



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

La infermera gestora de casos, garantia de coordinació i de continuïtat assistencial

2017





Autors

- Angélica Miguélez Chamorro. Subdirectora d'Atenció a la Cronicitat, Coordinació Sociosanitària, Salut Mental i Malalties Poc Freqüents. Servei de Salut de les Illes Balears
- Mercè Gomila Mas. Grup Tècnic d'Atenció a la Cronicitat. Servei de Salut de les Illes Balears
- Carlos Javier Villafáfila Gomila. Subdirector de Cures Assistencials i Atenció a l'Usuari. Servei de Salut de les Illes Balears
- Francesc Albertí Homar. Coordinador d'Atenció Sociosanitària. Servei de Salut de les Illes Balears
- Isabel Román Medina. Supervisora de l'Àrea Sociosanitària de l'Hospital General. Servei de Salut de les Illes Balears
- Noemí Sansó Martínez. Universitat de les Illes Balears
- Yolanda Muñoz Alonso. Servei de Planificació Sanitària. Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears
- Carlos Serrano Jurado. Equip de Suport d'Atenció Domiciliària (ESAD). Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Margarita Riera Fiol. Infermera de l'Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears
- Estefania Serratusell Sabater. Grup Tècnic d'Atenció a la Cronicitat. Servei de Salut de les Illes Balears



Revisors

- Antònia Roca Casas. Directora mèdica de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Maria Antònia Font Oliver. Directora d'infermeria de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Silvia García Castro. Infermera gestora de casos de l'Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears
- Eugenia Carandell Jäger. Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Bartolomé Sastre Palou. Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Maria Àngels Pujols Buades. Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Gabriel Moragues Sbert. Grup Tècnic d'Atenció a la Cronicitat. Servei de Salut de les Illes Balears

Traducció

Bartomeu Riera Rodríguez. Serveis Centrals. Servei de Salut de les Illes Balears

S'ha d'entendre que qualsevol referència sobre professionals o altres persones que en el document es faci en gènere masculí o femení alludeix indistintament a homes i a dones, de tal manera que això no suposa un ús sexista del llenguatge.

Edició: Subdirecció d'Atenció a la Cronicitat, Coordinació Sociosanitària, Salut Mental i Malalties poc freqüents.

Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut

Data: Desembre de 2017

ISBN: 978-84-697-9284-1



Índex de continguts

1. Introducció.....	7
2. Proposta de model d'atenció del pacient amb alguna malaltia crònica complexa o avançada	10
2.1. Estratificació i desenvolupament dels sistemes d'informació sanitària.....	10
2.2. Atenció domiciliària resolutiva i proactiva.....	11
2.3. Creació d'unitats de pacients crònics complexos als hospitals d'aguts	13
2.4. Creació d'unitats de pacients crònics avançats als hospitals d'estada mitjana o en unitats polivalents.....	14
2.5. Coordinació eficaç de la infermera gestora de casos.....	16
3. La infermera gestora de casos, garantia de coordinació i de continuïtat assistencial	17
4. Objectius del Programa d'infermera gestora de casos.....	18
5. Població diana	19
6. Competències de la infermera gestora de casos.....	20
7. Inclusió en el Programa, intervencions i circuits d'atenció en els diferents àmbits assistencials.....	22
7.1. Infermera gestora de casos comunitària	22
7.2. Infermera gestora de casos hospitalària	28
7.3. Infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana	33
7.4. Procés d'atenció de la infermera gestora de casos en els diferents àmbits assistencials.....	36
7.5. Procés d'infermera gestora de casos en descompensació del pacient crònic complex.....	37
7.6. Procés d'infermera gestora de casos en descompensació del pacient crònic avançat.....	38
8. Avaluació.....	39
9. Bibliografia.....	43
10. Glossari.....	48
11. Annexos.....	49
Annex 1. Qüestionaris de satisfacció.....	49
Annex 2. Definició de pacient crònic complex i de pacient crònic avançat.....	51

1. Introducció

L'envelliment i l'augment de l'esperança de vida juntament amb la presència de malalties cròniques, sumats als canvis estructurals familiars i socials, són factors que repercuteixen en l'empitjorament de la salut i en l'increment constant de la necessitat de recursos sanitaris i socials.¹

Si hi ha alguna cosa que justifiqui un canvi en la provisió dels serveis sanitaris —per tant, en el paper que els diferents professionals de la salut han d'acomplir— és que la població ha canviat de manera radical en els darrers anys i el sistema sanitari no ha sabut o no ha pogut adaptar-se a aquests canvis donant respostes adequades i sostenibles.²

Espanya és un dels estats amb un dels índexs d'envelliment més alt del món. Segons projeccions de l'Institut Nacional d'Estadística de 2014, el percentatge de població de més de 65 anys —que actualment se situa en el 18,2 %— haurà crescut fins al 24,9 % el 2029 i fins al 38,7 % el 2064.

Segons l'Institut Nacional d'Estadística, s'estima que la població de les Illes Balears serà l'any 2029 de 1.169.361 habitants i que s'assolirà el 21 % entre les persones de més de 65 anys i el 6,2 % entre les de més de 80 anys.³

Taula 1. Projecció de la població de les Illes Balears entre 2015 i 2029.

Any	2015		2029	
Població total	1.120.548		1.169.361	
Persones de més de 65 anys	170.899	15,3 %	244.776	21,0 %
Persones de més de 80 anys	48.082	4,3 %	73.035	6,2 %

Font: Institut Nacional d'Estadística.

L'envelliment es tradueix en la disminució de la capacitat funcional; això no implica intrínsecament malalties, però sí més vulnerabilitat als canvis i als entorns desfavorables. A mesura que les persones es van fent grans, el pes dels processos aguts sobre la morbiditat i la mortalitat disminueix, de manera que els processos crònics són cada vegada més freqüents.⁴ Els canvis fisiològics relacionats amb l'edat, les malalties cròniques i els processos aguts o intercurrents generen discapacitat i dependència. La relació entre malaltia i discapacitat és, doncs, evident.⁵

Les *malalties cròniques* es defineixen com a problemes de salut que progressen lentament, evolucionen imprevisiblement i requereixen controls continuats en el temps.⁶ Segons la Encuesta Andaluza de Salud de 2007, la prevalença de la cronicitat* per als pacients de 75 anys o més se situa en el 91,6 %, en el 84,3 % per al grup de 65 a 74 anys, en el 73,6 % per a la franja d'edat de 55 a 64 anys i en el 48,4 % per a les persones de 45 a 54 anys.

* Almenys una entre aquestes dotze: al·lèrgies cròniques; artrosi o reumatisme; bronquitis crònica; diabetis; hipertensió; migranyes; dolor o molèsties a l'esquena, al coll, a les espatlles o a la cintura; mala circulació; trastorns cardíacs, depressió o ansietat; altres problemes mentals, i osteoporosi.

Pel que fa a la pluripatologia (és a dir, almenys dues malalties de les dotze esmentades en el peu de pàgina anterior), la prevalença se situa en el 63,5 % en el grup d'edat de 85 anys o més, en el 68,6 % entre les persones de 75 a 84 anys, en el 54,2 % a la franja de 65 a 74 anys, en el 38,8 % entre les persones de 55 a 64 i en el 17,7 % en les de 45 a 54 anys.

L'anàlisi del conjunt de les altes hospitalàries d'Andalusia fa palès que en el 43,14 % s'identifica una malaltia crònica que genera discapacitat. A més, entre els anys 2000 i 2010 es va incrementar un 66,82 % el nombre de pacients crònics complexos o pluripatològics. Aquest increment es va apreciar tant en pacients amb GRD mèdics com en pacients amb GRD quirúrgics, en els quals l'increment de pacients pluripatològics és fins i tot més gran, ja que assoleix el 119 % d'increment en el mateix període.⁷

Segons dades del Sistema d'Informació del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, en data de 31 de maig de 2016 hi havia a les Illes Balears 12.546 persones beneficiàries d'una prestació per dependència, de les quals 8.757 rebien ajut econòmic per a cures dins de l'àmbit familiar (el 69,68 % del total de prestacions); la següent prestació més utilitzada era el recurs residencial, utilitzat per 1.916 persones (15,25 %) i, finalment, els centres de dia, amb 920 persones (7,32 %).⁸

En aquesta mateixa data hi havia a les Illes Balears 17.779 persones amb dret a la prestació de dependència i 5.233 amb dret a la prestació que encara no la rebien. En la taula 2 es mostra la distribució del total de persones beneficiàries amb dret a la prestació segons els graus de dependència reconeguts.

Taula 2. Nombre de beneficiaris amb dret a prestació de les Illes Balears, distribuïts per graus.

Grau	Beneficiaris
Grau I	5.314
Grau II	7.462
Grau III	5.003
TOTAL	17.779

Font: Sistema d'Informació del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència.

En resum, aquestes són les conclusions:

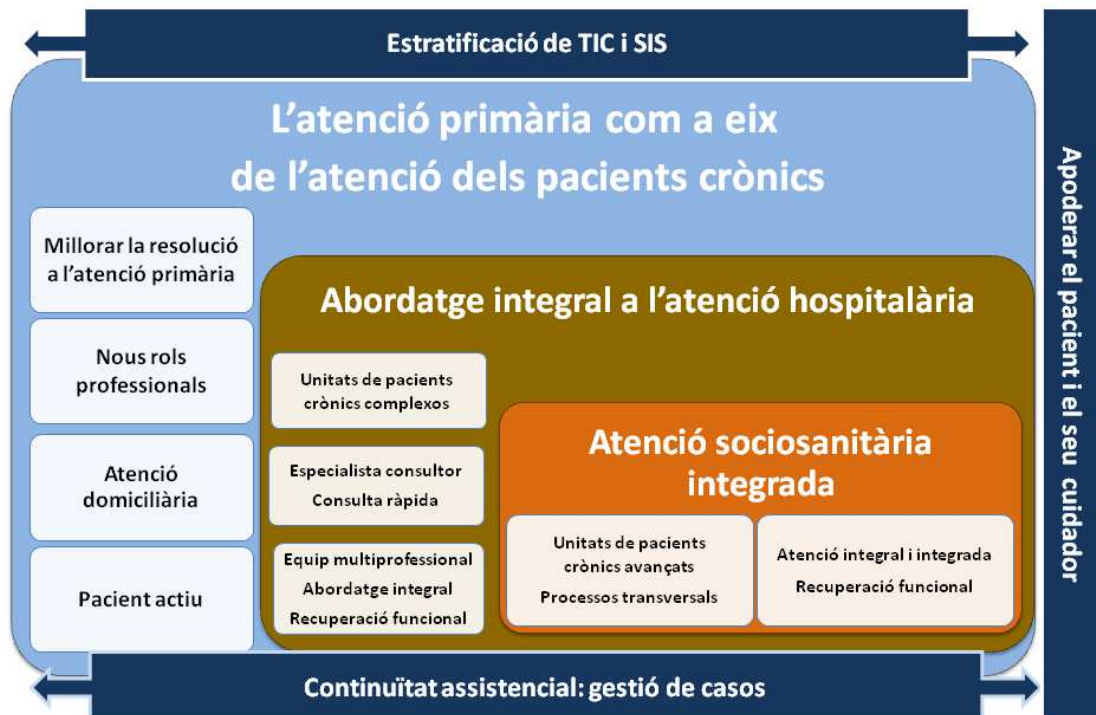
- Les malalties cròniques són la causa principal de la dependència.⁹
- La majoria de les malalties que ja estan causant dependència requereixen controls i tractaments per evitar —entre altres coses— que la dependència progressi.
- Són molt freqüents les descompensacions de les patologies cròniques, especialment en els casos de pluripatologia i polifarmàcia, cosa que suposa una dificultat especial en el tracte assistencial.
- Les persones amb malalties cròniques complexes i dependents desborden els hospitals i l'atenció domiciliària o residencial dels serveis socials.
- Perquè l'atenció sanitària a les persones grans dependents sigui eficient s'ha de gestionar amb una visió integradora i centrada en la persona.

Els costos de l'atenció a aquest perfil de persones fràgils, amb malalties cròniques complexes, pluripatologia, edat avançada i complexitat, només seran assumibles si canviem el nostre model d'atenció.

