

Cronicitat en Salut Mental i Addiccions

Cronicitat SMiA

- Seguint criteris del PPAC
 - .- Definir diagnòstics de PC
 - .- Definir PCC per Comorbiditats
 - .- Estratificació per ús de recursos , ...
 - .- Pla d'intervenció individual compartit
 - .- Ruta assistencial de la Complexitat
- Integrant etapa Infanto/juvenil
- Integrant Addiccions
- Integrant Discapacitat Intel·lectual
- Base territorial
- Gestió i lideratge clínic

Documents cronicitat en el sistema sanitari general

- **Innovative Care for Chronic Conditions**

Building Blocks for Action - global report

World Health Organization 2002

- **How can chronic disease management programmes operate a cross care settings and providers?**

OMS EUROPE World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008

- **Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi**

Osakidetza , Dr Bengoa

- **Pla de salut 2011-2015 , Departament de salut**

Per primera vegada es plantegen accions en SM : 2 rutas asistenciales : Depresión y Psicosis

The European Mental Health Action Plan 2013

- **Objective 3: Mental health services are accessible, competent and affordable, available in the community according to need**

... community mental health services for prevention, treatment and psychosocial rehabilitation of people with severe and/or complex mental health problems.

... Substance misuse disorders are so frequent that some community mental health services would benefit from integrated expertise and specialist treatment for people with combined mental health and substance misuse problems.

- **Objective 6: Mental health systems work in well coordinated partnership with other sectors**

... cross-cutting objectives ; health systems provide good physical and mental health care for all.

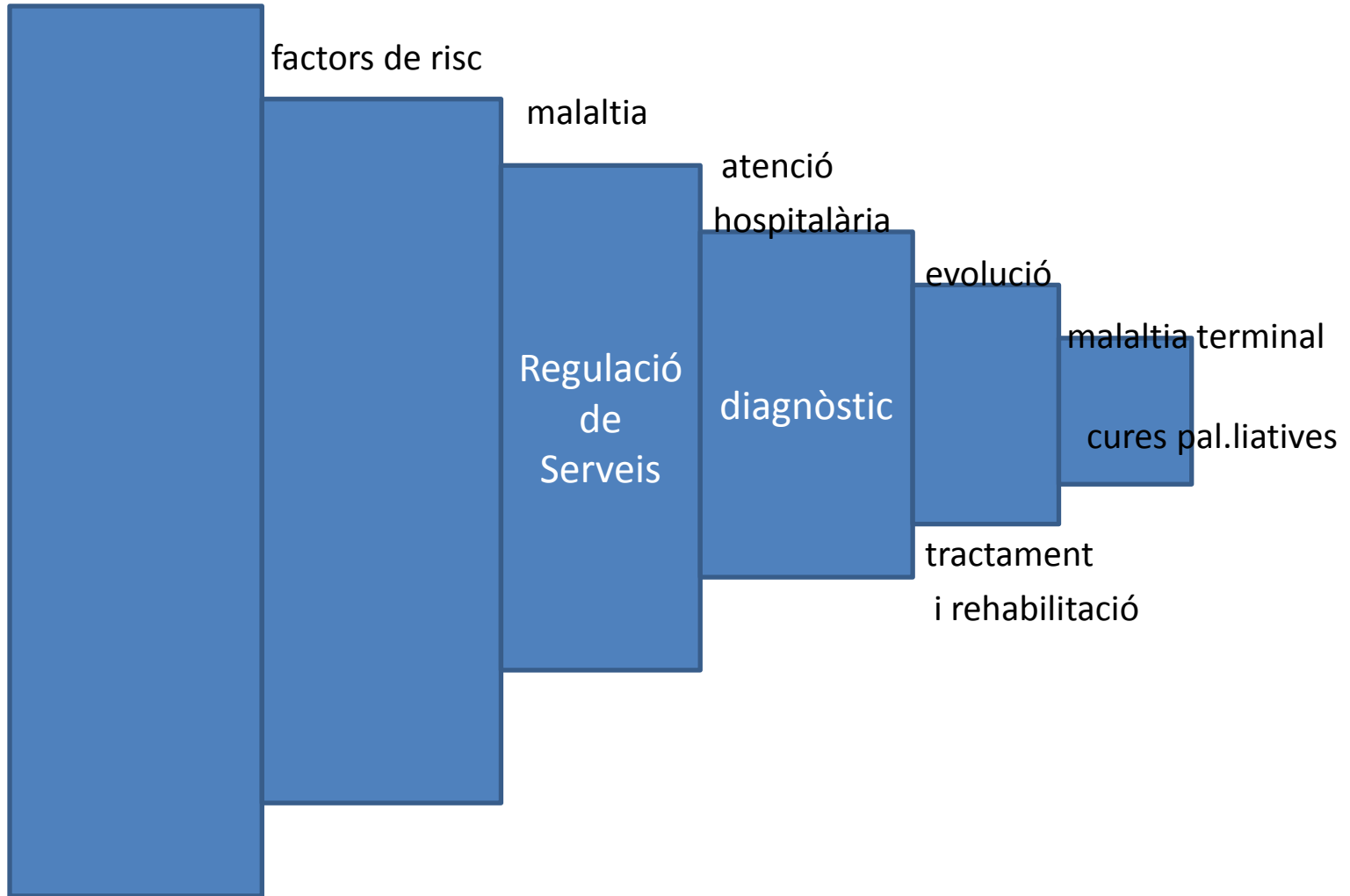
...Changes in service structure and ways of working require changes in workforce numbers and skill mix in all parts of the mental health services.

... mental health services are organized in order to facilitate a (normal) life in society and comprise a spectrum of care, integrating specialist mental health and generic services;

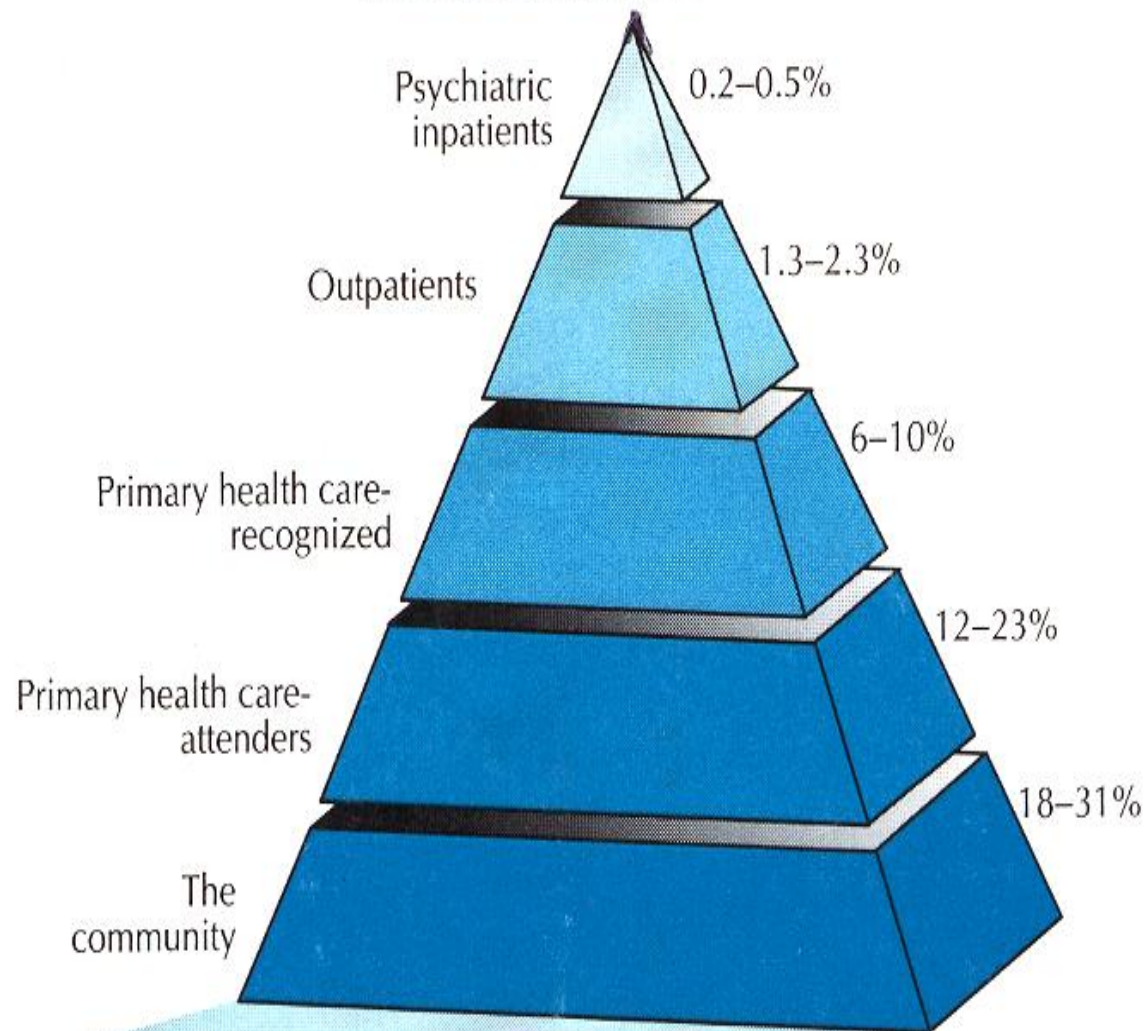
There is no correct approach to chronic disease management. Evidence throughout the world suggests that, to be successful, policy-makers should consider:

