

Aportacions del CSC al Pla d'Urgències i Atenció Continuada del Departament de Salut

Consorci de Salut i Social de Catalunya

23 de març de 2017

Des de CSC s'ha constituït un grup d'experts per tal d'establir una sèrie de reflexions que aportin propostes al Pla departamental d'Urgències i Atenció Continuada, per encàrrec del Consell Rector de CSC.

Grup d'experts convocats per CSC

- Atenció des d'una organització integral de serveis de salut: Dr. Lluís Colomé (SAGESSA)
- Atenció primària: Dra. Carme Barrio. (CAP Camps Blancs. S. Boi de Llobregat)
- Atenció especialitzada aguts. Dr. A. Salazar (Hospital de Sant Pau)
- Atenció intermèdia (subaguts): Dr. José Augusto Garcia Navarro (CSC)
- Atenció Salut Mental: Dr. Víctor Pérez (Parc Salut Mar)
- Expert Sistemes d'informació: Francesc Garcia Cuyàs (TIC Salut)
- SEM: Sr. Joaquim Rios (cap territorial SEM Barcelona ciutat)
- Consell Rector CSC: Dr. Manel Balcells

A continuació es recull les conclusions a les que ha arribat el grup de treball, la seva formulació ha estat amb l'ànim de poder concretar aspectes fonamentals per a l'abordatge de l'atenció urgent.

Propostes

1. Conèixer i coordinar l'estratègia de comunicació del Departament de Salut amb els centres per tal de consensuar el missatge i les dades a oferir als mitjans de comunicació.

Cal establir un pla de comunicació global permanent, tot i que cal reforçar-lo en èpoques de més sobredemanda per pics epidèmic (grip principalment), de manera que:

- Els centres de salut enfoquin el seu missatge a temes de prevenció, dirigits a la població general. Cada centre utilitzarà els seus canals propis, es podria dissenyar una estratègia conjunta amb eines tipus apps per afavorir l'autogestió de la demanda.
- Les informacions que es demanin en relació als recursos humans i físics (llits habilitats en època PIUC per exemple) es coordinin amb el Departament, per tal que siguin homogènies i consistents.

L'objectiu és reforçar entre tots el mateix missatge en coordinació amb el Departament de Salut.

2. Definir per a cada territori els recursos per a l'atenció urgent segons nivell de complexitat, i donar-los a conèixer a la població, amb un pla de comunicació, per tal d'explicar com fer-ne us de la manera més eficient.

- Unificar la nomenclatura de tots els dispositius d'atenció urgent, especialment en l'àmbit d'atenció primària de salut.
- Definir per territori tots els centres d'urgències amb el seu nivell de resolució, horaris i cartera de serveis, atenció primària, urgències atenció primària i hospital.
- Cal mesurar el nivell de satisfacció dels usuaris en relació a les urgències a tots els tres nivells d'atenció, i monitorar el nivell de derivacions de AP - CUAP a l'hospital ja que pot ser causa de queixa.
- Definir les estratègies de comunicació a la població: premsa general i local, canals específics (061 i 112), i sistemes intel·ligents de suport (tipus apps) des dels diferents punts de contacte del ciutadà amb el sistema de salut, ajuntaments o altres.
- Millora senyalització: Identificar "Centre d'urgències d'atenció primària" i horari d'atenció no "CUAP" que no s'entén el que vol dir.
- Es podria analitzar a nivell d'una mostra de serveis d'urgències a nivell de tot el territori els processos d'atenció urgent i l'experiència de pacient de cara a fer re-enginyeria de processos amb l'ajut de les noves tecnologies. Es detecta que hi ha una gran variabilitat als territoris en relació a la freqüentació de la població als serveis d'urgències, i els seus resultats de salut, caldria establir una estratègia de benchmarking per identificar les millors pràctiques assistencials i estendre-les a tots els territoris.