Per accelerar la resposta en matèria de prevenció i control de les malalties cròniques, l'Organització Mundial de la Salut recomana enfortir els programes de prevenció i control de les malalties no transmissibles per mitjà de coneixements tècnics adequats, recursos i responsabilitat per avaluar les necessitats, planificació estratègica, formulació de polítiques, coordinació multisectorial, execució i avaluació.¹⁰

L'Estratègia per a l'abordatge de la cronicitat en el Sistema Nacional de Salut publicada pel Ministeri de Sanitat el 2012 fa palès que els pacients amb més complexitat i/o amb pluripatologia necessiten una gestió integral del cas en el seu conjunt, amb cures fonamentalment professionals, dirigides als pacients i al seu entorn cuidador. Cal dur a terme una gestió dels casos per mitjà d'un procés de valoració, planificació i coordinació i facilitant la provisió, el monitoratge i l'avaluació de les opcions i dels recursos professionals o organitzatius necessaris per resoldre el cas.⁴

El Mapa estratègic d'atenció a la cronicitat del Servei de Salut (vegeu la figura a continuació) identifica la continuïtat assistencial com un element clau i transversal que compromet tots els àmbits assistencials i altres institucions (serveis socials, ajuntaments, escoles, etc.).



Font pròpia

2. Proposta de model d'atenció del pacient amb alguna malaltia crònica complexa o avançada

Seguint les recomanacions de l'Estratègia per a l'abordatge de la cronicitat en el Sistema Nacional de Salut, el Servei de Salut de les Illes Balears desenvolupa un projecte per a l'abordatge del pacient crònic complex i del pacient crònic avançat, en el qual la **infermera gestora de casos** (o "d'enllaç") té un paper clau per assegurar la continuïtat de les cures i la coordinació entre els diferents àmbits assistencials. Es proposa un model d'atenció proactiu i coordinat, que requereix canvis estructurals en tots els nivells assistencials per centrar l'atenció en la persona i oferir formació i suport als cuidadors en el seu entorn familiar. Es passa de la gestió de la malaltia a la gestió del cas assegurant unes cures professionals coordinades i un ús eficient dels recursos.

Aquest projecte té cinc pilars:

- Estratificació i desenvolupament dels sistemes d'informació sanitària a fi d'identificar la població.
- Atenció domiciliària resolutiva i proactiva.
- Creació d'unitats de pacients crònics complexos als hospitals d'aguts.
- Creació d'unitats de pacients crònics avançats als hospitals d'estada mitjana o en unitats polivalents.
- Coordinació eficaç que assegurï la continuïtat de les cures i l'activació dels recursos necessaris en cada cas per mitjà de la implementació del projecte d'infermera gestora de casos.

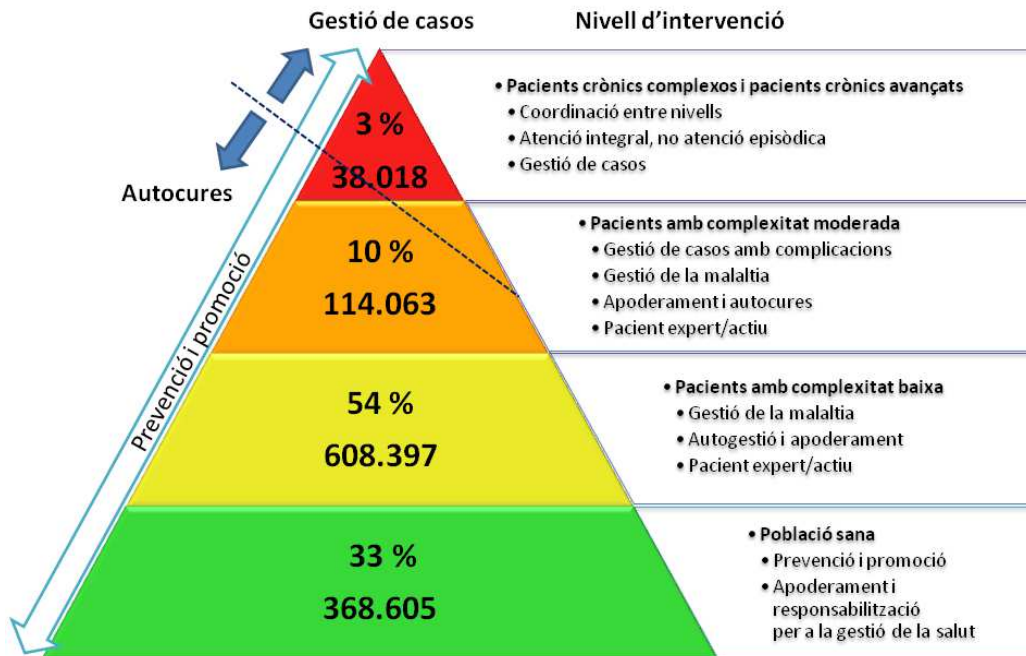
A continuació descrivim els quatre primers per entendre el marc d'actuació de la infermera gestora de casos; més endavant desenvoluparem el projecte que és l'objecte d'aquest document: la infermera gestora de casos com a garantia de coordinació i de continuïtat assistencial.

2.1. Estratificació i desenvolupament dels sistemes d'informació sanitària

Estratificar i desenvolupar els sistemes d'informació sanitària és imprescindible per identificar la població i activar les alarmes en la història del pacient de tal manera que siguin visibles en tots els àmbits assistencials.

El Servei de Salut ha fet el primer pas en la planificació de l'atenció a la cronicitat estratificant la població per grups de morbiditat ajustats, una que va impulsar el Ministeri de Sanitat l'any 2015. L'estratificació classifica la població en grups segons la morbiditat i la complexitat identificant les persones segons les necessitats que presenten, de tal manera que puguem anticipar-nos a les complicacions i a les reaguditzacions i planificar els recursos necessaris.

En aquesta figura apareix el resultat de l'estratificació per grups de morbiditat ajustats corresponent a la població de les Illes Balears del desembre de 2016.



Font: Estratificació GMA. Desembre de 2016. Població de les Illes Balears

Per identificar el pacient en el sistema i mantenir-lo en el *radar* sanitari és imprescindible desenvolupar adequadament les tecnologies de la informació i la comunicació i uns sistemes d'informació sanitària que permetin identificar el pacient en la història clínica per mitjà d'alarmes que orientin els professionals en el procés i els facilitin prendre decisions. Aquest aspecte té una importància vital per garantir una atenció integrada i coordinada.

2.2. Atenció domiciliària resolutiva i proactiva

Perquè els pacients amb alguna malaltia crònica complexa o avançada en puguin tenir un control adequat a casa seva cal una atenció domiciliària proactiva i resolutiva que doni suport i formació al pacient i al seu cuidador per prevenir tant com sigui possible complicacions com ara les úlceres, les caigudes i les descompensacions evitables. Des del Servei de Salut pretenem impulsar una atenció domiciliària eficaç per millorar la qualitat de vida de les persones fràgils i dels seus cuidadors, ja que s'ha demostrat que l'atenció domiciliària és més eficaç i eficient que l'atenció institucionalitzada.¹¹

L'Estratègia per a l'abordatge de la cronicitat en el Sistema Nacional de Salut recomana potenciar el paper dels professionals de medicina i d'infermeria de l'atenció primària com a referents dels pacients amb problemes de salut crònics per fer el seguiment dels seus processos i activar els recursos.

El paper del professional de la infermeria en el suport a les autocures i en l'acompanyament en el procés d'apoderament dels pacients és inqüestionable, atès el seu perfil clínic i educador competent en la preparació i en l'entrenament del pacient i del seu cuidador.

Sempre que sigui possible, el domicili és el millor lloc on aquest tipus de pacient pot mantenir el control de la cura, ja que estar en el seu entorn millora el benestar i la qualitat de vida. En els casos de falta d'implicació familiar, absència de cuidador o decisió informada de la família de no voler assumir la cura caldrà treballar en equip per situar el pacient al lloc més adequat que asseguri les cures. La intervenció social és clau a fi de mantenir aquests pacients en les millors condicions possibles, procurant-los a ells i al seu entorn el suport social adequat en cada situació. Els professionals del treball social sanitari són responsables de les funcions de diagnòstic i tractament de la problemàtica social i de facilitar i coordinar l'accés a altres recursos sociosanitaris.⁴

Diferents estudis fan palès que els programes amb intervencions específiques en l'àmbit comunitari que garanteixen una atenció personalitzada i continuada, en la qual s'involucra els pacients i el seu entorn familiar, aconsegueixen reduir el nombre d'ingressos hospitalaris i la mitjana de temps de les estades.¹²⁻¹⁵ En aquests casos és important evitar les hospitalitzacions inadequades i els desplaçaments innecessaris a consultes de seguiment o a serveis d'urgències, excepte en les situacions de descompensació greu, especialment dels pacients en la situació de final de la seva vida. Si es requereix ingressar en un centre hospitalari, té una importància vital assegurar una bona coordinació que garanteixi la continuïtat de les cures al llarg de tot el procés, atès el risc de patir complicacions, caigudes, úlceres i pèrdua de la capacitat funcional. El rol principal de la infermera gestora de casos és precisament assegurar una coordinació eficaç entre tots els nivells assistencials amb la màxima seguretat i una qualitat assistencial òptima.

En els darrers anys, a les Illes Balears ha disminuït de manera alarmant el percentatge de població de més de 65 anys inclosa en el Programa d'atenció domiciliària. El gener de 2015 hi havia inclosos el 4,7 % de les persones de més de 65 anys, malgrat que en la bibliografia consultada es recomana incloure-hi entre el 6 % i el 15 % d'aquest grup de població (6-9 %, ¹⁶ 10 %, ¹⁷ 15 %¹⁸). Del total de pacients inclosos en el Programa d'atenció domiciliària només s'havia mesurat l'índex de Barthel en el 13,22 % i rebia un mínim de quatre visites l'any, i tan sols es disposava de registre de detecció del risc d'úlceres per pressió en el 30,7 %.

El nou projecte d'atenció domiciliària té per objectiu prioritari augmentar la cobertura i oferir una atenció eficient i de qualitat a les persones en situació de complexitat, fragilitat i dependència. Per això proposa una atenció planificada i proactiva des dels equips d'atenció primària, en lloc de fer-ho de manera reactiva i episòdica. I com a peça fonamental per millorar l'atenció domiciliària planteja la figura de la infermera gestora de casos, amb l'objectiu d'assegurar la continuïtat de les cures, la coordinació eficaç entre els àmbits assistencials, resultats més bons en matèria de salut, més satisfacció dels usuaris, dels cuidadors i dels professionals, i una cobertura més àmplia de l'atenció domiciliària de la població diana. Aquesta atenció no només ofereix més qualitat sinó que, tal com hem vist, resulta molt més eficient.

2.3. Creació d'unitats de pacients crònics complexos als hospitals d'aguts

La creació d'unitats de pacients crònics complexos als hospitals d'aguts és una proposta de dissenyar un circuit diferenciat des dels serveis d'urgències o des dels hospitals de dia (consulta de crònics d'alta resolució) per evitar les complicacions i el deteriorament funcional i cognitiu d'aquests pacients quan segueixen el mateix circuit que un pacient agut.

Quan ingressen en un hospital d'aguts, els pacients crònics complexos sovint presenten problemes afegits al motiu que ocasiona l'ingrés. Entre aquests problemes solen destacar les caigudes, el deteriorament cognitiu, els dèficits auditiu i visual, la polifarmàcia, l'insomni, la simptomatologia depressiva, la malnutrició, les úlceres cutànies i la dependència per dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària. Durant el procés hospitalari també són més susceptibles a patir complicacions que un altre tipus de pacients.

De tots aquests problemes, el deteriorament funcional és el que té una repercussió més important en la vida posterior del pacient, ja que n'incrementa la necessitat de cures després de l'alta del centre hospitalari. Aquest deteriorament apareix en el 25-55 % dels casos i afecta el nivell d'autonomia, sobretot en la capacitat de deambulació, el control dels esfínters i la higiene personal. En alguns casos les complicacions derivades de l'hospitalització exigeixen una atenció a domicili que abans no era necessària, cosa que pot suposar la claudicació familiar o derivar en la institucionalització del pacient. Així doncs, és evident que si requereix ingressar en un hospital d'aguts, aquest tipus de pacient es beneficiaria d'una ruta assistencial i d'un abordatge diferents per evitar l'empitjorament funcional i cognitiu i assolir un grau més alt de recuperació.¹⁹

En l'article de Barisonzo i col·l.²⁰ s'assegura que l'actitud mèdica i l'organització de l'hospital són les raons més freqüents de les estades inadequades. El monitoratge de la durada de l'estada hospitalària, combinat amb protocols diagnòstics, de tractament i de planificació de l'alta, probablement milloraria l'eficiència en aquesta àrea mèdica.