- – providing strong leadership and vision at the national, regional or organizational level .
- – ensuring robust collection of information and data-sharing among all stakeholders.
- – providing care based on people's needs and an ability to identify people with different levels of need
- – targeting key risk factors, including widespread disease prevention initiatives;
- – supporting self-management and empowering people with chronic diseases; and
- Policy brief involving a wide range of stakeholders such as individuals, the voluntary and community sector, clinicians, private industry and public services

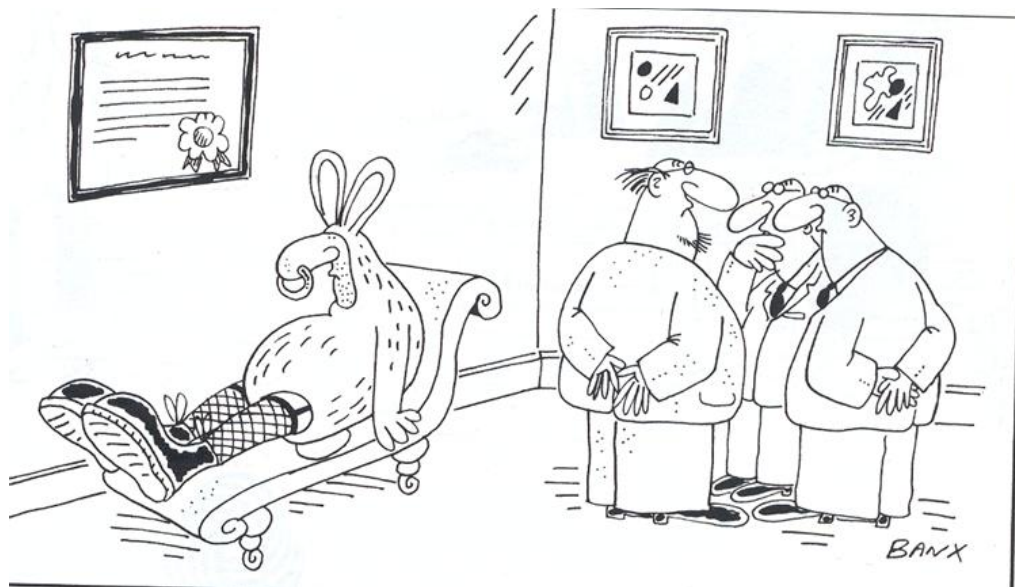
població sana



Prevalence of mental disorders



© 1994 Current Opinion in Psychiatry



Definición de enfermedad crónica

- La OMS define la enfermedad crónica como aquella de larga duración y , generalmente , es de lenta progresión.
- Según la Comisión Europea, la enfermedad crónica es aquella de larga evolución que , a menudo, comporta discapacidad o complicaciones que pueden afectar la autonomía y la calidad de vida de las personas afectadas.

Definició de malaltia crònica

- Es aquella condició en la que , duran 1 any o més , requereix atenció mèdica continuada i/o les activitats de la vida diària estan limitades. A més de les condicions físiques , les condicions cròniques inclouen problemes com els de abús de substàncies i trastorns per addicció, malaltia mental, demència i altres dèficits cognitius i discapacitats del desenvolupament.

(U.S. Department of Health and Human Services. *Multiple Chronic Conditions—A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions*. Washington, DC. December 2010).

La formulación de la estrategia para la atención a los pacientes crónicos complejos en Salud Mental y Adicciones (PCC-SMyA) responde a los objetivos de:

- Avanzar en la mejora de la atención a los enfermos crónicos en la comunidad y a sus familias, potenciando un modelo mas proactivo , que evite recidivas y que potencie la salud y la calidad de vida de las personas afectadas.
- Definir el proceso de gestión clínica integrado en el territorio, para la atención a las personas con TM que cumplan criterios de complejidad
- Mejorar la eficiencia de los servicios.
- Utilizar los criterios de estratificación del MSiQ , consensuar los criterios del PC i PCC en SMyA y elaborar GMA (Grupos de Morbilidad Ajustada en SMyA) , como los elaborados en el Sistema Sanitario General.

- El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 contempla dos perfils de persones amb complexitat: els pacients crònics complexos (PCC) i aquells que precisen un model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA).
- Salut mental : podem identificar el PCC i , obrir debat sobre el MACA?
- Buscar un model d'atenció , per aquets PCC en base territorial

- En el grup de diagnòstics PC , de identificació, en SMiA : inclou
- Diagnòstics de Addiccions
- Discapacitat intel·lectual
- Etapa infanto juvenil : autisme .
- Ús de recursos : Atenció a urgències , CSMA , CSMIJ , ingressos urgents , dies d'estada , despesa farmacèutica (ambulatoria i MHDA) , CCEE , CAP Primària

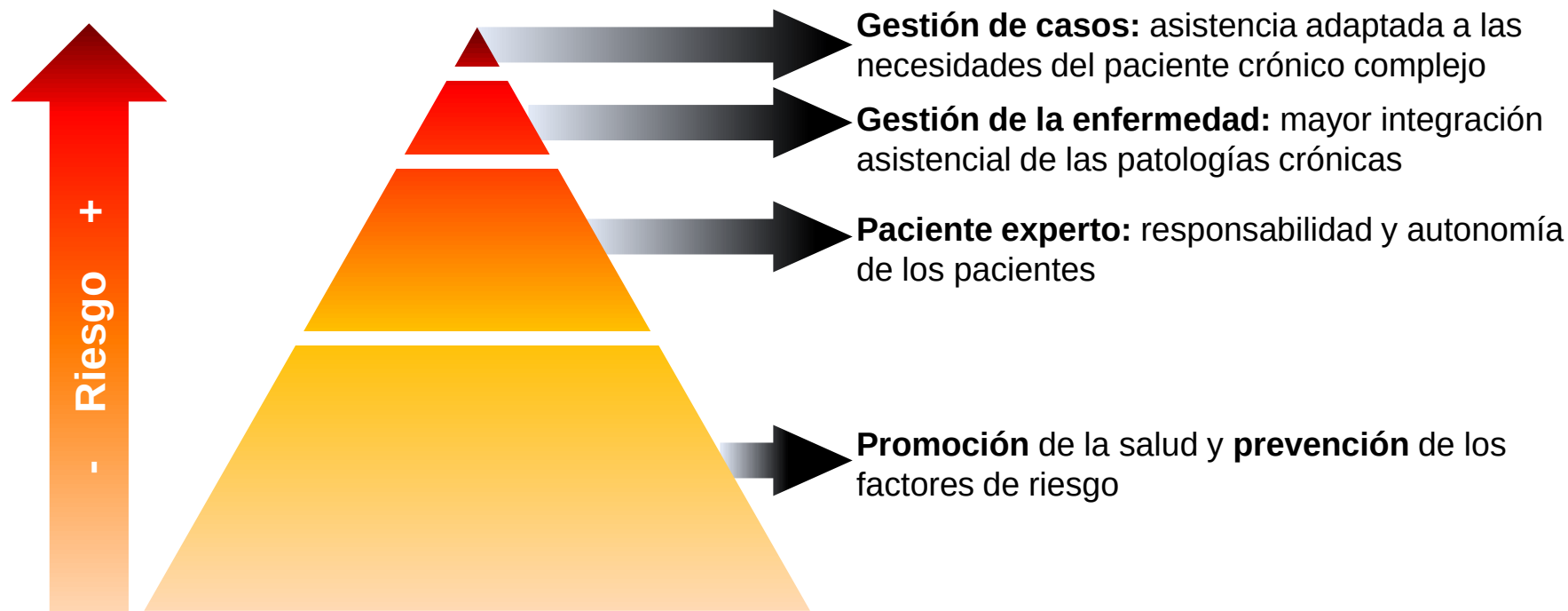
- **Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC):** pla d'atenció específic per a una PCC o MACA, que té en compte les seves necessitats físiques, psíquiques i socials, i que ha estat consensuat entre els diferents professionals sanitaris i socials i el pacient o, si escau, la seva família i que està disposat en un entorn d'informació compartida –HCCC- (definició adaptada de la Terminologia de la Cronicitat[®], Termcat, 2013)

- **Ruta assistencial de la complexitat (RAC):**
pacte entre els professionals i les organitzacions dels diferents àmbits assistencials que operen en un mateix territori i atenen una mateixa població en situació de complexitat per a aplicar els criteris de bona pràctica, optimitzar els circuits assistencials i planificar les respostes enfront d'escenaris previsibles

Los criterios generales definidos en el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC), son plenamente aplicables en el ámbito de la salud mental y las adicciones

- El paciente padece diversas patologías al mismo tiempo (multicomorbilidad), o sufre una de sola pero de suficiente gravedad .
- Su abordaje contiene alguno de los elementos siguientes :
 - Alta probabilidad de sufrir crisis/descompensaciones de suficiente sintomatología y mal control.
 - Evolución dinámica, variable y que precisa monitorización continuada
 - Alta utilización de servicios de hospitalización urgente o visitas a urgencias
 - Enfermedad progresiva
 - Elevado consumo de recursos, fármacos y riesgo de iatrogenia
 - Requerimiento de un manejo multidisciplinar
 - Entorno de especial incerteza en las decisiones y de dudas de manejo
 - Necesidad de activar y gestionar el acceso a diferentes dispositivos y recursos, a menudo por vías preferentes
 - Asociación a fragilidad de base, pérdida funcional, probabilidad de disminución funcional o cognitiva o aparición de síndromes orgánicos .
 - Situaciones psicosociales adversas
- Los pacientes se pueden identificar en las listas de riesgo derivadas de las estrategias de estratificación disponibles .
- La gestión clínica se puede beneficiar de estrategias integradas como las propuestas en la guía de complejidad.

