

Recomanacions en l'abordatge del pacient amb patologia crònica



Recomanacions en l'abordatge del pacient amb patologia crònica

Febrer 2012

Índex

A.	Introducció	2
B.	Recomanacions	3
C.	El paper dels professionals sanitaris	17
D.	Model de finançament	21
E.	Abordatge del pacient amb patologia crònica múltiple i alta complexitat clínica	22
F.	Principals propostes (glossari)	27
G.	Grup de treball	31
H.	Bibliografia	33

A. Introducció

En els últims temps, una de les principals inquietuds dels responsables dels sistemes de salut és la gestió dels pacients amb patologia crònica. Diversos estudis mostren que un percentatge petit de pacients, consumeixen la major part dels recursos sanitaris. Aquests són els pacients que acumulen major nombre de patologia crònica. La preocupació, tanmateix, amb els pacients crònics complexos no només se centra en el consum de recursos sanitaris, sinó en què el sistema que ha d'atendre aquests pacients no està ben adaptat a les seves necessitats, perquè està excessivament centrat en les patologies agudes i fragmentat entre els diferents nivells assistencials.

Aquests pacients es troben amb múltiples proveïdors, entorns i decisions, moltes vegades no coordinades, que sorgeixen de forma reactiva. En conseqüència, contacten de forma reiterada amb diferents àmbits de l'atenció sense que tinguin un plantejament i/o orientació integral i centrada en les seves necessitats. En general podem dir que aquests pacients amb diferents malalties cròniques tenen majoritàriament una relació episòdica amb el sistema sanitari i no una atenció de continuïtat i integració assistencial.

Davant els reptes que es presenten en l'atenció al pacient crònic complex, des del CSC hem volgut obrir aquesta discussió amb un conjunt de professionals que recullen els principals agents implicats: atenció primària, atenció hospitalària, atenció intermèdia, infermeria i gestió sanitària.

Del treball del grup apareix aquest document que és un recull de recomanacions pel maneig dels pacients amb patologia crònica fent especial atenció a la coordinació entre nivells assistencials i mantenint una visió poblacional i del territori. S'ha optat per un abordatge de pacients amb malalties cròniques més que de les malalties cròniques en si.

Les recomanacions que es recullen en aquest document parlen més de models i sistema que d'estructura, pensant en recursos dinàmics i amb el convenciment que les estructures actuals hauran d'adaptar-se a les noves necessitats. En l'elaboració de les recomanacions hem intentat tenir sempre en compte les necessitats a cobrir en aquest grup de pacients sense perdre de vista les mesures d'eficiència que ens obliga l'entorn actual. Hem procurat fer recomanacions factibles i aplicables a curt i mig termini.

B. Recomanacions

1. ABORDATGE

Un bon sistema de gestió de pacients crònics requereix un sistema d'identificació i seguiment dels pacients a partir d'una estratificació del risc. L'estratificació de la població i l'enfocament poblacional és un primer pas que permetrà posar al pacient crònic dins el radar del sistema sanitari, considerant al ciutadà més enllà dels episodis aguts i contactes amb el sistema.

Models predictius

Els models predictius busquen fer el sistema sanitari més eficient i efectiu, detectant els pacients abans que contactin amb el sistema. Detecten, doncs, els pacients amb risc futur de necessitats d'utilització de serveis, el que permet actuar sobre ells abans que arribin a la situació de pacients crònics complexos. Cal tenir en compte que cada territori pot tenir característiques diferents, pel que un mateix model predictiu no sempre és vàlid per totes les àrees.

Creiem que cal avançar cap a sistemes de predicció d'utilització de recursos que siguin propis de cada territori; l'administració des de la

vessant de la planificació estratègica hauria de ser la responsable de liderar i validar un sistema que fos adaptable a nivell territorial.

Per això, tot i que creiem que la utilització de models predictius és la millor manera d'identificar aquells pacients amb malalties cròniques que es beneficiarien d'una atenció proactiva i integrada dirigida cap al seu procés d'atenció, pensem que l'aplicació d'aquests models al nostre sistema sanitari és complexa i no és factible a curt termini.

En canvi, la selecció de pacients a partir dels contactes que s'han fet en el sistema sanitari considerant tots els nivells assistencials, és a dir, seleccionant els pacients que freqüentment anomenem pacients hiperfreqüentadors, permetrà actuar a curt termini sobre els pacients més complexos, en funció de criteris de risc actual. Tot i així, és important que aquesta primera selecció sigui validada amb criteris clínics dels equips assistencials.

Criteris de detecció. Criteris de risc actual

El primer pas de la intervenció que recomanem des del CSC seria l'elaboració d'un cens de pacients crònics complexos per hiperconsum de recursos. Els criteris han de ser senzills i de fàcil accés per les entitats sanitàries. Un criteri senzill per a la detecció d'aquests pacients seria seleccionar aquells malalts amb major nombre d'ingressos no programats a hospitals d'aguts en l'últim any.

Els pacients seleccionats han de ser fàcilment identificables com a pacients crònics complexos per tots els dispositius assistencials del territori, utilitzant els avantatges que ens ofereix la HC3 o altres dispositius tecnològics que actualment tenim a l'abast.

Recomanació: Per iniciar la intervenció podem seleccionar els pacients amb major nombre d'ingressos hospitalaris no programats a aguts en el darrer any. Aquesta és una informació de fàcil accés i disponible per tots els centres i/o organitzacions sanitàries i ha de ser validat pel criteri clínic de l'equip assistencial.

En el cas que l'entitat disposi de sistemes d'informació integrats, un pas més cap a l'estratificació dels pacients crònics complexos seria seleccionar aquests pacients en funció dels contactes en l'últim any a diferents dispositius assistencials, no només l'hospitalització. D'aquesta forma l'estratificació per risc actual seria més precisa. Els dispositius que creiem que cal tenir en compte, a part dels ingressos a l'hospital d'aguts, són:

- **Contactes d'atenció continuada a d'atenció primària.**
- **Urgències hospitalàries.**
- **Hospitals de dia amb demanda espontània.** Aquests contactes només s'han de tenir en compte si es disposa de servei d'hospital de dia amb demanda espontània. No s'han d'incloure els contactes amb hospital de dia programats.
- **Consum de farmàcia ambulatoria (receptes). Pacients polimedicats.**

Descartem tenir en compte els contactes en els següents dispositius:

- **Salut mental.** Aquests pacients han de ser tractats de forma especial. Un exemple clar serien els pacients esquizofrènics que van poc al centre d'atenció primària i tenen risc de patologia cardiovascular. Creiem que cal un enfocament específic per aquests pacients.
- **Contactes a rehabilitació.** No solen ser visites espontànies.
- **Llarga estada.** S'inclouen en l'actuació, però no en la detecció, perquè compliquen molt el maneig de les dades.
- **PADES.** S'inclouen en l'actuació, però no en la detecció, ja que són programes amb criteris molt restrictius.

