

LA2, PE2.5

PACIENT CRÒNIC COMPLEX

Recomanacions pràctiques per a la identificació i la millora de l'atenció de persones amb malalties cròniques avançades (MACA) amb necessitat d'atenció pal·liativa en territoris i serveis de salut i socials

Versió 1.1. Agost de 2012

Sumari

ºINTRODUCCIÓ	3
EL MODEL D'ATENCIÓ DE MALALTIA CRÒNICA AVANÇADA	5
RECOMANACIONS PRÀCTIQUES PER A LA IMPLEMENTACIÓ DE LA IDENTIFICACIÓ I MILLORA DE L'ATENCIÓ EN TERRITORIS	7
RECOMANACIONS PER A LA IMPLEMENTACIÓ DE LA IDENTIFICACIÓ I LA MILLORA DE L'ATENCIÓ EN SERVEIS DE SALUT I SOCIALS: PROGRAMA D'ATENCIÓ DE MALALTIA CRÒNICA AVANÇADA EN ORGANITZACIONS I SERVEIS DE SANITAT I/O SOCIALS	12
ANNEX I: AVALUACIÓ QUANTITATIVA	13
ANNEX II: AVALUACIÓ QUALITATIVA	15
ANNEX III: RECOMANACIONS BÀSIQUES PER AVALUAR I MILLORAR LA QUALITAT D'UN MODEL D'ATENCIÓ A PERSONES AMB MALALTIA CRÒNICA AVANÇADA ALS SERVEIS DE SALUT	18
Identificar i registrar malalts crònics avançats que poden requerir atencions pal·liatives ...	18
Formació dels professionals	19
Treball interdisciplinari	19
Atenció del cuidador principal i la família	20
Millora de l'accessibilitat	20
Coordinació i accions integrades sectoritzades / sistemes d'informació	21
AUTORS	22

OBJECTIUS D'AQUEST DOCUMENT

Aquest document resumeix i proposa les mesures pràctiques per a la implementació d'un model d'atenció de la malaltia crònica avançada (MACA) en els territoris i en els seus serveis sanitaris i socials, en el context del Programa per a l'atenció de la cronicitat (PPAC) del Pla de salut de Catalunya.

INTRODUCCIÓ

Antecedents, definicions i epidemiologia de la malaltia crònica avançada a Catalunya

1.1. Antecedents

El model d'atenció de la malaltia crònica avançada (MACA) té com a objectius fonamentals identificar i millorar l'atenció pal·liativa de persones amb malalties cròniques avançades en els serveis sanitaris i socials. És un projecte que, associat a altres programes de millora de l'atenció a la cronicitat, pot millorar substancialment l'atenció d'aquests malalts.

El programa va néixer inicialment com un projecte de recerca de l'Observatori Qualy / Centre Col·laborador de l'OMS (CCOMS) de l'Institut Català d'Oncologia (ICO), en col·laboració amb professionals de l'atenció primària i l'Hospital de Santa Creu d'Osona, destinat a construir i validar un instrument (NECPAL CCOMS-ICO) que permetés identificar precoçment persones amb malalties cròniques avançades i necessitats d'algun tipus d'intervenció pal·liativa, partint de l'experiència britànica del Gold Standards Framework (GSF). Aquest instrument es basa en una pregunta subjectiva (la pregunta sorpresa) associada a paràmetres mesurables de caràcter objectiu.

El concepte de persona amb malaltia crònica avançada i necessitat d'atenció pal·liativa i les innovacions conceptuals de l'atenció pal·liativa inclouen l'extensió a tot tipus de malalts crònics, de manera precoç, i a tots els serveis de salut i socials.

1.2. Definicions

- **Malalt crònic avançat/progressiu:** persona amb una o més malalties cròniques en fase evolucionada, greu o progressiva, amb altes necessitats d'atenció i pronòstic de vida probablement limitat.
- **Malalt crònic complex:** pacient que requereix plans d'atenció especials a causa d'una situació clínica de difícil maneig, sovint per acumulació de malalties cròniques que es donen de manera concurrent, acompanyades d'una utilització intensiva de recursos, especialment ingressos hospitalaris que moltes vegades es poden evitar.
- **Atenció pal·liativa:** atenció a la salut constituïda per un conjunt de mesures que tenen com a objectiu fonamental millorar la qualitat de vida en qualsevol fase evolutiva d'una malaltia, especialment en fases avançades i en el final de la vida.

