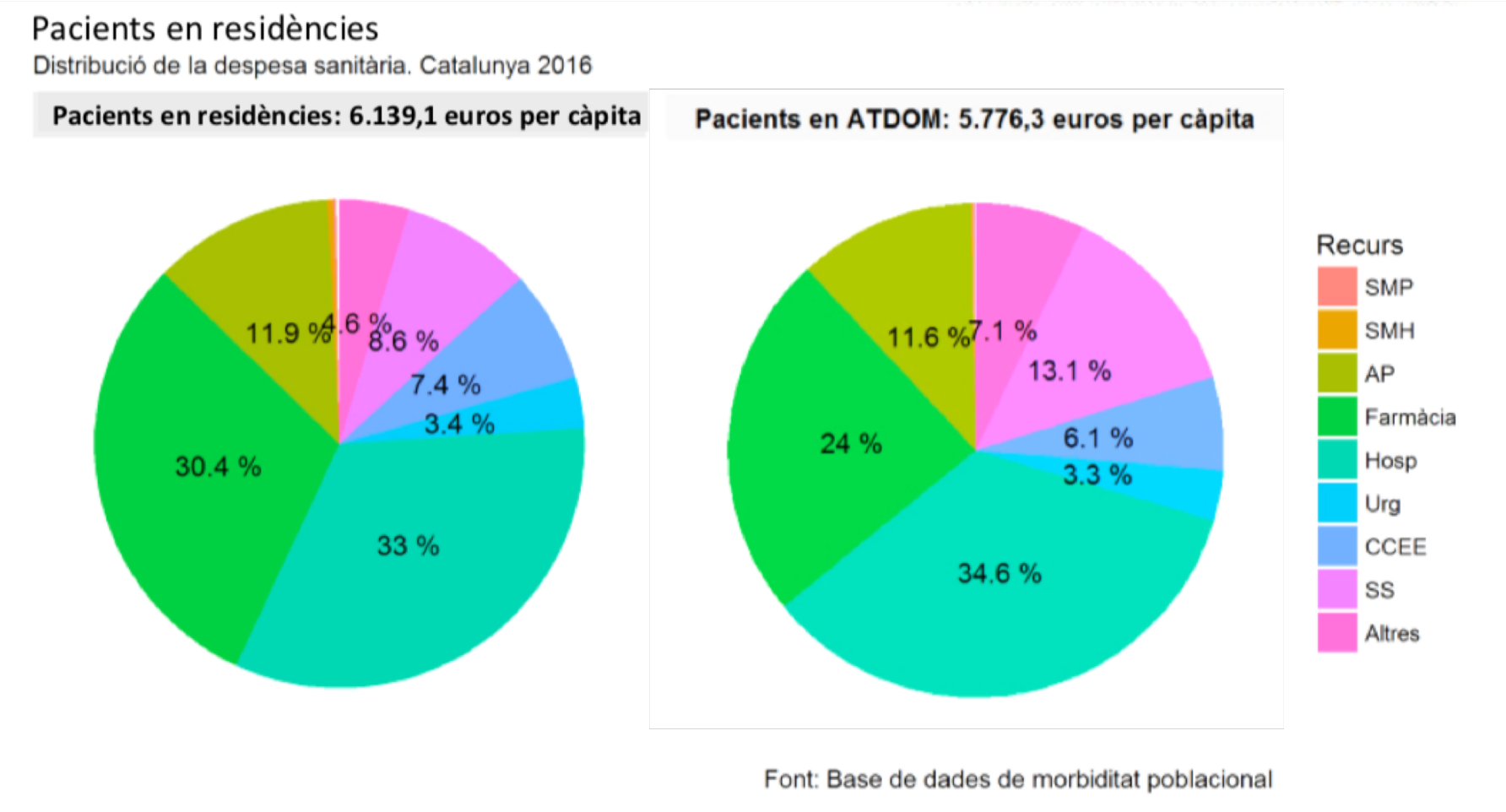
Poblacionalment segons GMA



Ús de recursos

	RA		Domicilio		p
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujereses	p
Mitjana de contactes a AP	13,55	12,44	11,78	11,76	<0,0001
Ingressos en hospitals d'aguts (%)	63,03	41,58	32,13	24,19	<0,0001
Ingressos urgents en hospitals d'aguts (%)	52,31	35,72	16,45	11,41	<0,0001
Pacients amb >1 ingrés urgent (%)	11.79	7,05	3,30	2,05	<0,0001
Mitjana de dies d´estada en HA	4,20	2,62	1,67	1,08	<0,0001
Estada mitjana dels ingressats en HA	11,24	9,41	8,14	6,34	<0,0001
Mitjana de dies per ingressos urgents en HA	3,73	2,4	1,25	0,83	<0,0001
Estada mitjana dels ingressats urgents en HA	11,39	9,66	11,28	9,99	<0,0001
Mitjana de contactes a urgències hospitalàries	1,21	0,89	0,60	0,56	<0,0001
Mitjana visites a especialitzada hospitalària	2,18	1,45	3,44	2,95	<0,0001
Vistes a salut mental ambulatòria (%)	14,22	8,99	4,99	9,43	<0,0001
Ingressos serveis sociosanoitaris (%)	34,97	24,99	7,69	7,21	<0,0001
Despesa mitjana en receptes de farmàcia	971,24	815,18	590,53	506,68	<0,0001
Despesa mitjana en MHDA	201,21	105,08	238,91	156,91	<0,0001

Distribució de la despesa sanitària



Residències, importa el número i el lloc?



Planificació de centres residencials



	Places			
Any	**iniciativa pública**	**iniciativa social**	**iniciativa mercantil**	**Total**
2017	10.291	14.066	35.287	**59.644**
2015	9.777	14.128	34.734	**58.639**
2010	8.362	13.631	32.548	**54.541**
2005	7.756	12.475	26.923	**47.154**
2000	6.186	11.503	19.592	**37.281**

Increment acumulat en **17 anys** del **59.98 % places residencials**

QUIN ES EL MODEL FUTUR? + RESIDÈNCIES O ATENCIÓ A DOMICILI?

Font: Idescat a https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=849&t=2000