Recomanació: En cas de disposar de sistemes d'informació integrats es poden seleccionar els pacients crònics complexos per utilització de recursos, a part de per un major nombre d'ingressos a hospitals d'aguts, pels contactes que ha realitzat en l'últim any a l'atenció continuada del centre d'atenció primària, a urgències, a consultes externes i a hospitals de dia amb demanda espontània.

A l'hora de definir els criteris de selecció dels pacients crònics complexos no hem tingut en compte les patologies concretes. Des d'un principi els objectius d'aquest document foren els de definir una manera de gestionar els pacients i no les patologies concretes que pateixen.

Tot i que les variables d'entorn social influeixen en la utilització de serveis sanitaris, no hem utilitzat aquesta variable per la manca d'informació de la qual disposa el sistema.

2. ACTUACIONS

Per a l'atenció de pacients amb patologia crònica destaquem la importància dels sistemes liderats per infermeria, integrats i coordinats, que ja han demostrat disminuir el número d'ingressos i el temps d'estada hospitalària, reduint així la despesa sanitària. Aquests sistemes centren l'atenció en el pacient mitjançant la utilització de guies de pràctica clínica enfocades en el malalt i promovent l'autocura, o amb l'elaboració de plans transversals de cures continuades, on és essencial iniciar l'atenció abans de l'hospitalització, tenint l'atenció primària un paper clau. Els programes que contenen un substancial contacte amb el pacient, especialment en pacients amb afectació més severa, han demostrat ser més efectius en el control de la malaltia.

Un dels factors perquè el model tingui èxit és que s'adapti a cada territori i sigui sostenible econòmicament i en el temps.

L'atenció als pacients crònics implica diferents nivells assistencials i, a vegades, diferents proveïdors de salut. La integració i la continuïtat en l'assistència són elements fonamentals per garantir que els serveis es prestin en el moment i de la manera adequada, millorant els resultats. Des del punt de vista dels professionals, cal impulsar la coordinació per evitar duplicitats i gestionar de manera òptima les transicions

entre els nivells d'atenció. Així, és necessari un sistema flexible que pugui coordinar serveis i proveïdors i un compromís de tots els actors del sistema, en especial de l'atenció primària, de treball en equip per tal d'aconseguir uns objectius comuns. És imprescindible potenciar el paper de l'atenció primària com a coordinadora de recursos sanitaris i reguladora dels fluxos de pacients en el sistema, així podrem garantir la continuïtat de l'atenció als malalts crònics.

Els malalts amb patologies cròniques requereixen un equip interdisciplinari i transversal que tingui en compte les particularitats d'aquests pacients com l'associació de diferents patologies i dèficits funcionals i mentals. Per iniciar l'actuació a nivell d'un territori caldria identificar quins professionals d'atenció primària participaran en aquesta atenció i els actors que garanteixin la coordinació a nivell de l'atenció especialitzada. Es recomana que, de forma periòdica, els responsables de cada àmbit puguin posar en comú els problemes i necessitats que detectin. Aquesta estratègia pot ser més difícil d'implantar en el cas d'entitats no integrades.

Recomanació: Per iniciar el projecte es recomana definir un grup multidisciplinari amb un lideratge clar que mantingui reunions periòdicament. La coordinació entre l'atenció primària i l'especialitzada pot ser més fàcil en les organitzacions sanitàries integrades.

Aquests pacients han de ser atesos majoritàriament al seu domicili i només s'han de desplaçar a una institució sanitària quan sigui imprescindible, ja sigui per a la realització d'exploracions o de proves complementàries o d'atenció especialitzada. Els desplaçaments per motius assistencials concrets en pacients que viuen en centres residencials s'han d'evitar de forma especial.

Hem dividit les actuacions a realitzar sobre els pacients crònics complexos en tres nivells, segons el moment en que són aplicades: fase estable, agudització i post-alta. Cada actuació pot implicar a diferents

recursos a l'hora o la prestació de la mateixa actuació per recursos diferents en funció de l'estat del pacient.

2.1. ACTUACIONS EN LA FASE ESTABLE

a. Valoració integral del pacient

La valoració dels pacients crònics complexos no es pot basar únicament en paràmetres biomèdics. Cal un abordatge complet del pacient que garanteixi la valoració integral de les seves necessitats de salut, funcionals i socials. La nostra recomanació és valorar els pacients mitjançant la valoració geriàtrica integral (VGI).

La valoració VGI es compon de 4 àrees:

- **Valoració clínicofísica:** activitats de promoció i prevenció (hàbits tòxics, HTA, hipercolesterolèmia, exercici físic, cribatge de càncers específics, immunitzacions, etc.), recopilació dels problemes de salut rellevants i revisió de la medicació que es consumeix.
- **Valoració funcional:** valoració mitjançant l'avaluació de les activitats bàsiques de la vida diària (valoren l'autocura i necessitats bàsiques per subsistir) i les activitats instrumentals de la vida diària (valoren activitats per mantenir independència en la llar i romandre autònom a la comunitat).
- **Valoració mental:** cognitiva i afectiva.
- **Valoració social:** recull principalment interacció i recursos socials (cuidador, convivència, assistència domiciliària, relacions i activitat social) i entorn mediambiental (barreres arquitectòniques, seguretat en el domicili). És important tenir present el risc social dels pacients per poder activar els recursos adients.

Un cop realitzada la VGI, cal establir un recull de problemes de salut i un pla d'actuació prioritzant les intervencions amb major impacte en la qualitat de vida i prenent en compte les preferències del pacient.

Recomanació: Cal un abordatge complet del pacient que garanteixi la valoració integral de les seves necessitats de salut, funcionals i socials. La nostra recomanació és valorar els pacients mitjançant la valoració geriàtrica integral (VGI) i elaborar un pla individualitzat d'atenció centrat en les necessitats del pacient i a les seves preferències.

b. Educació sanitària, prevenció i promoció de l'autocura

És imprescindible implantar mesures de prevenció i promoció de la salut amb la mateixa intensitat que altres polítiques mitjançant estratègies poblacionals i individuals sobre grups diana, amb polítiques que hagin demostrat cost-efectivitat.

En els processos aguts el més important és el control del procés patològic; a les malalties cròniques el més important és el control que faci el pacient o la família. L'educació per la salut suposa intervenir en la cultura dels individus, endinsar-se als mecanismes de relació de l'ésser humà amb la seva vida i el seu entorn i conèixer els mecanismes de modificació de conducta i els processos d'ensenyança i aprenentatge. L'educació ha de capacitar la persona per prendre decisions que siguin segures des del punt de vista mèdic i acceptables per l'individu. Moltes vegades els pacients no compleixen les recomanacions perquè no hi estan d'acord.