1.3. Epidemiologia de la malaltia crònica avançada a Catalunya

Els resultats de l'estudi de prevalença NECPAL, dut a terme al sector sanitari d'Osona, amb una taxa d'envelliment del 21,4%, mostren que:

- **El 75% de la mortalitat** està causada per malalties cròniques evolutives:
 - 25%: càncer
 - 25%: pluripatologia i/o demència
 - 25%: insuficiències orgàniques (ICC, MPOC, etc.)

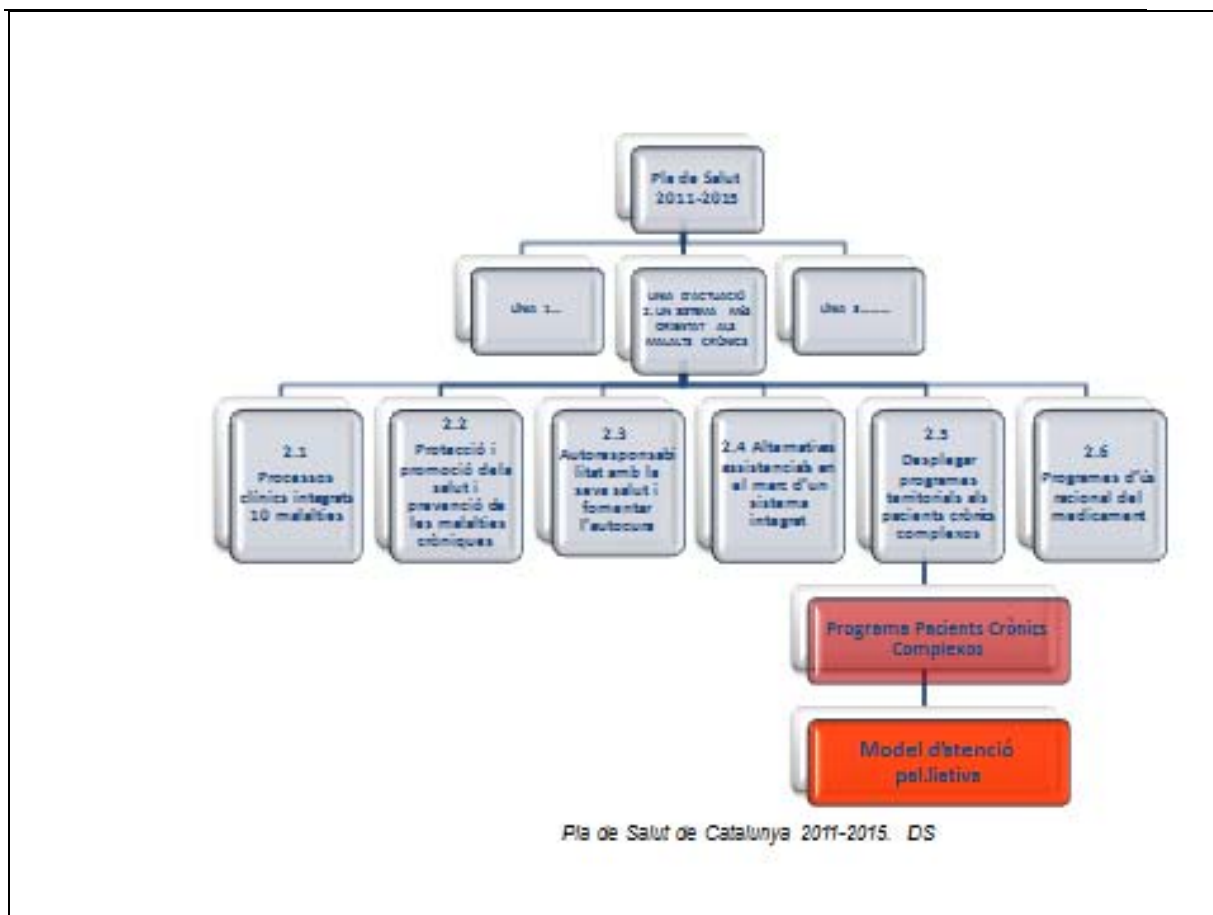
- **Prevalença:**
 - Entre l'**1,2% i l'1,4% de la població** (dependent de taxa d'envelliment), **pateix una o diverses malalties cròniques evolutives i té necessitat d'atencions pal·liatives.**
 - El 60% són dones.
 - L'edat mitjana és de 81 anys.
 - El 50% d'aquesta població pateix pluripatologia, síndromes geriàtriques i/o demència, el 35% pateix insuficiències orgàniques, i el 15%, càncer avançat.
 - El 65% viu al domicili.
 - El 22% viu en residències.