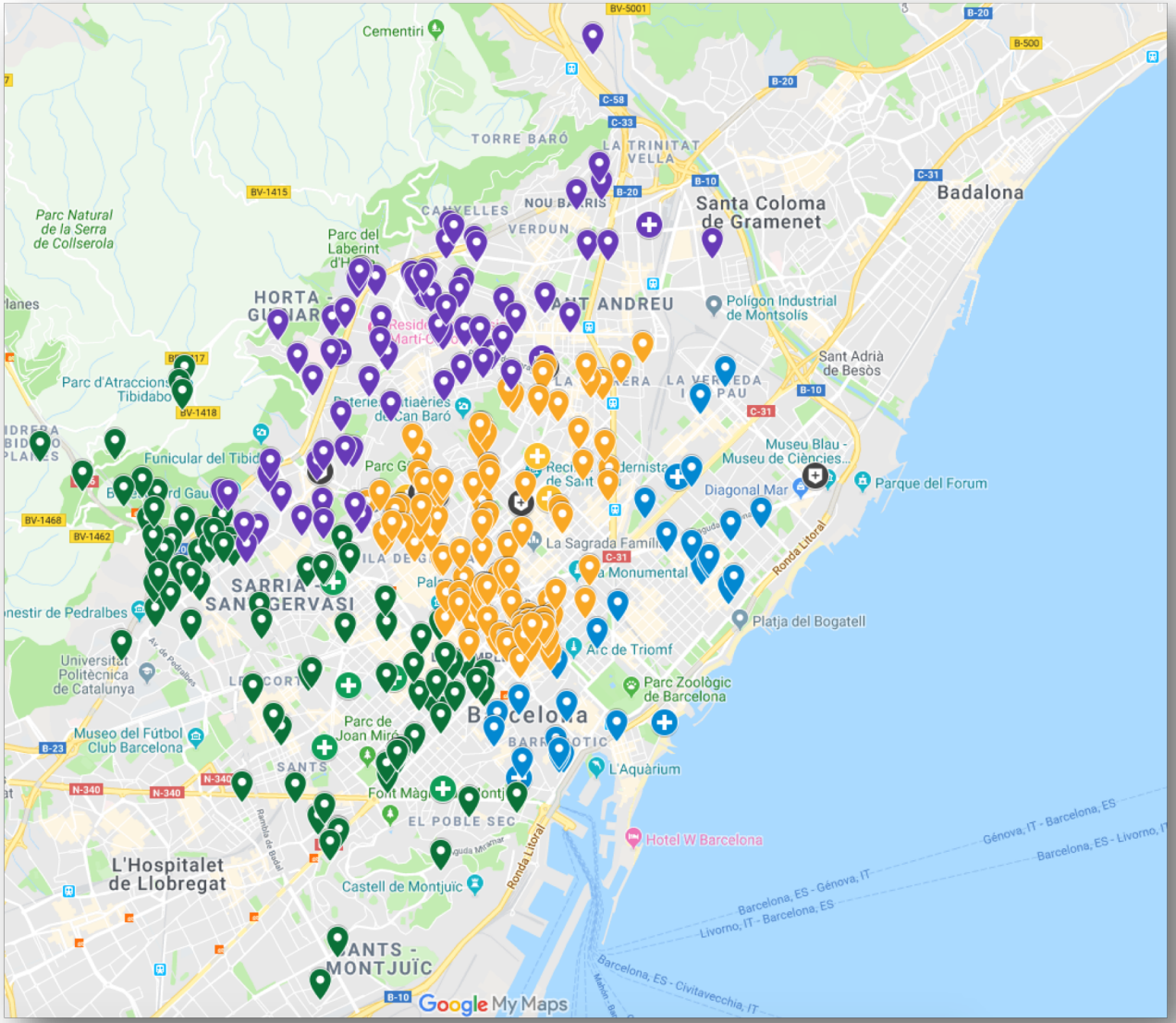
Distribució i impacte en els EAP

Exemple Barcelona Ciutat per concentració territorial i nº de places ofertades

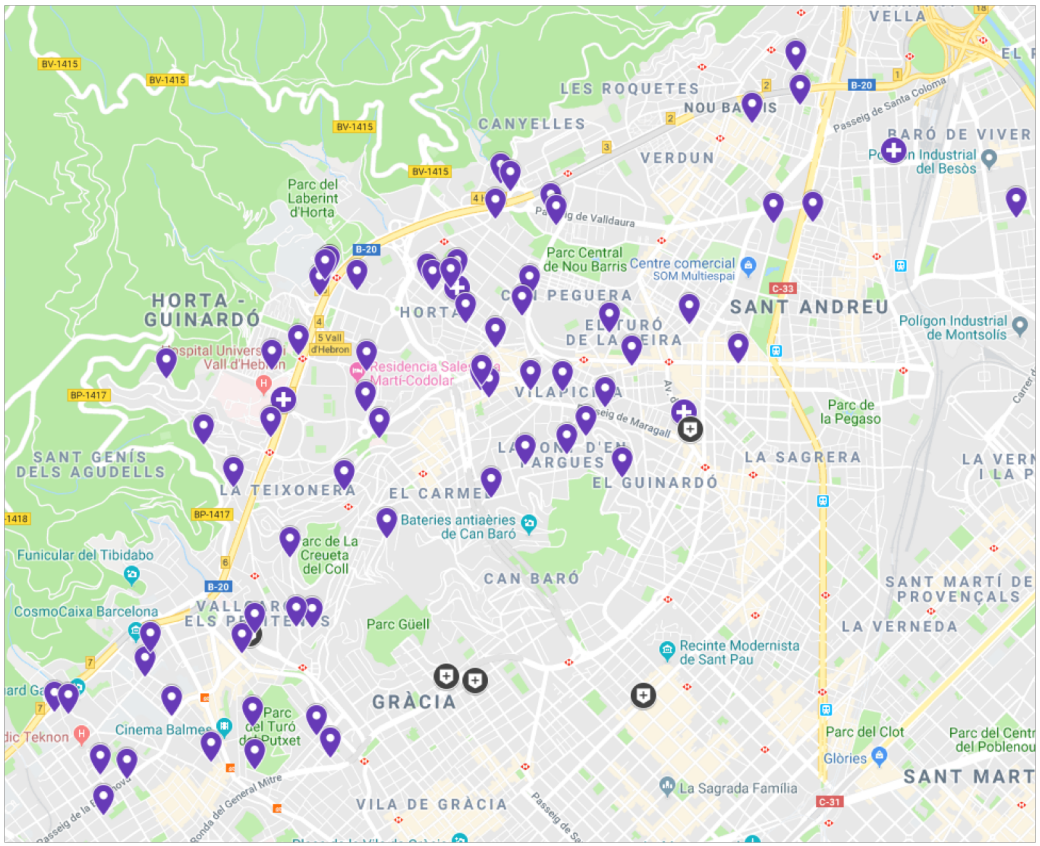
280 residències (25,7% del total)

14.384 places (24,2% del total)

68 ABS (18,4 % del total)



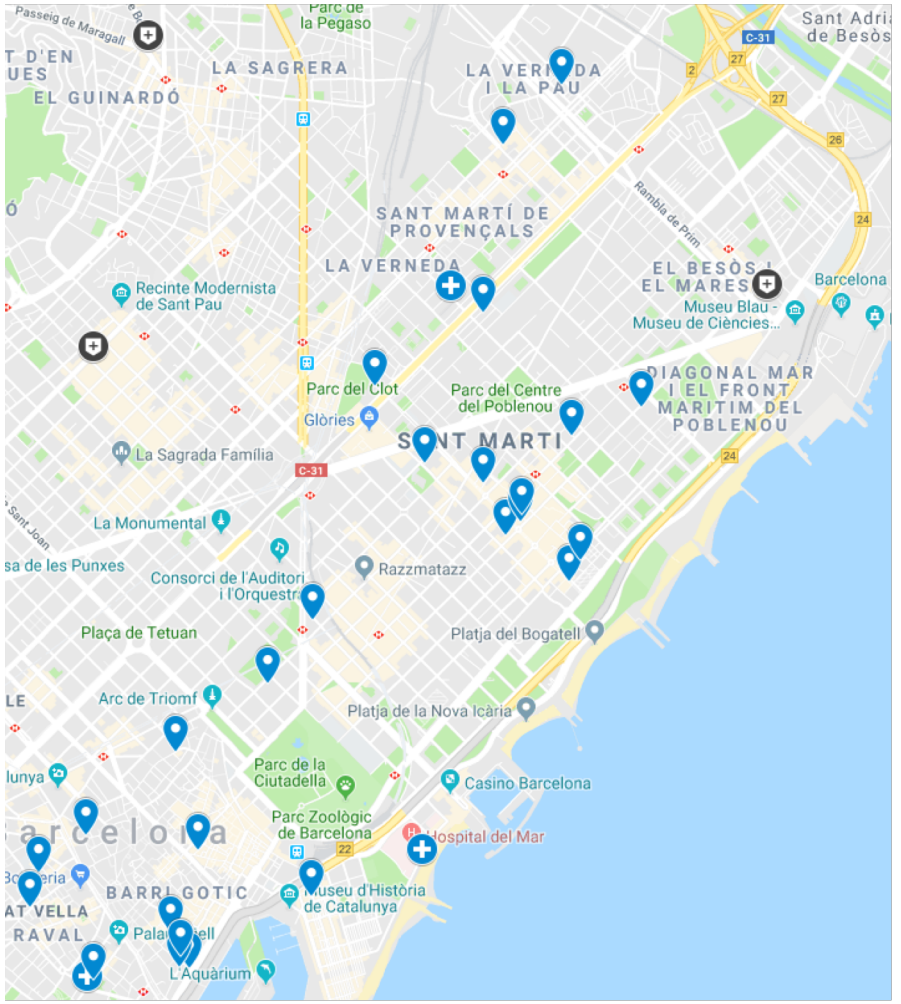
Distribució i impacte en els EAP



Situació AIS NORD

70 Residències (25,3%) i 4.069 places (28,2%)

20 ABS (29,4%)

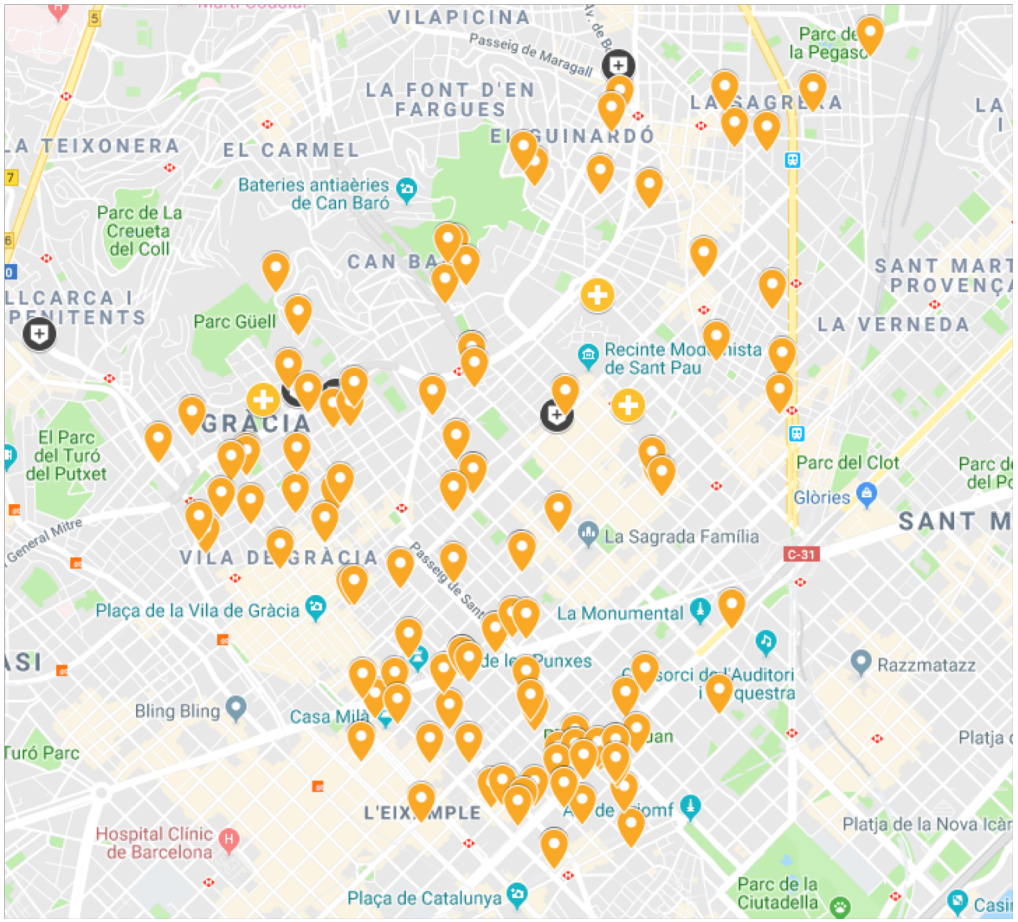


Situació AIS Litoral Mar

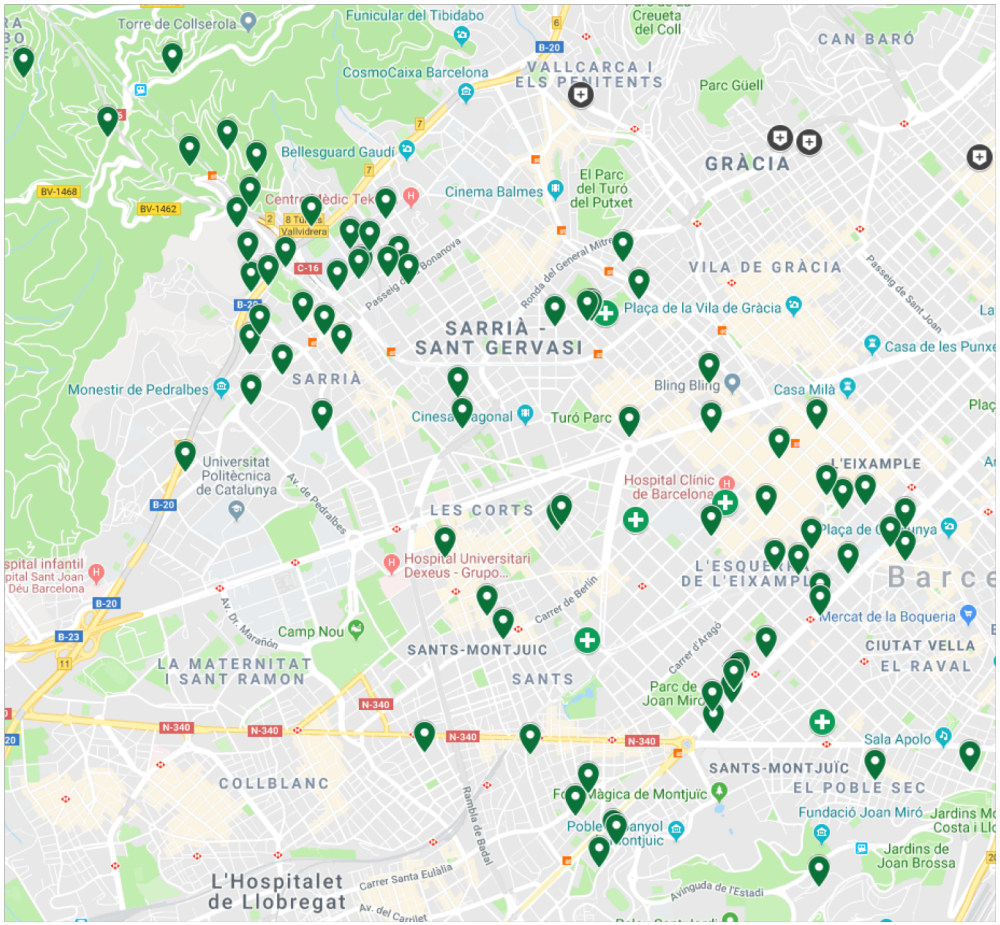
26 Residències (9,2%) i 1361 places (9,4%)