Seguint la recomanació de l'Estratègia per a l'abordatge de la cronicitat del Sistema Nacional de Salut, proposam crear unitats específiques per a pacients crònics complexos o pluripatològics, liderats per equips multiprofessionals compostos almenys per metges internistes o geriatres, infermeres expertes en cronicitat i geriatria, infermera gestora de casos d'hospital d'aguts i treballador social. Per a aquests pacients cal fer una valoració integral i disposar d'un pla de cures integrat i, si és possible, un pla anticipat de decisions. La infermera gestora de casos hospitalària i el treballador social han de planificar conjuntament l'alta a partir de l'ingrés a la unitat juntament amb la infermera gestora de casos de l'atenció primària, que ha d'estar permanentment en contacte amb el metge i l'infermer de família del pacient per garantir el suport domiciliari adequat en el moment de l'alta. És important identificar i prioritzar els pacients amb més risc de reingressar o de patir una descompensació.

2.4. Creació d'unitats de pacients crònics avançats als hospitals d'estada mitjana o en unitats polivalents

Promovem la creació d'unitats de pacients crònics avançats als hospitals d'estada mitjana perquè les persones que pateixin una malaltia en una fase avançada rebin atenció sanitària hospitalària adequada a la seva situació de salut per mitjà d'una estreta coordinació entre l'hospital d'estada mitjana i l'atenció primària.

Els pacients crònics avançats són els que compleixen criteris de pacients crònics complexos i presenten un NECPAL CCOMS-ICO[®] positiu.²¹ A més, han d'estar diagnosticats i s'ha d'haver avaluat que no necessiten més exploracions sofisticades ni que hi està indicat cap tractament agressiu o invasiu. Per identificar-los és necessari el consentiment del pacient, o de la seva família si el pacient no el pot donar.

Per a aquests pacients definim una ruta assistencial que permet ingressar-los directament des del seu domicili en cas de descompensació o complicació. Aquests pacients, que suposen l'1-1,5 % de la població, es caracteritzen perquè tenen una expectativa de vida curta i necessitat de cures palliatives.^{22, 23}

L'article 14 de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, defineix la *prestació sociosanitària* com l'atenció que “comprèn el conjunt de cures destinades als malalts, generalment crònics, que per les seves característiques especials es poden beneficiar de l'actuació simultània i sinèrgica dels serveis sanitaris i socials per augmentar la seva autonomia, paliar les seves limitacions o sofriments i facilitar la seva reinserció social”. I afegeix que en qualsevol cas ha de comprendre les cures sanitàries de durada llarga, l'atenció sanitària en la convalsència i la rehabilitació de pacients amb dèficit funcional recuperable.²⁴

L'objectiu principal d'aquestes unitats és rehabilitador, de promoció de l'autonomia i de reinserció en la comunitat després d'un procés agut o d'una complicació de la malaltia crònica. Els pacients ingressats en aquestes unitats requereixen un abordatge des d'una perspectiva multidisciplinària i una valoració integral de les seves necessitats a causa de la complexitat que presenten.

Les unitats d'estada mitjana —també anomenades “de convalsència i rehabilitació”— constitueixen una peça clau en l'eficàcia de l'assistència geriàtrica, ja que prioritzen la recuperació funcional dels ancians amb incapacitat o deteriorament inicialment reversible; però també administren cures dirigides a 1) l'adaptació dels pacients a la incapacitat, 2) la implicació i l'aprenentatge dels familiars en la cura dels ancians impossibilitats, 3) la cura i la cicatrització d'úlceres i ferides, 4) la planificació de la ubicació definitiva després de l'alta hospitalària, 5) l'avaluació de les síndromes geriàtriques i fins i tot 6) l'estabilització clínica de malalties en la fase subaguda.²⁵

Aquestes unitats es poden ubicar en hospitals d'estada mitjana o en unitats polivalents dins d'un hospital d'aguts, especialment en els casos dels hospitals comarcals o de les entitats concertades. Actualment, a Mallorca disposam de l'Hospital General, de l'Hospital Joan March i de l'Hospital Verge de la Salut, destinats monogràficament a aquest tipus d'atenció, i també hi ha concerts amb l'Hospital Sant Joan de Déu i amb la Residència

Assistida de Felanitx (a Mallorca), amb el Centre Sociosanitari Santa Rita (a Menorca) i amb l'Hospital Residència Assistida Cas Serres (a Eivissa).

La creació d'unitats geriàtriques d'estada mitjana hospitalàries té un volum suficient d'evidència científica (grau de recomanació A) que n'acredita l'eficàcia, l'efectivitat i l'eficiència comparades amb les cures hospitalàries convencionals, la qual cosa redueix el desenvolupament de la incapacitat i de les conseqüències que suposa per mitjà de la recuperació funcional en les fases subagudes de la malaltia.²⁵

Tots els professionals que atenen aquests pacients han de tenir formació sobre cures palliatives i han de fer un abordatge integral que els garanteixi el nivell més alt de confort i de qualitat de vida que sigui possible. Per als pacients crònics avançats es defineix una ruta específica en cas de descompensació o exacerbació de la malaltia, o d'impossibilitat de poder prestar-los les cures necessàries amb seguretat. En aquesta ruta s'accedeix directament a la unitat de crònics avançats d'un hospital d'estada mitjana per mitjà de la derivació des del domicili del pacient a càrrec del metge de família, de la infermera comunitària o de la infermera gestora de casos. Proposam, doncs, un abordatge integral dels professionals experts en complexitat que s'anticipa a les complicacions habituals i prevé el deteriorament funcional. Aquesta nova ruta assistencial per als pacients crònics avançats ha de ser coordinada per la infermera gestora de casos de l'atenció primària i per la infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana. Així s'aconsegueix una atenció més satisfactòria i molt més eficient.

A més, proposam l'índex de Barthel com a instrument d'avaluació eficaç en aquestes unitats i consideram adequat aconseguir una millora de la situació funcional del pacient crònic avançat, tenint en compte que tant el guany funcional com l'estada hospitalària i l'eficiència poden estar condicionats per la complexitat de les característiques d'aquests pacients.²⁶

Tenint en compte que estam en un context de pacients palliatius, dins del grup de pacients crònics avançats destacam un subgrup de pacients que presenten una complexitat alta i requereixen recursos específics o avançats en cures palliatives, tant a domicili com en l'atenció hospitalària. Aquests recursos específics estan constituïts per professionals d'unitats de cures palliatives (UCP) circumscrites a l'àmbit sociosanitari i pels equips de suport d'atenció domiciliària (ESAD) en l'atenció primària. Una vegada valorada la complexitat amb l'instrument diagnòstic de complexitat en cures palliatives (IDC-Pal),²⁷ aquests equips donen resposta a l'alta complexitat d'aquests pacients amb formació avançada en cures palliatives.

2.5. Coordinació eficaç de la infermera gestora de casos

En el procés de salut i malaltia dels pacients més complexos és crucial una coordinació eficaç que asseguri la continuïtat de les cures i l'activació dels recursos necessaris per a cada cas. El Servei de Salut posa en marxa el **Programa d'infermera gestora de casos** en tots els àmbits sanitaris per assegurar la coordinació i la continuïtat assistencial.

La coordinació és la peça elemental que permetrà augmentar la disponibilitat dels recursos, la continuïtat de les cures, la qualitat assistencial i la ubicació dels usuaris en el centre de l'organització.^{18, 28, 29}

Molts de pacients amb aquest perfil requereixen, a més, la intervenció dels serveis socials, per la qual cosa també és necessària una coordinació fluida i eficaç entre els serveis sanitaris i els serveis socials.^{28, 29} Aquesta figura de coordinació es desenvolupa en els diferents àmbits del Servei de Salut (atenció primària, atenció hospitalària d'aguts i atenció hospitalària d'estada mitjana) i adopta el concepte de *gestió de casos* proposat per la Case Management Society of America com el "procés de col·laboració en el qual es valoren, es planifiquen, s'apliquen, es coordinen, es monitoren i s'avaluen les opcions i els serveis necessaris per satisfer les necessitats de salut d'una persona, articulant la comunicació i els recursos disponibles per promoure resultats de qualitat i efectius".³⁰

3. La infermera gestora de casos, garantia de coordinació i de continuïtat assistencial

Aquest projecte proposa el desenvolupament de competències avançades d'infermeria dirigides a l'abordatge integral de les persones amb alguna malaltia crònica complexa o avançada i a l'atenció de les persones en situació de fragilitat i dependència que requereixen una coordinació eficaç que respongui de manera eficient a les seves necessitats de salut i socials. La missió de la infermera gestora de casos és assegurar una atenció integral i de qualitat coordinant tots els agents implicats en el procés de salut i malaltia del pacient i del cuidador per assegurar la continuïtat assistencial, amb un model de pràctica avançada col·laboratiu, integral i multiprofessional que promou que el pacient sigui tant de temps com sigui possible en l'entorn comunitari amb la qualitat de vida més gran.

La figura de la infermera gestora de casos ha estat analitzada en diferents estudis recents, que han demostrat que les intervencions que du a terme aconseguen reduir la mitjana de temps de les estades hospitalàries i el nombre de reingressos, la qual cosa suposa un estalvi per al sistema sanitari i la millora de la qualitat de vida dels pacients.³¹ Es tracta de facilitar-los la transició a casa seva de manera planificada i de permetre'ls reprendre al més còmodament possible l'activitat quotidiana, alhora que s'evita la fragmentació en l'atenció i es genera un valor afegit en el Servei de Salut.^{28,29}

S'ha demostrat que, a diferència del model tradicional, la intervenció de la infermera gestora de casos afavoreix l'accessibilitat als serveis sanitaris i als recursos disponibles, la qual cosa aconseguix un impacte positiu en la capacitat funcional dels pacients i en la sobrecàrrega del cuidador, que expressen més satisfacció.^{32, 33} En la societat de la comunicació, de la tecnificació i de l'accés fàcil i ràpid a la informació és important que pacients i cuidadors participin en la cura i en la presa de decisions del procés de salut i malaltia; per això és imprescindible l'escolta activa, per saber les necessitats percebudes com no cobertes pels pacients crònics, ja que estan associades directament amb reingressos hospitalaris i és freqüent la falta d'adequació i d'adaptació de les intervencions a les necessitats específiques dels pacients crònics en molts de programes de gestió de les malalties.³⁴

Al marge del model d'atenció triat, tots els països amb un sistema consolidat d'atenció domiciliària coincideixen en les tendències següents:¹⁸

- Augment del nivell de coordinació, col·laboració i integració entre els serveis d'atenció domiciliària i d'ajuda a domicili i els diferents nivells assistencials del sistema sanitari.²⁹
- Les infermeres són el principal proveïdor i gestor de serveis a tots els països, en col·laboració directa amb metges i treballadors socials.³⁵
- Increment de la participació d'altres professionals, com ara terapeutes ocupacionals, podòlegs i infermeres especialistes en salut mental i en pediatria.
- Desenvolupament de programes d'atenció per a cuidadors principals de les xarxes informals: formació i assessorament per a la cura, gestió dels problemes d'afrontament, foment d'associacions d'ajuda mútua i serveis de respir.³⁶

4. Objectius del Programa d'infermera gestora de casos

Objectiu principal

Garantir el compliment del pla de cures integral dirigit al pacient, a la seva família i al seu cuidador per mitjà de la coordinació entre els diferents professionals de tots els àmbits assistencials i la gestió del cas, a fi d'assegurar la continuïtat assistencial amb la pràctica avançada de les cures.^{29, 37-45}

Objectius específics

- Identificar els pacients que estiguin en una situació de complexitat i dependència alta.
- Prevenir-ne el deteriorament funcional i cognitiu o millorar-lo optimitzant l'atenció domiciliària i coordinant un pla terapèutic integrat.
- Proporcionar una atenció integral i continuada als pacients inclosos en el Programa.
- Facilitar les ajudes tècniques i els recursos necessaris per mitjà dels circuits establits.
- Garantir la continuïtat assistencial coordinant totes les intervencions que el pacient requereix durant el procés assistencial.
- Fomentar l'autonomia i l'autocura del pacient, de la seva família i del cuidador per mitjà de formació i motivació per adquirir les habilitats i els coneixements necessaris per aconseguir una gestió adequada de la salut.
- Reduir el nombre d'ingressos i de visites als serveis d'urgències dels pacients que estiguin inclosos en el Programa potenciant l'atenció integral de qualitat a l'atenció primària, especialment a domicili.
- Assegurar la ruta assistencial establida per als pacients crònics complexos.
- Assegurar la ruta assistencial establida per als pacients crònics avançats.
- Establir una coordinació eficaç amb els dispositius socials per solucionar la problemàtica social, especialment en els pacients amb gran dependència.
- Impartir formació continuada als professionals dels equips sobre l'abordatge dels pacients crònics complexos o avançats i sobre els processos assistencials, les rutes assistencials i els recursos disponibles.
- Col·laborar en l'organització i la impartició de tallers dirigits a cuidadors i a cuidadors actius.
- Avaluar la satisfacció en l'atenció del grup de pacients complexos i dels cuidadors fent enquestes de satisfacció (vegeu l'annex 1).