EL MODEL D'ATENCIÓ DE MALALTIA CRÒNICA AVANÇADA

Proposta de model d'atenció de la malaltia crònica avançada (MACA) i la seva implementació en el context del Pla de salut (PS) i el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) del Departament de Salut i CatSalut

El PPAC ha estat constituït dins del marc del Pla de salut amb l'objectiu de promoure i implementar polítiques de prevenció i atenció de persones amb malalties cròniques evolutives. Una de les línies d'actuació són els «Programes territorials de pacients crònics complexos», en què s'insereix el de «Model d'atenció de la malaltia crònica avançada».

Aquest programa és definit pel Pla de salut i és operatiu territorialment mitjançant les regions i els sectors sanitaris del CatSalut.



1.4. Missió

Aconseguir la **millora de l'atenció integral i integrada** a les persones amb **malaltia crònica avançada i pronòstic de vida limitat** en els diversos nivells del sistema sanitari i social, amb visió poblacional i orientació comunitària, en el context del **Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC)** del Departament de Salut i CatSalut.

1.5. Visió

Consolidar la implementació del model a tot el territori a mitjà termini, mitjançant generació d'experiències i evidències que demostrin **efectivitat** (millores en salut i qualitat de vida), **eficiència** (reducció d'accions innecessàries) i **satisfacció** (de pacients, famílies i professionals).

1.6. Valors

- Atenció integral que respongui a totes les necessitats de malalts i famílies.
- Atenció basada en els valors i les preferències de malalts i famílies.
- Capacitació dels professionals.
- Visió poblacional.
- Orientació comunitària.
- Atenció integrada territorial.
- Compromís d'avaluació i generació d'evidència.

1.7. Objectius

1.7.1. General

Millorar la qualitat de vida i l'atenció de persones amb malaltia crònica avançada a tots els serveis d'un territori.

1.7.2. Específics

- Millorar la identificació i el registre de pacients amb malaltia crònica avançada.
- Introduir a la pràctica clínica l'**avaluació de necessitats i un model d'atenció integral**, la **planificació de decisions avançades**, i la **gestió de vas integrada (GCI)** en serveis i territoris.
- Millorar l'eficiència de les intervencions.

- Promoure la innovació clínica i organitzativa (transversalitat).
- Promoure la perspectiva comunitària en l'atenció a la cronicitat.
- Generar evidència.

1.7.3. Objectius 2012:

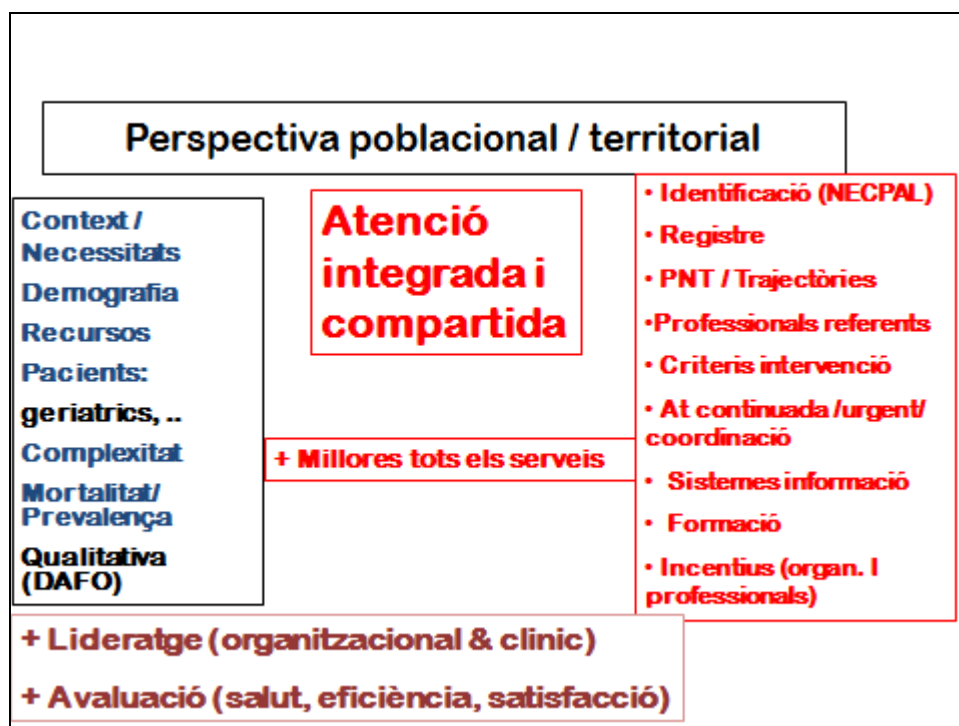
- Implementació del projecte en els territoris proposats i en les organitzacions referents.
- Generació d'experiència i evidència que permeti l'extensió del projecte a altres regions sanitàries de Catalunya.
- Elaboració dels instruments de suport, documentació amb recomanacions i material docent.