13 ABS (19,1%)

Distribució i impacte en els EAP

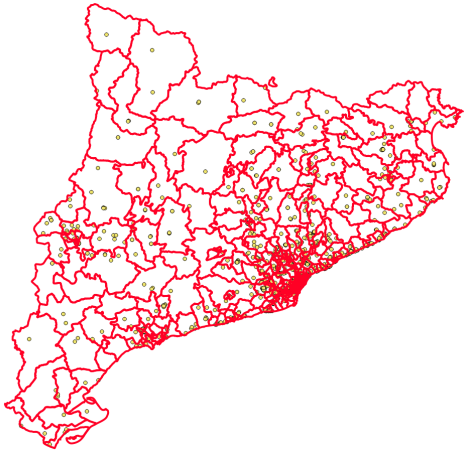


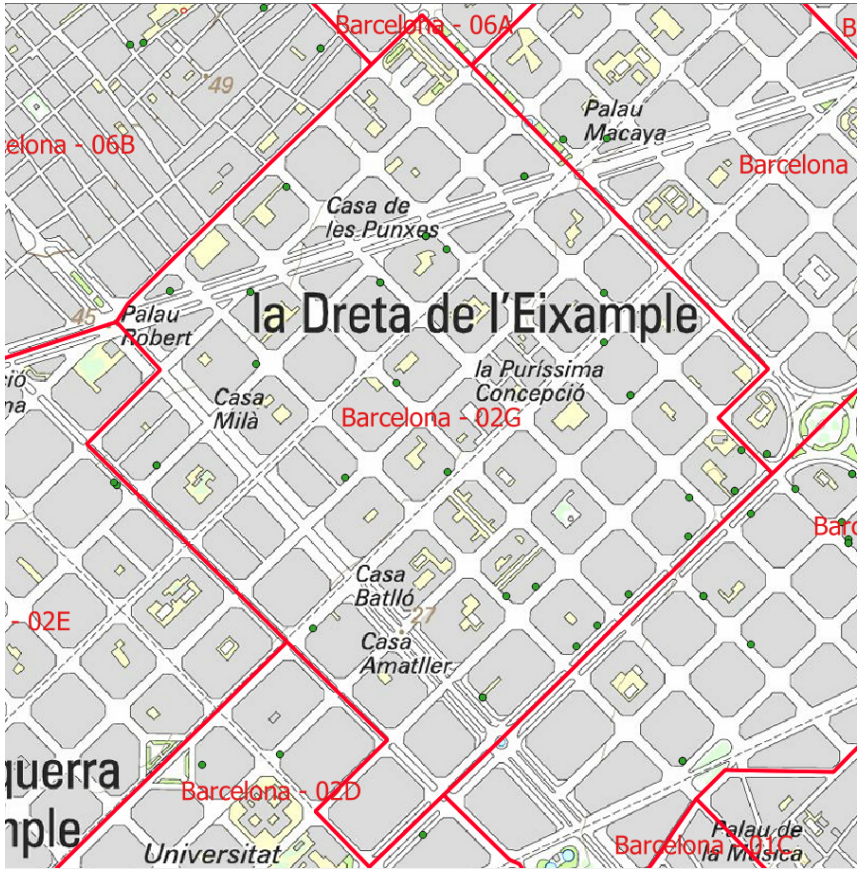
Situació AIS DRETA
114 residències (40%) i 5.445 places (37,8%)
16 ABS (23%)



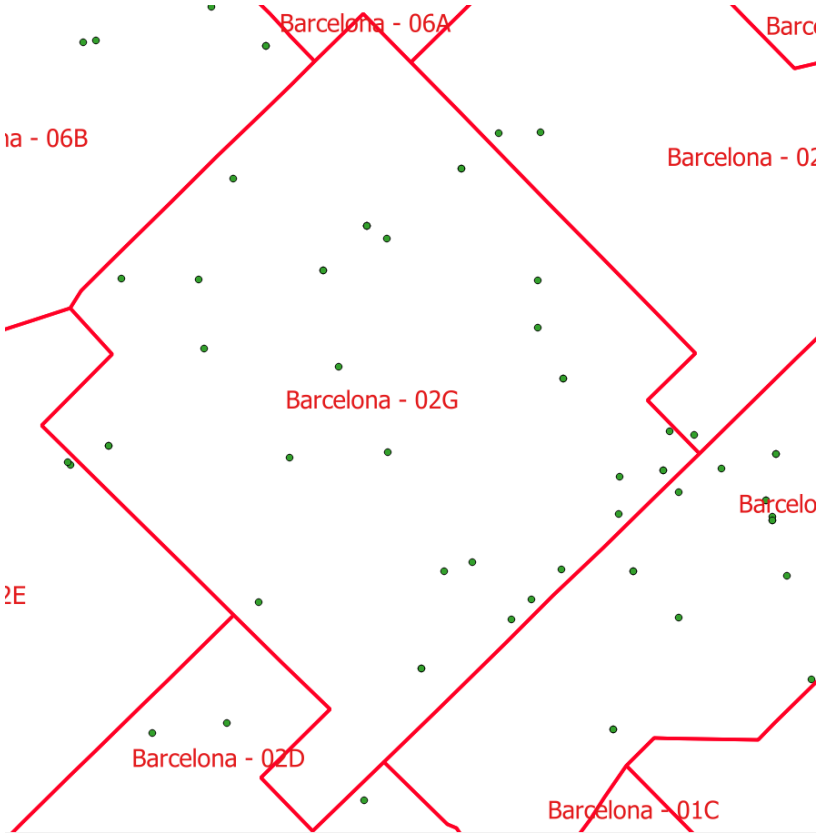
Situació AIS ESQUERRA
90 residències (32%) i 4.432 places (30.8%)
19 ABS (28%)

De forma més detallada...





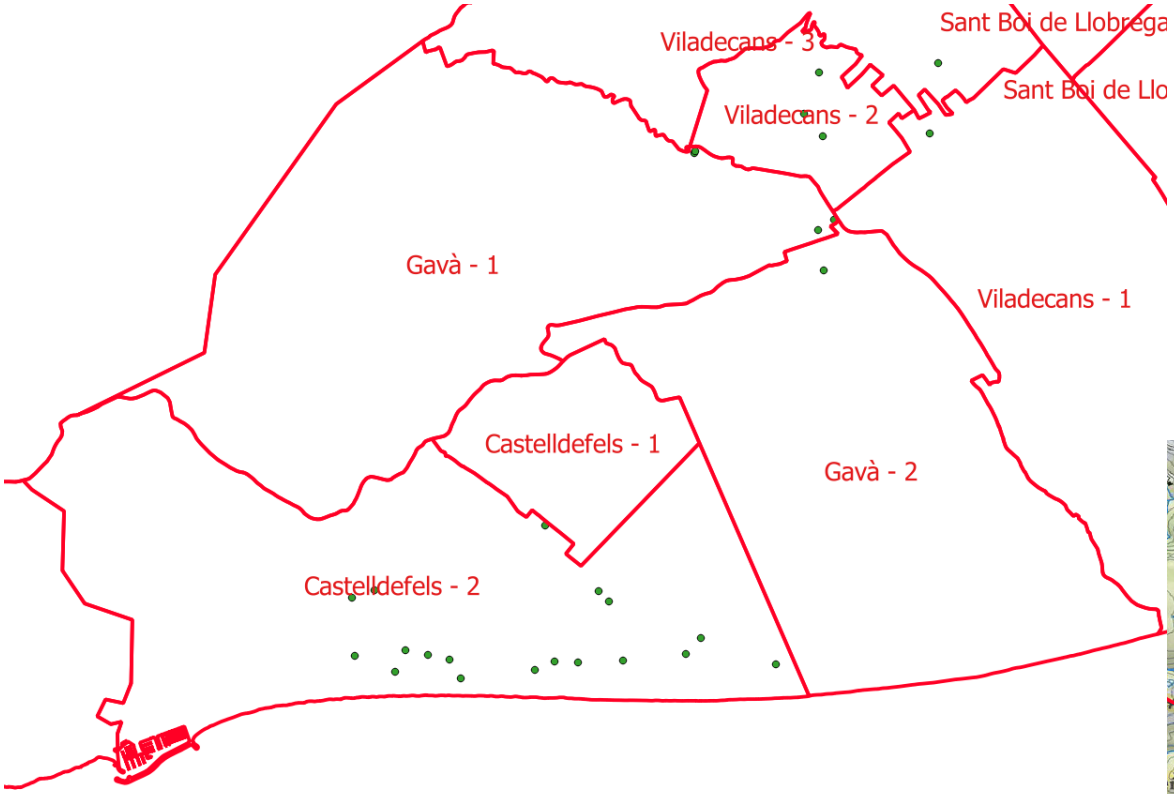
26 Residències

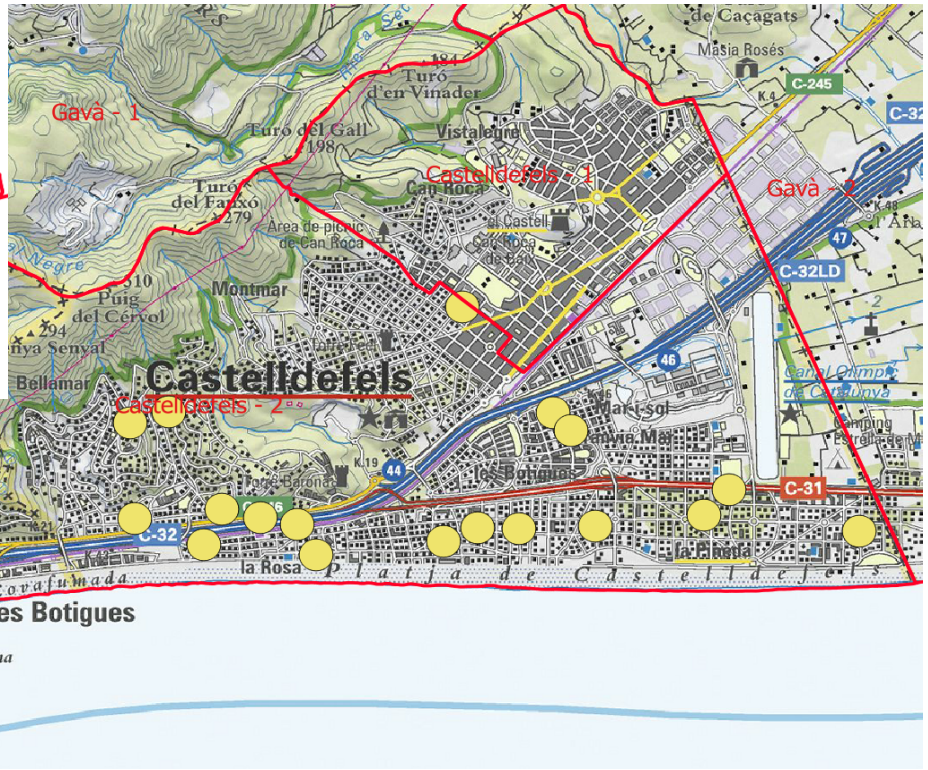


Equip d'Atenció Primària Dreta Eixample - ABS Barcelona 2G

De forma més detallada... (II)