3. Garantir l'accessibilitat de la població als serveis d'urgències d'atenció primària.

- Actualment el motiu principal que addueixen els pacients, per anar a l'hospital és que l'ABS està tancada o bé no li donen visita urgent o bé perquè a l'hospital hi ha la tecnologia que li dona seguretat.

- El total dels equips d'atenció primària que hi ha a Catalunya han de poder resoldre el 100% de les urgències de nivell 4 i 5, en el seu horari habitual de funcionament de 8:00 a 20:00 h. Caldrà revisar la cartera de serveis de cada ABS, i incorporar l'accés a proves de laboratori i radiologia.
- Avaluació del projecte "Programació per motius" que ha estat posat en marxa com a pilot a l'ICS. Permet redireccionar la demanda des dels punts d'atenció a l'usuari per tal de poder deixar espais a les agendes dels professionals i així poder atendre visites espontànies el mateix dia, amb una formació adequada del personal d'atenció a l'usuari, podria ser un programa a estendre a tots els EAP.
- Caldria revisar la planificació territorial dels Centres d'urgències d'atenció primària de salut a tot Catalunya, i acabar de desplegar els que manquin, definint un rati de planificació clar. Tots els hospitals haurien de tenir Centre Urgències d'Atenció Primària de referència.
- Aquests nous Centres d'urgències d'Atenció Primària s'han de redissenyar organitzativament i funcional per tal que donin atenció a domicili i no únicament de manera presencial. Caldrà tenir present també un redisseny de les infraestructures i del model arquitectònic

4. Garantir la derivació del pacient al recurs més adequat a les seves necessitats

- Els PIICS dels pacients crònics han de contemplar el criteri de derivació en cas de complicació o reagudització: caldria prioritzar l'equip d'APS, i que aquest es coordini amb recursos de l'àmbit d'atenció intermèdia si cal. Aquest pla ha d'estar disponible per al SEM per tal de derivar al recurs adequat i no sempre a l'hospital, per manca d'informació del pacient.
- Cal derivar al recurs més adient directament en primera instància, no en un altre nivell (Urgències d'atenció primària) com a recurs alternatiu per l'elevada pressió als hospitals de referència, quan el pacient té indicació per ser atès a l'hospital.
- Apoderar al ciutadà mitjançant un auto-triatge a domicili oferint-li el recurs més adequat, ja sigui de manera immediata o programant una visita per el dia següent

5. Accions per millorar l'organització de les urgències a les ABS

- Cal identificar i senyalitzar els espais dedicats a l'activitat d'urgències en els CAPS.
- Els equips d'Atenció primària s'haurien d'organitzar per atendre l'activitat d'urgències/visita espontània segons les seves característiques (en funció dels seus recursos d'espai, materials i professionals) i la població assignada.
- Incorporar estratègies de modulació de la demanda, mitjançant algorismes de decisió, a partir del primer contacte del pacient via telefònica amb l'equip d'atenció a l'usuari: discriminant si es pot resoldre la urgència amb un contacte per telèfon amb el metge (experiència CAPSBE)
- Les ABS haurien de tenir un pla de crisi igual que els hospitals, en el sentit que en època epidèmica puguin dedicar més hores a la visita espontània que a la programada.
- Planificar les accions mes enllà de l'època de crisis de manera que es faciliti l'adaptació de l'activitat dels centres de manera estable i permanent.

6. El suport a domicili des de l'Atenció Primària de Salut, s'identifica com un nivell de resolució altament efectiu per a la contenció de les urgències, i la disminució d'hospitalitzacions.