RECOMANACIONS PRÀCTIQUES PER A LA IMPLEMENTACIÓ DE LA IDENTIFICACIÓ I MILLORA DE L'ATENCIÓ EN TERRITORIS

PROGRAMA TERRITORIAL DE MALALTIA CRÒNICA AVANÇADA

Guió:

- Aspectes generals i població diana.
- Definició, objectius i característiques.
- Passos per a la implementació.
- Identificació, codificació i registre de pacients.
- Procés d'atenció directe de pacients identificats: aspectes clínics.
- Procés d'atenció integral en xarxa de serveis integrats i mecanismes d'atenció continuada i urgent.
- Millora de la qualitat d'atenció dels territoris.
- Sistemes d'informació.
- Avaluació de resultats



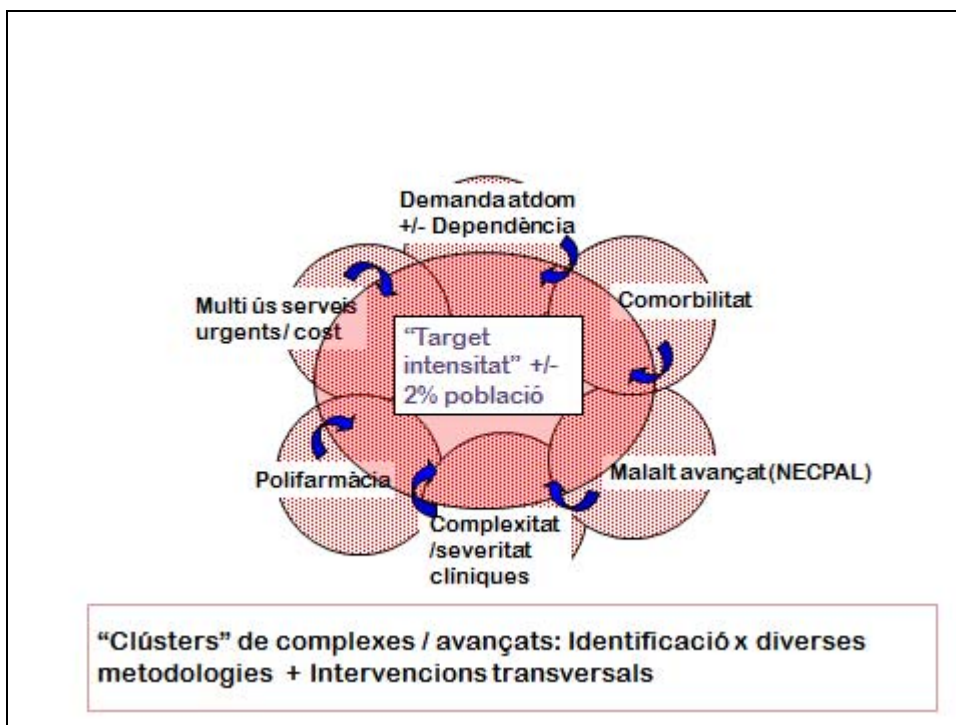
1.8. Aspectes generals i població diana

Aspectes generals

- Visió poblacional i territorial: estratificar per identificar grups poblacionals específics en un territori.
- Visió transversal: mesures a tots els serveis i circuits d'accions integrades.

Població diana:

La **població diana d'atenció pal·liativa** s'inclou majoritàriament en el «clúster» de malalts crònics complexos (2-5% de la població), que es poden identificar també amb altres factors: pluripatologia, multiingrés, gravetat, fragilitat extrema, polifarmàcia, etc.



1.9. Definicions, objectius i característiques

Un programa territorial d'identificació i millora de l'atenció de pacient amb MACA és un conjunt de mesures que s'adopten a tots els recursos sanitaris i socials del sector, individualment i cooperativament entre tots, per tal de proveir una atenció integrada.