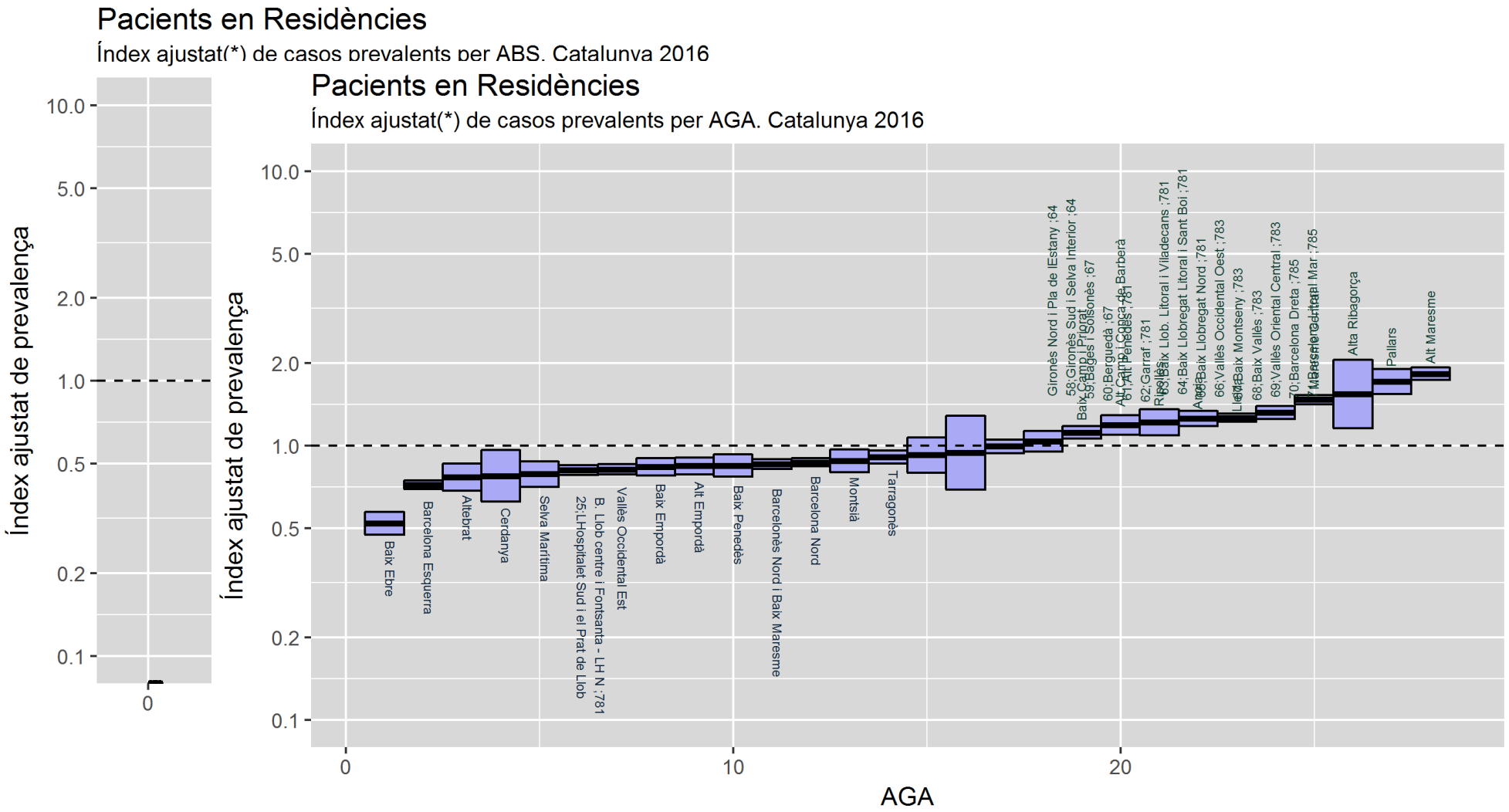






Impacte asimètric entre equips veïns

De forma més detallada... (III)



(*)Ajustat per edat, sexe i nivell de renda
Font: Base de dades de morbiditat poblacional

De forma més detallada... Com es comporten?

Indicadors ajustats de morbiditat: Població ingressada en residències assistides																					
	Indicadors sociodemogràfics				Indicadors de morbiditat				Indicadors de consum de recursos												
	IMP01	IMP02	IMP03	IMP04	IMP07	IMP08	IMP09	IMP10	IMP13	IMP18	IMP27	IMP28	IMP14	IMP15	IMP22	IMP23	IMP24	IMP16	IMP17	IMP21	IMP25
RS Lleida																					
Lleida																					
AGRAMUNT	0,96	1,07	1,13	0,98	0,83	1,00	1,13	0,73	1,01	1,05	0,62	1,35	1,55	0,63	0,77	1,43	3,45	0,00	1,11	1,27	0,21
ALCARRÀS	1,09	1,07	1,14	1,08	0,92	1,46	1,75	1,37	1,22	1,18	0,84	0,97	1,53	0,11	0,36	2,00	2,11	0,00	1,85	1,15	1,36
ALFARRÀS - ALMENAR	1,12	1,08	1,14	1,06	0,81	1,01	0,97	0,64	0,85	0,96	0,59	0,99	1,48	0,29	0,18	1,46	4,90	0,00	1,63	1,08	0,46
ARTESA DE SEGRE	0,92	1,08	1,14	1,02	0,90	1,77	0,70	0,89	1,21	1,37	0,51	0,84	2,25	1,72	0,17	1,11	0,81	0,00	0,52	0,91	0,75
BALAGUER	0,91	1,04	1,07	1,03	0,86	1,06	1,24	0,81	0,95	0,79	0,59	1,13	1,32	0,64	0,43	1,63	4,07	0,32	0,65	1,04	0,55
BELLPUIG	1,06	1,09	1,15	1,14	0,90	1,04	1,58	1,17	0,85	0,62	0,55	1,06	2,65	0,46	0,46	1,66	2,56	2,48	0,66	0,81	0,66
LES BORGES BLANQUES	0,96	1,03	1,04	1,07	0,82	1,23	1,08	0,80	1,22	1,18	0,79	0,99	1,17	0,38	0,83	2,45	2,45	1,99	2,22	0,95	1,05
CERVERA	1,03	1,08	1,14	1,10	0,76	1,31	1,69	1,39	0,83	0,99	0,58	0,98	1,22	0,72	0,48	1,23	2,76	4,22	1,61	0,91	0,21
LA GRANADELLA	0,58	1,04	1,17	0,32	0,96	0,97	0,09	0,28	0,30	0,55	0,16	1,33	1,95	0,00	0,00	1,93	0,00	0,00	0,00	0,61	0,00
LLEIDA 1 - Centre històric - Rb Ferran	0,85	0,89	0,81	0,85	0,86	1,52	1,75	2,14	1,04	0,91	0,59	1,30	1,09	0,99	0,50	1,77	5,77	0,27	0,98	0,90	1,39
LLEIDA 2 - Primer de Maig	0,89	0,92	0,88	1,01	0,79	1,05	1,08	0,89	1,01	0,98	0,84	1,24	1,51	0,14	0,57	2,11	3,48	4,41	4,43	1,16	1,55
LLEIDA 3 - Eixample	0,87	0,92	0,92	0,81	0,92	0,85	0,20	0,37	1,38	1,12	0,70	1,28	1,47	0,66	0,26	2,05	2,06	0,00	4,33	1,00	0,00
LLEIDA 4 - Balafià - Pardinyes	1,00	1,05	1,10	1,08	0,90	1,48	1,39	1,73	1,28	1,32	0,96	1,54	0,71	0,15	1,00	2,67	4,49	0,92	1,67	0,95	0,96
LLEIDA 5 - Cappont	1,02	0,88	0,82	0,45	1,38	1,01	0,09	0,14	2,46	2,41	1,75	1,26	2,06	3,29	2,92	3,24	14,51	6,60	0,70	0,74	10,37
LLEIDA 6 - Bordeta - Magraners	1,05	1,05	1,07	1,13	0,89	0,95	0,47	0,26	1,12	1,12	0,53	0,69	0,73	1,30	0,15	1,45	4,06	1,99	1,33	1,16	0,16
LLEIDA RURAL 1-NORD	0,96	0,93	0,83	0,94	0,83	1,37	2,52	1,65	1,25	1,13	0,87	1,14	0,99	0,40	0,46	2,09	5,62	0,76	0,59	1,10	0,92
PLA D'URGELL	0,92	0,95	0,93	0,96	0,95	1,19	1,39	1,73	1,18	1,08	0,68	1,09	2,04	0,25	0,48	1,79	5,53	0,16	0,52	1,04	0,76
PONTS	1,12	1,02	1,09	0,80	0,98	1,02	1,44	1,58	0,69	0,48	0,42	1,08	1,68	2,27	0,77	0,91	2,60	0,00	1,43	0,91	1,86
SERÒS	0,94	1,06	1,14	0,97	0,75	1,21	0,84	0,36	1,60	1,49	1,31	1,01	1,40	0,00	0,36	2,69	2,47	0,00	0,00	0,83	0,59
TÀRREGA	0,99	1,08	1,14	1,06	0,88	1,22	1,06	1,10	1,05	0,98	0,66	1,15	2,40	0,86	0,41	1,21	4,44	1,73	1,35	0,88	0,73
LLEIDA RURAL 2-SUD	0,60	0,80	0,54	0,28	0,61	0,87	1,39	0,41	0,88	1,12	0,46	1,26	1,31	0,00	0,48	1,00	3,26	1,30	0,37	1,25	1,12
ALMACELLES	0,72	0,85	0,70	0,82	0,83	0,74	3,96	1,88	1,31	1,03	0,97	1,10	1,20	0,00	0,25	2,38	3,20	0,97	0,50	1,40	0,44
LLEIDA 7 ONZE DE SETEMBRE	0,86	0,97	0,96	0,85	1,00	1,05	0,96	0,71	1,21	1,01	0,81	1,44	0,68	0,36	0,52	2,16	5,13	0,00	1,02	0,89	0,82

MSIQ

Generalitat de Catalunya
Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

Situació dels professionals – que sabem i que no sabem?





Ecosistema de professionals al voltant de l'atenció de la persona

Actors de planificació estratègica

Actors d'intervenció operativa



Tasques i responsabilitats


Metge/ssa residència


Infermer/a residència


Equip Atenció Primària

En un model de futur d'atenció a les persones institucionalitzades, sorgeixen alguns interrogants...