És essencial aconseguir que el pacient i/o el cuidador siguin capaços d'identificar precoçment els signes i símptomes de descompensació i d'iniciar els primers passos en el seu control i activació dels dispositius sanitaris si fos necessari.

Així, cal posar en marxa mesures i intervencions d'efectivitat provada. S'han de combinar intervencions tant a nivell individual, com a nivell de grups de pacients i de grups de risc.

L'evidència científica mostra que les persones que autogestionen la seva malaltia, havent rebut recolzament, aconsegueixen millors resul-

tats que aquells que no ho fan. Les revisions sobre estudis d'educació terapèutica mostren com a variables predictives positives: educació grupal, centrar-se en competències més que en coneixements, participació de l'usuari, tenir en compte el context, integrar l'educació en el procés assistencial i reforç i seguiment a llarg termini.

L'educació terapèutica ha d'evolucionar i passar del model clínic, centrat en l'ensenyança i dirigit per l'educador, al model negociat entre format i formador.

Recomanació: És important aconseguir que el pacient i/o el cuidador coneguin la patologia crònica que pateixen, formant-los per evitar les descompensacions i perquè siguin capaços d'identificar precoçment els signes i símptomes d'aquestes i d'iniciar els primers passos en el seu control i activació dels dispositius sanitaris si fos necessari.

c. Seguiment del pacient

Cal avançar cap a un seguiment proactiu dels pacients crònics que permeti evitar descompensacions. Aquest seguiment ha de ser continu i s'haurà de fer de forma directa en els casos que ho requereixin o de forma virtual aprofitant les eines que ens dona el desenvolupament de les TICs.

En els casos més complexes s'ha de canviar la metodologia de treball i passar de la gestió de la malaltia a la gestió del cas (identificació, valoració, pla individualitzat i revisió).

En el cas dels pacients crònics menys complexes el seguiment es pot portar a terme de forma menys intensiva i en molts casos pot realitzar-ho un professional sanitari diferent al metge (infermera, treballador social, etc.). Les infermeres de pràctica avançada poden assumir casos més complexes.

S'ha de garantir l'accessibilitat a l'atenció especialitzada quan sigui necessari un suport pel seguiment d'aquests pacients.

Recomanació: Cal avançar cap a un seguiment proactiu dels pacients crònics que permeti evitar situacions de crisi. Aquest seguiment ha de ser continu, tant presencial com virtual.

d. Planificació anticipada de cures

Recomanem planificar de forma anticipada les cures que anirà precisant el pacient a mesura que empitjori la seva situació sanitària. Aquesta planificació s'hauria de fer a partir d'una valoració multidisciplinària i hauria d'incloure els objectius comuns d'atenció.

Pel que fa als plans transversals de cures, quan més estandarditzats, homogenis i planificats millor. També hauríem de considerar els elements de l'entorn del pacient.

Quan el pacient és molt complex s'ha de realitzar planificació avançada, és a dir, contemplar l'actuació de recursos d'atenció intermèdia, socials i serveis d'urgències, en el cas de crisis.

Recomanació: S'han de planificar de forma anticipada les cures que anirà precisant el pacient a mesura que empitjori la seva situació sanitària. Aquesta planificació s'hauria de fer a partir d'una valoració multidisciplinària. En els casos més complexos s'ha de realitzar planificació de cures avançades.

2.2. ACTUACIONS EN L'AGUDITZACIÓ

El malalt i el seu equip han de tenir molt clar com tractar l'agudització, i si és necessari, on derivar el malalt. En la mesura del possible cal tractar el pacient en el seu domicili, utilitzant dispositius com els equips d'hospitalització domiciliària, si se'n disposa.

Recomanació: Per atendre els pacients crònics en situació d'agudització recomanem el tractament en el seu propi domicili i si no és

possible la derivació al recurs més adient per part del seu equip. S'ha d'educar al pacient en la utilització d'aquests dispositius.

a. Primera valoració

Aquests pacients han de ser atesos de manera específica davant les aguditzacions de la seva malaltia. En primer lloc, el pacient ha de conèixer els símptomes de descompensació davant dels quals ha de consultar. En la mesura del possible, ha de consultar al seu equip d'atenció primària habitual i només desplaçar-se a un dispositiu d'urgències hospitalari si la primera opció no és possible. En cas de dubte el pacient ha de consultar a Sanitat Respon o al 112. D'igual manera, la valoració del pacient s'ha de fer, sempre que sigui possible, en el domicili d'aquest.

En cas que sigui necessari anar a l'hospital, s'ha d'intentar que el pacient sigui atès en estructures alternatives als serveis d'urgències, idealment en hospitals de dia preparats per a la demanda no programada d'aquests pacients. L'atenció d'aquests pacients al servei d'urgències hauria de ser l'últim recurs, no el primer o l'únic, com succeeix actualment de manera majoritària, i hauria d'estar limitada a situacions de descompensació greu.

Recomanació: La primera valoració en les reaguditzacions es portarà a terme per l'equip d'atenció primària. Sempre que sigui possible aquest equip hauria de fer la primera valoració al domicili del pacient.

b. Ingress del pacient

En cas que el pacient hagi de ser ingressat, per tal d'assegurar-ne una correcta atenció recomanem:

- Definir objectius terapèutics des del primer dia d'ingrés.
- Planificar l'alta del malalt.
- Preveure les necessitats de l'atenció, tant sanitària com no sanitària.
- Preveure complicacions i iatrogènia amb la participació activa dels equips d'infermeria.

c. Fase d'atenció intermèdia

Un cop superada la fase aguda en molts casos és necessari activar serveis i programes d'atenció intermèdia (convalescència, hospitals de dia, atenció domiciliària, etc.). Aquests serveis han de mantenir una coordinació estreta amb els hospitals d'aguts i l'atenció primària.

La utilització dels programes i recursos d'atenció intermèdia ha d'estar basada en criteris de selecció consensuats prèviament, pacients ben definits, coordinació, i si és necessari, amb els especialistes consultors, amb l'existència prèvia d'un pla d'atenció i centrat en les necessitats del pacient.

Recomanació: La utilització de recursos i programes d'atenció intermèdia és necessària en alguns malalts i ha de ser una atenció centrada en el pacient i coordinada amb l'atenció especialitzada i l'atenció primària.

2.3. ACTUACIONS POSTALTA

L'evidència senyala que la planificació individualitzada prèvia a l'alta i el consell d'equips multidisciplinars garanteix la disminució en reingressos evitables, inclús sense la intervenció d'altres actuacions.

És imprescindible cuidar la transició de casa a l'hospital (que hauríem d'intentar evitar) i de l'hospital a casa. Una revisió sistemàtica d'intervencions per a la reducció del risc de reingrés hospitalari en pacients d'edat avançada, ha mostrat que l'única intervenció útil és garantir la coordinació a l'alta del pacient amb l'atenció primària. Recomanem que l'atenció primària faci una valoració del pacient a les 24-48 h de l'alta.