1.10 Passos per a la implementació coordinada per regió o sector sanitari

- Consulta i planificació amb CatSalut.
- Lideratges organitzatius i lideratges clínics.
- Consens entre proveïdors i líders organitzatius i clínics.
- Avaluació quantitativa i estratificació: mortalitat i prevalença (vegeu l'annex I).
- Avaluació qualitativa: grau de qualitat en l'atenció, identificant-ne les àrees de millora (vegeu l'annex II).
- Acord entre proveïdors, seleccionant-hi els programes d'atenció a persones amb MACA entre els diferents programes de cronicitat existents en la regió sanitària.
- Avaluació de les necessitats de formació.
- Combinació de mesures individuals i específiques a cada recurs amb mesures d'accions integrades transversals.

1.11 Identificació, codificació i registre:

Les recomanacions per a la identificació i l'atenció de persones amb malalties cròniques avançades i necessitats pal·liatives a serveis de salut i socials són les següents:

- Identificació dels pacients: reguitzell i aplicació de l'instrument NECPAL.
- Codificació dels pacients NECPAL+.

El codi d'elecció és el Z51.5 Atenció pal·liativa del CIE 10.

Altres opcions:

- CIE 9 - V66.7 Admissió per a tractament pal·liatiu.
- CIAP-2 / ICPC-2 A28.02 Limited Function/Disability/Nos.

- Registre

«Preferentment als sistemes d'informació d'equips d'atenció primària (EAP) però factible a tots els serveis.»

Una vegada identificats i codificats els pacients a qualsevol servei, **sempre cal donar informació a l'EAP responsable** (per tal de centralitzar la informació) i a la resta de serveis previsiblement involucrats mitjançant el següent:

- Història clínica compartida.
- Informe d'alta o informes successius.
- Informe de la infermeria d'enllaç o gestors de cas.
- Comunicació específica.

1.12 Procés d'atenció directe de malalts identificats a cada recurs (vegeu el document específic «PNT»)

- Valoració de necessitats i recursos dels pacients i la família (necessitats multidimensionals, escales funcionals, cognitives, socials, símptomes, etc.).
- Revisió de les patologies (estadiatge, pronòstic, etc.).
- Revisió del tractament (idoneïtat, limitacions i adequació terapèutica, objectius, etc.).
- Inici de planificació de decisions avançades (PDA).
- Inici de gestió de cas i d'atenció continuada.

1.13 Procés transversal d'atenció integrada

(Document específic que ha d'elaborar cada regió o sector sanitari seguint un model ja definit en el document de rutes assistencials del projecte 2.1 del Pla de salut.)

Trajectòria clínica: recomanacions per a l'elaboració de trajectòries clíniques transversals, atenció urgent i continuada

Definir rols:

- En seguiment convencional planificat, atenció continuada i resposta a crisi/atenció urgent.
- Identificar un professional referent/responsable (preferentment, infermeria d'AP, gestor de cas, d'enllaç, o infermeria clínica).
- Rol de cada servei involucrat: en seguiment i atenció continuada/urgent.
- Criteris d'intervenció: dels serveis convencionals i específics.

Planificar el seguiment i l'atenció continuada i urgent

- A càrrec de professional d'infermeria responsable/referent.

1.14 Planificar la millora de qualitat mitjançant la formació

- Protocols clínics.
- Formació continuada, sessions, instruments, etc.

1.15 Sistemes d'informació.

- Introducció a sistemes d'informació disponibles: història electrònica pròpia, HCCC, informes clínics, etc.

1.16 Avaluació de resultats

- Existència d'un pla d'implantació i formatiu territorial local.
- Elaboració de la ruta assistencial que garanteixi l'atenció d'aquests pacients en diverses situacions: estabilitat clínica, agudització, planificació de l'alta hospitalària, interconsulta en situació de dificultat de gestió, planificació del model d'atenció 7x24.
- Inclusió de la prevalença esperada dins del programa d'atenció.
- Adequació de la utilització hospitalària: hospitalització urgent, reingressos.
- Millora de la satisfacció i la qualitat de vida.

RECOMANACIONS PER A LA IMPLEMENTACIÓ DE LA IDENTIFICACIÓ I LA MILLORA DE L'ATENCIÓ EN SERVEIS DE SALUT I SOCIALS: PROGRAMA D'ATENCIÓ DE MALALTIA CRÒNICA AVANÇADA EN ORGANITZACIONS I SERVEIS DE SANITAT I/O SOCIALS

1. **Definició:** Mesures de millora que cal implementar a cada servei de salut i/o social on s'atenguin persones amb malalties cròniques avançades.
2. **Objectius d'un programa d'atenció de malaltia crònica avançada en una organització / servei sanitari i/o social:** Millora de la qualitat de vida de malalts avançats, eficiència, i satisfacció.
3. **Avaluació qualitativa de l'atenció pal·liativa en serveis i territoris.** Vegeu l'annex II.
4. **Passos per a la millora de l'atenció pal·liativa en serveis.** Vegeu l'annex III.