Estratificar la población según el riesgo



Pirámide de Kaiser Permanente

Pirámide Kaiser permanente en SMyA

- Las actuaciones en el grupo de riesgo más elevado , no suponen una evolución a éxitos en poco tiempo, como en otros grupos de riesgo.
- Las actuaciones en el grupo de riesgo más elevado deberían conseguir una estratificación a un nivel inferior.
- Seguramente un subgrupo de afectados no están vinculados a servicios de SMyA , pero sí están detectados en Servicios de Urgencias u otros servicios no de SMyA.
- La detección y posterior estratificación de los pacientes imponen un potente sistema de registro e información de los contactos asistenciales. CMBD de los diferentes recursos: Primaria, Salud Mental y adicciones, sociosanitario, hospitalario , urgencias , CCEE ...
- De manera progresiva se deben incluir , en el registro personal , los programas de carácter social , laboral y de reinserción comunitaria.
- Obliga a la elaboración de un PIIC (Plan de Intervención Individual Compartido) , entre los diferentes profesionales de distintos niveles asistenciales : especialmente primaria y otros recursos hospitalarios.

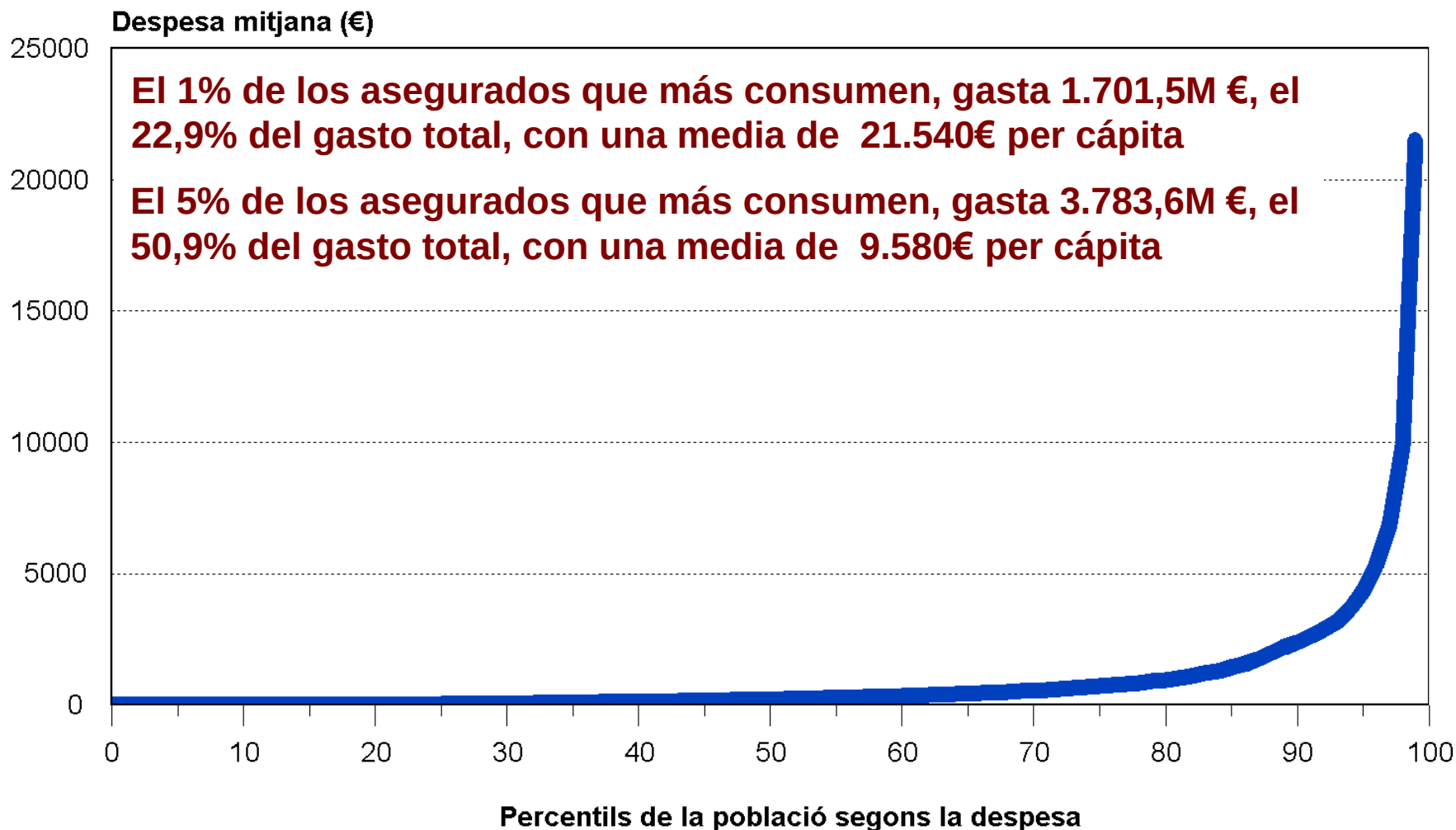
SMyA

- Tenemos variedad de recursos y programas asistenciales orientados a la Cronicidad
- El objetivo asistencial se orienta a una plena integración en la Comunidad.
- El cambio de modelo debe armonizarlos con planes individualizados que incorporen los diferentes niveles asistenciales y recursos no sanitarios : sociales , programas laborales , ...
- Todo territorio (sector) debe organizarse para dar una atención y evaluación Integral (a la persona) y dar una respuesta Integrada (de recursos) , seguimiento debería orientarse a procesos asistenciales de calidad y evaluación de los mismos (CSSC).