Recomanació: L'alta d'un dispositiu d'hospitalització al domicili s'ha de realitzar en coordinació amb l'equip d'atenció primària.

2.4. RECURSOS IMPLICATS

Les nostres recomanacions tenen impacte tant en l'atenció primària com en l'atenció especialitzada, l'atenció intermèdia i l'atenció a la dependència. No es tracta de decidir on s'ha de fer què, sinó comprendre que el pacient crònic s'ha de poder moure àgilment a través dels diferents recursos del sistema i que serà la situació de cada pacient la que definirà el millor recurs a utilitzar. Per això es requereix un sistema flexible, capaç de coordinar serveis, proveïdors, escenaris i sectors al llarg del temps. Això suposa un compromís de tots els actors i la capacitat de treballar en equip per aconseguir objectius comuns.

Tot i que les nostres recomanacions van encarades a adaptar un sistema d'atenció a pacients crònics transversal, ordenat com una xarxa territorial que traspassi estructures, l'actualitat de les nostres entitats és ben diferent; la separació clara entre recursos fa que l'atenció a aquest tipus de pacient sigui falta de tota possible continuïtat. Tanmateix, i tot i que la realitat sigui llunyana al model que creiem òptim per l'atenció dels pacients crònics, cal començar el procés de canvi. Per això recomanem adequar el tipus de recurs en funció de l'experiència i lideratge de cada organització. Així, no és imprescindible disposar de tots els recursos definits.

Recomanació: Facilitar l'accés del malalt als recursos necessaris per la seva atenció de forma àgil i amb absoluta garantia de la continuïtat de cures.

3. EL PUNT DE VISTA DEL PACIENT

La societat actual ha viscut una transició educativa on l'ensenyament és més assequible a la població i per tant la informació és més propera i disponible. Les noves tecnologies i les noves vies de co-

municació, com Internet, han apropiat coneixements que fins fa poc semblaven lluny dels ciutadans. Aquest apropament del coneixement a la població ha permès un grau d'implicació més alt dels pacients tot fent-los més responsables de la seva salut i de la presa de decisions sobre aquesta. Així es creen nous reptes en els processos assistencials.

Una assistència centrada en les persones col·loca aquestes davant i al centre de la seva atenció sanitària, convertint-les en pacients actius i gestors de la seva pròpia salut. L'autocura per part dels pacients crònics i els seus cuidadors és essencial per aconseguir una assistència centrada en les persones. L'autocura implica la participació activa dels pacients i els seus cuidadors en l'assistència de la seva salut i en la presa de decisions informades i compartides entre el professional, el pacient i el cuidador. El grau de participació i responsabilització de pacients i cuidadors en la seva malaltia, és diferent segons el tipus i complexitat del procés, grau de dependència i situació sociosanitària. Tanmateix tots els pacients i cuidadors han de tenir l'oportunitat de participar en el seu procés crònic, a l'igual que en la presa de decisions informades i actives.

Les persones que veuen com les seves vides canvien degut al procés de les malalties esperen l'eficàcia del sistema i no només a nivell tècnic sinó també a nivell afectiu. Així doncs, es fa necessari un equilibri entre les tecnologies i la humanització en els tractaments, i més si tenim en compte que hauríem de parlar d'un sistema d'atenció integral atès que les malalties cròniques no només afecten els pacients, també la família, la societat, les amistats, l'àmbit laboral, etc.

Una comunicació de qualitat entre el professional i el pacient està relacionada positivament amb els resultats terapèutics i per això les habilitats per millorar aquesta interacció constitueixen una part important i necessària de la competència clínica. Els professionals han de ser capaços d'obtenir del malalt, les percepcions, els temors i les expecta-

tives del tractament de la seva malaltia, escoltar-lo activament, donar-li explicacions clares, valorar la seva comprensió, negociar el pla terapèutic i comprovar la importància que dóna el pacient a l'adherència.

Integrar als pacients en el procés de la seva malaltia fa millorar l'adaptació dels continguts del pla individualitzat a les necessitats, permet un recolzament del pacient en la seva implantació i afavoreix l'autonomia del pacient (autocura). Tanmateix també té factors negatius com el fet d'atorgar diferent pes a situacions concretes (necessitat d'equilibri), la barrera dels professionals i que no existeix un únic model de pacient.

Destacar la necessitat de considerar clau la integració dels pacients en el procés que comporten les malalties cròniques. D'aquesta forma, els pacients se senten més recolzats, els tractaments s'apropen més a les necessitats i s'afavoreix l'autonomia. En aquest escenari, apareix el concepte del pacient expert el qual es responsabilitza de la seva salut, fa un ús més responsable dels serveis sanitaris i en general manifesta una sensació de benestar més elevada que els pacients que no han tingut accés a aquesta formació. Per això és determinant disposar d'un bon registre informàtic per a la identificació i seguiment d'aquests pacients.

Tanmateix cal destacar la importància d'evolucionar la percepció i la visió dels professionals sanitaris, també en procés d'aprenentatge d'aquesta nova postura, envers el concepte de l'autonomia i integració dels pacients. En una societat canviant, en què la informació és més accessible gràcies a l'evolució tecnològica, els pacients són més actius, formats i independents. Els pacients, en definitiva, busquen professionals propers i que els ajudin a prendre el control de les seves pròpies vides.

El paper de la infermeria d'atenció primària en el recolzament a l'autocura és inqüestionable, sobretot pel perfil clínic i d'educadors, amb

funcions de preparació i entrenament pel pacient i la família, d'aquests professionals.

Recomanació: Cercar elements que permetin la participació activa dels usuaris.

c. El paper dels professionals sanitaris

Ja hi ha antecedents històrics en relació a la necessitat d'un model d'atenció integrada i de conformació de xarxes de serveis de salut que garanteixin l'atenció adequada als pacients amb patologies cròniques. Un dels principals problemes és l'actual fragmentació dels serveis i la manca de coordinació, cosa que evidencia la necessitat de desenvolupar nous perfils professionals novedosos que potenciïn el treball en equip, la comunicació i la incorporació de noves tecnologies.

El fet que en un mateix pacient hi hagi varis processos crònics, sovint desborda la comprensió d'un enfocament per òrgan o sistema, fent necessari la presència d'un professional amb capacitat integradora i aptituds per conceptualitzar la complexitat i ordenar accions clíniques. Aquesta circumstància comporta una important revalorització del paper del professional polivalent, tant en l'atenció primària com en l'especialitzada.

Hem de garantir que cada pacient crònic tingui clars uns referents (professionals de medicina i infermeria) per al seguiment del seu estat i l'activació dels recursos, i l'accés a l'atenció que correspongui les 24 hores dels 7 dies de la setmana. L'atenció primària és el recurs més ben posicionat per actuar com a eix coordinador, i per tant sigui el lloc on es trobin els referents d'aquest tipus de pacients.