ANNEX I: AVALUACIÓ QUANTITATIVA

La metodologia recomanada és fer estudis de prevalença específics al territori o servei.

També es poden fer estimacions:

- **Mortalitat.**

El 75% de la mortalitat està causada per malalties cròniques evolutives:

- 25%: càncer.
- 25%: pluripatologia i/o demència.
- 25%: insuficiències orgàniques (ICC, MPOC, etc.).

- **Prevalença poblacional.**

- Entre l'1,2 i l'1,4% de la població pateix una o més malalties cròniques evolutives i té necessitat d'atencions pal·liatives.
- El 50% d'aquesta població pateix pluripatologia, síndromes geriàtriques i/o demència, el 35% pateix insuficiències orgàniques, i el 15%, càncer avançat.
- El 65% viu al domicili.
- El 22% viu en residències.

• **Prevalença a diferents tipus de serveis sanitaris o socials.**

És molt variable, depenent de l'entorn assistencial. La prevalença, segons les dades de què disposem, és la següent:

- Comunitat / atenció primària: 25%-35% per contingent de metge de família.
- Hospitals d'aguts: 25%-38%.
- Residències: 60%-70%.

	Mortalitat	Prevalença (***) (1.2-1.4% Població)
Càncer	225 (25%)	150-175
No càncer	450 (50%)	1.000-1.225
Càncer / no càncer	1 / 2	1 / 8
Total crònics	675 (75%)	1.150-1.400
Total mortalitat	900 (100%)	-----

TAULA: Taxes de mortalitat i prevalença de pacients amb malalties avançades que requeririen atenció pal·liativa / 100.000 habitants (*) ()**
 (*) Actualitzada 05 02 2102
 (**) En població amb taxa envelliment de 18% (general) a 21.4% (alta)
 (***) Instrument NECPAL i Pregunta sorpresa negativa (PS-)
 Font: Gómez-Baliste X et al, BMJ SPcare, CCOMS, 2012

	Mortalitat	Prevalença (***) (1.2-1.4% Població)
Càncer	45 (25%)	30-35
No càncer	90 (50%)	200-245
Càncer / no càncer	1 / 2	1 / 8
Total crònics	135 (75%)	230-280
Total mortalitat	180 (100%)	-----

TAULA: Taxes de mortalitat i prevalença de pacients amb malalties avançades que requeririen atenció pal·liativa / ABS de 20.000 habitants (*) ()**
 (*) Actualitzada 05 02 2102
 (**) En població amb taxa envelliment de 18-21 %
 (***) Instrument NECPAL i Pregunta sorpresa negativa (PS-)
 Font: Gómez-Baliste X et al, BMJ SPcare, CCOMS, 2012

ANNEX II: AVALUACIÓ QUALITATIVA

- L'objectiu de l'avaluació qualitativa és conèixer el grau de qualitat del model d'atenció de malaltia crònica avançada d'un sector o recurs, amb metodologia senzilla i participativa, i identificar àrees que proposin objectius i accions de millora.
- És recomanable que sigui sistemàtic, participatiu i centrat en dimensions de l'atenció i l'organització.
- Una manera de revisar totes les dimensions consisteix a utilitzar el quadre de cures i les dimensions de l'organització i la coordinació sectoritzada; escollir un aspecte concret de cadascuna de les dimensions i fer-ne una avaluació qualitativa tipus DAFO, seguida de l'elaboració d'objectius concrets i propostes d'accions específiques.

FIGURA 1: AUTOAVALUACIÓ DE QUALITAT D'ATENCIÓ A PACIENTS

Dimensions de necessitats de pacients i famílies	Aspecte concret	Quantitatiu (quants pacients afecta?)	Punts forts (el que fem bé)	Àrees de millora (el que podem millorar)	Objectius	Accions a curt termini	Indicadors per acció
Malaltia							
Físics							
Psicològics							
Ètics							
Socials							
Família							
Espirituals							
Pràctics							
Agonia							
Dol							