5. Població diana

Aquest Programa està orientat a les persones que, a causa de l'estat de salut, requereixen una atenció específica de coordinació, valoració i seguiment, i també als seus cuidadors.

Les persones (infants i adults) susceptibles de ser ateses per la infermera gestora de casos són les que estan en alguna d'aquestes situacions:

- Persones incloses en el Programa de pacient crònic complex (vegeu l'annex 2).
- Persones incloses en el Programa de pacient crònic avançat (vegeu l'annex 2).
- Persones en situació de dependència amb un índex de Barthel igual o inferior a 60 i/o una puntuació igual o superior a 5 en el test de Pfeiffer.
- Pacients en risc d'exclusió social o amb poca capacitat d'autocura.
- Persones que viuen totes soles o amb cuidadors amb capacitat limitada de suport (cuidadors de més de 75 anys o amb un resultat igual o inferior a 5 en el test de Lawton & Brody en el cas de les dones o igual o inferior a 3 en el cas dels homes).
- Pacients amb alguna malaltia o un procés de prevalença baixa que necessiten un abordatge específic i diferenciat (esclerosi lateral amiotròfica, esclerosi múltiple, distròfies musculars, lesions medullars...).
- Persones amb alguna malaltia crònica que estiguin incloses en el Programa d'atenció domiciliària i compleixin (elles o el seu cuidador) algun d'aquests criteris:
 - Cansament en el rol de cuidador o risc de patir-ne.
 - Tres visites o més als serveis d'urgències durant el darrer any.
 - Úlceres per pressió o cròniques amb mala evolució.
 - Dolor crònic.
- Cal incloure en el Programa tots els cuidadors dels pacients inclosos en el Programa.
- Cal excloure del Programa les persones que manifestin voluntàriament que no hi volen ser incloses.

6. Competències de la infermera gestora de casos

L'amenaça que la cronicitat suposa per a la sostenibilitat del sistema s'ha convertit en una oportunitat per a les infermeres, que poden desenvolupar nous rols de pràctica avançada per dur a terme la gestió de casos i el seguiment i el control dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats, i també per al sistema sanitari, que es pot beneficiar de l'eficiència d'aquest model d'atenció.⁴⁶

El model Guided Care, creat a la Universitat Johns Hopkins —contextualitzat a l'atenció primària i centrat en els pacients crònics complexos—, compta amb una infermera gestora de casos amb competències avançades que treballa estretament amb els pacients, amb els metges i amb altres proveïdors per facilitar una atenció coordinada i centrada en la persona. Aquesta infermera està ubicada a l'atenció primària i gestiona i atén una cartera aproximada de 50-60 pacients de complexitat alta.³³ Les avaluacions d'aquest model han mostrat que els pacients atorguen una puntuació a la qualitat de l'atenció rebuda significativament més alta que els que reben atenció convencional, i talment amb els cuidadors. A més, els costos mitjans d'aquests pacients varen resultar un 25 % inferiors al cap de sis mesos de seguiment.

Morales-Asencio³⁴ assegura que hi ha diversos factors que al llarg del temps s'ha considerat que són determinants per a l'èxit de la gestió de casos: 1) definició clara de la responsabilitat del gestor de casos sobre els pacients que gestionarà; 2) claredat en els rols; 3) suport per garantir que disposen de les competències adequades; 4) mecanismes fiables i vàlids per detectar els casos; 5) ràtios d'assignació adequades que assegurin que els pacients i els cuidadors reben atenció òptima; 6) sistemes de registre accessibles i compartits amb els altres membres de l'equip assistencial; 7) integració màxima dels serveis de salut i dels serveis socials; 8) implicació dels interessats durant els processos d'implementació de la gestió de casos i, per descomptat, 9) èmfasi absolut de l'organització per garantir la continuïtat i l'educació per a l'autocura.

El projecte proposa el desenvolupament de competències avançades d'infermeria dirigides a l'abordatge integral dels pacients crònics i relacionades directament amb l'actitud, les habilitats i els coneixements del professional.^{12,47}

Actitud

- Inquietud per la innovació i la recerca.
- Capacitat de qüestionament i actitud crítica amb les rutines establides del sistema.
- Orientació de la pràctica a obtenir resultats en matèria de salut, treballant constantment per aconseguir la qualitat i assolir l'excel·lència.
- Motivació cap a la millora contínua.
- Respecte al principi d'autonomia del pacient.
- Visió integral de la persona i orientació a l'atenció centrada en el pacient i en la seva família.
- Respecte als valors, als costums i a les creences del pacient i de la seva família.
- Col·laboració amb els altres membres de l'equip d'atenció.
- Compromís amb el pacient i amb la seva família.

Habilitats

- Comunicació, tant escrita com a verbal, ja que és l'eina bàsica de treball en la relació diària amb el pacient, amb la seva família i amb els diversos professionals dels diferents nivells assistencials.
- Desenvolupament de relacions interpersonals constructives.
- Treball en equip, sobretot coordinació i organització amb l'equip interdisciplinari.
- Negociació i resolució de conflictes creant un clima d'interès mutu i efectiu amb totes les parts implicades.
- Adaptació a situacions noves que puguin sorgir durant tot el procés assistencial.
- Ús habitual de l'avaluació i de l'anàlisi crítica.
- Gestió de riscos.
- Planificació i organització efectiva dels recursos.
- Maneig de tecnologies de la informació i de la comunicació.
- Recerca bibliogràfica i lectura crítica de la bibliografia científica.
- Nivell alt de perícia professional.
- Capacitat per establir una relació d'ajuda i acompanyament eficaç del pacient i del cuidador.

Coneixements

- Metodologia infermera i taxonomia NANDA, NIC i NOC.
- Valoració geriàtrica integral i altres instruments de valoració específics.
- Recursos de finançament i dispositius d'ajuda en matèria sociosanitària, tant dins com fora del sistema de salut.
- Resultats de salut esperats: clínics, qualitat de vida, econòmics i de satisfacció.
- Estàndards de qualitat assistencial.
- Ofimàtica bàsica.
- Coneixement dels diversos sistemes d'informació de salut disponibles (RELE, HCIS, HSAL, e-SIAP, Cerner, SISGES).
- Seguretat assistencial.
- Coneixement de la xarxa social i dels dispositius disponibles a les Illes Balears i de com funcionen.
- Gestió de recursos per rendibilitzar i optimitzar els disponibles actualment a les Illes Balears.
- Tècniques d'elaboració, coordinació i impartició de tallers d'educació per a la salut.
- Metodologia de promoció i educació per a la salut.
- Metodologia de recerca i de transferència a la pràctica.
- Principis de bioètica.

7. Inclusió en el Programa, intervencions i circuits d'atenció en els diferents àmbits assistencials

L'entrada del pacient en el Programa d'infermera gestora de casos s'efectua a proposta dels professionals referents dels diferents àmbits assistencials o de la infermera gestora de casos mateixa després de verificar que el pacient compleix els criteris d'inclusió definits en el projecte.

Una vegada inclòs en el Programa, el pacient ha de ser atès pels diferents professionals per mitjà dels circuits establits segons les necessitats que presenti. Sempre s'ha de procurar treballar en equip i prendre les decisions de manera consensuada i tenint en compte el pla anticipat de decisions del pacient, la seva família i el cuidador. La planificació anticipada de decisions és un procés voluntari de comunicació i deliberació entre una persona capaç i professionals sanitaris implicats en l'atenció d'aquesta, sobre els valors, els desigs i les preferències que vol que es tinguin en compte pel que fa a l'atenció sanitària que rebrà com a pacient, fonamentalment en els moments finals de la vida.⁴⁸ Tot i que encara no s'ha començat a treballar en aquest aspecte, el Servei de Salut considera prioritari desenvolupar-lo en un futur pròxim.

Els pacients crònics complexos i els pacients crònics avançats s'han d'incloure directament en el Programa d'infermera gestora de casos a proposta d'un metge, una infermera, un treballador social o un altre professional referent per al pacient i per al cuidador.

A continuació definim específicament les vies d'inclusió en el Programa d'infermera gestora de casos, les intervencions proposades i els circuits d'atenció per a cada àmbit assistencial. Incloem un diagrama de flux conjunt del procés d'atenció de la infermera gestora de casos en els diferents àmbits, i també els processos d'atenció en cas de descompensació del pacient crònic complex o del pacient crònic avançat.

7.1. Infermera gestora de casos comunitària

7.1.1. Inclusió en el Programa

- Qui pot sol·licitar la inclusió d'un pacient en el Programa:
 - Equip d'atenció primària (metge, infermera, treballador social) i equip de les unitats de suport (ESAD i unitats de salut mental).
 - Serveis d'urgències (SUAP, PAC i O61).
 - Infermera gestora de casos hospitalària i infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana.
 - Serveis socials: treballadors socials municipals, treballadors familiars...
 - Associacions de persones afectades per malalties cròniques o incapacitants.
 - Farmacèutics d'atenció primària.
 - Pacient o família.

- Captació proactiva de la infermera gestora de casos comunitària per mitjà de la identificació en els sistemes d'informació sanitària per estratificació i per mitjà del registre de la història clínica i del registre dels pacients en el Programa d'atenció domiciliària valorant si el pacient compleix els criteris definits en l'apartat "Població diana".

7.1.2. Intervenció de la infermera gestora de casos comunitària

La infermera gestora de casos comunitària ha de tenir com a referència per a la pràctica clínica els processos assistencials i els programes implementats en el marc de l'atenció primària, especialment els programes d'atenció domiciliària, de pacient crònic complex, de pacient crònic avançat i de polimediació, les guies de pràctica clínica per a l'abordatge de la cronicitat i el *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*, del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, entre d'altres. Les intervencions específiques que desenvolupa la infermera gestora de casos són les que descrivim a continuació.

✧ Coordinar el pla de cures ajustat a les necessitats del pacient i del cuidador

- Acordar amb la infermera referent qui s'encarregarà de l'atenció a domicili al començament del pla terapèutic: valoració i pla de cures dels pacients crònics complexos i dels pacients crònics avançats amb més complexitat, prioritzant les intervencions.
- Fer la valoració integral del pacient i del cuidador principal identificant les necessitats, acordant amb cadascú el pla de cures i consensuant-lo amb els professionals referents (infermera, treballador social i metge de família) i altres professionals que intervinguin en el procés.
- Elaborar el pla d'actuació terapèutic de cada pacient conjuntament amb els professionals de referència.
- Donar suport a la infermera referent per desenvolupar el pla de cures elaborat conjuntament:
 - Ajudar les persones amb alguna discapacitat o en risc d'incapacitació, els seus familiars i als seus cuidadors a identificar els problemes i a prendre decisions.
 - Valorar i gestionar els coneixements, les habilitats i les actituds del pacient, de la seva família i del cuidador en el procés de la malaltia.
 - Potenciar l'apoderament perquè el pacient i el cuidador desenvolupin la capacitat per dur a terme les cures.
 - Ajudar a establir prioritats amb la família i a redistribuir les tasques familiars. Pactar un acord mutu d'ajuda (infermera/familiars) per dissenyar i seguir el pla de cures.
 - Identificar amb el pacient, amb la seva família i amb el cuidador els recursos de suport de què disposen.