Recomanació: Cal potenciar el paper del metge i infermera de família com a referents principals del pacient, millorant-ne la seva capacitat clínica i les eines de gestió integrada del pacient.

1. ROLS PROFESSIONALS

1.1. PAPER DEL METGE DE FAMÍLIA I EL METGE ESPECIALISTA HOSPITALARI

Les competències del metge de família com a clínic expert polivalent, l'àmbit en el qual exerceix i la continuïtat assistencial que ofereix, fan del metge de família el professional preferent per ser el referent dels pacients amb malalties cròniques. La seva orientació familiar i comunitària el doten d'una posició idònia per exercir lideratge professional amb l'objectiu de mantenir l'atenció integral en la prestació de serveis a pacients crònics.

El metge especialista és part important del procés d'atenció del pacient crònic, per una banda, atén aquests pacients en els processos de reagudització, i per l'altra, fa de suport al metge d'atenció primària encarregat de coordinar-ne l'atenció, assumint així un lideratge compartit.

1.2. PAPER PROFESSIONAL INFERMERA

El progressiu augment de les malalties cròniques, dona cada vegada més pas a les cures i menys a la curació. És inqüestionable el paper de la professió infermera en la prestació i coordinació de les cures als pacients crònics. Per això, i tal i com ja hem dit en el capítol anterior, és necessari dotar de més responsabilitats assistencials a infermeria, augmentant-ne així les competències professionals i aconseguint que

el pacient crònic hi tingui total confiança per adreçar-li els dubtes i qüestions que tingui, a l'hora que gestioni els seus problemes de salut.

Cal remarcar també l'important paper infermer en la potenciació de l'autocura dels pacients crònics, gràcies al seu perfil clínic i d'educadors.

Actualment la professió infermera està situada idòniament per assumir nous reptes en l'atenció als pacients crònics i és necessari el compromís d'aquests professionals per tal d'incrementar el seu nivell d'habilitats en les tècniques de gestió de casos.

1.3. PAPER DEL PROFESSIONAL DE FARMÀCIA

El tractament farmacològic és una eina essencial en el maneig dels pacients amb malalties cròniques, tanmateix l'edat d'aquests pacients i el fet que presentin diverses patologies a la vegada, afecta l'adherència i seguretat dels tractaments farmacològics. Per aquest motiu els farmacèutics d'entitats proveïdores de salut han anat assumint tasques en l'atenció als pacients amb malalties cròniques, exercint un paper important en la millora de la farmacoteràpia. Ja hi ha bibliografia que mostra la seva aportació en aspectes com la millora de l'adherència al tractament, l'assessoria a professionals sobre la interacció de fàrmacs o l'adequació dels tractaments en funció de l'evidència disponible.

L'atenció farmacèutica personalitzada a pacients crònics polimedicats mitjançant el seguiment del tractament i les interaccions, l'educació sobre els medicaments i, inclús, el condicionament de la medicació en sistemes personalitzats de dosificació, han demostrat millorar l'adherència i optimitzar els tractaments.

1.4. EL PAPER DE L'ADMINISTRATIU I D'ATENCIÓ AL CLIENT

El paper emergent de l'administratiu és clau en el procés d'atenció a pacients amb malalties cròniques, no només perquè són els qui primer contacten amb el pacient, sinó per la seva capacitat de dinamitzar els aspectes administratius de les consultes i liderar part de la incorporació de les noves tecnologies de la informació.

Tenint en compte que els professionals d'infermeria aniran adquirint cada vegada competències més autònomes i específiques, és recomanable preveure que altres professionals com els de la unitat d'atenció al client, adquireixin nous rols competencials de col·laboració amb el metge.

En aquest sentit, els professionals que formen part d'atenció al client han d'estar integrats en l'equip assistencial i han de rebre una formació sanitària mínima que els permeti col·laborar en el procés de gestió dels pacients amb malalties cròniques.

1.5. ALTRES PROFESSIONALS

La majoria de les especialitats sanitàries estan implicades en el procés d'atenció a pacients amb malalties cròniques. Essent un objectiu fonamental en el tractament d'aquests pacients el manteniment d'un grau elevat d'autonomia funcional i mental, cada vegada veurem en el nostre entorn més necessitat d'incorporar altres professionals sanitaris: terapeutes ocupacionals, fisioterapeutes, psicòlegs, etc. De la mateixa manera, tenint en compte la relació entre la malaltia crònica i la dependència, els treballadors socials constitueixen un paper important en l'atenció d'aquests pacients, tant en l'atenció primària com en l'atenció hospitalària, intentant racionalitzar els recursos per la integració social dels pacients crònics.

2. EQUIPS INTERDISCIPLINARIS

Tots els professionals esmentats en l'apartat anterior formaran equips multidisciplinaris amb dependència funcional que determinaran responsabilitats, funcions i activitats, amb una estructura organitzativa i un pla de treball que hauria de ser avaluat periòdicament. Aquests equips multidisciplinaris, han d'utilitzar eines de planificació avançada, amb sistemes d'informació compartits, amb el suport de les tecnologies de la comunicació, seguint una metodologia d'equips únics o gestors de casos proactius. És necessari que estableixin un pla d'actuació i seguiment consensuat dels pacients identificats, ja sigui a través de les guies que ja existeixen o la creació de noves.

Recomanació: Els equips interdisciplinaris que participin en l'atenció al pacient crònic, han de consensuar un Pla d'intervenció i seguiment d'aquests pacients.

D. Model de finançament

En un context de situació econòmica difícil, només podem avançar optimitzant recursos dels pacients més freqüentadors per poder treballar en la prevenció i promoció de la salut.

El finançament és determinant per aconseguir la integració necessària en l'atenció als pacients amb malalties cròniques. L'atenció als pacients crònics complexos precisa d'un model de compra de tipus capítatiu, relacionat amb l'assoliment d'objectius comuns per a tots els proveïdors del territori, fins i tot en aquells territoris que encara no tinguin un finançament capítatiu. Això permetria poder fer assignacions de recursos a les actuacions que puguin fer a l'atenció primària o especialitzada, aportant més valor al pacient, sense penalitzar cap

nivell assistencial per una millora en l'atenció global. Això només és possible si cada territori disposa d'un programa de pacients crònics, considerant l'atenció d'aquests dins el marc de finançament capítatiu en funció de la incidència de cada territori.

Recomanació: És important que cada territori disposi d'un programa de pacients crònics, amb un finançament capítatiu adaptat a l'atenció d'aquests pacients i compartit per tots els nivells assistencials presents al territori i amb els mateixos objectius per a tots els proveïdors.

E. Abordatge del pacient amb patologia crònica múltiple i alta complexitat clínica

1. INTRODUCCIÓ

En la literatura cada cop amb més freqüència es parla de malalt crònic complex, utilitzant múltiples significats de la paraula complexitat:

- Complexitat com a major cost d'atenció.
- Complexitat com a major utilització de recursos i freqüentació del sistema sanitari.
- Complexitat com a dificultat en la presa de decisions clíniques concretes.