- Aquests professionals **fan les mateixes tasques** o tenen una **cartera diferenciada**?
- **Existeixen dificultats** derivades de tasques amb responsabilitat duplicada?
- Per reflexionar, que es **millor** cartera i responsabilitats diferenciada **o unificar** cartera i responsabilitats? Decisió en base a persona o professionals?
- Aquest professional **sanitari sota quin marc normatiu** hauria de donar resposta a les necessitats de la persona?

Reptes al voltant de les necessitats d'atenció a les persones

Detecció de necessitats de professionals en l'atenció a les persones que viuen en centres residencials. Hores mínimes necessàries segons normatives: Decret 142/2010 d'11 d'octubre i *Ordre BSF/35/2014 del 20 de febrer.

Tipus professional sanitari (segons tipologies LOPS)	Risc Baix	Risc Mig	Risc Alt
 Metge/ssa	0	10	10
 Infermer/a	37	60	70
 T. Ocupacional	0	5	17/9*
 Fisoterapèuta	17	35/20*	35/15*
 Psicòleg/oga	0	17/10*	17/10*

De forma general a Residències "es precissen":

- **596.440h de Metge/ssa**
- **Entre 3.578.640 i 4.175.080h d'Infermer/a**
- Entre 298.220 i 536.796h de Terapeuta Ocupacional
- Entre 894.6601.192.880h de Fisioterapeuta
- 596.440h de Psicòleg/a

Reptes al voltant de les necessitats d'atenció a les persones (II)

*Es en l'actualitat suficient el numero d'hores de professionals als centres residencials per atendre la complexitat o situació de salut de les persones institucionalitzades grup a grup professional (M/INF/TO/FST)?**

Tipus professional sanitari (segons tipologies LOPS)	Necessitat increment hores respecte situació actual	Risc Baix	Risc Mig	Risc Alt
 Metge/ssa	↑↑↑	0	10	10
 Infermer/a	↑↑↑	37	60	70
 T. Ocupacional	↑	0	5	17/9*
 Fisoterapèuta	↑	17	35/20*	35/15*
 Psicòleg/oga	↑	0	17/10*	17/10*

*** Pregunta i valoració realitzada en la jornada de febrer de 2018 a Patronals d'àmbit de salut i àmbit social, federacions i associacions d'entitats que gestionen recursos residencials.**
Detecció de necessitats de professionals en l'atenció a les persones que viuen en centres residencials. Hores mínimes necessàries segons normatives: Decret 142/2010 d'11 d'octubre i *Ordre BSF/35/2014 del 20 de febrer.

Reptes al voltant de les necessitats d'atenció a les persones (III)

*Però quantes hores necessita **un equip d'atenció primària** per donar una correcta atenció a les persones institucionalitzades?**

Es obvi la necessitat de més temps per donar resposta



Equip Atenció Primària

Es útil aquesta classificació a salut?

Tipus professional sanitari (segons tipologies LOPS)	Necessitat increment hores respecte situació actual	Risc Baix	Risc Mig	Risc Alt
Metge/ssa	↑↑↑	?	?	?
Infermer/a	↑↑↑	?	?	?

Es la mateixa situació M/INF?

*Pregunta plantejada de cara a un desenvolupament futur de model d'atenció a persones institucionalitzades en la que es valori unificar o reconèixer una cartera de serveis específica orientada a donar resposta adequada a les persones institucionalitzades

Situació del metges que treballen a residències

*El metge que treballa a la vostra residència, **en quina situació contractual es troba**?*



Alguns problemes o reptes actuals i de futur derivats d'aquestes situacions contractuals

Metge de residència – no treballador de SISCAT

ACAD 10%
ACRA 41%
CSC 40%
FEATE 62,5%
GERICAT 20% (aprox)
UNIÓ 51%
UPIMIR 60%

Son professionals que podrien reforçar un sistema de salut a primària mancat d'efectius?

En cas de ser així, no seria convenient que treballessin en el marc de l'EAP?

Algunes qüestions **a reflexionar en el marc d'un futur nou model d'atenció integrada**:

- Es tractaria d'un metge que treballa fora de sistema sanitari públic...
- Això es equiparable al metge que treballa només en un hospital privat?
- Es pot valorar la seva incorporació al sistema públic?
- Quina formació tenen aquests metges?
- Aquestes metges poden induir prescripció, indicació de proves, activació de recursos, des d'un punt de vista normatiu?

Alguns problemes o reptes actuals i de futur derivats d'aquestes situacions contractuals (II)

Algunes consideracions i qüestions **sobre els EAR**:

- Es tracten de **professionals de la salut**
- Hi ha un únic **model homogeni** en totes les zones on treballen?
- A l'actualitat, son més un **model de suport?** (elimina duplicitats? crea un tercer actor en l'equació?) o son veritablement un **model substitutiu** d'AP?

Equip Atenció residencial com a substitut de l'Equip d'Atenció Primària

ACRA 12%
UNIÓ 7%
FEATE 12,5%

Davant la manca actual i en un futur proper de professionals i degut a la seva experiència, no haurien de ser efectius a incorporar en el model d'atenció futur?

Seria necessari evolucionar i unificar el model EAR, definint on son necessaris, com s'integren amb l'AP i quines responsabilitats tenen?

Alguns problemes o reptes actuals i de futur derivats d'aquestes situacions contractuals (III)

Necessària reordenació?

Necessari establir un millor marc normatiu que protegeixi el professional, que garanteixi una millor resposta a les necessitats de la persona i protegeixi el model d'atenció a la residència?

Probable avantatge - Un sol professional – una sola cartera – lideratge AP

Metge treballador de SISCAT que fora d'horari laboral exerceix com a metge de residència

ACAD 50%
ACRA 35%
CSC 40%
FEATE 12,5%
GERICAT 80%
UNIÓ 29%
UPIMIR 40%

Algunes qüestions **a reflexionar en el marc d'un futur nou model d'atenció integrada**:

- Aquest metge està treballant en la zona de la seva ABS?
- Si no es així, això es millor, pitjor o indiferent al respecte de l'impacte sobre consum recursos de l'EAP de proximitat?
- Fa ús de recursos del sistema de salut?
- En cas afirmatiu, el marc normatiu de salut s'adapta a aquesta situació?
- Quin reconeixement tenen les tasques que podria fer com a metge d'AP?

Alguns problemes o reptes actuals i de futur derivats d'aquestes situacions contractuals (IV)

Algunes qüestions:

- És un sistema ideal al unificar cartera, responsabilitats i lideratge?
- Com afecta al tamany de l'EAP de proximitat?
- És necessari un marc normatiu molt més clar en situacions de responsabilitat, integració, duplicitat de treball,... ?
- És factible a curt/mig termini?

Precisa d'una reorganització total del sistema actual

Conveni centre residencial amb proveïdor SISCAT que té EAP més proper al centre

ACAD 40%
ACRA 12%
CSC 20%
FEATE 12,5%
UNIO 8%

No ens oblidéssim pas del sistemes informació!!

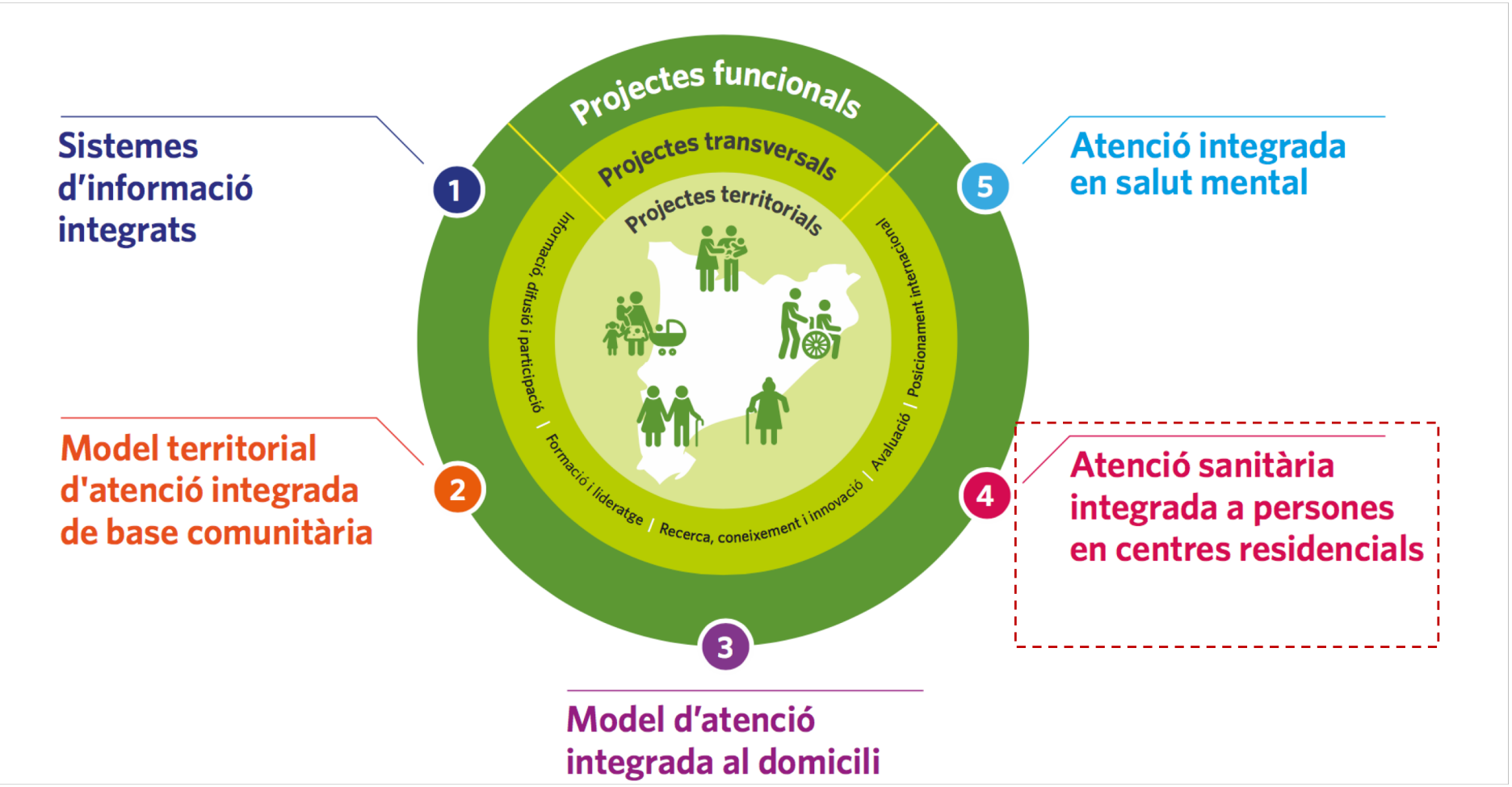
Sistema Informació	Nª total centres	%
Resiplus	109	32,15
Aegerus	119	35,1
Gavin	4	1,17
GDR	7	2,06
Gerisoft	30	8,84
Gowin	5	1,47
Grosalus	1	0,2
SAP-MED	1	0,2
Cap Sistema informació	7	2,06
Altres	50	14,74

MOSTRA 339 CENTRES (APROX 17% DEL TOTAL)

Tres **realitats de present i futur**:

- ❑ Volem un sistema de doble registre (ECAP + Sis informació residencial)?
- ❑ Volem un ECAP amb mòdul residencial i visió de procés global d'atenció?
- ❑ Volem una integració de sis. informació residencial amb ECAP via HC3 o IS3?