- La potenciació de les assistències a domicili fa que disminueixin els ingressos hospitalaris.
- Cal potenciar els equips de cronicitat que donen servei 7 dies a la setmana 24 hores, amb professionals dels equips d'atenció primària del territori. Actuen com a gestors de casos orientats a malalts fràgils per evitar hospitalitzacions. Actualment aquest programa sols està operatiu al Baix Llobregat, es proposa que a partir d'aquesta experiència, s'analitzi la seva implantació a tot Catalunya, vinculat a l'ATDOM actual.
- PADES: es proposa que l'equip PADES assumeixi altra tipologia de pacients, a banda dels pal·liatius, i facin prevenció de la urgència per al malalt fràgil.
- ICO 365: servei de resposta immediata al malalt pal·liatiu, caldria avaluar l'experiència i com estendre-la a tot Catalunya.
- Cal que els equips ATDOM siguin resolutius i intervencionistes, i ofereixin tractaments a domicili que puguin evitar hospitalitzacions.
- Cal desenvolupar les competències avançades d'infermeria en l'atenció domiciliària
- Cal assegurar que el 100% dels facultatius vagin a fer assistències a domicili, tot recordant que forma part de les funcions dels metges de família.
- Els equips d'Atenció primària a domicili (ATDOM) han de fer la mateixa activitat a les Residències assistides (RAS) que la que fan als domicilis actualment. Es proposa que definitivament sigui l'equip d'APS el responsable de l'atenció al resident que viu en una Residència assistida. En aquests moments ens trobem que hi ha territoris on hi ha tres responsables (el metge de la RAS, el de l'EAP i el de l'EARS), fet que crea disfuncions en el maneig dels residents amb patologia associada sigui aguda o bé crònica.
- Utilitzar mecanismes de comunicació i seguiment per els ciutadans ubicats en residències, amb la idea d'apropar els serveis d'urgències a aquests dispositius
- Ampliar les competències del 061 amb el seguiment de la monitorització dels malalts crònics o amb patologies sensibles a aquest tipus de seguiment.

7. Concreció de les variables que cal monitoritzar per tal de fer un seguiment proactiu dels nivells de demanda de la població (nivell basal amb intervals de mínim i màxim, vs sobredemanda), i seguiment estandarditzat de l'evolució de la demanda i de les atencions realitzades en els diferents nivells assistencials segons complexitat

- Definir mecanismes predictius per tal de preparar les estructures sanitàries a la sobredemanda epidèmica: vigilància epidemiològica, per tal d'integrar un mínim d'informació per preveure l'aparició dels pics epidèmics: 1r nens amb bronquiolitis → adults i vetllar per quan s'assoleix un llindar epidèmic
- Avisar via canal salut, salut respon 012 o altres dispositius, la mitjana del temps d'espera als diferents dispositius d'atenció.

8. Mesures moduladores (dissuasives) de la demanda d'atenció de les urgències de nivell 4 i 5 a l'hospital

- Posar en marxa la derivació inversa: cal consensuar protocols de derivació inversa amb les ABS de referència de l'hospital per tal que cada pacient torni a la seva ABS, o al CUAP de referència

- Aquest pla s'ha de fer ad hoc a cada territori, es recomana que els Centres d'urgències d'atenció primària treballin estretament amb els hospital de referència
- Mostrar en una web els temps d'espera on-line per els nivells 4 i 5 on-line, accessible a la ciutadania.
- Potenciar el us de les xarxes socials per informar de l'estat de les urgències

9. Accions per a la millora del funcionament dels hospitals en relació a l'atenció al malalt urgent tant de manera basal com en èpoques de sobredemanda, ja que es percep una inadaptació de les estructures dels diferents nivells assistencials a les necessitats dels pacients i a la sobredemanda temporal:

9.1. A nivell general:

- Els grans hospitals terciaris haurien de tenir un hospital comarcal de suport.
- Cal organitzar tot l'hospital per donar resposta adequada als malalts urgents que entren per la porta d'urgències, no sols els serveis d'urgències.
- Cal que no es produeixi l'efecte cap de setmana ni vacances, en relació a l'alentiment de la dinàmica de l'ingrés i l'alta.
- Cal preveure amb antelació les situacions de pics de sobredemanda per poder adaptar l'activitat dels centres.

9.2. Professionalització i jerarquitzaçió del servei d'urgències

El servei d'Urgències és un servei central de suport, que treballa de manera transversal amb tots els serveis mèdico-quirúrgics de l'hospital. Ha d'estar jerarquitzat i ser un servei totalment independent de la resta de serveis.