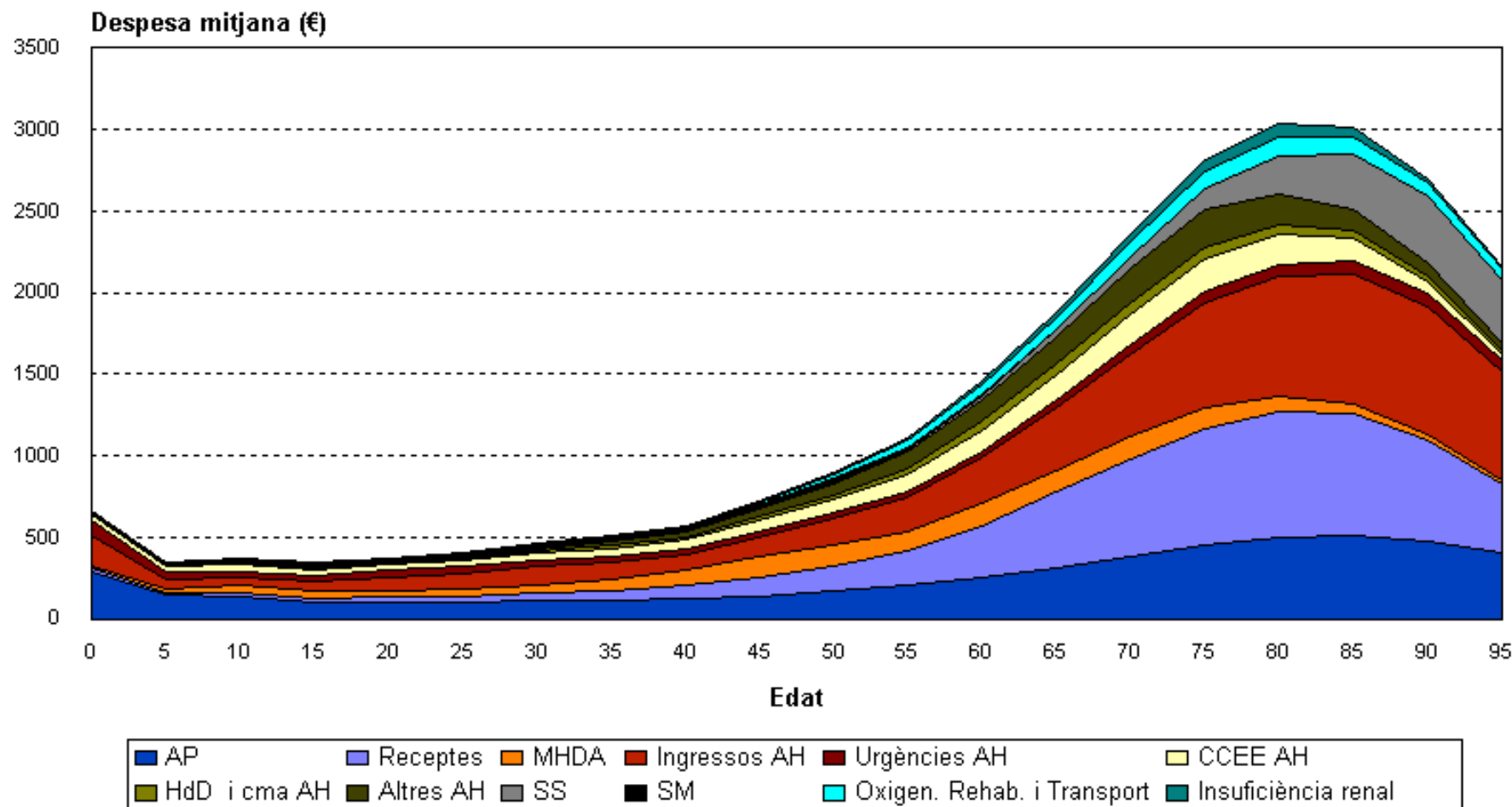
Consell Assessor de SMiA

- Grupo de Trabajo para elaborar criterios , de consenso, del PC i PCC (paciente crónico complejo) de SMyA
- Se constituyó un Subgrupo de trabajo para la fase infanto/juvenil , con escala de riesgo social.
- Anexo 1 : lista de diagnósticos para la detección del PC , con inclusión de diagnósticos de adicciones y retraso mental
- Anexo 2 : lista de diagnósticos que aportan complejidad
- Para la evaluación se utilizará la Escala HoNOS y en territorios piloto la WHO_DASS, para estudiar concordancias o discrepancias en la evaluación

Gasto estimado per cápita

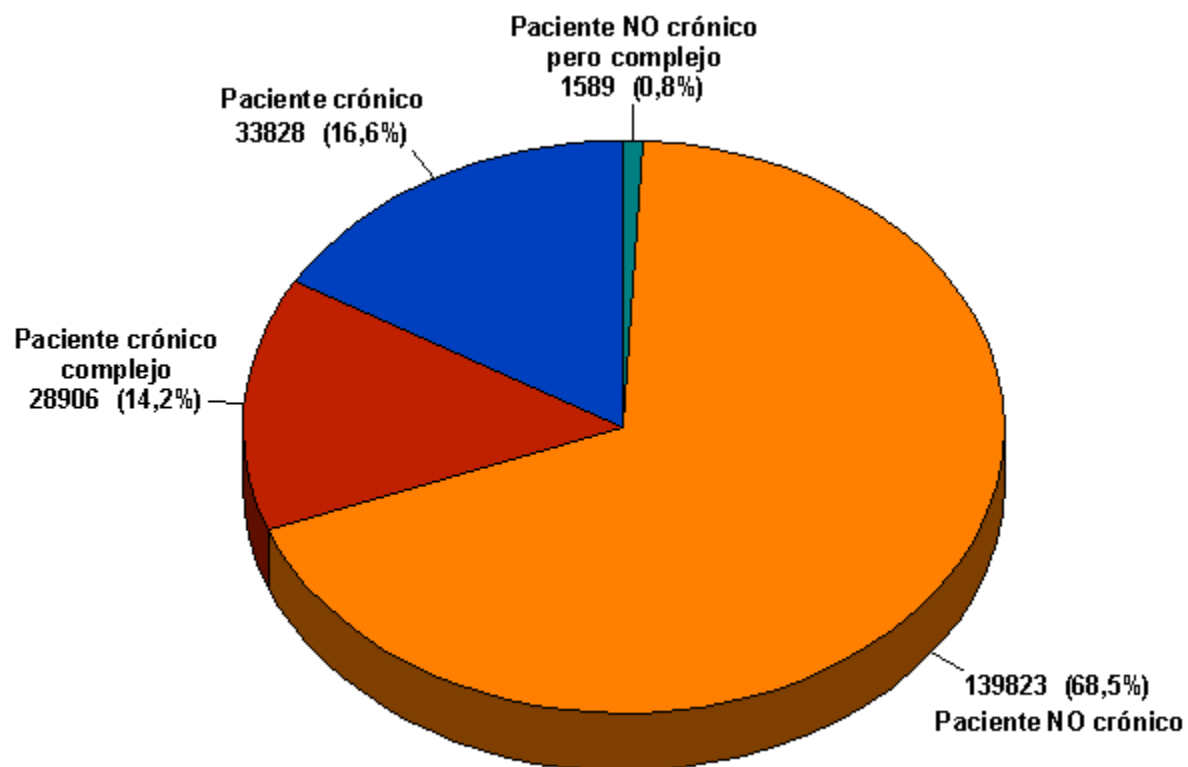


Gasto estimado per cápita



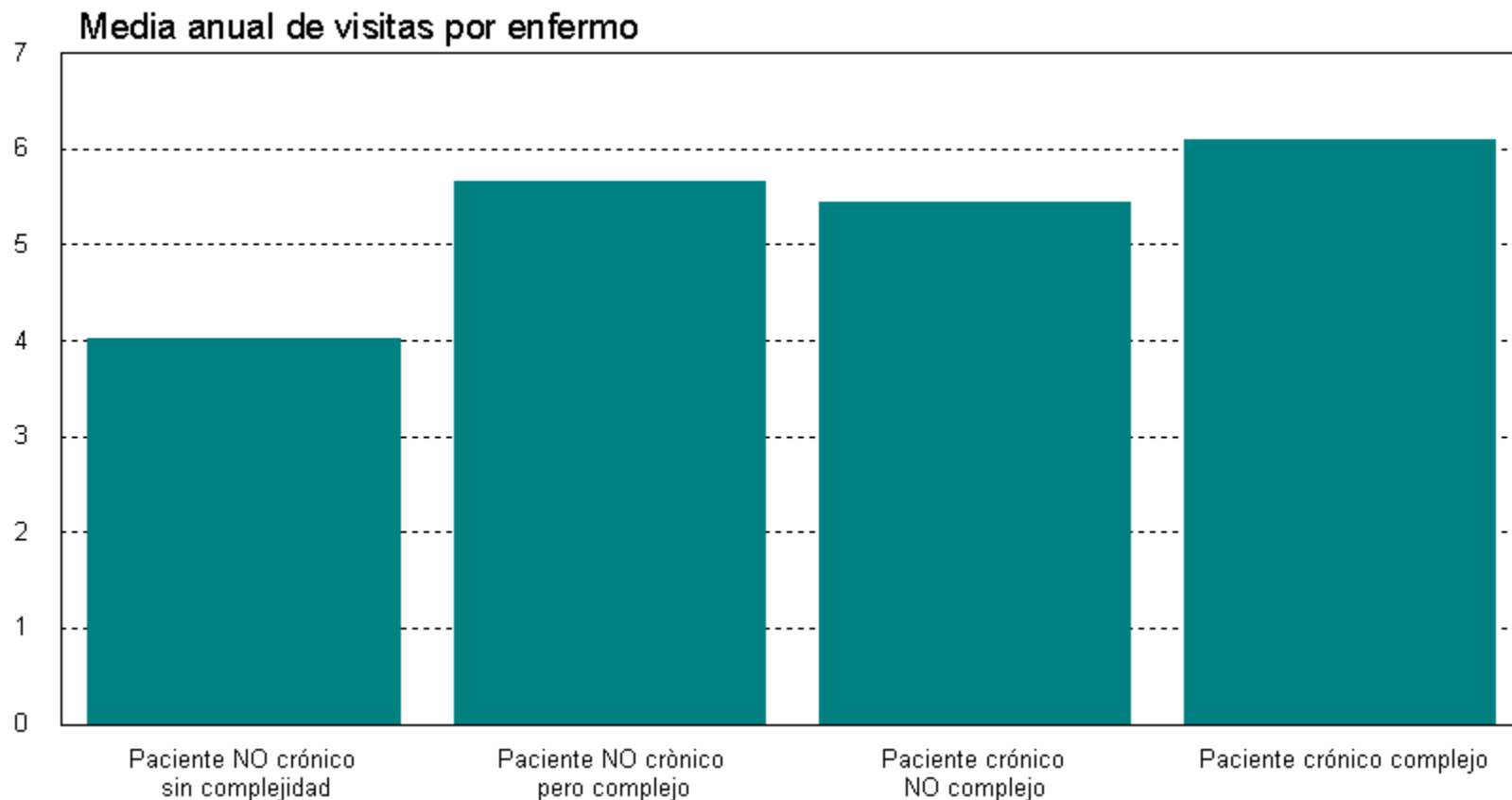
- Un **diagnóstico principal** de trastorno mental o de adicciones que indica cronicidad y que son condición primera para ser considerada como Paciente Crónico .
Anejo 1
- Presencia de **comorbilidad** , entre diagnósticos psiquiátricos o con enfermedad orgánica relevante (identificada como Enfermedad Crónica)
- Estratificación del MSiQ
- **Desvinculación y utilización de servicios. Afectación funcional y/o riesgo social.** Escala HoNOS y c social.