Acords del model d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials.



Pas 1. Organització del projecte

Per garantir l'èxit del nou model d'atenció cal treballar quatre dimensions

1

Condicionants

Elements que afecten al model d'atenció sanitària

2

Model d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en Residències

Diferents nivells del model:
- Atenció assistencial (4 Models)
- Atenció farmacèutica (1 Model)
- Marc avaluatiu (1 Model)

3

Revisió i consens model amb entitats

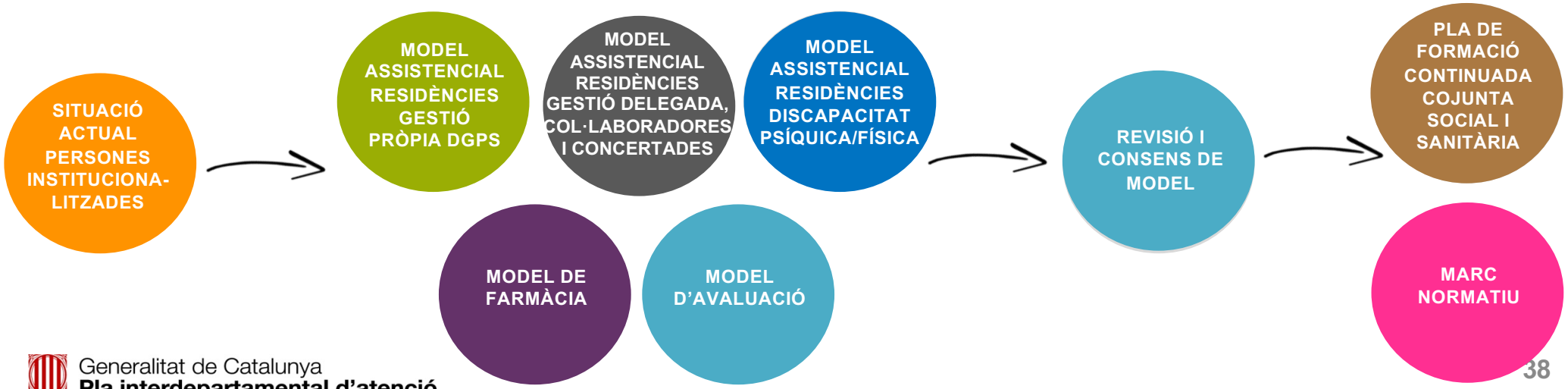
Generació de consens amb les diferents patronals, federacions, associacions, societats científiques, col·legis professionals, ...

4

Implicacions

Consideracions necessàries per desplegar el model

Grups de treball



Premisses importants a tenir en compte

- Necessitat de desenvolupar un model d'atenció integrada = voluntat de donar una millor resposta a les necessitats de les persones = **necessitat de reorganitzar tot un sector**
- **Primer acord es millorar atenció residencial** - 2n acord lògic seria la reorganització de la Llarga Estada
- **Aquesta proposta requereix**:
  1. **MÀXIM CONSENS**
  2. **VOLUNTAT** Departamentals, patronals, sindicats, col·legis professionals i societats científiques de portar a terme el model acordat
  3. **TEMPS** per poder portar-se a terme (llarg)
  4. **CERTA URGÈNCIA** per donar resposta a situacions greus actuals
  5. **CONEIXEMENT CLÍNIC I TERRITORIAL** a l'hora de dissenyar-ho i implementar-ho

A mode de resum...

"L'atenció mèdica a les residències geriàtriques no és ni de bon tros la que caldria: està molt fragmentada, hi ha moltes persones responsables i hi ha un problema de continuïtat en l'atenció". Ho diu Francesca Zapater, metge de família i membre del Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP). Precisament amb l'objectiu d'unificar l'atenció mèdica a les residències geriàtriques, el departament de Salut i el d'Afers Socials volen implantar un nou model d'atenció sanitària integrada a les persones grans que viuen en residències. El nou model aposta per una única figura mèdica de referència, que serà el metge de família: o bé el metge s'haurà d'integrar a l'equip d'atenció sanitària de la residència o bé serà el metge de la residència qui formarà part de l'equip d'atenció primària. Ara hi ha opcions per a tots els gustos. Hi ha residències on és el metge del CAP qui visita els pacients ingressats a la residència dins del seu horari laboral, altres ho fan fora de l'horari laboral contractats per la residència, hi ha centres que contracten un metge propi que no treballa per al sistema públic de salut, o d'altres on l'atenció la presten geriatres.

Més recursos per assumir la feina

Però Zapater també reclama més recursos perquè l'atenció primària pugui assumir aquest volum extra de feina. "Hi estem d'acord sempre que es doti de manera adequada els equips d'atenció primària i sempre que no es faci amb el mateix personal", afegeix. Santaeugènia admet que és "impossible" que els metges de família, que fa temps que denuncien la situació de precarietat laboral, puguin assumir més feina, i reconeix que calen més professionals i més finançament. Per la seva banda, la patronal de les residències d'avis recorda que les tarifes estan congelades des de fa vuit anys. Per tant, des de llavors els pacients s'atenen amb la mateixa ràtio de treballadors, tot i que els usuaris cada cop "són més dependents". "Cal un canvi urgent", diu Pascual, que recorda que els centres geriàtrics de Catalunya atenen actualment unes 57.000 persones, gran part amb malalties cròniques des que es van canviar els graus de dependència (que van fer que augmentés la complexitat dels ingressats).

GENT GRAN

Els metges de família assumiran l'atenció sanitària a les residències

Salut i Afers Socials preparen una reorganització del model que també inclou canvis en la prestació farmacèutica

LARA BONILLA / PAU ESPARCH Barcelona 07/05/2018 00:00

225 0



Salut i Serveis Socials volen implantar un nou model d'atenció sanitària integrada a les persones grans que viuen en residències. / MANOLO GARCIA

Pas 2. Proposta de model

Proximitat

Atenció sanitària propera segons les necessitats individuals de les persones en el territori en el que viuen.

Equitat

Igualtat d'accés a l'atenció sanitària per a tota persona que viu en una residència, així com en la seva assignació de recursos.

Contínuum assistencial

Visió integrada del procés d'atenció sanitària de la persona, tenint en compte les seves necessitats, valors i preferències, i garantint la coordinació dels diferents àmbits assistencials 7x24x365.



Seguretat

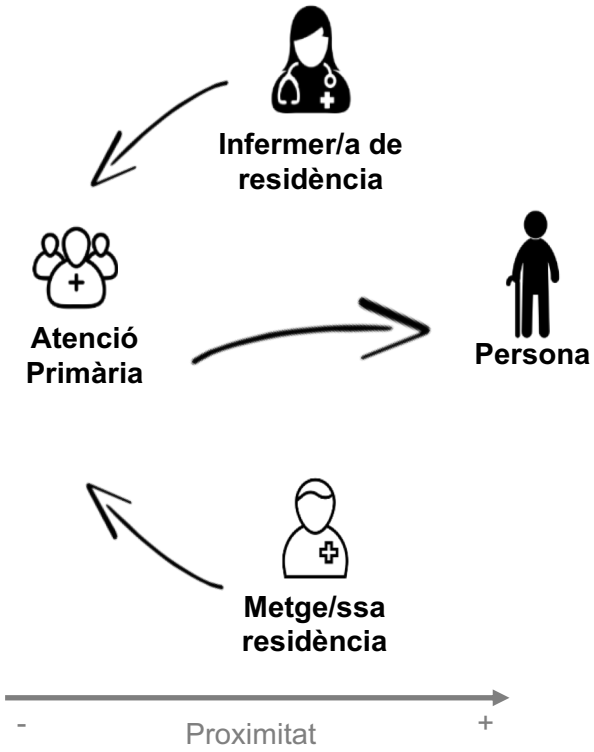
Prioritització de la prevenció quaternària amb la finalitat de donar una atenció que vetlli per la seguretat de les persones que viuen a les residències.

Qualitat

Garantia de la millora en els resultats en salut de les persones, tot aplicant l'evidència científica disponible en el procés d'atenció sanitària.

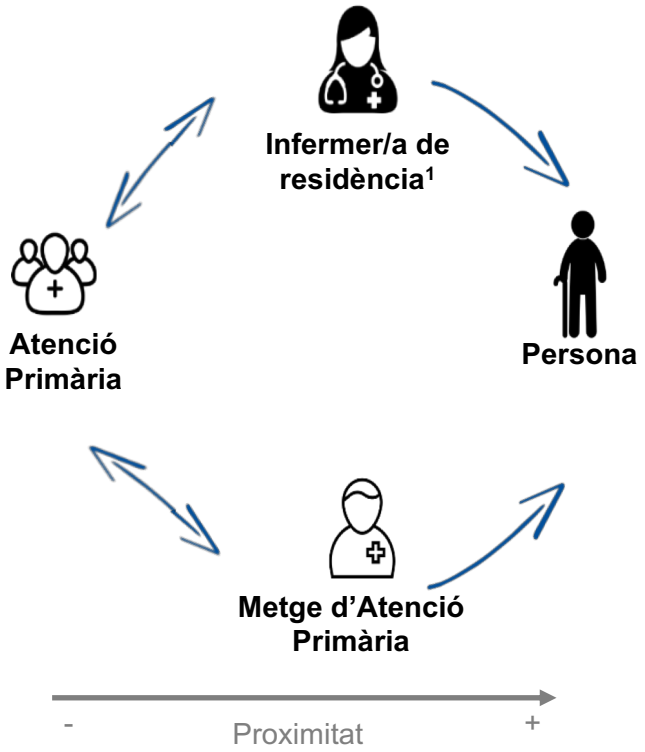
Proposta de model – Paper del metge

Model actual



Tot i que l'àmbit de **Salut** i el **Social** treballen col·laborativament, **no actuen sota una estratègia conjunta**.

Nou Model de d'Atenció Sanitària Integrada



Principals millores

- Assistència clínica des del professional més proper
- Integració estratègica i operativa entre els àmbits de Salut i Social
- Optimització del circuit assistencial

La proposta de model aposta per **una única figura mèdica**. En funció del model a desplegar en aquella residència es planteja el següent...

Proposta de model – Paper del metge (II)



Metge de la residència

És una residència pública de gestió pròpia de la DGPS del TASF?

Si

Atenció Primària

L'**equip sanitari de la residència** (metge/essa i infermer/a) s'**adscriuen funcionalment** a l'**equip** d'**A.P.** (nova U.B.A.)**,** adquirint els **mateixos drets i responsabilitats**, i podent desenvolupar les **mateixes tasques** que la resta de l'equip.

No

És una residència situada en un sociosanitari?