És a dir, ***cal tenir serveis d'urgències independents i jerarquitzats als hospitals per tal que puguin treballar amb interdependència amb la resta dels serveis de l'hospital. Cal fer èmfasi en la professionalització i especialització dels equips assistencials d'urgències.***

9.3. Organització del servei d'urgències per nivells de gravetat o complexitat a partir del triatge del pacient.

Amb el triatge es defineix el nivell d'urgència del pacient visitat (1 a 5), de manera que cal dirigir els pacients a una zona que s'adeqüi a l'atenció que necessita pel seu nivell de gravetat. Així:

- Pacients dels nivells 4-5: Cal habilitar una zona de consulta ràpida ambulatoria, annexa a la zona de triatge. La infermera de triatge forma part d'aquest equip, de manera que un cop identificat el pacient com a nivell 4-5, passi a la consulta del metge i sigui atès. Els equips metge-infermera, cal que siguin estables, i amb experticitat i capacitat de resolució reconeguda.

Amb la visita de triatge, la infermera pot informar al pacient del temps d'espera previst per a la visita amb el metge responsable, i informar-lo també de la possibilitat de ser atès en el servei d'urgències d'atenció primària més proper, proposant una derivació inversa acceptada voluntàriament.

- Pacients dels nivells 2-3: són els que realment col·lapsen els hospitals ja que aquests pacients són els que són atesos a les zones més tecnificades del servei. De mitjana estan unes 6 hores per tal de realitzar tot el procés diagnòstic i definir el pla terapèutic, que pot ser a domicili o tributari d'ingrés.

9.4. *Gestió de llits de l'hospital de manera centralitzada des del servei d'Admissions: els llits són de l'hospital no del servei, aspecte crític per tal d'establir una prioritació de manera centralitzada.* La Direcció coneixedora de totes les necessitats de demanda d'ingrés, és la màxima garant de la presa de decisions quant a la prioritació de l'ingrés, les 24 hores 365 dies a l'any.

- a. Es consideren aquests criteris per a la prioritació dels pacients a ingressar a l'hospital, per tal de fer l'adjudicació diària de llits que farà admissions, a l'establir un mapa de les necessitats d'ingrés dels pacients:
- **1a prioritat pacients crítics:** es necessari donar altes diàriament al servei d'UCI per alliberar boxes de crítics
 - **2a prioritat pacients pendents d'ingrés des d'urgències** (l'estada màxima d'un pacient a urgències és de 24 hores)
 - **3a prioritat: activitat programada,** és una prioritat també el no desprogramar pacients que han estat programats per una intervenció.
 - **4a prioritat: Ingré dels pacients d'urgències del dia en curs**

Cal tenir clar el criteri d'adequació a l'ingrés que pertoca al pacient urgent i al programat.

- El pacient urgent ha de tenir una selecció adequada d'ingrés
- El pacient programat ha de tenir una estada apropiada,

Els criteris estan internacionalment reconeguts amb la metodologia del "Appropriateness evaluation protocol" (AEP).

- a. Estratègies d'èxit per aconseguir l'adequació de l'estada hospitalària:
- Potenciació de les Unitats de cirurgia sense ingrés.
 - Estada preoperatòria de 0 dies: ingrés el mateix dia de la intervenció, CSL habilitar unitats de recepció per acollir als pacients.
 - Unitats de 24-48 h d'estada curta per a malalts programats quirúrgics funcionant de dilluns a divendres.
 - Utilització del preavis d'alta 24 h abans de l'alta definitiva.
 - Alta efectiva abans de les 12 del migdia, cal habilitar espais d'espera per als malalts donats d'alta.
 - Assegurar que es disposa d'informació actualitzada permanentment del nombre de llits disponibles a nivell intern de cada hospital.
 - Disposar d'un mapa de llits diari disponibles dels centres d'atenció intermèdia, que formen part de la xarxa de derivació de cada hospital.