- Reavaluar el cas a demanda dels professionals de referència del pacient i sempre que hi hagi canvis importants en la seva situació clínica i/o en la del cuidador.
- Reavaluar anualment el pacient inclòs en el Programa d'infermera gestora de casos comunitària valorant-ne la complexitat, la morbiditat i la fragilitat.
- Reavaluar anualment el cuidador valorant-ne l'estat de salut i la capacitat d'afrontar les cures.

✧ **Activar un pla de millora per al cuidador**

- Col·laborar i/o participar amb l'equip d'atenció primària en el desenvolupament de tallers d'educació per a la salut per a cuidadors segons el conveni de col·laboració entre la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i d'Autonomia Personal de les Illes Balears, el Servei de Salut i l'Institut Mallorquí d'Afers Socials per implementar actuacions formatives, d'informació i de suport a cuidadors no professionals amb la finalitat de mantenir-ne o millorar-ne la qualitat de vida, amb una periodicitat mínima semestral.
- Fomentar xarxes de suport formals i informals per a cuidadors.

✧ **Gestionar l'ús del material de suport tècnic per a l'autocura**

- Valorar i gestionar les necessitats de material de suport que el pacient i el seu cuidador puguin necessitar a casa (grua, llit articulats, matalàs antiescares, cadira de rodes, etc.), conjuntament amb l'equip d'atenció primària i els treballadors socials de referència.
- En els casos de pacients ingressats en hospitals d'aguts o d'estada mitjana, abans de l'alta valorar i gestionar conjuntament amb l'equip referent les necessitats de material de suport que el pacient i el cuidador puguin necessitar a casa.

✧ **Coordinar els diferents professionals i àmbits assistencials**

- Gestionar amb la infermera gestora de casos hospitalària i la infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana els casos complexos, tant d'hospitals d'aguts com d'estada mitjana, a petició de la infermera gestora de casos comunitària i/o dels professionals referents de les unitats d'hospitalització.
- Participar en la coordinació dels diferents serveis d'atenció i dels diferents professionals.
- Coordinar, revisar i consensuar amb la infermera referent del pacient el pla de cures i les gestions dutes a terme amb aquest i/o amb el cuidador.
- Participar en la gestió de cites en els àmbits sanitari i social.

- ✧ **Collaborar en la millora de la coordinació de l'equip d'atenció primària amb la xarxa social**
 - Treballar de manera coordinada amb el treballador social fent la valoració conjuntament a demanda d'aquest i en els casos de pacients o cuidadors que ho requereixin.
 - Dur a terme actuacions concretes a les xarxes informals, com ara col·laborar amb associacions de pacients i amb ONG per promoure xarxes d'acompanyament i voluntariat.
 - Identificar les persones clau que puguin ajudar a desenvolupar actuacions de suport als cuidadors.
 - Contribuir a establir relacions entre els professionals dels sectors sanitari i social i altres xarxes de suport.

- ✧ **Contribuir a la formació continuada dels professionals de l'atenció primària en matèria de prevenció i atenció dels pacients fràgils i dels cuidadors i d'atenció domiciliària**
 - Participar com a docent en activitats de formació continuada adreçades especialment als professionals de l'atenció primària.
 - Impartir sessions específiques sobre l'atenció domiciliària i el seguiment de casos amb les infermeres de família.

- ✧ **Avaluació continuada**
 - Posar en comú periòdicament la gestió de casos i la metodologia de treball utilitzada entre les infermeres gestores de casos amb la finalitat d'aconseguir l'equitat en l'atenció i unes cures estandarditzades.
 - Establir reunions periòdiques sistematitzades amb altres professionals de continuïtat per facilitar l'avaluació i la millora del procés.

7.1.3. Circuit d'entrada en el Programa per captació proactiva i d'atenció de la infermera gestora de casos comunitària

<p>EAP / IGCC</p>	<p>Informació complementària</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 La IGCC ha de captar proactivament persones susceptibles d'entrar en el Programa a partir de l'estratificació, del registre de la història clínica i del registre dels pacients en el PAD després de valorar si compleixen els criteris definits en l'apartat "Població diana". 2 Actualitzat anualment. <p>NOTA: mantenir la comunicació eficaç amb tots els professionals implicats i també la continuïtat de la informació entre els nivells d'atenció assistencial.</p> <p>Font pròpia.</p> <p>Abreviatures: EAP: equip d'atenció primària ESAD: Equip de Suport d'Atenció Domiciliària HEM: hospital d'estada mitjana IC: infermera comunitària IGCC: infermera gestora de casos comunitària MF: metge de família PAD: Programa d'atenció domiciliària PC: pla de cures PCA: pacient crònic avançat PCC: pacient crònic complex TS: treballador social VI: valoració integral</p>
-------------------	--

7.1.4. Circuit d'entrada en el Programa a demanda i d'atenció de la infermera gestora de casos comunitària

<p>EAP / IGCC / ESAD</p>	<p>Informació complementària</p> <p>La demanda de la valoració del pacient per entrar en el Programa d'infermera gestora de casos comunitària pot sorgir de l'EAP, de les unitats de suport (ESAD, USM), dels professionals dels serveis d'urgències (SUAP i 061), de la IGCH, de la IGCHEM, dels FAP, dels serveis socials, de les associacions de malalts i a demanda del pacient mateix i/o de la seva família.</p> <p>1</p> <p>2 Actualitzat anualment.</p> <hr/> <p>NOTA: mantenir la comunicació eficaç amb tots els professionals implicats i també la continuïtat de la informació entre els nivells d'atenció assistencial.</p> <p>Font pròpia.</p> <p>Abreviatures: EAP: equip d'atenció primària ESAD: Equip de Suport d'Atenció Domiciliària FAP: farmacèutics d'atenció primària HEM: hospital d'estada mitjana IC: infermera comunitària IGCC: infermera gestora de casos comunitària IGCH: infermera gestora de casos hospitalària IGCHEM: infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana MF: metge de família PC: pla de cures PCA: pacient crònic avançat PCC: pacient crònic complex SUAP: Servei d'Urgències d'Atenció Primària TS: treballador social USM: unitat de salut mental VI: valoració integral</p>
--------------------------	--

7.2. Infermera gestora de casos hospitalària

7.2.1. Inclusió en el Programa

- Qui pot sol·licitar la inclusió d'un pacient en el Programa:
 - Equip referent hospitalari (metge, infermera, treballador social).
 - Equip d'atenció primària (metge, infermera, treballador social).
 - Serveis d'urgències extrahospitalàries (O61).
 - Infermera gestora de casos comunitària (infermera gestora de casos comunitària) i infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana (infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana).
- Captació proactiva per part de la infermera gestora de casos hospitalària de persones susceptibles d'entrar en el Programa. La infermera gestora de casos hospitalària, per mitjà de llistes de pacients ingressats en unitats diana, ha d'identificar els pacients que compleixin els criteris descrits en l'apartat "Població diana" (aquest és un aspecte que es pot adaptar a les situacions específiques de cada hospital). Ha de revisar la història clínica de tots els àmbits possibles (hospitalària, atenció primària i hospital d'estada mitjana) i ha de valorar la pertinència de la inclusió a fi d'assegurar que es compleixen els objectius del Programa. Ha de contactar amb els professionals de referència del pacient i pactar el seguiment i les intervencions que s'hagin de dur a terme.

7.2.2. Intervenció de la infermera gestora de casos hospitalària

A més de coordinar el pla assistencial durant l'estada hospitalària dels pacients amb l'equip multidisciplinari, la infermera gestora de casos hospitalària n'ha d'assegurar la valoració integral i ha de planificar conjuntament amb la infermera del centre assistencial corresponent el moment de l'alta i la continuïtat de les cures des del moment de l'ingrés, i ha de contactar amb la infermera d'atenció primària en els casos necessaris. L'objectiu és afavorir una transició adequada dels pacients de risc al seu domicili o a un altre recurs assistencial en els casos en què —a causa de la complexitat de la patologia o pel fet de tractar-se d'ancians fràgils, de pacients pluripatològics, etc.— sigui necessària la continuïtat de les cures per mantenir-ne o millorar-ne la qualitat de vida i per fer un seguiment terapèutic correcte quan no necessitin uns altres recursos socio-sanitaris.^{37, 49, 50}

La infermera gestora de casos hospitalària també ha de donar suport a la infermera responsable del pacient en el seguiment del pla de cures establert, especialment en les intervencions educatives dirigides a controlar-ne la situació de salut en el moment de l'alta i en l'elaboració de l'informe de continuïtat de les cures. A continuació descrivim les intervencions específiques que ha de desenvolupar la infermera gestora de casos hospitalària.

- ✧ **Coordinar el pla de cures ajustat a les necessitats del pacient i la persona cuidadora**
 - Col·laborar amb els professionals referents per assegurar una valoració integral i/o focalitzada —si cal— al pacient i al cuidador, acordant amb aquests el pla de cures i ajustant-lo a les necessitats que presentin.⁵¹
 - Proporcionar al pacient i/o al seu cuidador la informació i l'assessorament pertinents per adquirir habilitats i coneixements necessaris i prendre les decisions oportunes per afrontar la situació de salut en què es troba.⁵²

- ✧ **Coordinar les intervencions derivades dels problemes de col·laboració**
 - Activar de manera consensuada amb l'equip les alarmes corporatives d'identificació del pacient en programes d'atenció específics.
 - Detectar possibles complicacions.
 - Afavorir l'adherència al tractament.

- ✧ **Activar un pla de millora per al cuidador durant l'ingrés del pacient**
 - Afavorir el descans del cuidador.
 - Incloure el cuidador en l'elaboració del pla de cures i iniciar un procés educatiu amb la finalitat de preparar-lo per afrontar la situació una vegada que el pacient torni a casa seva.
 - Oferir serveis per afrontar la situació al domicili i per a la cura mateixa (cuidar el cuidador): informació, tallers per a cuidadors, xarxes de suport, intervencions en cas de risc o cansament en el rol de cuidador...
 - Assessorar en la sol·licitud i el tràmit de recursos.

- ✧ **Gestionar les cites**
 - Adequar les cites del pacient a les dates i als horaris més convenients per a ell i per al seu cuidador.
 - Ajudar el cuidador en la tramitació de visites a especialistes o de proves diagnòstiques que s'hagin de fer.
 - Adequar en el mateix acte les cites del pacient i del seu cuidador.

- ✧ **Gestionar el trasllat del pacient**
 - Participar en la planificació de la transició integrant-la a les cures diàries per garantir la seguretat i la continuïtat al domicili o en un altre centre.
 - Assegurar que el pacient i el seu cuidador tenen la disposició, els coneixements, les habilitats i l'ànim per afrontar la transició.⁵⁵
 - Fer les gestions necessàries per garantir que tota la informació sobre el pacient i l'informe de continuïtat de cures arribin a la infermera responsable de la continuïtat de les cures, tant a l'atenció primària com a l'hospitalària.

- Demanar la col·laboració presencial de la infermera gestora de casos comunitària en els casos de cures complexes o dificultat d'afrontament al domicili.
 - Agilitar el trasllat amb ambulància quan calgui per mitjà del circuit específic establert.
 - Assegurar-se que el pacient surt de l'hospital amb tota la medicació i les receptes que necessiti fins que se'n faci càrrec el personal de l'atenció primària.
 - Assegurar-se que el pacient té una cita de continuïtat assistencial amb la infermera referent a l'atenció primària.
 - Coordinar les cites i les proves complementàries a les consultes externes hospitalàries per assegurar la qualitat de la continuïtat.
- ✧ **Gestionar l'ús del material de suport tècnic per a l'autocura**
- Valorar i gestionar abans de l'alta conjuntament amb l'equip referent les necessitats de material de suport que el pacient i el seu cuidador puguin necessitar al domicili (grua, llit articulat, matalàs antiescares, cadira de rodes, etc.).
- ✧ **Coordinar els diferents professionals i àmbits assistencials**
- Gestionar amb la infermera gestora de casos comunitària i la infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana els casos complexos, tant els de l'atenció primària com els dels hospitals sociosanitaris, a petició de la infermera gestora de casos hospitalària i/o dels professionals referents.
 - Facilitar la coordinació entre els diferents professionals del sistema per donar continuïtat a les cures establides en el pla assistencial.
 - Crear i mantenir circuits i mecanismes de coordinació amb l'atenció primària i amb els recursos sociosanitaris disponibles en l'entorn del pacient (hospitals de convalsència i rehabilitació, centres de rehabilitació, hospitals de dia, rehabilitació a domicili, etc.).
- ✧ **Avaluació continuada**
- Posar en comú periòdicament la gestió de casos i la metodologia de treball utilitzada entre les infermeres gestores de casos amb la finalitat d'aconseguir l'equitat en l'atenció i unes cures estandarditzades.
 - Establir reunions periòdiques sistematitzades amb altres professionals de continuïtat per facilitar l'avaluació i la millora del procés.