Si

L'**equip sanitari del sociosanitari** adquireix els **mateixos drets i responsabilitats**, i podent desenvolupar les **mateixes tasques** que l'equip A.P. de proximitat**.**

No

És una residència pública de gestió delegada, residència privades amb places concertades o residència col·laboradora?

Si

Atenció Primària

El **metge de la residència** formarà **part de** l'**equip** d'**Atenció Primària**, i aquest, s'haurà d'integrar a l'equip d'atenció sanitària de la residència. (**abordatge individualitzat**)

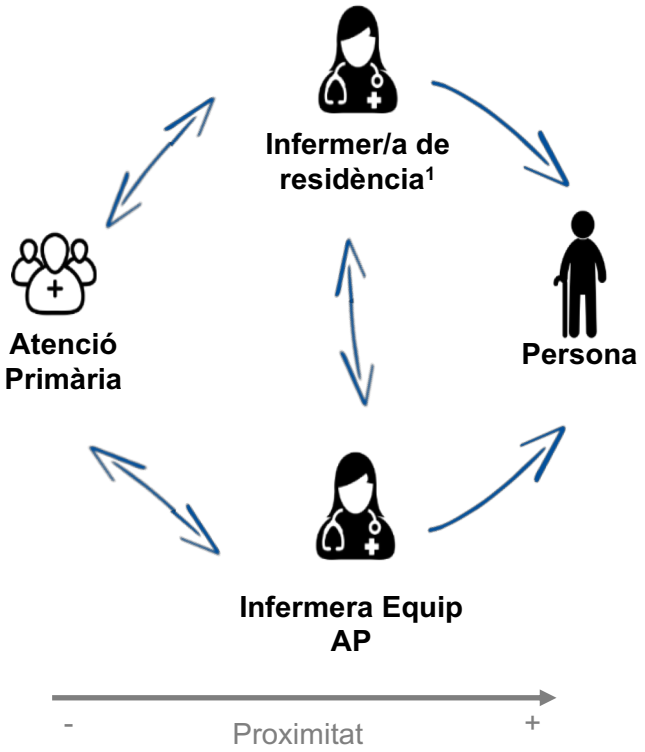
No

*S'ha de garantir l'accés als equips d'**atenció primària per a desenvolupar les tasques que li competen de forma legal (**sempre que la persona tingui dreta a accés a la sanitat pública) – no és incompatible amb atenció privada si així ho vol la persona.*

Proposta de model – Paper Infermeria AP

- La **infermera referent de la residència és la pròpia de la residència**, que treballarà coordinadament amb la infermera assignada de l'ABS, de manera que hauran de definir espais de coordinació i formació que garanteixin l'atenció segons els estàndards de qualitat i els circuits d'atenció establerts a l'APS pels pacients complexes i les guies terapèutiques.
- La **infermera assignada de l'ABS haurà de garantir la continuïtat assistencial de les persones institucionalitzades**, i la infermera referent haurà de treballar amb objectius comuns a les infermeres de les ABS.

Nou Model de d'Atenció Sanitària Integrada

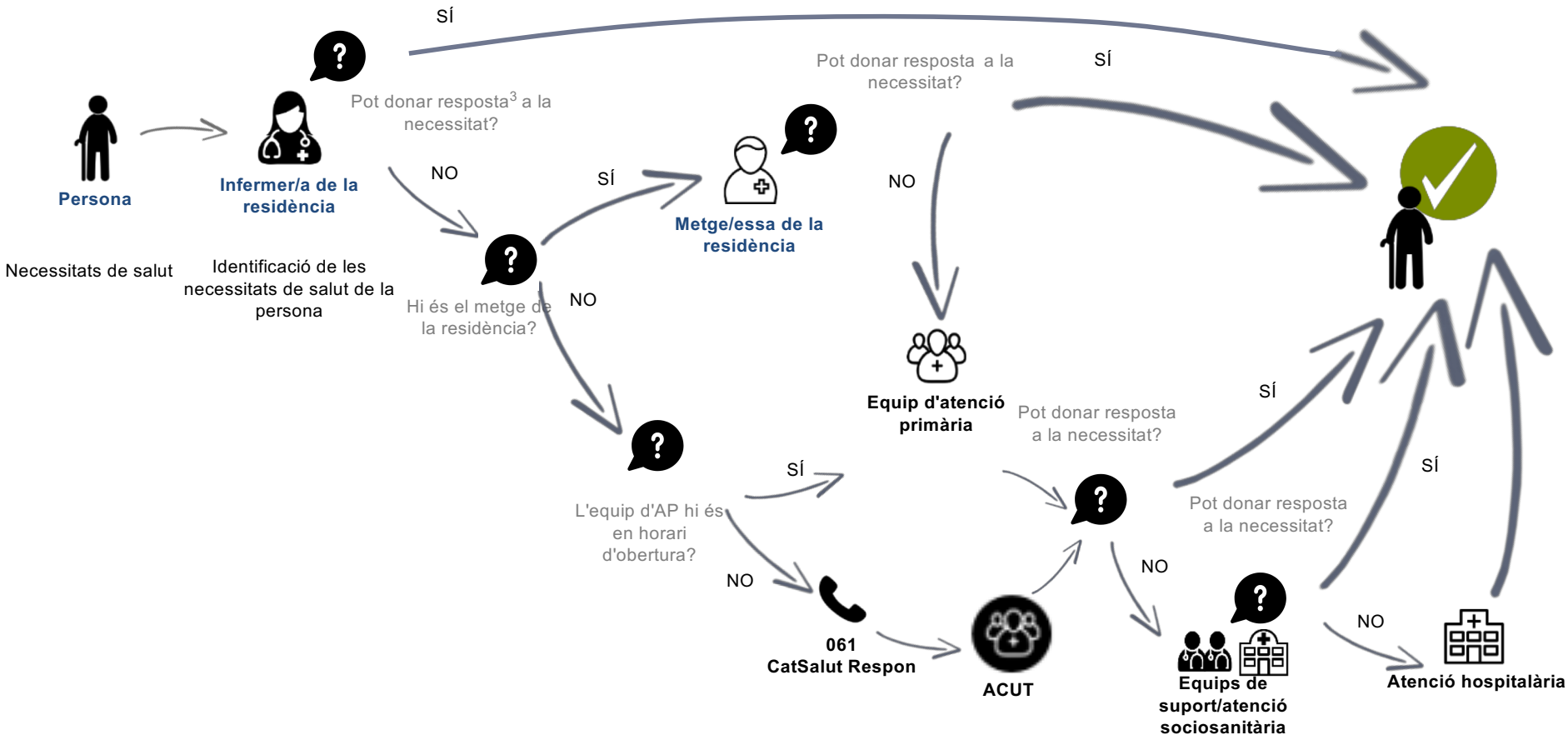


Principals millores

- Assistència clínica des del professional més proper
- Integració estratègica i operativa entre els àmbits de Salut i Social
- Optimització del circuit assistencial

Proposta de model – garantir atenció continuïtat i urgent

Nou circuit d'atenció sanitària[2]



[1] Una emergència mèdica és una alteració aguda de l'estat de salut en què un increment del temps sense tractament mèdic genera un increment en la mortalitat o empitjora el pronòstic de la persona afectada. És, per tant, una situació que posa en risc la vida de la persona, la seva qualitat de vida en cas de supervivència, i en què cal una intervenció ràpida, coordinada i protocol·litzada.

[2] Es tracta del nou circuit d'atenció sanitària a nivell conceptual, que caldrà adaptar a cada realitat territorial i funcional al moment d'operativitzar el Model d'Atenció Sanitària Integrada

[3] Per donar resposta s'entén també prescriure i derivar a altres professionals especialitzats.

Proposta de nou model de farmàcia

Objectiu estratègic

Oferir una **atenció farmacèutica eficient** que **garanteixi** la **seguretat** i que **millori** la **qualitat** de **vida** i els **resultats en salut** de les **persones** que viuen en residències. Aquesta atenció ha de ser personalitzada en base a les seves característiques i necessitats.

Objectius específics

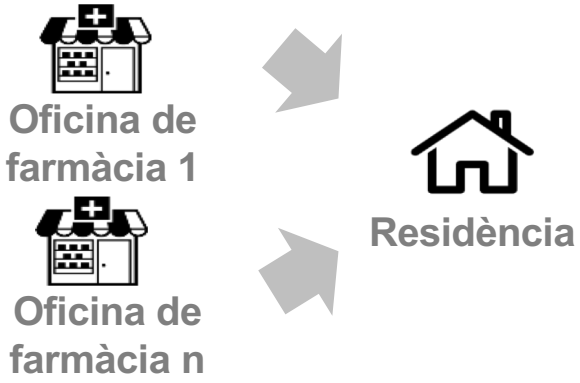
Garantir l'**eficiència** i **sostenibilitat** del **model**, racionalitzant costos.

Assegurar **l'ús racional** de **medicaments** i **productes sanitaris** entre la població de les residències.

Integrar la figura del **farmacèutic** dins de **l'equip multidisciplinari** d'atenció sanitària.

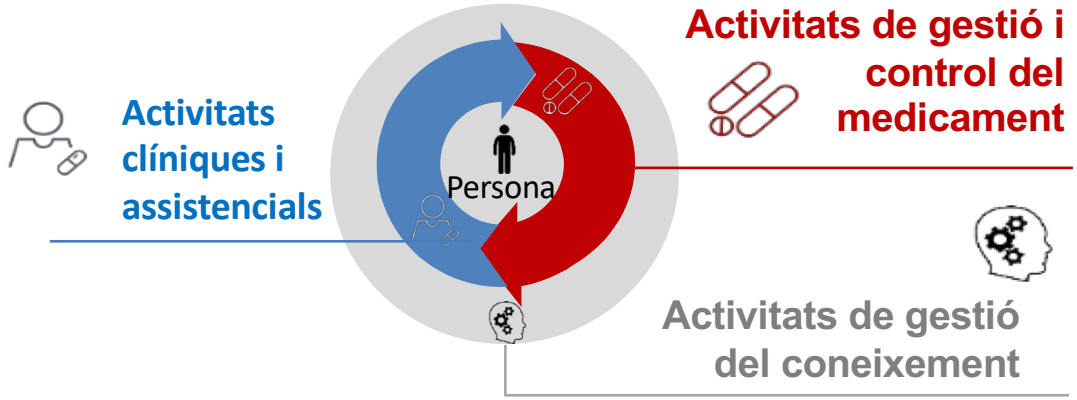
Proposta de nou model de farmàcia (II)

Model actual: Model centrat en el medicament.

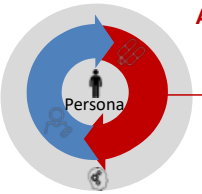


La **preparació** i la **dispensació** dels **medicaments** es realitza **mitjançant recepta** en les Oficines de Farmàcia.

Nou model: Model d'Atenció Farmacèutica centrada en la persona.



Provisió directa de medicaments i productes sanitaris a les residències acompanyades d'**activitats clíniques i assistencials a les persones** i **d'activitats vinculades a la gestió del coneixement** per **donar suport als professionals**.