En aquest apartat fem referència al darrer significat del terme: és més complex el malalt que més dificultat causa al clínics en la presa de decisions diàries pel seu maneig.

La complexitat clínica, gairebé sempre va acompanyada d'un major cost, però no sempre. Per exemple, un malalt amb hepatitis C en tractament amb interferó és molt car pel sistema sanitari, però té molt protocol·litzada l'atenció i és fàcil en el maneig per part d'un clínic expert.

Els malalts amb complexitat clínica visiten molt el sistema sanitari, però no són complexos tots els que hiperfreqüenten el sistema. Per exemple, un malalt en hemodiàlisi té molts contactes amb el servei sanitari, però un maneig senzill.

El malalt complex des del punt de vista de la presa de decisions sol ser un malalt molt dinàmic i canviant, de tal forma que necessita revaloracions contínues que obliguen a canviar el pla de cures i fan necessària la utilització ordenada de diversos nivells assistencials i, en alguns casos, de serveis sanitaris i socials.

2. ABORDATGE

2.1. DETECCIÓ

La detecció d'aquests malalts es bàsica per optimitzar el correcte ús de programes de prevenció i, sobretot, d'atenció. Es tracta de mobilitzar recursos (normalment molt costosos al sistema sanitari) només en el cas que el balanç cost-eficàcia sigui positiu, pel que és bàsic la intervenció en una població diana correctament seleccionada.

Models predictius

Els models predictius en aquests malalts s'han de basar en la correcta identificació d'aquells amb elevat risc d'utilització futura d'ingressos hospitalaris urgents. Diversos estudis assenyalen que els pacients que en un determinat moment pateixen un elevat número d'ingressos hospitalaris urgents, disminueixen la seva utilització en el futur (en un

fenomen anomenat, “regressió a la mitjana”). Això fa que els models predictius s'hagin de basar en models clínics de complexitat i no en la utilització de recursos sanitaris que s'ha fet en el passat.

No existeix en aquest moment un model de predicció d'ingressos hospitalaris urgents basat en característiques clíniques que sigui suficientment acurat (tot i que hi ha una intensa recerca, especialment a països anglosaxons). Recomanem per tant, fer la detecció en base a criteris de complexitat clínica establerts pels equips d'atenció primària i hospitalària en cada territori i centrats en els malalts de més difícil maneig. En el cas d'optar per la detecció en base a la utilització passada de recursos sanitaris, els malalts identificats haurien de confirmar-se amb posterioritat pel seu equip mèdic habitual.

Existeixen, a més, certs grups de malalts que haurien d'incloure's sempre en programes especials i que són fàcilment identificables. Entre aquests malalts en destaquen dos grups:

- Malalts amb demència que presenten deficient suport domiciliari i problemes mèdics associats al desenvolupament de la malaltia: trastorns de conducta, desnutrició, depressió greu, incontinència, caigudes de repetició, etc.
- Malalts en situació de final de vida.

Recomanació: La detecció de malalts amb complexitat clínica no hauria de basar-se en models d'utilització passada de recursos sanitaris, sinó en criteris clínics. En el cas d'optar per la detecció en base a la utilització passada de recursos sanitaris, els malalts identificats haurien de confirmar-se amb posterioritat pel seu equip mèdic habitual. A més, s'han d'incloure, a malalts amb demència complexes i a malalts en situació de final de vida.

2.2. ACTUACIONS

a. Actuacions en la fase estable

Es basa en la gestió de casos intensiva. El maneig s'ha de fer en domicili i basar-se en els equips d'atenció primària que haurien de mantenir una estreta col·laboració amb especialistes hospitalaris capacitats en geriatría. És necessari tenir en compte algunes característiques:

- Cal recordar el caràcter dinàmic i canviant d'aquest tipus de malalt, el que obliga a fer revaloracions contínues i actuacions proactives.
- Aquest dinamisme i la multiplicitat de problemes concurrents en aquests malalts fan molt poc efectius els programes de gestió de malaltia (que són altament efectius en malalts menys complexes) i s'ha d'actuar en equips interdisciplinaris integrats.
- La literatura ha demostrat que les actuacions intensives (més contactes amb el malalt i en els llocs del sistema més problemàtics, com els serveis d'urgència) són més efectives en el control i maneig d'aquests malalts.
- També s'ha començat a demostrar efectivitat en les intervencions realitzades per equips altament especialitzats en geriatría entre atenció primària i hospitalària.

Recomanació: Cal un abordatge per equips integrats en el àmbit comunitari i al domicili, que ha de ser proactiu, àgil i mantenir una estreta col·laboració amb els equips especialitzats de l'hospital.

b. Actuacions en situació de crisi

Per situació de crisi, entenem l'agudització del malalt i també, qualsevol altra situació que dificulta de forma ràpida l'atenció, no garantint unes cures adequades (per exemple, comportament disruptius en demència).

El CSC ha elaborat un document de reordenació de l'atenció intermèdia que suposa una base per l'atenció d'aquests malalts en situació de

crisi. La base de l'atenció ha de ser comunitària i domiciliària. Només en els casos necessaris el malalt hauria d'ingressar en un hospital d'aguts.

Així, recomanem:

- 1** Agrupar i reordenar els serveis ambulatoris actuals (hospitals de dia, UFIS de demència, EAIAs) per continuar realitzant l'actual activitat d'avaluació integral a malalts complexos (no a malalts amb molta dependència) i generalitzar la intervenció en situació de crisi ja iniciada en alguns equips.
- 2** Agrupar i reordenar els serveis domiciliaris de cada àrea sanitària, que són molt heterogenis en el moment actual. S'hauria d'avançar també en la reconversió d'una part dels PADES per actuar en malalts complexos en situació de crisi i en situació post-alta hospitalària, amb actuacions dels equips molt limitades en el temps.
- 3** Apostar de forma decidida per reconvertir una part de la convallescència actual en un model de post-aguts més proactiu, d'actuació més precoç en les unitats hospitalàries d'aguts i en els serveis d'urgències i amb diferenciació, d'almenys, una línia d'atenció a pacients ortogeriàtrics i mèdics.
- 4** Potenciar de forma decidida l'actuació en urgències a través dels dispositius actuals (ex. UFIS) per evitar l'hospitalització inadequada, especialment de malalts en situació de final de vida.
- 5** Potenciar la reconversió de llits d'aguts actuals en unitats d'aguts de geriatria medicoquirúrgiques, planificades en base a les necessitats del malalt i no en base al diagnòstic predominant.
- 6** Reconvertir part dels recursos de l'atenció intermèdia actuals en programes hospitalaris de detecció i actuació sobre les situacions de risc predominants en el malalt fràgil, com la confusió, les caigudes, la polifarmàcia, etc.
- 7** Abordar de forma decidida i de forma conjunta amb els dispositius d'atenció primària, el servei prestat a residències d'avis, per garantir una adequada qualitat d'atenció i evitar hospitalitzacions i visites a urgències i especialistes inadequades.