FIGURA 2: AUTOAVALUACIÓ DE QUALITAT DE L'ORGANITZACIÓ A SERVEIS

Dimensions organitzatives del servei	Aspecte concret	Quantitatiu (quants pacients afecta?)	Punts forts (el que fem bé)	Àrees de millora (el que podem millorar)	Objectius	Accions a curt termini	Indicadors per acció
Equip: reunions							
Equip: responsables							
Equip: presa de decisions							
Identificació i registre de pacients diana							
Avaluació i monitoratge							
Atenció continuada, coordinació							
Unitat de gestió clínica							
Formació, investigació							
Protocols							
Sistemes d'informació							
Altres							

FIGURA 3: AUTOAVALUACIÓ COMPARTIDA DE QUALITAT EN UN SECTOR

Dimensions organitzatives del sector	Aspecte concret	Quantitatiu (quants pacients afecta?)	Punts forts (el que fem bé)	Àrees de millora (el que podem millorar)	Objectius	Accions a curt termini	Indicadors per acció
Identificació i registre							
Atenció a pacients de càncer							
Atenció a pacients de no-càncer							
Atenció continuada							
Atenció urgent							
Sistema d'informació							
Formació, investigació							
Altres							

ANNEX III: RECOMANACIONS BÀSIQUES PER AVALUAR I MILLORAR LA QUALITAT D'UN MODEL D'ATENCIÓ A PERSONES AMB MALALTIA CRÒNICA AVANÇADA ALS SERVEIS DE SALUT

Es tracta d'elaborar recomanacions per tal d'avaluar i millorar la qualitat del model d'atenció de la malaltia crònica avançada als serveis de salut convencionals, especialment en aquells que atenen una prevalença elevada de persones amb malaltia crònica avançada, com ara a l'atenció primària, serveis hospitalaris d'aguts (pneumologia, medicina interna, cardiologia, geriatria, oncologia mèdica i oncologia radioteràpica, urgències), centres sociosanitaris i centres residencials.

Les 6 mesures per avaluar i millorar l'atenció pal·liativa consisteixen en el següent:

- Identificar i registrar els malalts crònics avançats que poden requerir atencions pal·liatives.
- Formar els professionals.
- Practicar el treball interdisciplinari.
- Atendre el cuidador principal i la família.
- Millorar l'accessibilitat: optimització del programa ATDOM, permetre accessibilitat a les famílies, etc.
- Implementar la coordinació i accions integrades sectoritzades, gestió de cas, atenció planificada i programada, atenció continuada i atenció urgent.
- Addicionalment, també és convenient establir de manera regular algun mecanisme formal i sistemàtic d'autoavaluació i millora de la qualitat.^{1,2,3}

Identificar i registrar malalts crònics avançats que poden requerir atencions pal·liatives

Consisteix a disposar i utilitzar un mecanisme estandarditzat d'identificació de malalts avançats. Alguns suggeriments serien aquests:

¹ Ferris F, Gómez-Batiste X, Furst CJ, Connor S. Implementing quality palliative care. *J Pain Symptom Manage*, 2007; 33:5, 533-541.

² Gómez-Batiste X, Ferris F., et al. Ensure good quality palliative care. A Spanish Model. *Eur J Palliat Care*, 2008; 15(3): 142-147.

³ Gómez-Batiste X, Espinosa J, et al. WHOCC TOOL 4: Cómo evaluar y mejorar la calidad de atención paliativa en servicios de salud. Accessible a:http://www.iconcologia.net/catala/qualy/centre_projectes.htm.

- Inserir l'instrument NECPAL CCOMS-ICO[®] en la documentació convencional del sistema d'informació.
- Dissenyar una adaptació del mètode d'identificació de persones amb malaltia crònica avançada per a cada recurs assistencial.
- En el cas dels EAP, basar-se en el llistat de persones amb malalties cròniques evolutives avançades, CRG, registre ATDOM i de pacients hiperfreqüentadors i multiingressadors. Finalment, considerar les persones amb edat extrema (ex.: més grans de 90 anys) independentment del seu estat de salut o funcional.
- En el cas de serveis hospitalaris o de mitjana estada, aplicar-ho de manera sistemàtica als 2-3 dies de l'ingrés de malalts crònics avançats.
- En serveis de caràcter residencial, aplicar-ho de manera regular cada 3 mesos.

Formació dels professionals

Cal garantir que els professionals disposin de la formació necessària per tal d'atendre els malalts amb necessitats d'atenció pal·liatives i que cadascun tingui lideratges interns, així com de la documentació clínica disponible per dur a terme una assistència de qualitat.

