

Grup 1

COORDINACIÓ ENTRE NIVELLS (HOSPITALS, MITJA I LLARGA ESTADA, RESIDÈNCIES, ATENCIÓ PRIMÀRIA)

Pau Sánchez Ferrín (coordinació)

Betlem Cervelló Roset
Antoni M. Cervera Alemany
Dolors Cubí Montanya
Joan Espauella Panicot
Eulàlia Fonseca Martín
Isabel Fort Almiñana
Andreu Garrigós Toro
Montserrat Grifol Porta
Marco Inzitari
Luis Juan Castán
Pilar Loncán Vidal
Anna Olivé Torralba
Manuel Peraire Navarro
Juan M. Pérez-Castejón Garrote
Xavier Pujol Fabregat
Jordi Roca Casas
Galdina Valls Borruei

Guia d'actuació en l'entorn socio sanitari.

Intervenció en els diferents nivells assistencials

El grup ha preferit parlar d'**intervencions que es poden realitzar en els nivells assistencials** que poden comportar disminució de la despesa econòmica, ja que moltes d'elles tenen implícits aspectes de coordinació. A més, en els recursos socio sanitaris, estan establerts diferents dispositius de connexió de recursos amb àmplia experiència (Terraza et al 2006). Entès que el benefici és del sistema sanitari en el seu conjunt, demanem estimular i recolzar les polítiques i iniciatives que portin a la col·laboració i a la formació conjunta dels diferents nivells assistencials, entenent el malalt com un "continuum" que necessita diferents nivells d'atenció coordinats al llarg de la seva vida.

INTRODUCCIÓ

El sector socio sanitari no pot aportar gaires mesures d'estalvi que afectin únicament els seus recursos ja que les seves actuacions afecten tot el sector. Les diferents intervencions que els equips específics poden realitzar en altres nivells assistencials aportaran beneficis en el sistema sanitari.

PROPOSTES

1. A les residències, l'avaluació dels residents per equips específics amb responsabilitat en la presa de decisions terapèutiques i de derivació està demostrant bons resultats en diferents experiències en el nostre entorn. Els principals beneficis són una disminució del nombre de visites a urgències i dels ingressos hospitalaris, una millor adequació de la prescripció farmacèutica i, per tant, una disminució

en la despesa farmacèutica i una millora en la coordinació entre nivells assistencials.

Cal avaluar un sistema de compra directa de farmàcia des de les residències.

2. La intervenció d'equips d'atenció integral en el domicili ha demostrat una reducció d'ingressos a residències, millora funcional i, en alguns casos, disminució d'ingressos hospitalaris (Elkan et al. 2001). En aquest sentit, els equips PADES poden tenir un paper important com a equip especialitzat en la intervenció en situació de crisi (atenció intermitja), col·laborant de forma directa amb els gestors de casos d'atenció primària. En alguns sectors (Terrassa, Consorci de la Selva, BSA) s'han fet experiències amb equips específics dels socio sanitaris o també de primària.

3. La coordinació entre atenció primària i les EAIA pot tenir gran rellevància en l'atenció de situacions de crisi i en el seguiment de pacients geriàtrics complexos, un exemple clar són els pacients amb demència i el seu seguiment tant en el procés diagnòstic com en els problemes intercurrents que puguin presentar. Les TIC poden ser un element d'ajuda i de clara repercussió en la despesa. Les EAIA poden ser més resolutives amb model d'hospital de dia socio sanitari més mèdic (atenció intermitja).

4. L'orientació de l'hospital de dia ha d'anar dirigida cap a una atenció intermitja, amb un canvi de tipus d'usuari i amb un temps més limitat d'atenció. Això facilitarà la coordinació a l'alta de pacients complexos hospitalaris i l'atenció de situacions de crisi en el domicili. Una orientació complementària hauria de ser la d'atendre grups de

malalts seleccionats amb patologies cròniques refractàries que necessitin intervenció sanitària periòdica de relativa complexitat per evitar descompensacions que portin a l'ingrés hospitalari, hi podrien tenir un paper rellevant els equips PADES, tot i que tradicionalment han fet més intervenció en malalts pal·liatius, podrien tenir un paper important en el control del malalt més fràgil i complex en el que l'atenció domiciliària des d'AP no és suficient (insuficiència cardíaca, malalts respiratoris,...).

5. Cal replantejar un nou disseny dels recursos de llarga durada. Caldria optimitzar les valoracions de dependència per tal d'agilitzar, de forma específica en l'entorn de llarga estada, la seva resolució. També s'haurien d'incorporar els usuaris de llarga estada al grup de beneficiaris de la llei de dependència.

6. Optimitzar la utilitat dels recursos de mitja estada. Agilitzar els ingressos per no generar estades inadequades als hospitals d'aguts i donar resposta ràpida a les situacions de crisi en el domicili. Adequar les estades d'aquest recurs als objectius terapèutics. El sistema de pagament no ha d'anar orientat a les estades, sinó a les altes i a la complexitat.

7. Les intervencions en els hospitals d'aguts han d'anar orientades a evitar ingressos, reingressos i facilitar altes. El paper de les UFISS ha d'anar modificant-se cap a un increment de la intervenció ja que la connexió de recursos ja ha estat prou desenvolupada. En aquest sentit és important la intervenció a urgències de les UFISS (geriatria i pal·liatius) a pacients prèviament seleccionats, ja que l'avaluació geriàtrica a urgències en malalts seleccionats comporta millores i

evita ingressos (McCusker et al 2006). En el nostre entorn, les UFISS poden seleccionar pacients amb patologia crònica descompensada en els serveis d'urgències, i actuar coordinadament amb unitats de convallescència preparades per donar una atenció intermitja o de subaguts (Inzitari et al 2011). També han de participar en programes de prevenció de la dependència a l'hospital.

8. L'existència d'unitats geriàtriques d'aguts (UGA) ha demostrat millores en els resultats assistencials amb el mateix cost que unitats convencionals (Baztán et al 2010).

9. Els programes d'avaluació geriàtrica en pacients amb fractura de fèmur ja tenen prou evidència per ser desenvolupats en els hospitals (Vidán et al 2005, González Montalvo et al 2009).

Bibliografia

Baztán 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: metaanalysis.* BMJ 2009; 338:b50doi:10.1136/bmj.b50.

González Montalvo Ji, Pallardo Rodil B, Bárcena Álvarez A, Alarcón Alarcón T, Hernández Gutiérrez S. *Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos en los hospitales españoles.* Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 44:205-8.

Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M et al. *Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis.* BMJ 2001;323;323:1-9

Inzitari M, Espinosa L, Perez MC, Roqué M, Argimon JM, Farré J. *La derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. Un estudio piloto.* Gac Sanit en prensa.

McCusker J, Verdon J. *Do geriatric interventions reduce emergency department visits?* Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006; 61:53-62.

Terraza R, Vargas I, Vazquez ML. *La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas.* Gac Sanit. 2006;20(6):485-95

Vidán M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. *Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomised, controlled trial.* JAGS 2005; 53: 1476-82.