7.2.3. Circuit d'entrada en el Programa per captació proactiva i d'atenció de la infermera gestora de casos hospitalària

<p>EAE / IGCH / IGCC / IGCHEM / ESAD / UCP</p>	<p>Informació complementària</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 La IGCH ha de captar proactivament persones susceptibles d'entrar en el Programa a partir dels ingressos en els serveis urgències i dels ingressos en les unitats d'hospitalització diana. 2 Revisar si es compleixen els criteris definits en l'apartat "Població diana". 3 Actualitzat anualment. 4 La IGCH ha de comunicar a l'atenció primària el compliment dels criteris per entrar en el Programa de pacient crònic complex o de pacient crònic avançat i s'activaran les alarmes en els sistemes d'informació. 5 La presa de decisions a partir d'aquest punt del diagrama de flux va orientada a la planificació de l'alta hospitalària. <p>NOTA: mantenir la comunicació eficaç amb tots els professionals implicats i també la continuïtat de la informació entre els nivells d'atenció assistencial.</p> <p>Font pròpia.</p> <p>Abreviatures: EAE: equip d'atenció especialitzada ESAD: Equip de Suport d'Atenció Domiciliària HEM: hospital d'estada mitjana IGCC: infermera gestora de casos comunitària IGCH: infermera gestora de casos hospitalària IGCHEM: infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana PC: pla de cures PCA: pacient crònic avançat PCC: pacient crònic complex UCP: unitat de cures paliatives VI: valoració integral</p>
--	---

7.2.4. Circuit d'entrada en el Programa a demanda i d'atenció de la infermera gestora de casos hospitalària

EAE / IGCH / IGCC / IGCHEM / ESAD / UCP	<p>Informació complementària</p> <ol style="list-style-type: none">1 La demanda de la valoració del pacient per entrar en el Programa d'infermera gestora de casos hospitalària pot sorgir de l'EAP, de la IGCC, de la IGCHEM i del O61.2 Actualitzat anualment.3 Activar alarma d'IGCH si compleix criteris definits en l'apartat "Població diana".4 La IGCH ha de comunicar a l'atenció primària el compliment dels criteris per entrar en el Programa de pacient crònic complex o de pacient crònic avançat i s'activaran les alarmes en els sistemes d'informació.5 La presa de decisions a partir d'aquest punt del diagrama de flux va orientada a la planificació de l'alta hospitalària. <p>NOTA: mantenir la comunicació eficaç amb tots els professionals implicats i també la continuïtat de la informació entre els nivells d'atenció assistencial.</p> <p>Font pròpia.</p> <p>Abreviatures: EAE: equip d'atenció especialitzada EAP: equip d'atenció primària ESAD: Equip de Suport d'Atenció Domiciliària HEM: hospital d'estada mitjana IGCC: infermera gestora de casos comunitària IGCH: infermera gestora de casos hospitalària IGCHEM: infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana PC: pla de cures PCA: pacient crònic avançat PCC: pacient crònic complex UCP: unitat de cures paliatives VI: valoració integral</p>
---	--

7.3. Infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana

7.3.1. Inclusió en el Programa

- Qui pot sol·licitar la inclusió d'un pacient en el Programa:
 - Equip referent de l'hospital d'estada mitjana (metge, infermera, treballador social, etc.).
 - Infermera gestora de casos hospitalària i infermera gestora de casos comunitària.
- Captació proactiva de la infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana.

7.3.2. Intervenció de la infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana

La infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana té les funcions següents:

- Desenvolupar la coordinació i la gestió global de tot el pla assistencial que el pacient tengui actiu durant l'estada a l'hospital sociosanitari.
- Afavorir la continuïtat de les cures des d'un enfocament integral.
- Garantir l'obtenció de les ajudes i dels recursos socials més adequats després d'un període d'hospitalització en un centre sociosanitari o en un dispositiu alternatiu.
- Facilitar al pacient i als seus familiars la transició a casa seva o a un altre centre de forma coordinada i planificada.

A continuació descrivim les intervencions específiques que ha de desenvolupar la infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana.

✧ *Coordinar el pla de cures ajustat a les necessitats del pacient i del seu cuidador*

- Coordinació de les cures de pacients amb problemes de dependència secundaris a un dèficit d'autocures, a la falta de coneixements i/o a un maneig ineficaç del règim terapèutic.
- Valorar, atendre i formar els cuidadors principals.
- Coordinar les cures dels pacients amb problemes d'autonomia, amb suplència total o parcial de les activitats de la vida diària.
- Coordinar les cures dels pacients que necessitin cures palliatives.
- Coordinar les cures dels pacients amb algun tipus de deteriorament cognitiu (demència).

- ✧ **Activar un pla de millora per al cuidador**
 - Detectar els cuidadors principals i elaborar —conjuntament amb la infermera referent de l'atenció primària i els treballadors socials— un pla d'actuació per incrementar els seus recursos.
 - Integrar en el pla de cures el cuidador fent-lo partícip de les intervencions que s'han de dur a terme.
 - Afavorir l'adaptació del cuidador al procés assistencial dels seus familiars (horari d'informació, menjar a l'hospital, etc.).

- ✧ **Gestionar el trasllat al domicili o a un altre centre o dispositiu**
 - Coordinar el trasllat del pacient que ha d'ingressar en un hospital d'estada mitjana.
 - Coordinar el trasllat del pacient donat d'alta hospitalària a casa seva o a un altre hospital.

- ✧ **Gestionar l'ús del material de suport tècnic per a l'autocura**
 - Valorar i gestionar abans de l'alta conjuntament amb el treballador social i la resta de l'equip referent les necessitats de material de suport que el pacient i el seu cuidador puguin requerir al domicili (grua, llit articulat, matalàs antiescares, cadira de rodes, etc.).

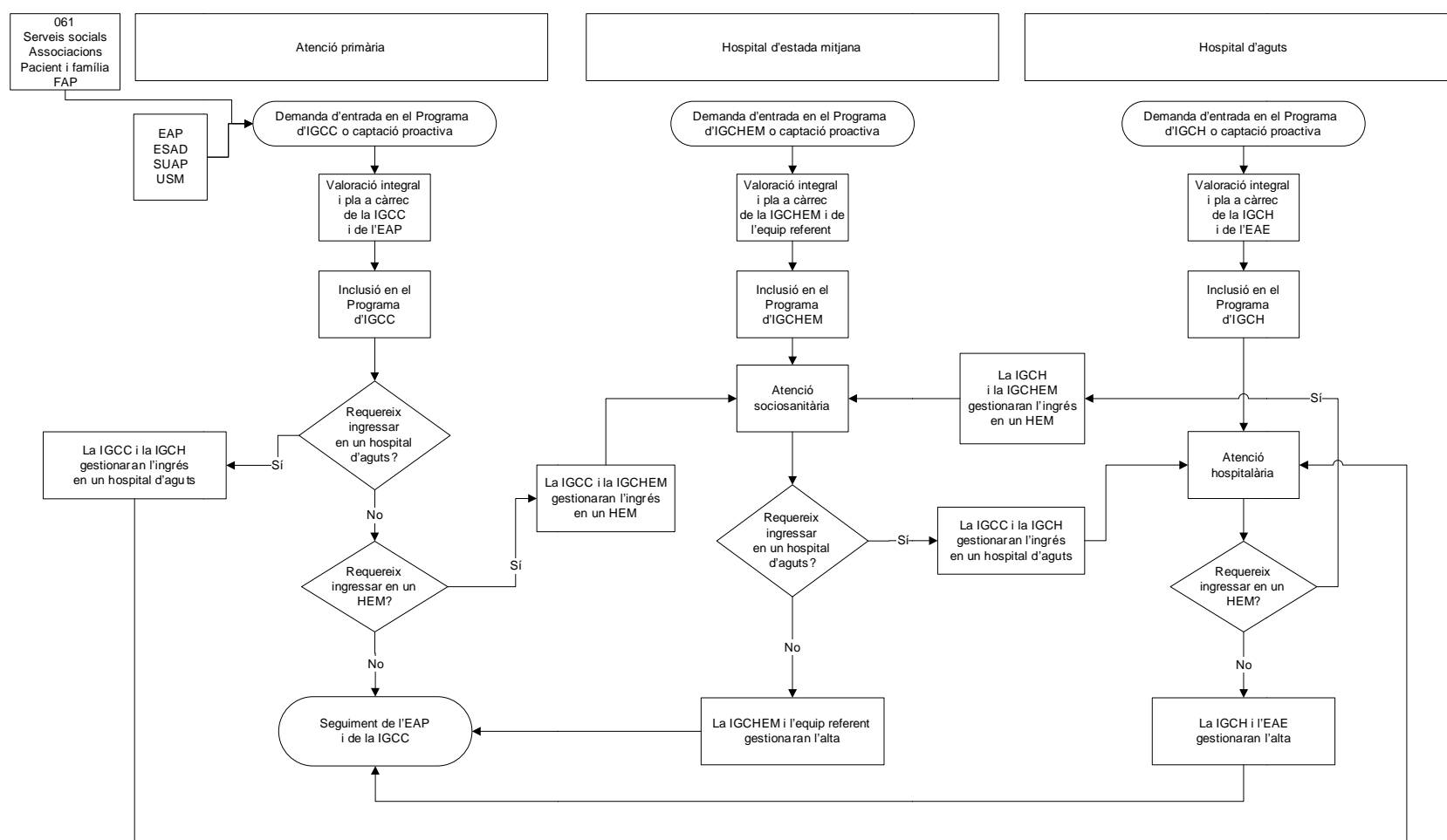
- ✧ **Coordinar els diferents professionals i àmbits assistencials**
 - Gestionar amb la infermera gestora de casos hospitalària i la infermera gestora de casos comunitària els casos complexos, tant els dels hospitals d'aguts com el de l'atenció primària, a petició de la infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana i/o dels professionals referents.
 - Participar en la coordinació dels diferents serveis d'atenció i dels diferents professionals.
 - Coordinar, revisar i consensuar amb la infermera referent d'hospital d'estada mitjana el pla de cures del pacient i les gestions que s'hagin fet amb aquest i/o amb el seu cuidador.
 - Aportar al treballador social tota la informació que necessiti per cercar el dispositiu més adequat en previsió de l'alta hospitalària del pacient.
 - Coordinar les cites dels pacients en el Programa d'hospital de dia avaluador en l'horari més adequat per al pacient i per als seus familiars.

- ✧ **Avaluació continuada**
 - Posar en comú periòdicament la gestió de casos i la metodologia de treball utilitzada entre les infermeres gestores de casos amb la finalitat d'aconseguir l'equitat en l'atenció i unes cures estandarditzades.
 - Establir reunions periòdiques sistematitzades amb altres professionals de continuïtat per facilitar l'avaluació i la millora del procés.

7.3.3. Circuit d'entrada en el Programa a demanda i atenció de la infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana

IGCHEM	<p>Informació complementària</p> <ol style="list-style-type: none">1 La IGCHEM ha de revisar la història clínica de tots els pacients que ingressin, independentment de la procedència (domicili, residència, hospital d'aguts...).2 El pacient que s'identifiqui com a PCA ha de seguir la ruta assistencial específica per als PCA.3 La IGCHEM ha de comunicar a l'atenció primària el compliment dels criteris per entrar en el Programa de pacient crònic complex o de pacient crònic avançat i s'activaran les alarmes en els sistemes d'informació. <p>NOTA: mantenir la comunicació eficaç amb tots els professionals implicats i també la continuïtat de la informació entre els nivells d'atenció assistencial.</p> <p>Font pròpia.</p> <p>Abreviatures: HEM: hospital d'estada mitjana IGC: infermera gestora de casos IGCHEM: infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana PCA: pacient crònic avançat</p>
--------	---

7.4. Procés d'atenció de la infermera gestora de casos en els diferents àmbits assistencials



Font pròpia. Abreviatures: EAE: equip d'atenció especialitzada; EAP: equip d'atenció primària; ESAD: Equip de Suport d'Atenció Domiciliària; HEM: hospital d'estada mitjana; IGCC: infermera gestora de casos comunitària; IGCH: infermera gestora de casos hospitalària; IGCHEM: infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana; SUAP: Servei d'Urgències d'Atenció Primària. USM: unitat de salut mental.