Aquestes són algunes recomanacions:

- Fer un mapa de formació de l'equip i de necessitats de formació:
 - Bàsica: universal.
 - Intermèdia: en referents.
 - Avançada: segons el nivell de l'equip.
- Inserir la formació en aspectes d'atenció pal·liativa en el procés de formació convencional (sessions).
- Almenys 1-2 professionals per equip amb formació de nivell intermedi (professionals referents).
- Protocol·lització de les situacions més prevalents i de les més rellevants.
- Protocol·lització de les intervencions efectives.

Treball interdisciplinari

Cal assegurar el procés de treball interdisciplinari en l'atenció de persones amb necessitats d'atencions pal·liatives.

Algunes recomanacions són les següents:

- Dur a terme la identificació de malalts avançats de manera interdisciplinària.
- En persones amb malaltia crònica avançada, fer conjuntament:
 - Avaluació de necessitats.
 - Elaboració d'objectius terapèutics.
 - Planificació de les intervencions i del seguiment.
 - Monitoratge dels resultats.
- Definir bé els diferents rols dels membres de l'equip.
- Disposar de referents per a l'atenció emocional, social i espiritual.

Atenció del cuidador principal i la família

L'atenció integral de la família, molt especialment del cuidador/a principal.

Aquestes són algunes recomanacions:

- Identificar el cuidador/a principal.
- Avaluar:
 - Capacitat cuidadora emocional.
 - Capacitat cuidadora pràctica.
 - Risc de claudicació.
- Instaurar un procés de suport i educació del cuidador principal.
- Facilitar l'accés i la participació del cuidador principal en la presa de decisions i en les cures, també en malalts institucionalitzats.
- Avaluar el risc de dol complicat.
- Protocol·litzar l'atenció del dol.

Millora de l'accessibilitat

Es convenient optimitzar el programa ATDOM, especialment en serveis amb alta proporció de persones amb malaltia crònica avançada i atesa la freqüent evolució en situacions de crisi, amb aquests objectius.^{4,5,6,7}

⁴ CMSA (Case Management Society of America). Standards of Practice for Case Management. 2010. Accesible a www.cmsa.org.

⁵ Contel Segura JC, Esgueva de Haro N, Espelt Aluja MP, et al. Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de salut. Institut Català de la Salut. Febrer de 2010. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Accesible a www.gencat.cat/ics. Febrer de 2010.

⁶ Amorós G, Boix E, Brugués A, et al. Grup de Treball Gestió de Casos. La gestió de casos: un model d'atenció a la complexitat i la dependència. Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC). Conesa Ed (Barc), 2010.

- Millorar l'accessibilitat de malalts i famílies: espais i temps, flexibilitat, facilitació, etc.
- Augmentar la intensitat d'atencions i cures: atenció domiciliària o institucional residencial.
- Definir el referent específic dins l'equip.
- Fer intervencions programades preventives: atenció telefònica programada, especialment en malalts de risc de descompensació, prèviament al cap de setmana, atenció preventiva en malalts institucionalitzats, etc.
- Definir bé el rol de l'equip i informar-ne el malalt i la família:
 - Avaluació.
 - Seguiment (únic o compartit).
 - Atenció continuada i urgent.
 - Situacions previsibles (o imprevisibles)

Coordinació i accions integrades sectoritzades / sistemes d'informació

Caldrà activar mecanismes específics de coordinació o accions integrades per a l'organització sectoritzada de les intervencions amb orientació pal·liativa.

Aquestes són algunes recomanacions:

- Protocol·litzar els criteris de coordinació i cooperació: intervencions específiques.
- Protocol·litzar criteris d'actuació en atenció continuada i situacions d'emergència.
- Activar sistemes d'informació accessibles arreu i a qualsevol hora, amb visió 7x24.
- Disposar de mecanismes flexibles (*hotlines*) de comunicació i intercanvi d'informació de malalts.
- Fer reunions formals conjuntes de seguiment, formació i avaluació.
- Informar els usuaris dels criteris d'utilització racional dels recursos.

⁷ Blancas Bernuz N, Fabrellas Padrés N, Gassó Bonvehí D, et al. La gestió de casos en la pràctica infermera. 2010. Departament de Salut. Accessible a: www.gencat.cat/salut.

Autors:

Xavier Gómez-Batiste. Observatori Qualy. ICO

Jose Espinosa. Observatori Qualy. ICO

Marisa Martínez-Muñoz. Observatori Qualy. ICO

Laura Vila. DAP Catalunya Central. ICS

Xavi Costa. DAP Catalunya Central. ICS

Jordi Amblàs. Hospital Santa Creu Vic

Montse Puigdollers. Regió Sanitària Barcelona

Teresa Faixedas. Regió Sanitària Girona

Izabella Rohlf. Regió Sanitària Girona