Recomanació: Aquest malalt no hauria d'ingressar en un hospital d'aguts pel que recomanem la reconversió dels dispositius geriàtrics actuals d'hospital de dia socio sanitari i domiciliaris (PADES) per actuar en situació de crisi i evitar el ingrés.

Recomanació: En el cas de necessitar atenció hospitalària és necessari que els equips especialitzats en geriatría actuïn en urgències i hospitalització de forma proactiva seguint un model basat en necessitats del malalt i no en patologies. És important l'actuació en unitats d'aguts de geriatría (UGAs) i el pas ràpid a unitats de postaguts per tornar el més ràpid possible al domicili.

Recomanació: És necessari l'abordatge dels malalts en residències d'avis amb models d'atenció integrats entre els equips d'atenció primària i especialitzada. L'objectiu hauria de ser evitar l'ingrés hospitalari no programat d'aquests pacients.

F. Principals propostes (glossari)

1. ABORDATGE

- Per iniciar la intervenció podem seleccionar els pacients amb major nombre d'ingressos hospitalaris no programats a aguts en el darrer any. Aquesta és una informació de fàcil accés i disponible per tots els centres i/o organitzacions sanitàries i ha de ser validada pel criteri clínic de l'equip assistencial.
- En cas de disposar de sistemes d'informació integrats es poden seleccionar els pacients crònics complexos per utilització de recursos, a part de per un major nombre d'ingressos a hospitals d'aguts, pels contactes que ha realitzat en l'últim any a l'atenció continuada

del centre d'atenció primària, a urgències, a consultes externes i a hospitals de dia amb demanda espontània.

2. ACTUACIONS

- Per iniciar el projecte es recomana definir un grup multidisciplinari amb un lideratge clar que mantingui reunions periòdicament. La coordinació entre l'atenció primària i l'especialitzada pot ser més fàcil en les organitzacions sanitàries integrades.

2.1. ACTUACIONS EN LA FASE ESTABLE

- Cal un abordatge complet del pacient que garanteixi la valoració integral de les seves necessitats de salut, funcionals i socials. La nostra recomanació és valorar als pacients mitjançant la valoració geriàtrica integral (VGI) i elaborar un pla individualitzat d'atenció centrat en les necessitats del pacient i a les seves preferències.
- És important aconseguir que el pacient i/o el cuidador coneguin la patologia crònica que pateixen, formant-los per evitar les descompensacions i perquè siguin capaços d'identificar precoçment els signes i símptomes d'aquestes i d'iniciar els primers passos en el seu control i activació dels dispositius sanitaris si fos necessari.
- Cal avançar cap a un seguiment proactiu dels pacients crònics que permeti evitar situacions de crisi. Aquest seguiment ha de ser continu, tant presencial com virtual.
- S'han de planificar de forma anticipada les cures que anirà precisant el pacient a mesura que empitjori la seva situació sanitària. Aquesta planificació s'hauria de fer a partir d'una valoració multidisciplinari. En els casos més complexes s'ha de realitzar planificació de cures avançades.

2.2. ACTUACIONS EN L'AGUDITZACIÓ

- Per atendre els pacients crònics en situació d'agudització recomanem el tractament en el seu propi domicili i si no és possible la derivació al recurs més adient per part del seu equip. S'ha d'educar al pacient en la utilització d'aquests dispositius.
- La primera valoració en les reaguditzacions es portarà a terme per l'equip d'atenció primària. Sempre que sigui possible aquest equip hauria de fer la primera valoració al domicili del pacient.
- La utilització de recursos i programes d'atenció intermèdia és necessària en alguns malalts i ha de ser una atenció centrada en el pacient i coordinada amb l'atenció especialitzada i la primària.

2.3. ACTUACIONS POSTALTA

- L'alta d'un dispositiu d'hospitalització al domicili s'ha de realitzar amb la coordinació de l'equip d'atenció primària.

3. EL PUNT DE VISTA DEL PACIENT

- Cal cercar elements que permetin la participació activa dels usuaris.

4. PAPER DELS PROFESSIONALS SANITARIS

- Cal potenciar el paper del metge i infermera de família com a referents principals del pacient, millorant-ne la seva capacitat clínica i les eines de gestió integrada del pacient.
- Els equips interdisciplinaris que participin en l'atenció al pacient crònic, han de consensuar un Pla d'intervenció i seguiment d'aquests pacients.

5. MODEL DE FINANÇAMENT

- És important que cada territori disposi d'un programa de pacients crònics, amb un finançament capitatiu adaptat a l'atenció d'aquests pacients i compartit per tots els nivells assistencials presents al territori i amb els mateixos objectius per a tots els proveïdors.

6. ABORDATGE DEL PACIENT AMB PATOLOGIA CRÒNICA MÚLTIPLE I ALTA COMPLEXITAT CLÍNICA

6.1. ABORDATGE

- La detecció de malalts amb complexitat clínica no hauria de basar-se en models d'utilització de recursos sanitaris, sinó en criteris clínics. S'han d'incloure, a més, a malalts amb demència complexa i a malalts el situació de final de vida.

6.2. ACTUACIONS

- Cal un abordatge per equips integrats en l'àmbit comunitari i al domicili, que ha de ser proactiu, àgil i mantenir una estreta col·laboració amb els equips especialitzats de l'hospital.
- Aquest malalt no hauria d'ingressar en un hospital d'aguts si es pot dispensar el tractament a domicili, pel que recomanem la reconversió dels dispositius geriàtrics actuals d'hospital de dia d'atenció intermèdia i domiciliaris (PADES) per actuar en situació de crisi i evitar l'ingrés.
- En el cas de necessitar atenció hospitalària és necessari que els equips especialitzats en geriatría actuïn en urgències i hospitalitza-

ció de forma proactiva seguint un model basat en necessitats del malalt i no en patologies. És important l'actuació en unitats d'aguts de geriatria (UGAs) i el pas ràpid a unitats de postaguts per tornar el més ràpid possible al domicili.

- És necessari l'abordatge dels malalts ingressats en residències d'avis amb models d'atenció integrats entre els equips d'atenció primària i especialitzada. L'objectiu hauria de ser evitar l'ingrés hospitalari no programat d'aquests pacients.

G. Grup de treball

L'objectiu del grup de treball era elaborar un document que marqués els primers passos que cal que facin totes aquelles entitats que vulguin reorganitzar la prestació de l'atenció a pacients amb malalties cròniques.