7.5. Procés d'infermera gestora de casos en descompensació del pacient crònic complex

EAP / IGCC / 061 / IGCH / MI referent	<p>Informació complementària</p> <p>1 La IGCC ha d'assegurar que els pacients identificats com a PCA tinguin en la història clínica fetes i actualitzades les valoracions mèdica, infermera i social, a més de les escales, els diagnòstics infermers (d'independència, autonomia i col·laboració) i el pla de cures.</p> <p>2 Quan el pacient pateix una descompensació a casa, fora de l'horari de 8.00 a 15.00 del dilluns al divendres no festiu, la família ha de contactar amb el 061. El pacient ha de tenir activada l'alarma. El 061 ho resoldrà a domicili, però si no és possible el derivarà a l'hospital d'aguts advertint el servei d'urgències de l'hospital sobre la condició del pacient com a PCC, per la qual cosa ha de seguir la ruta assistencial específica.</p> <p>3 La valoració domiciliària l'ha de fer el MF, la IC o la IGCC. Si el MF no acudeix al domicili, pot prendre una decisió juntament amb la IC o la IGCC, però si el pacient o la infermera reclamen el MF, ha d'acudir al domicili.</p> <p>Quan el problema no es resol amb la visita domiciliària, el MF pot actuar així:</p> <p>a) Contactar amb el MI referent a l'hospital.</p> <p>b) Derivar el pacient a la consulta exprés de l'hospital de referència (si no n'hi ha, ha d'acudir al servei d'urgències).</p> <p>4 c) Ingressar el pacient a l'hospital d'aguts seguint la ruta assistencial específica.</p> <p>En les opcions b o c, la IGCC ha de contactar amb la IGCH per al trasllat. Si el MF no ha estat localitzat i la IC considera necessari el trasllat, ha de ser la IGCC qui contacti amb la IGCH o el MI referent per consultar el cas i, si fos necessari, ingressar el pacient.</p> <p>NOTA: si el pacient pateix una descompensació, cal acudir al centre de salut. S'han de seguir els mateixos passos a partir del punt 3.</p> <p>Font pròpia.</p> <p>Abreviatures: EAP: equip d'atenció primària; IC: infermera comunitària; IGCC: infermera gestora de casos comunitària; IGCH: infermera gestora de casos hospitalària; MF: metge de família; MI: metge internista; PCC: pacient crònic complex.</p>
---------------------------------------	--

7.6. Procés d'infermera gestora de casos en descompensació del pacient crònic avançat

<p>EAP / IGCC / 061 / IGCHEM / MI referent</p>	<p>Informació complementària</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 La IGCC ha d'assegurar que els pacients identificats com a PCA tinguin en la història clínica fetes i actualitzades les valoracions mèdica, infermera i social, a més de les escales, els diagnòstics infermers (d'independència, autonomia i col·laboració) i el pla de cures. 2 Quan el pacient pateix una descompensació a casa, fora de l'horari de 8.00 a 15.00 del dilluns al divendres no festius, la família ha de contactar amb el 061. El pacient ha de tenir activada l'alarma. El 061 el resoldrà a domicili, però si no és possible el derivarà a l'HEM advertint sobre la condició del pacient com a PCA. 3 La valoració domiciliària l'ha de fer el MF, la IC o la IGCC. Si el MF no acudeix al domicili, pot prendre una decisió juntament amb la IC o la IGCC, però si el pacient o la infermera reclamen el MF, ha d'acudir al domicili. <p>Quan el problema no es resolgui amb la visita domiciliària, el professional que acudeix a domicili (MF, IC o IGCC) pot contactar amb la IGCHEM per ingressar el pacient a l'HEM.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4 La IGCC o el MF han de contactar amb la IGCHEM per traslladar el pacient a l'HEM. Si el MF no ha estat localitzat o el motiu de l'ingrés és la claudicació del cuidador perquè les cures que requereix el pacient són massa complexes, la IGCC pot posar-se en contacte amb la IGCHEM per consultar el cas i, si és necessari, gestionar l'ingrés, però ha de comunicar-ho al EAP com més aviat millor. <p>És necessari escriure en l'evolució de la història clínica de l'atenció primària que imprimirà la IGCHEM a l'HEM.</p> <p>NOTA: si el pacient pateix una descompensació, cal acudir al centre de salut. S'ha de seguir els mateixos passos a partir del punt 3.</p> <p>Font pròpia. Abreviatures: EAP: equip d'atenció primària; HEM: hospital d'estada mitjana; IC: infermera comunitària; IGCC: infermera gestora de casos comunitària; IGCHEM: infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana; MF: metge de família; MI: metge internista; PCA: pacient crònic avançat.</p>
--	--

8. Avaluació

És necessari fer una avaluació continuada del projecte i dels resultats obtinguts a fi d'introduir-hi les modificacions oportunes. A continuació definim uns indicadors per avaluar la qualitat de l'atenció dels pacients inclosos en el Programa d'infermera gestora de casos del Servei de Salut, que seran determinants en cada àmbit en què les infermeres gestores de casos desenvolupin l'activitat.

Objectiu 1: identificar els pacients en situació de complexitat i dependència alta

1) Cobertura d'atenció del pacient crònic complex en el Programa d'infermera gestora de casos

Indicador	Percentatge de pacients crònics complexos inclosos en el Programa d'infermera gestora de casos
Numerador	Nombre de pacients crònics complexos inclosos en el Programa d'infermera gestora de casos $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients crònics avançats esperats (1,5 %) i nombre estimat de pacients crònics complexos en què la infermera gestora de casos intervé (0,5 %)
Criteri de revisió	Es considera que un pacient és dins el Programa quan estan activades les alarmes de pacient crònic complex i d'infermera gestora de casos. El nombre total de pacients amb criteris d'inclusió s'ha de mesurar a partir de les dades de prevalença (1,5 % del total de la població que correspon a pacients crònics avançats i 0,5 % de pacients crònics complexos en els que s'estima que la infermera gestora de casos intervengui. Total: 2 %).
Estàndard diana	10 % del 2 % esperat com a objectiu inicial

2) Cobertura d'atenció del pacient crònic avançat en el Programa d'infermera gestora de casos

Indicador	Percentatge de pacients crònics avançats inclosos en el Programa d'infermera gestora de casos
Numerador	Nombre de pacients crònics avançats inclosos en el Programa d'infermera gestora de casos $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients crònics avançats esperats
Criteri de revisió	Es considera que un pacient és dins el Programa quan estan activades les alarmes de pacient crònic avançat i d'infermera gestora de casos. El nombre total de pacients amb criteris d'inclusió s'ha de mesurar a partir de les dades de prevalença de pacients crònics avançats esperades per contingent (prevalença de pacients crònics avançats: 1,5 % del total de la població).
Estàndard diana	Informatiu

Objectiu 3: proporcionar una atenció integral i continuada al pacient inclòs en el Programa d'infermera gestora de casos i a la seva família

3) Valoració dels cuidadors de pacients en el Programa d'infermera gestora de casos

Indicador	Percentatge de pacients inclosos en el Programa d'infermera gestora de casos amb l'escala de sobrecàrrega del cuidador de Zarit feta
Numerador	Nombre de pacients inclosos en el Programa d'infermera gestora de casos amb l'escala de sobrecàrrega del cuidador de Zarit feta $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients inclosos en el Programa d'infermera gestora de casos
Criteri de revisió	Històries clíniques dels centres
Estàndard diana	60 %

4) Diagnòstic de cansament en el rol de cuidador o en situació de risc

Indicador	Percentatge de pacients inclosos en el Programa d'infermera gestora de casos amb un diagnòstic de cansament en el rol de cuidador o en situació de risc
Numerador	Nombre de pacients inclosos en el Programa d'infermera gestora de casos amb un diagnòstic de cansament en el rol de cuidador o en situació de risc $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients inclosos en el Programa d'infermera gestora de casos
Criteri de revisió	Històries clíniques dels centres
Estàndard diana	60 %

Objectiu 6: fomentar l'autonomia i l'autocura del pacient, de la seva família i del cuidador per mitjà de la formació i la motivació per adquirir les habilitats i els coneixements necessaris per aconseguir una gestió adequada de la salut

5) Formació de les infermeres gestores de casos en matèria de promoció i educació per a la salut

Indicador	Percentatge d'infermeres gestores de casos formades per donar consell breu i/o fer intervencions de promoció i educació per a la salut als pacients que són dins el Programa de pacient crònic complex o avançat
Numerador	Nombre d'infermeres gestores de casos que han participat en la formació de promoció i educació per a la salut $\times 100$
Denominador	Nombre total d'infermeres gestores de casos
Criteri de revisió	Registre de formació propi
Estàndard diana	Monitoratge durant 1 any

Objectiu 7: reduir el nombre d'ingressos i el nombre de visites a urgències dels pacients en el Programa potenciant l'atenció integral de la qualitat en l'atenció primària, especialment a domicili

6) Reingressos hospitalaris anuals de pacients crònics complexos en hospitals d'aguts

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic complex que reingressen en un hospital d'aguts en els 90 dies posteriors a l'alta hospitalària
Numerador	Nombre d'altres hospitalàries per reingrés (ingrés posterior urgent relacionat clínicament amb un altre ingrés previ durant un interval de 90 dies) de pacients crònics complexos $\times 100$
Denominador	Nombre d'altres hospitalàries de pacients crònics complexos
Criteri de revisió	L'objectiu és reduir els ingressos hospitalaris potenciant l'atenció primària
Estàndard diana	Monitoratge durant 1 any. Després del pilotatge, percentatge inferior a l'obtingut durant el període de monitoratge

7) Reingressos hospitalaris anuals de pacients crònics avançats en hospitals d'estada mitjana

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat que reingressen en un hospital d'estada mitjana en els 90 dies posteriors a l'alta hospitalària
Numerador	Nombre d'altres hospitalàries per reingrés (ingrés posterior urgent relacionat clínicament amb un altre ingrés previ durant un interval de 90 dies) de pacients crònics avançats $\times 100$
Denominador	Nombre d'altres hospitalàries de pacients crònics avançats
Criteri de revisió	L'objectiu és reduir els ingressos hospitalaris potenciant l'atenció primària
Estàndard diana	Monitoratge durant 1 any. Després del pilotatge, percentatge inferior a l'obtingut durant el període de monitoratge

Objectiu 8: assegurar la ruta assistencial establida per a pacients crònics complexos

8) Ingrés de pacients crònics complexos en la unitat específica de crònics complexos d'un hospital d'aguts

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic complex ingressats en la unitat de pacients crònics complexos d'un hospital d'aguts el darrer any
Numerador	Nombre de pacients dins el Programa de pacient crònic complex ingressats en la unitat de crònics complexos d'un hospital d'aguts el darrer any $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic complex ingressats en un hospital d'aguts
Criteri de revisió	L'objectiu és aconseguir l'ingrés directe en unitats específiques per optimitzar la qualitat assistencial i no disminuir la capacitat funcional
Estàndard diana	El primer any $> 50 \%$. Després, avaluació segons els resultats i la complexitat de la ruta

Objectiu 9: assegurar la ruta assistencial establida per a pacients crònics avançats

9) Ingress de pacients crònics avançats directament en un hospital d'estada mitjana

Indicador	Percentatge de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat que ingressen directament en un hospital d'estada mitjana
Numerador	Nombre de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat ingressats directament en un hospital d'estada mitjana $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients dins el Programa de pacient crònic avançat ingressats en un hospital d'aguts i en un hospital d'estada mitjana
Criteri de revisió	L'objectiu és aconseguir l'ingrés directe des de l'atenció primària (sense passar pels serveis d'urgències) dels pacients que són dins el Programa de pacient crònic avançat
Estàndard diana	El primer any, avaluació del pilotatge, ja que hi haurà situacions clíniques —com ara caigudes o sospita de necessitat de cirurgia d'urgència— que condicionaran l'ingrés en un hospital d'aguts