Proposta de nou model de farmàcia (III)

I. Activitats de gestió i control del medicament i productes sanitaris.

Circuits logístics

Servei o Oficina de Farmàcia de referència.

Provisió de medicaments i productes sanitaris a les residències.

1 **Circuit vinculat a la provisió individualitzada de medicaments i productes sanitaris a les persones.**

DISPENSACIÓ DE MEDICACIÓ I PRODUCTES SANITARIS PREPARATS PER A CADA PERSONA.

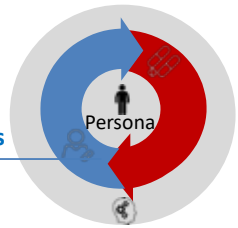
DISPENSACIÓ DE MEDICAMENTS I PRODUCTES SANITARIS FORA DE LA GUIA FARMACOTERAPÈUTICA.

2 **Circuit vinculat a la provisió de medicaments i productes sanitaris als dipòsits de medicaments de les residències.**

ASSIGNACIÓ DE MEDICAMENTS I PRODUCTES SANITARIS, I FIXACIÓ D'ESTOCS.

GESTIÓ D'ESTOCS DELS MEDICAMENTS I PRODUCTES SANITARIS DEL DIPÒSIT.

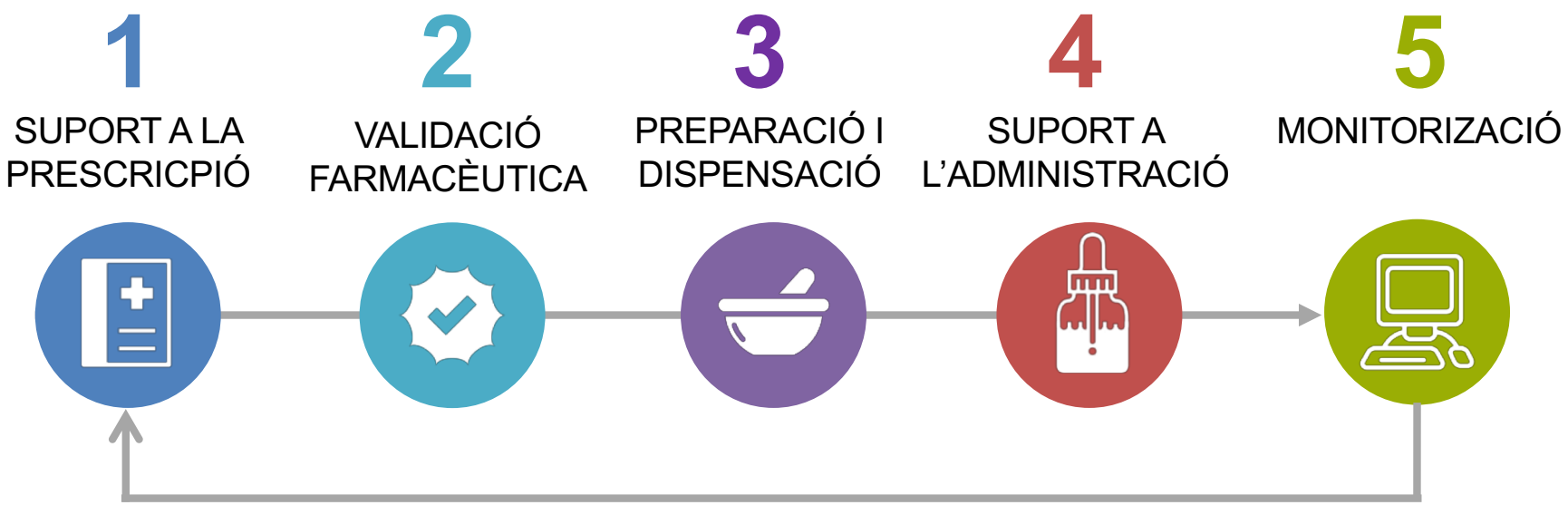
REPOSICIÓ D'ESTOCS AL DIPÒSIT.



Proposta de nou model de farmàcia (IV)

II. Activitats clíniques i assistencials vinculades a la cadena terapèutica.

Etapes de la cadena terapèutica



Proposta de nou model de farmàcia (V)



III. Activitats de gestió del coneixement.

Constitució i seguiment de la Comissió Farmacoterapèutica

Formació

Resolució de consultes farmacoterapèutiques

Avaluació i *feedback* de la informació als professionals

Elaboració de documents

Recerca

Proposta de model avaluatiu

1 IQPF – Àrea del medicament (CatSalut)

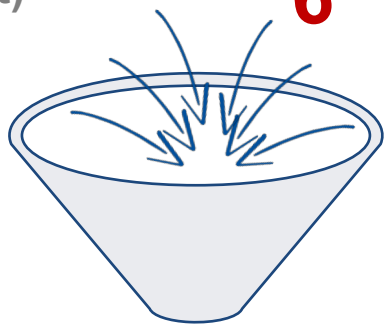
2 Central de Resultats Departament de Salut (Àmbit sociosanitari-CatSalut)

3 Indicadors GeriàtrICS (ICS-Salut)

4 Serveis residencials assistits per a gent gran (Acció Social i Ciutadana-FAD)

5 Indicadors de les residències (ISO) (DGPS-TASF)

6 Indicadors Acta d'Inspecció a les residències (DGPS-TASF)



Des de diferents perspectives es monitoritzen les mateixes dades i no es es té una visió comú i global
(150 indicadors diferents aproximadament)

Proposta de model avaluatiu (II)

S'ha utilitzat una metodologia que ha implicat a **13** professionals de diferents perspectives, tant de Salut com Social, amb una alta expertesa en l'avaluació de models, indicadors i anàlisi de resultats:

Fase I: Anàlisi dels indicadors existents	Fase II: Selecció indicadors	Fase III: Priorització indicadors	Fase IV: Validació de resultats
Recopilació, anàlisi i primer cribratge dels actuals indicadors monitoritzats per a l'avaluació de l'atenció sanitària a les residències.	Primera selecció d'indicadors a través d'una enquesta *online* als membres del grup de treball i altres experts en atenció sanitària i farmacèutica a les residències.	Segona selecció d'indicadors a través d'una enquesta *online* de priorització per atributs, als membres del grup de treball i altres experts en Atenció sanitària i farmacèutica a les residències.	Validació del marc avaluatiu: dels indicadors que han de composar el QdC i del detall de cadascun d'ells.
150 indicadors	**99** indicadors	**61** indicadors prioritzats	**1** document proposta de marc avaluatiu comú

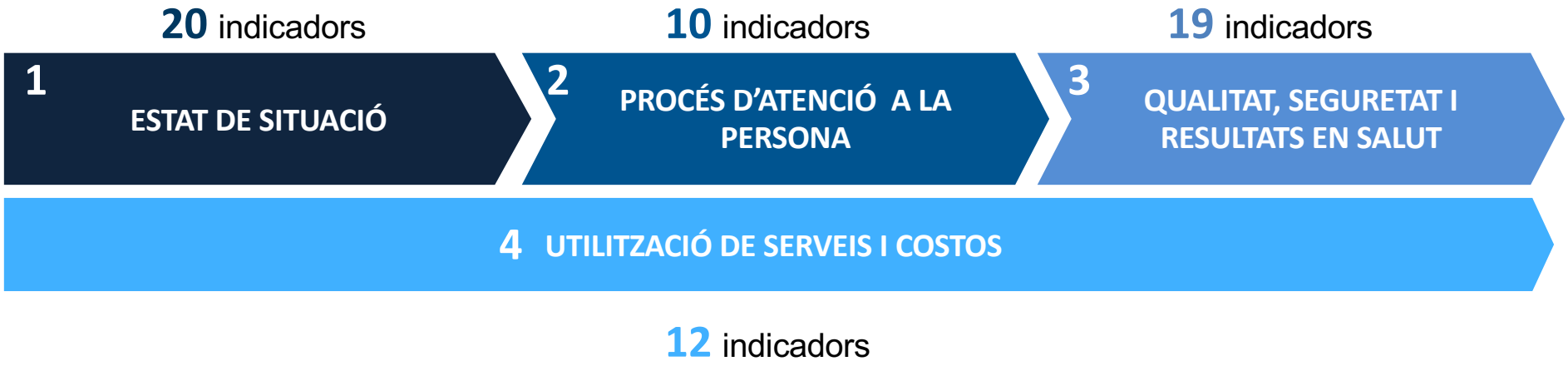
Proposta de model avaluatiu (III)

S'han definit 4 dimensions diferenciades i s'ha associat a cada indicador prioritzat

1 Característiques i condicions de les persones que viuen a la residència

2 Conjunt d'accions vinculades a l'assistència i acompanyament de les persones que viuen a la residència

3 Monitorització de les dades relacionades amb l'aprofitament de les prestacions i les despeses de material de les residències.



Pas 3. Revisió i consens dels documents en desenvolupament







Revisió i creació de consens al voltant del model acordat entre Departaments

Constitució de grups de treball per tipologia de residència, model farmàcia i marc avaluatiu

Revisió dels **documents** de treball i **proposta d'àmbits / aspectes** de **millora**

Creació de consens necessari per a poder iniciar treball de marc normatiu

Tancament definitiu dels documents de model.

Creació de la taula de seguiment del desplegament del model i feedback al respecte dels problemes que es detectin del mateix.

Amb la participació i aportacions de:

Col·legis professionals:

- Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya (CCFC)
- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (CCIIC)
- Consell de Col·legis de metges de Catalunya (CCMC)

Societats Científiques:

- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)
- Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC)
- Societat Catalana De Geriatria i Gerontologia

Patronals:

- Associació de Centres d'Atenció a la dependència de Catalunya (ACAD)
- Associació Catalana d'Empresaris d'Ambulàncies (ACEA)
- Associació Catalana d'Entitats de Salut (ACES)
- Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA)
- Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSSC)
- Geriàtrics Catalans (GERICAT)
- Unió Catalana d'Hospitals (La Unió)
- Unió de petites i mitjanes residències (UPIMIR)

Federacions:

- Federació d'Entitats d'Assistència a la Tercera Edat (FEATE)
- Federació d'Associacions de Farmàcies de Catalunya (FEFAC)

Proveïdors:

- Institut Català de la Salut (ICS)
- Grup Mutuam

Pas 4. Marc Normatiu i Pla de formació als professionals

Elements necessaris per poder portar a la pràctica el model desenvolupat i acordat.

Revisió del marc normatiu actual i **elaboració de nou marc** orientat a donar resposta i cobertura al model consensuat

Elaboració del pla de desplegament del projecte a nivell territorial **en base a les XAP de l'ENAPISC**

Elaborar **Pla de comunicació del model**

Establir els mecanismes de comissions a nivell micro/meso/macro necessàries per garantir el correcte desenvolupament del model.

Desenvolupar el **Pla formatiu** per als professionals de **l'àmbit salut i social** al voltant de les **necessitats d'atenció** derivades del model a implantar**.**

Generalitat de Catalunya

MOLTES GRÀCIES