9.5. *Selecció del recurs adient a les necessitats del malalt en l'ingrés urgent*

Ingré del malalt des d'urgències: cal tenir habilitades diferents àrees complementàries alternatives a l'ingrés hospitalari.

Cal adequar l'ingrés en relació a les expectatives del malalt quant a la seva recuperació, és per això es recomana tenir diferents dispositius a l'abast:

a. Unitats internes de l'hospital

- Unitats d'observació d'urgències: l'estada màxima en aquesta unitat serà de 24 hores, de manera que el pacient serà donat d'alta o ingrés a curta estada o unitat convencional (es calcula que el 80% de pacients han de ser donats d'alta a domicili des d'aquesta unitat)
- Unitat de semicrítics: dependent del servei d'urgències, permet una observació més tecnificada del pacient inestable, que no necessita ventilació assistida.
- Unitat de curta estada: estada mitjana de màxim 72 hores, ha d'estar gestionada directament per l'equip d'urgències, des d'aquesta unitat el 70% dels pacients han de ser donats d'alta.
- Unitats de pacient fràgil dependent d'urgències ("Frailty Units" instaurades al NHS), hi haurà una experiència pilot a l'Hospital de Sant Pau.
- Hospital de dia: dependent de l'especialitat que correspongui
- Circuit de diagnòstic ràpid ambulatori des de consultes externes

b. Unitats externes de l'hospital

- Unitat d'hospitalització a domicili, ingressos d'urgències directament a hospitalització a domicili, o bé el procés d'hospitalització es realitzi amb les mateixes estades entre l'hospital i l'hospitalització a domicili (actualment està penalitzat per facturació).
- Derivació a domicili amb connexió amb l'ATDOM de referència del pacient, amb visita pautaada amb 24 h a domicili
- Unitats d'atenció intermèdia (seran desenvolupades en un altre epígraf del document).

9.6. Hospitalització a domicili

No tots els hospitals tenen hospitalització domiciliària, cal definir un estàndard de planificació d'aquest recurs per tal que sigui accessible a tots els territoris.

10. Identificació dels pacients tributaris d'ingrés a un recurs d'atenció intermèdia després de ser atesos a urgències, i adequació de la seva derivació en tots els territoris:

- 10.1. *Cal aconseguir que des del primer contacte del pacient amb un servei d'urgències o una atenció urgent (inclou PADES/ATDOM), es pugui derivar al recurs que pugui solucionar millor el seu procés, amb especial atenció als recursos de l'atenció intermèdia.*
- 10.2. *Cal donar informació als professionals dels recursos que hi ha al seu territori en l'àmbit de l'atenció intermèdia, i els criteris d'accés.*
- 10.3. *En l'àmbit de l'atenció intermèdia hi ha dos tipus de recurs d'hospitalització de suport a l'atenció urgent:*

- a. **Unitats de post-aguts:** són unitats especialitzades en atenció intermèdia, en les quals s'atenen pacients derivats d'una unitat d'hospitalització convencional, on tenen una estada molt curta (48-72 h màxim) per tal de continuar el seu procés assistencial, i poder ser donats d'alta amb les millors condicions d'autonomia i rehabilitació funcional, i amb el procés de reagudització de la seva patologia crònica resolt. És a dir, part del procés assistencial que realitzarien a una unitat d'aguts es tractada en aquesta unitat, que està més qualificada per donar una atenció integral i rehabilitadora al pacient.
- b. **Unitats de sub-aguts:** són unitats que presten atenció al malalt derivat d'una atenció urgent (servei d'urgències, o d'altre tipologia) ja estabilitzat i que no té necessitat d'alta tecnologia, per tal de ser atesos en el seu procés de recuperació de la seva autonomia i retornar al seu lloc d'origen (domicili habitual, residència o altre). El 80% dels pacients amb reaguditzacions de la seva patologia crònica poden ser tractats en aquestes unitats.