Usuarios de los servicios de salud mental



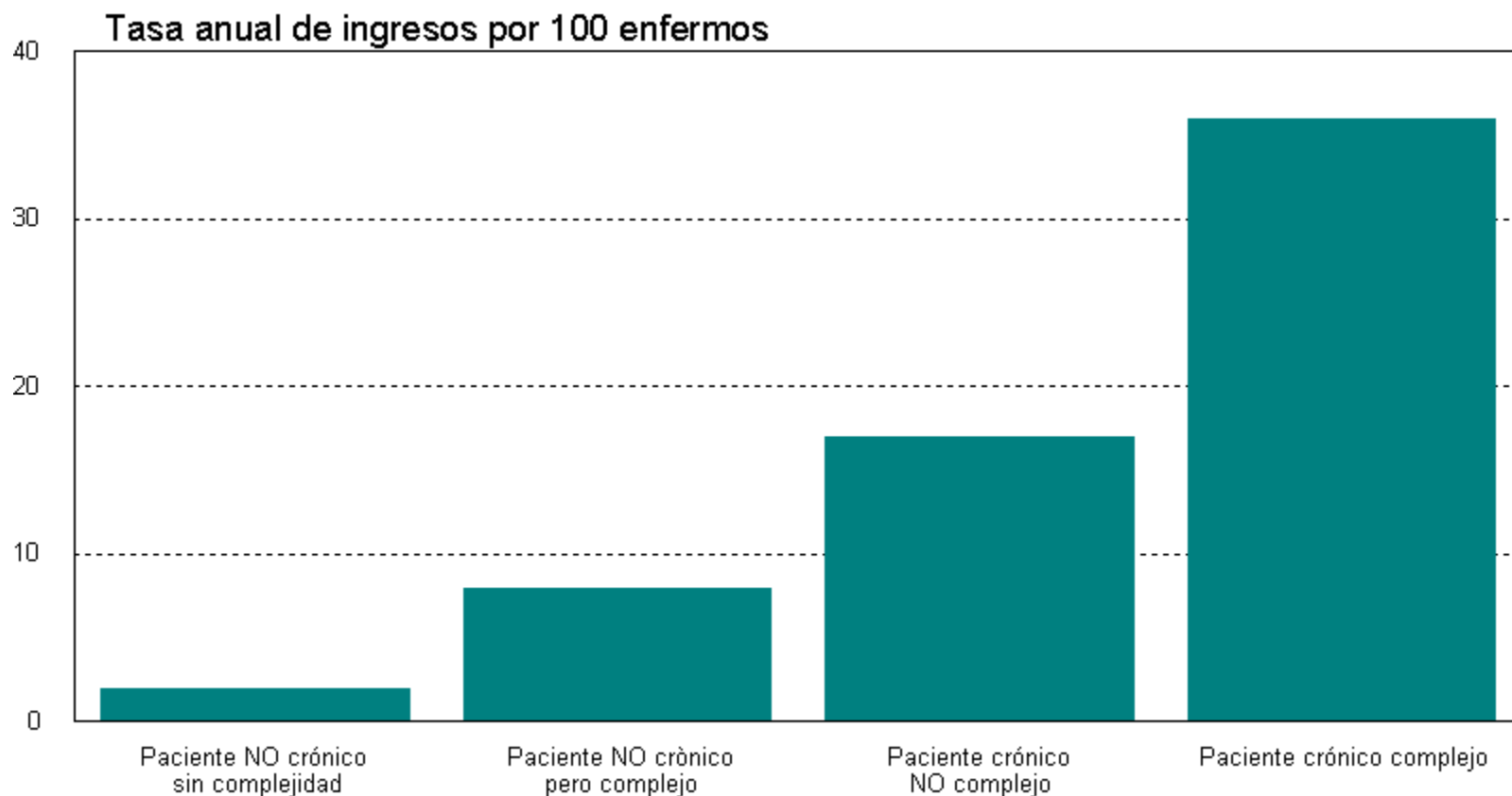
Visitas a centros de salud mental ambulatoria.

Usuarios de los servicios de salud mental



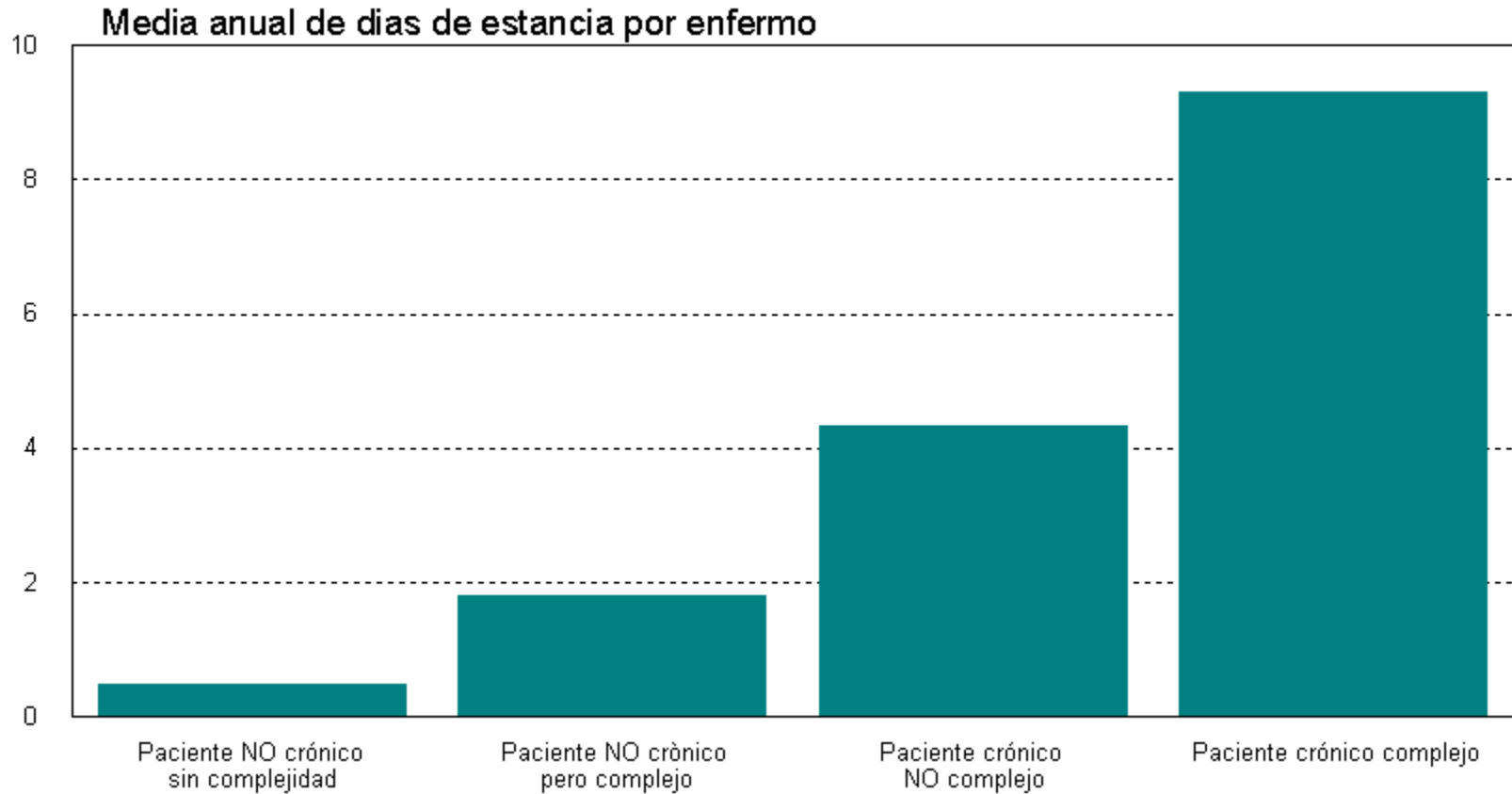
Ingresos en unidades de psiquiatría.

Usuarios de los servicios de salud mental



Días de estancia en unidades de psiquiatría.