Entenent que el canvi que necessita el sistema sanitari és progressiu i multifactorial, el CSC no es plantejava crear un mètode que solucionés tots els problemes existents, però sí unes recomanacions que permetessin crear els fonaments per implantar un nou model d'atenció als pacients crònics. Per això s'han fet reunions periòdiques amb diferents perfils professionals per arribar a un consens donat que l'abordatge d'aquests pacients ha de ser transversal.

Participants en el grup de treball:

- **Albert Verdguer**, Consorci Sanitari del Maresme
- **Àngels Martos**, Consorci Sanitari Integral i coordinadora de la Comissió de les Direccions Assistencials del CSC
- **Anna Ribera**, Consorci de Salut i Social de Catalunya
- **Anton M. Cervera**, Consorci Parc Mar de Salut

- **Antoni Peris**, Castelldefels Agents de Salut
- **Benito Fontecha**, Consorci Sanitari Integral
- **Concepció Camacho**, Consorci de Salut i Social de Catalunya
- **Elena Martínez**, PAMEM
- **Elena Medarde**, Consorci Sanitari de Terrassa
- **Enric Duaso**, Consorci Sanitari de Terrassa
- **Ester Ollé**, Consorci Sanitari Integral
- **Isabel Salvador**, Badalona Serveis Assistencials
- **Joan Espauella**, Hospital Santa Creu de Vic
- **Joan Ramon Fortuny**, Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López
- **Jose A. García**, Grup SAGESSA i coordinador de la Comissió d'Atenció Intermèdia del CSC
- **Laia Valls**, PAMEM
- **Marco Inzitari**, Parc Sanitari Pere Virgili
- **Miquel Carreras**, Institut d'Assistència Sanitària
- **Montse González**, Consorci Sanitari de l'Alt Penedès
- **Rafael Toribio**, Consorci Hospitalari de Vic
- **Ramon Sellarès**, Consorci Sanitari de l'Anoia
- **Ricard Canals**, Corporació Parc Taulí
- **Sebastià Santaeugenia**, Badalona Serveis Assistencials
- **Sònia Pérez López**, Badalona Serveis Assistencials
- **Susanna Curos**, Corporació de salut del Maresme i la Selva
- **Xavier Pérez**, Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà

Coordinació:

- **Àngels Martos**, Consorci Sanitari Integral i coordinadora de la Comissió de les Direccions Assistencials del CSC (fins agost 2011)
- **Jose A. García**, grup SAGESSA i coordinador de la Comissió d'Atenció Intermèdia del CSC

- **Xavier Pérez**, Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà i coordinador de la Comissió de les Direccions Assistencials del CSC (des d'agost 2011)

Redacció:

- **Anna Ribera**, Consorci de Salut i Social de Catalunya
- **Concepció Camacho**, Consorci de Salut i Social de Catalunya
- **Jose A. García**, grup SAGESSA i coordinador de la Comissió d'Atenció Intermitèdia del CSC

H. Bibliografia

- **AYANIAN J.** *The Elusive Quest for Quality and Cost Savings in the Medicare Program.* JAMA. 2009; 301(6):668-670
- **BACHMANN S, FINGER C, HUSS A, EGGER M, STUCK AE.** *Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.* BMJ 2010; 340:c1718 doi: 10.1136/bmj.c1718
- **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: meta-analysis.* BMJ 2009; 338:b50doi:10.1136/bmj.b50
- **BENGOA R.** *Empantanados.* Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, 2008. <http://pub.bsalt.net/risai/vol1/iss1/8>
- **BOULT C, GREEN AF, BOULT LB, PACALA JT, SNYDER 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
- **Departament de Salut.** *Atenció proactiva en un model atenció integrada per pacients crònics en situació de complexitat en el marc del pla*

d'innovació d'atenció primària i salut comunitària. Document de treball.
Versió 25 de gener 2010

- Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Julio 2010
- Documento de consenso. *Atención al paciente con enfermedades crónicas*. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (sem-FYC). 2011
- *El sector sociosanitari en el moment actual de crisi econòmica: idees per a l'avenç sostenible del model*. Comissió d'Atenció Intermèdia. CSC. 2011
- ELLIS G, LANGHORNE P. *Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients*. British Med Bull 2005; 71:45-9
- ELLIS G, WHITEHEAD MA, ROBINSON D, O'NEILL D, LANGHORNE P. *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials*. BMJ 2011; 343:d6553 doi: 10.1136/bmj.d6553
- ELLIS G, WHITEHEAD MA, ROBINSON D, O'NEILL D, LANGHORNE P. *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (protocol)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.:CD006211. DOI: 10.1002/14651858.CD006211
- ELOSEGUI E, ARTAZA N, PIÑERA K. *El paciente crónico, motor de cambio en el sistema sanitario. Una experiencia en Gipuzkoa*. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Vol. 11. Monográfico 2. Junio 2010
- 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
- GONZÁLEZ-MONTALVO JI, BAZTÁN CORTÉS JJ, ALARCÓN ALARCÓN T, BÁRCENA ALVAREZ A. *Rentabilidad de las unidades geriátricas de agudos. Revisión sistemática*. Rev Esp Geriatr Gerontol 2007; 42:240-50
- HAM C, OLDHAM J. *Integrating Health and Social Care in England: Lessons from Early Adopters and Implications for Policy*. Journal of Integrated Care 2009, volume 17, issue 6

- INORIZA JM, CODERCH J, CARRERAS M, VALL-LLOSERA L, GARCÍA-GOÑI M, LISBONA JM, IBERN P. *La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada*. Gac Sanit 2009; 23(1):29-37
- INORIZA JM, CODERCH-LASSALETJA J, CARRERAS J, VALL-LLOSERA L, LISBONA JM, IBERN P, GARCÍA GOÑI M. *La despesa sanitària segons morbiditat*. Estudis d'Economia de la Salut, volum II, Cap 3. Generalitat de Catalunya, 2008
- MORALES JM. *El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas*. Revista Iberoamericana de enfermería comunitaria. Vol. 3 n.2, agosto-diciembre 2010.
- PEIKES D, CHEN A, SCHORE J, et al. *Effects of Care Coordination on Hospitalization, Quality of Care, and Health Care Expenditures Among Medicare Beneficiaries: 15 Randomized trials*. JAMA. 2009;301(6):603-618
- *Predictive risk and health care: an overview. Research summary*. London: Nuffield Trust, 2011
- RAJMIL L, LÓPEZ-AGUILA S. *Desenvolupament d'un model predictiu d'ingressos i reingressos hospitalaris no programats a Catalunya*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. 2010
- ROSS S, CURRY N, GOODWIN N. *Case management. What it is and how it can best be implemented*. The King's Fund, 2011
- SHEPPERD S, McCLARAN J, PHILLIPS CO, LANNIN NA, CLEMSON LM, McCLUSKEY A, et al. *Planificación del alta del hospital al domicilio* (revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010. Número 1. Oxford: Update software LTD. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2010, Issue 1 Art. No. CD000313. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

DSC