La procedència del pacient pot ser:

- Servei d'urgències hospitalari.
 - Servei d'urgències d'atenció primària (CUAP): cal potenciar aquesta derivació per evitar l'ingrés hospitalari, i la duplictat d'atenció, evitant el pas per un servei d'urgències hospitalari. Es valora que ara per ara, difícilment es podran derivar directament des dels equips d'Atenció Primària, però s'ha d'anar avançant també en aquesta línia.
 - Servei de PADES o ATDOM, quan realitzi atenció urgent, també ha de derivar pacients a les unitats de subaguts, a partir del consens en els criteris de derivació amb les unitats de referència.
- c. Criteris de planificació a considerar a l'hora de planificar per tot Catalunya aquestes unitats:

- Unitats de subaguts:

- Cal planificar-les de manera prioritària en entorns urbans
- Es recomana s'habilitin fora dels hospitals d'aguts. Cal garantir l'especialització de l'equip en l'àmbit geriàtric, i la dinàmica de treball de l'equip d'atenció intermèdia és diferent a la de l'hospital d'aguts, més enfocada a la recuperació de l'autonomia funcional del pacient.
- En aquests moments Catalunya té una xarxa sociosanitària prou desenvolupada a tots els territoris que caldrà completar-la amb un dimensionament adequat de llits d'aquesta tipologia.
- La dotació de llits de subaguts ha de s'estar ben dimensionada per resoldre durant tot l'any les necessitats d'ingrés d'aquests pacients.
- Cal dimensionar uns recursos addicionals d'aquestes unitats a incloure dins del programa PIUC, per tal de tenir llits de manera conjuntural a disposició dels territoris en èpoques de sobredemanda.

- Unitats de post-aguts:

- Els hospitals d'aguts tenen Unitats de geriatria d'aguts, de manera que s'haurien de complementar amb llits de post-aguts per tal de millorar la capacitat de resolució dels hospitals, coordinant-se amb aquestes unitats dels centres d'atenció intermèdia, per garantir una atenció integral i de continuïtat.

- d. Seria recomanable tenir un mapa diari i evolutiu amb representació gràfica d'aquests dispositius de drenatge del territori i fer seguiment de la seva capacitat d'absorció de malalts, amb indicadors per resultats..

10.4. Incorporar l'hospital de dia de geriatria com una estratègia d'alternativa a l'hospitalització: establir programes específics per tipologia de pacient crònic.

Els hospitals de dia poden redissenyar-se per tal de donar atenció no sols als pacients programats sinó també als pacients reaguditzats, que necessitin tractament de suport, i/o rehabilitació.

11. Estratègies per realitzar un canvi en la cultura dels professionals per tal de donar resposta a les necessitats d'atenció d'una població de més edat, amb més pluripatologia i que esdevé més freqüentadora.

- Planificació de la xarxa territorial per a l'atenció al malalt crònic, identificant els diferents tipus de dispositius i els criteris d'ingrés i derivació, en relació al procés assistencial.
- Formació dels professionals en aquest àmbit.

12. Estratègies de coordinació dels serveis socials al territori, per tal de donar resposta a les necessitats derivades a l'alta dels pacients

- Cal establir programes per a l'allotjament de les persones sense sostre a l'alta, cal fer una pla d'intervenció amb els serveis d'urgències socials de cada territori.
- Cal treballar també altres problemàtiques derivades de l'envelliment, i la pobresa, establint programes específics per poder donar d'alta als pacients vulnerables.

13. Estratègies en relació als professionals, durant els períodes de sobredemanda, on hi ha una gran pressió assistencial.

- Revisar l'adequació dels recursos humans en tots els nivells assistencials i en tots els territoris dels dispositius d'urgències.
- En els períodes de sobredemanda caldrà recuperar els reforços PIUC per atenció primària.

14. Estratègies en relació a les urgències de salut mental.

- Tots els serveis per a urgències psiquiàtriques han d'estar integrats amb els serveis d'urgències generals, establint una única porta d'entrada.
- Insistir en que totes les mesures definides per les urgències generals són d'aplicació a les urgències de salut mental.