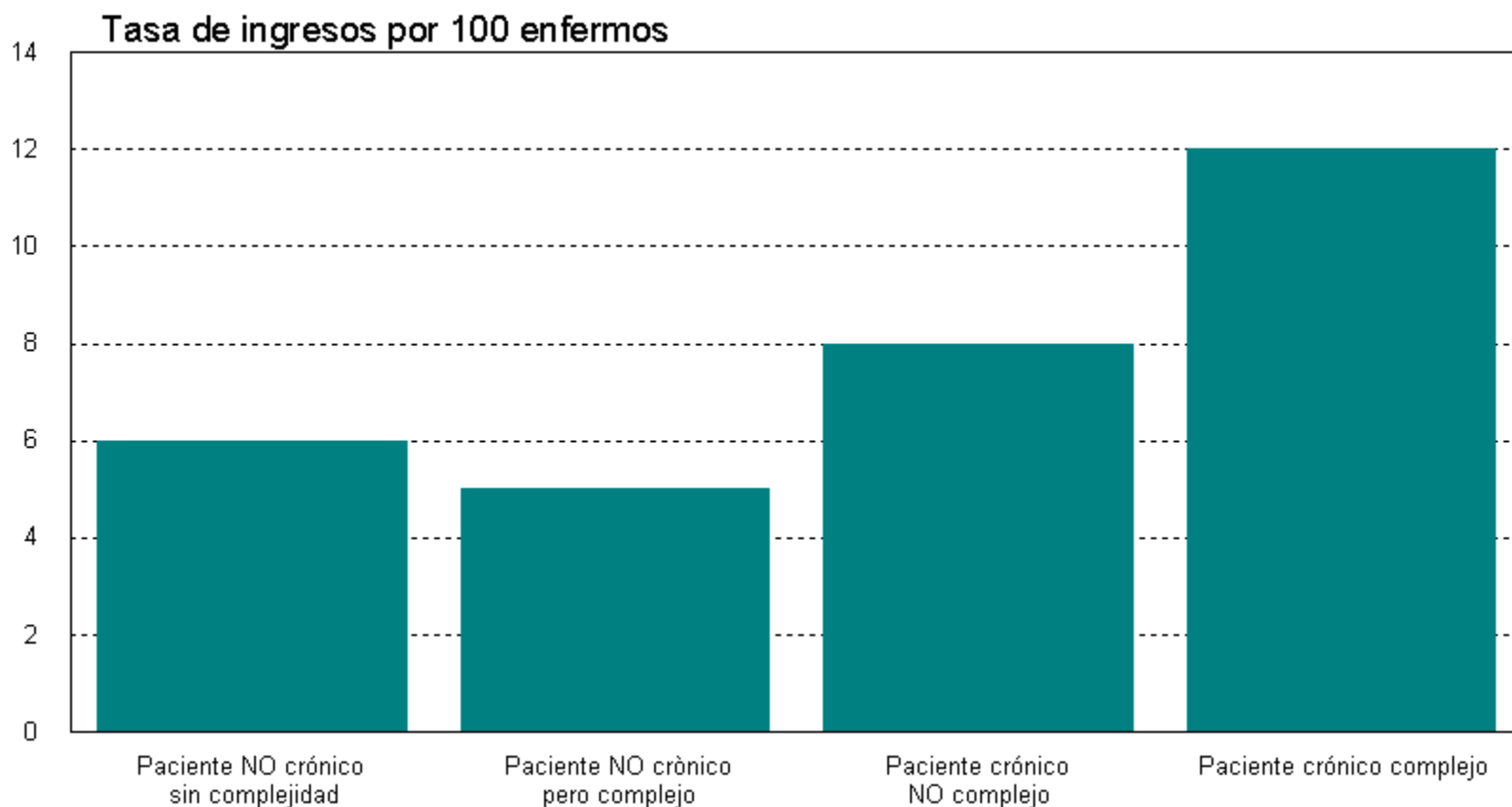
Usuarios de los servicios de salud mental



Media por enfermo (no por paciente ingresado)

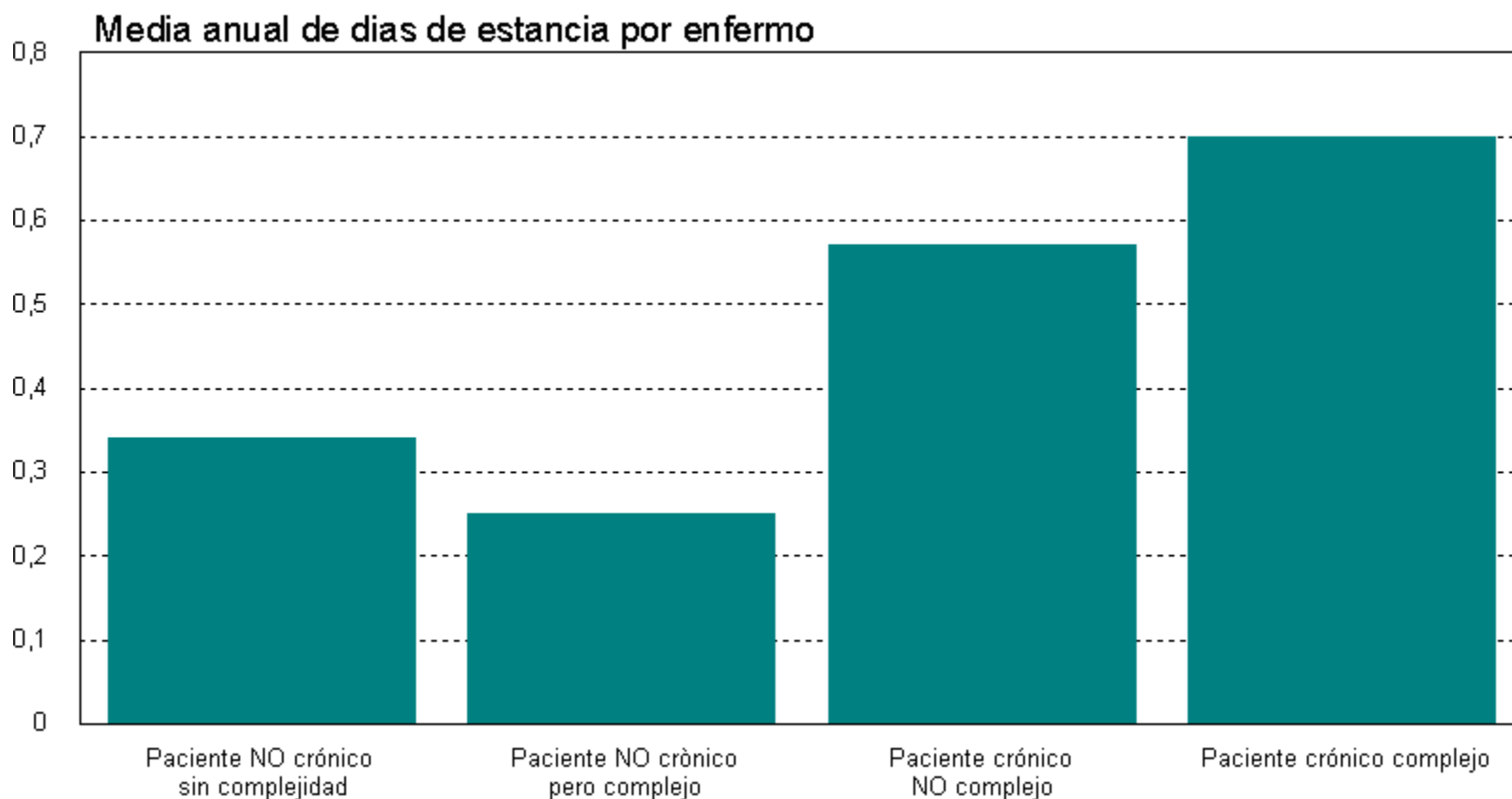
Ingresos urgentes en hospitales de agudos

Usuarios de los servicios de salud mental



Días de estancia por ingresos urgentes en hospitales de agudos

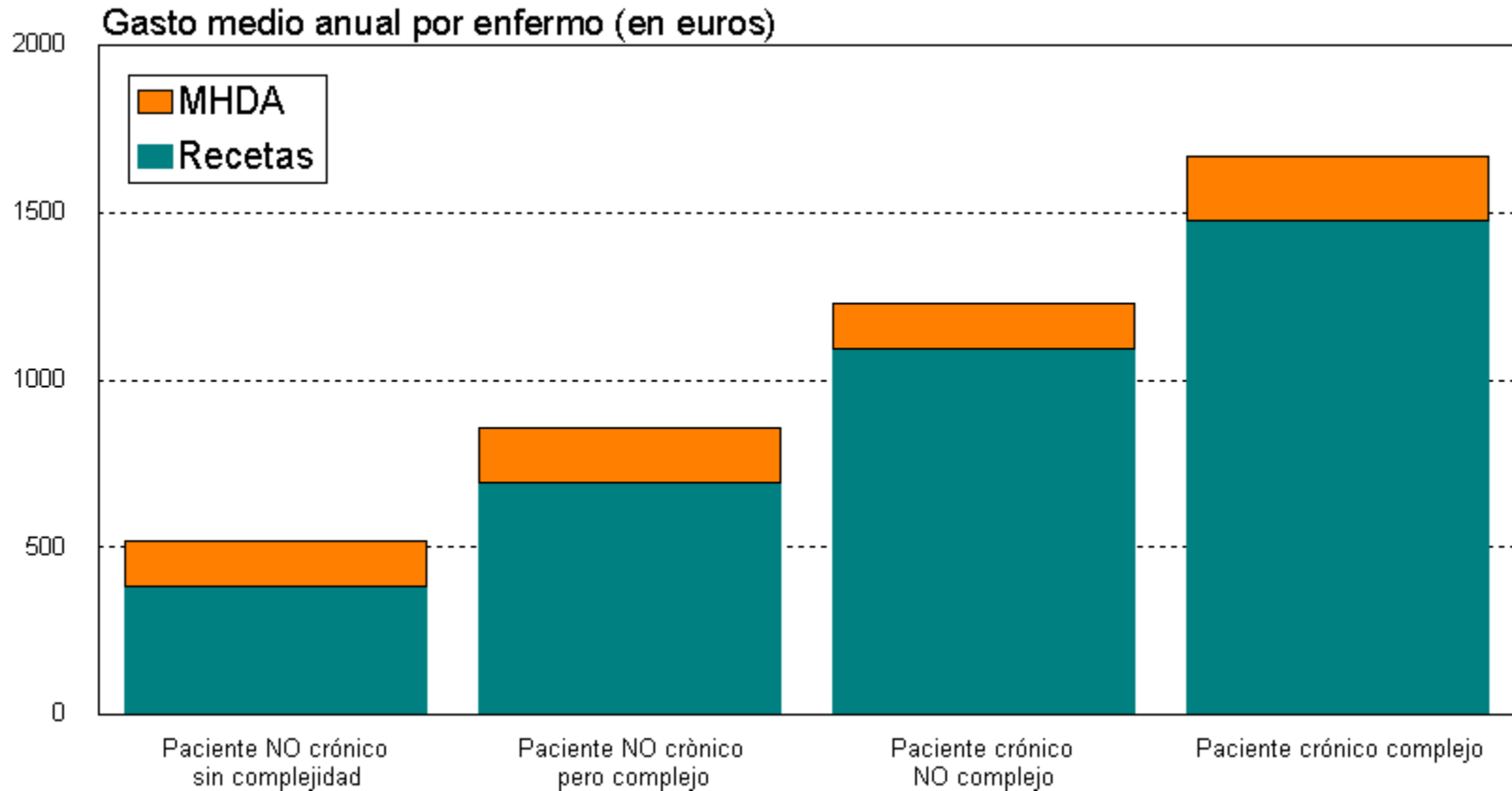
Usuarios de los servicios de salud mental



Media por enfermo (no por paciente ingresado)

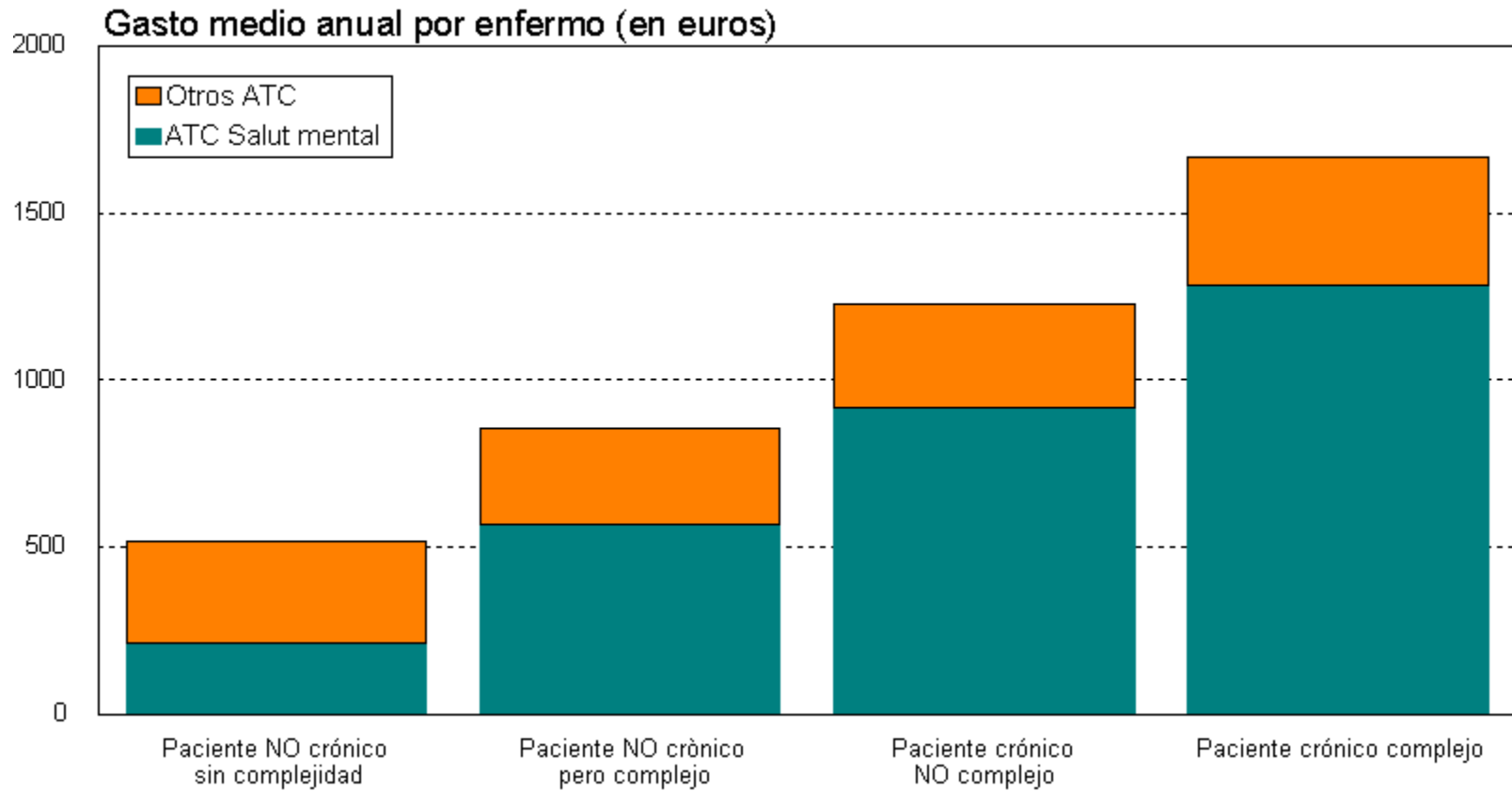
Gasto en farmacia

Usuarios de los servicios de salud mental



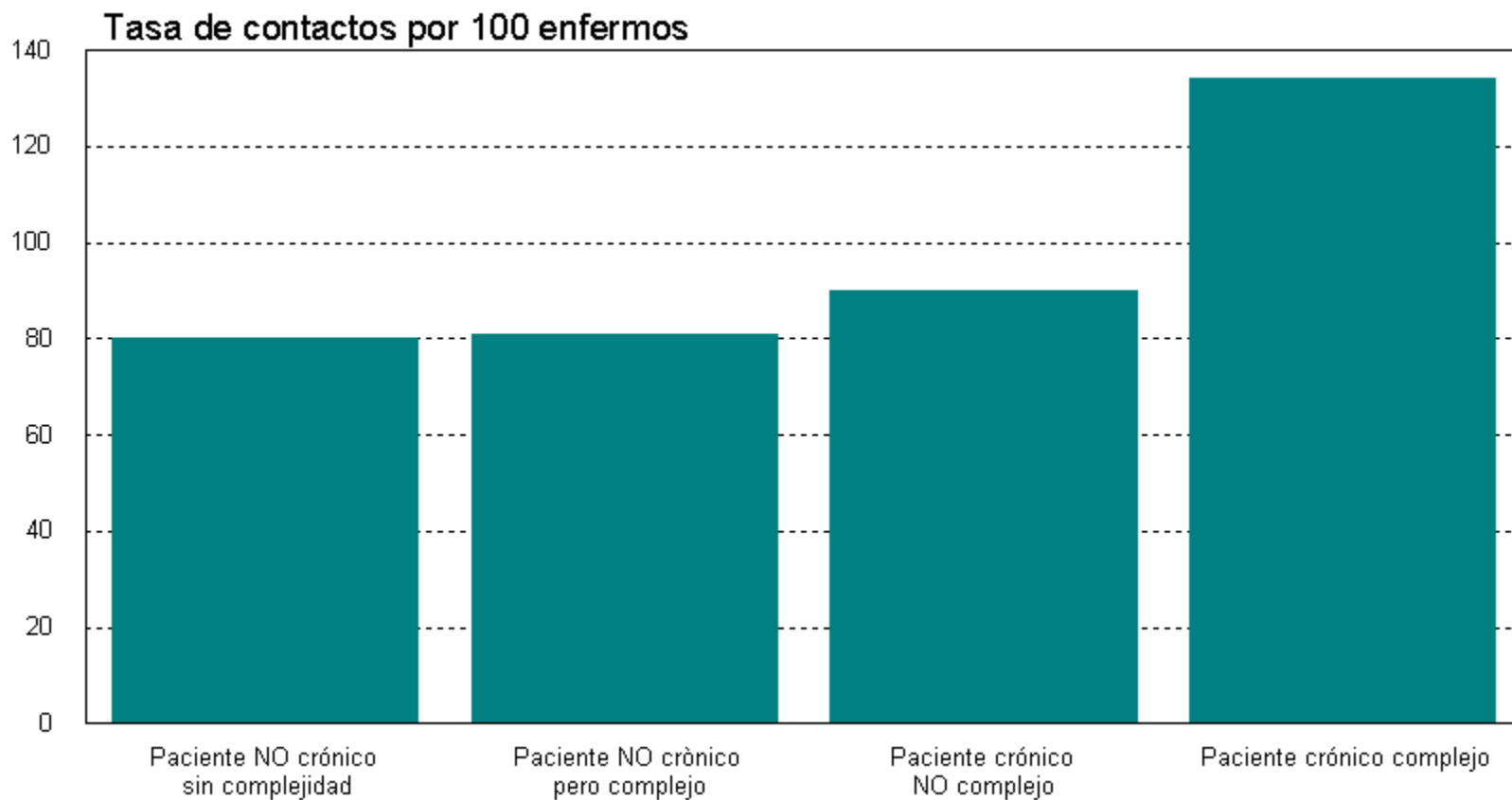
Gasto en farmacia

Usuarios de los servicios de salud mental



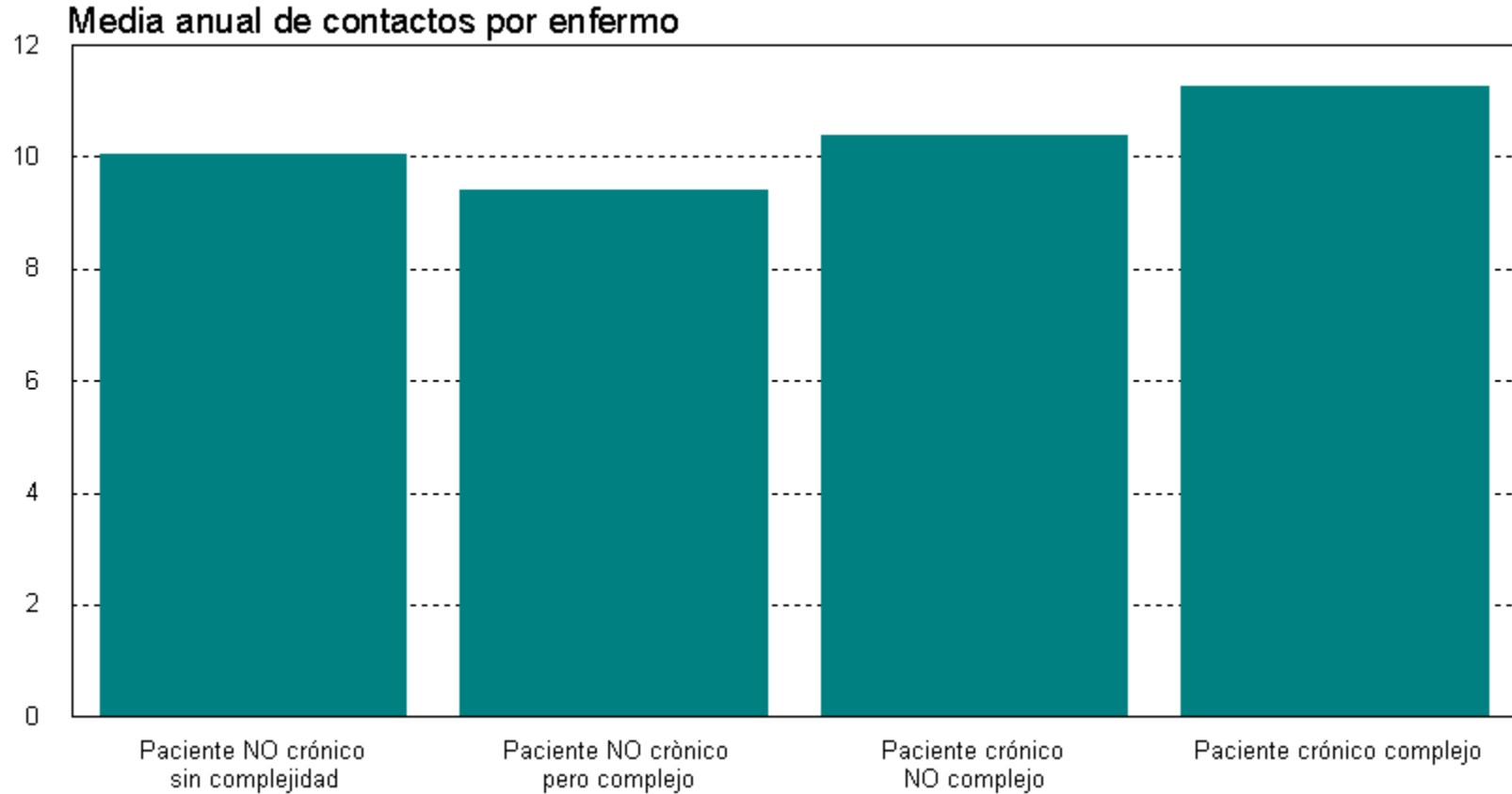
Contactos con urgencias hospitalarias

Usuarios de los servicios de salud mental



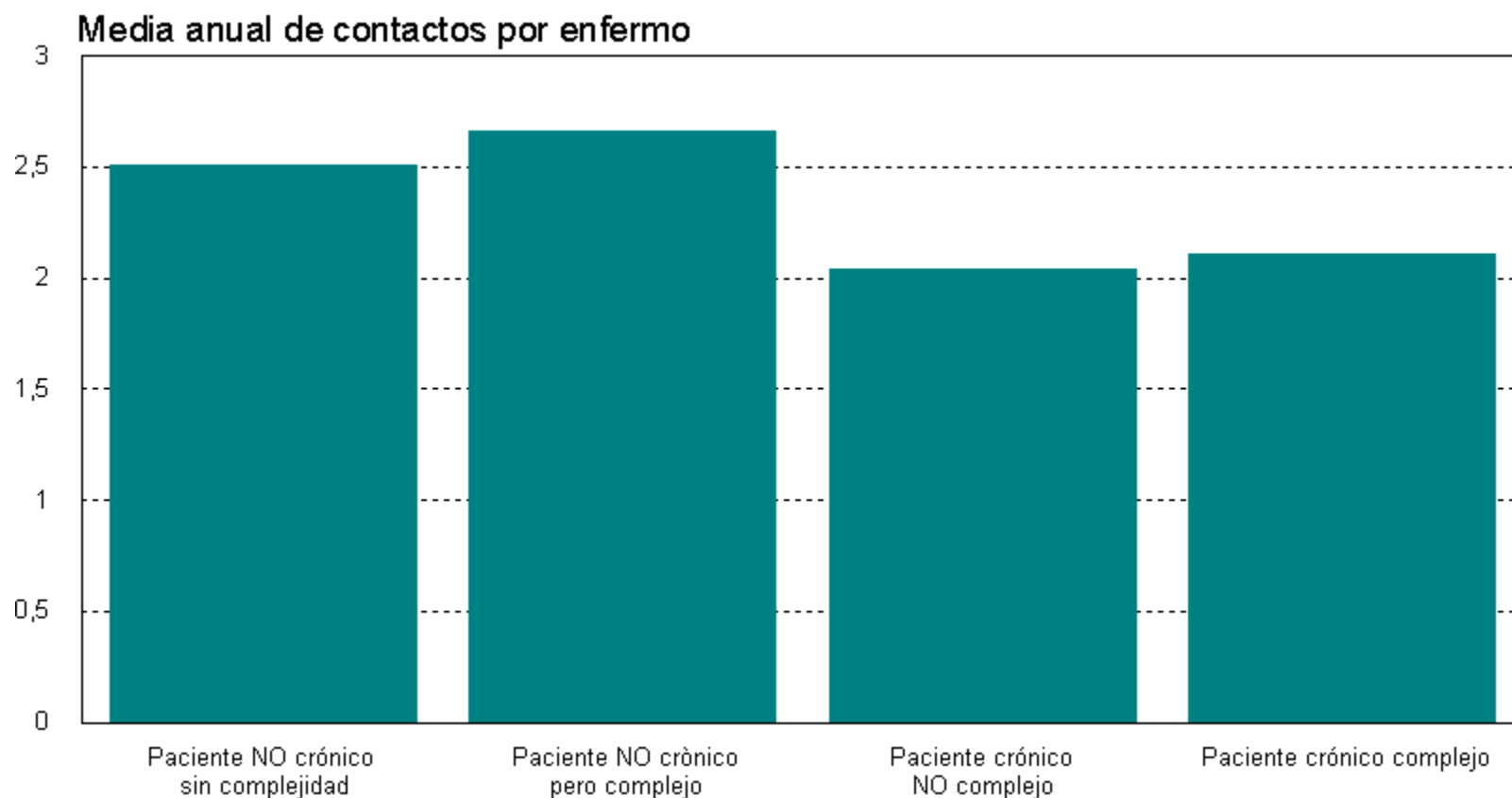
Contactos con atención primaria

Usuarios de los servicios de salud mental



Contactos con consultas externas hospitalarias

Usuarios de los servicios de salud mental



Grupos de morbilidad ajustada en salud mental y adicciones

Arquitectura

Grupo de Morbilidad	Nivel de Complejidad				
Psicosis	1	2	3	4	5
Adicciones y abuso de sustancias	1	2	3	4	5
Trastornos del estado de ánimo	1	2	3	4	5
Otros trastornos mentales	1	2	3	4	5
Población sin transtorno mental	1				