Objectiu 12: colaborar en l'organització i la impartició de tallers dirigits a cuidadors i a cuidadors actius

10) Cuidadors principals de pacients en els programes de pacient crònic complex o de pacient crònic avançat que reben formació en matèria de cures

Indicador	Percentatge de cuidadors de pacients dins el Programa de pacient crònic complex o avançat que han participat en un taller de cures el darrer any
Numerador	Nombre total de cuidadors de pacients dins el Programa de pacient crònic complex o avançat que han participat en un taller de cures el darrer any $\times 100$
Denominador	Nombre total de pacients en el Programa de pacient crònic complex o avançat
Criteri de revisió	Registre de formació propi
Estàndard diana	Monitoratge durant 1 any. Després del pilotatge, percentatge superior a l'obtingut durant el període de monitoratge

9. Bibliografia

- 1) Vidal Thomàs M, Alorda Terrasa C, Adrover Barceló R, Ripoll Amengual J, Taltavull Aparicio J, De Ormijana Hernández A. Necesidades de las cuidadoras familiares de personas con accidente cerebrovascular en el domicilio: revisión estructurada 2000–2007. *Enferm Clin.* 2009;19(2):83-9.
- 2) Miguélez Chamorro A, Ferrer Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enferm Clin.* 2014;24(1):5-11.
- 3) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Proyecciones de población 2014-2029. Resultados por comunidades y ciudades autónomas [en línea]. <www.ine.es>
- 4) MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2012. Disponible en: <www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf>
- 5) Salvà A. Envejecimiento y dependencia. *Revista Española de Geriátria y Gerontología.* 2006;41:3-4. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-dependencia-13096070>
- 6) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Washington, D.C. (EE. UU.), 2002. Disponible en: <www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=270&lang=es>
- 7) CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. *Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas*. Sevilla, 2012. Disponible en: <www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_2_p_2_planes_integrales/PIEC.pdf>
- 8) INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES. *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: situación a 31 de Mayo de 2016*. Disponible en: <www.dependencia.imserso.gob.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20160531.pdf>
- 9) MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. “Prevención de la dependencia en las personas mayores”. En *1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España..* Madrid, 2007. Disponible en: <www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/libroResumenes.pdf>
- 10) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Disponible en: <www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf>

- 11) Carretero Alcántara L, Comes Górriz N, Borràs López A, Rodríguez Balo A, Seara Aguilar G. Integración clínica en el paciente crónico. *Enfermería Clínica*. 2014;24(1):35-43.
- 12) Anguita Sánchez M. Programas de intervención en la insuficiencia cardiaca: análisis crítico. *Revista Española de Cardiología*. 2007;7:45-56. Disponible en: <www.revespcardiol.org/es/programas-intervencion-insuficiencia-cardiaca-analisis/articulo/13110831>
- 13) Tinetti M et al. A Multifactorial Intervention to Reduce the Risk of Falling among Elderly People Living in the Community. *New England Journal of Medicine*. 1994;331(13):821-27. Disponible en: <www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199409293311301>
- 14) Van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*. 2000;320(7237):754-58. Disponible en: <www.bmj.com/content/320/7237/754>
- 15) Morcillo C et al. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardíaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Revista Española de Cardiología*. 2005;58(6):618-25. Disponible en: <www.revespcardiol.org/es/evaluacion-una-intervencion-domiciliaria-pacientes/articulo/13076413>
- 16) ESTEBAN SOBREVIELA, José Manuel; RAMÍREZ PUERTA, Dulce. *Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria*. Madrid: International Marketing & Communications; 2005. Disponible en: <www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf>
- 17) Palomo L, Gené Badia J, Rodríguez Sendín J. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26:14-19. Disponible en: <dev.gacetasanitaria.elsevier.es/es/pdf/S0213911111002470/S300>
- 18) Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. *Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía*. Sevilla, 2002. Disponible en: <www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/Estrat_MejoraAtDomiciliaria.pdf>
- 19) Ortega Matas M, Cabot García C, Porrás Tovar F, Cantos Santamaría M, Pastor Maylin L, Fàbregas Lorenzo A. Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos. *Gerokomos*. 2014;25(4):152-158. Disponible en: <scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400005>
- 20) Barisonzo R, Wiedermann W, Unterhuber M, Wiedermann C. Length of stay as risk factor for inappropriate hospital days: interaction with patient age and comorbidity. *J Eval Clin Pract*. 2011;19(1):80-85.



- 21) Gómez Batiste X, Martínez Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia.
- 22) Narejos S, Casanovas J, Orri D. Gestión de la atención integrada de pacientes crónicos complejos (PCC) y con enfermedad crónica avanzada (MACA), desde el equipo de Atención Primaria. Nuevos retos asistenciales y nuevos roles profesionales. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*. 2014;15(2):169-176.
- 23) Contel J, Ledesma A, Blay C, González Mestre A, Cabezas C, Puigdollers M et al. Chronic and integrated care in Catalonia. *Int J Integr Care*. 2015;15(2). Disponible en: <www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/06_GESTION-RRHH.pdf>
- 24) Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.
- 25) García Navarro JA, Gómez Pavón J. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. *Soc Española Geriátria y Gerontol*. 2005;1-98.
- 26) Baztán JJ, Domenech JR, González M, Forcano S, Morales C, Ruépérez I. Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la unidad geriátrica de media estancia del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78(3):355-66. Disponible en: <scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000300005>
- 27) Martín-Roselló, María Luisa [et al.] *IDC-Pal: instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos*. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales de la Junta de Andalucía, 2014. Disponible en: <www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/cuidados_paliativos/idc_pal_2014.pdf>
- 28) BENGEOA, Rafael; NUÑO SOLINÍS, Roberto. *Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas*. Barcelona: Elsevier España, 2008. Disponible en: <www.rafaelbengoa.com/wp-content/uploads/2012/12/Curar-y-Cuidar.pdf>
- 29) Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485-95. Disponible en: <scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012>
- 30) CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA. *Standards of Practice for Case Management*. Disponible en: <www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>
- 31) Jódar Solà G, Cadena Andreu A, Parellada Esquius N, Martínez Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Aten Primaria*. 2005;36(10):558-62. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-continuidad-asistencial-rol-enfermera-enlace-13082489>

- 32) Batres Sicilia JP, Tello MA, Santos PG. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: La enfermera comunitaria de enlace. Rev Adm Sanit. 2009;7(2):313-22. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-de-precision-cuidados-los-cuidados-imprescindibles-las-13139767>
- 33) Pérez Hernández RM, López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodríguez Gómez S. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comun. 2005;1. Disponible en: <centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentacion%20Distrito/Documentos/Continuidad%20de%20Cuidados/La%20ECE%20en%20el%20SAS.PDF>
- 34) Morales Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Enferm Clin. 2014;24(1):23-34.
- 35) Enseñat Grau MP. Abordaje del paciente complejo a través de la gestión de casos. FMC. 2013;20:217-21.
- 36) Rico Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. Enferm Clin 2014;24:44-50.
- 37) Sandín Vázquez M, Conde Espejo P, Sarría Santamera A. Ingreso hospitalario y continuidad asistencial en mayores de 75 años: la visión desde Atención Primaria. Aten primaria / Soc Española Med Fam y Comunitaria. Elsevier; 1 de noviembre de 2011;43(11):620-1.
- 38) Huws DW, Cashmore D, Newcombe RG, Roberts C, Vincent J, Elwyn G. Impact of case management by advanced practice nurses in primary care on unplanned hospital admissions: a controlled intervention study. BMC Health Serv Res. 2008;8:115. Disponible en: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442434>
- 39) Brotons C et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca: estudio IC-DOM. Rev Española Cardiol. Elsevier; 1 de abril de 2009;62(4):400-8.
- 40) Zamora Sánchez JJ, Pérez Tortajada G, Mendoza García de Paredes MD, Guerrero Gancedo MM. Calidad de vida percibida de los pacientes complejos en un programa de gestión de casos en atención primaria de salud. Enferm Clin. Elsevier España, S.L.; 2012;22(5):239-46.
- 41) Rogers A. Consideraciones sobre la autogestión de las enfermedades crónicas. Index de Enfermería. Fundación Index; 18(4):253-7. Disponible en: <scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400009>
- 42) Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Aten Primaria 2012;44:107-13. Disponible en: <www.elsevier.es/n-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-al-paciente-cronico-S0212656711002204>



- 43) Portillo Vega MC, Wilson-Barnett J, Saracíbar Razquin MI. Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: metodología y primeros resultados. *Enfermería Clínica*. 2002;12(3):94-103.
- 44) Sutherland D, Hayter M. Structured review: Evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *J Clin Nurs*. 2009;18(21):2978-92.
- 45) Brodaty H, Gresham M, Luscombe G. The Prince Henry Hospital Dementia Caregivers' Training Programme. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12(2):183-92.
- 46) Sánchez Martín I. Cronicidad y complejidad nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. *Enferm Clin*. 2014 Jan-Feb;24(1):79-89.
- 47) Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.
- 48) SIMÓN LORDA, Pablo; TAMAYO VELÁZQUEZ, María Isabel; ESTEBAN LÓPEZ, María Sagrario [coord.]. *Planificación anticipada de decisiones. guía de apoyo para profesionales*. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013. Disponible en:
<www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_2_c_8_voluntad_vital_anticipada/planificacion_anticipada_de_decisiones_SSPA.pdf>
- 49) MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*. Madrid, 2013. Disponible en:
<www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- 50) REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. *Care Transitions*. Toronto (Canadá), 2014. Disponible en: <rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care_Transitions_BPG.pdf>
- 51) DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. *La gestió de casos en la pràctica infermera*. Barcelona, 2010. Disponible en:
<canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recursos/al_tres_recursos_interes/estudis/17_infermeria/documents/arxius/gestio_casos_practica_infermera.pdf>
- 52) CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. *Manual de la gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital*. Sevilla, 2006. Disponible en:
<www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/Manual%20Gesti%F3n%20de%20Casos%20en%20Andaluc%EDa.pdf>
- 53) Medina Carmona A, Cañas Fuentes MA. Efectividad de las intervenciones de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias en los pacientes dependientes y sus cuidadoras en el diagnóstico enfermero "Síndrome de estrés del traslado". *Biblioteca Lascasas*, 2008; 4(2). Disponible en: <www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0318.php>

10. Glossari

Estratificació: eina per classificar la població en grups segons la morbiditat i la complexitat. Permet identificar les persones segons les necessitats que tenen, anticipar les complicacions i les reaguditzacions i planificar els recursos necessaris.

IDC-Pal: instrument diagnòstic de la complexitat en cures palliatives.

Infermera gestora de casos: infermera responsable d'assegurar una atenció integral i de qualitat per mitjà de la coordinació de tots els agents implicats en el procés de salut i malaltia del pacient i del seu cuidador per garantir la continuïtat assistencial, amb un model de pràctica avançada col·laboratiu, integral i multiprofessional promovent que el pacient estigui tant de temps com sigui possible en l'entorn comunitari amb la qualitat de vida més gran.

Infermera gestora de casos comunitària: infermera gestora de casos en l'àmbit de l'atenció primària.

Infermera gestora de casos d'hospital d'estada mitjana: infermera gestora de casos en l'àmbit de l'hospital de cures mitjanes, convalsència i rehabilitació.

Infermera gestora de casos hospitalària: infermera gestora de casos en l'àmbit hospitalari.

NECPAL CCOMS-ICO[®]: instrument per identificar les persones en situació de malaltia crònica avançada.

Pacient crònic avançat: pacient que compleix els criteris de pacient crònic complex i presenta un NECPAL CCOMS-ICO[®] positiu.²¹ A més, ha d'estar diagnosticat i avaluat i no ha de requerir noves exploracions sofisticades ni ha de tenir indicat cap tractament agressiu o invasiu. Per identificar-lo és necessari el consentiment del pacient, o de la seva família si aquell no pot donar-lo.

Pacient crònic complex: pacient amb diverses malalties simultànies o una de sola amb prou gravetat, amb probabilitat alta de presentar descompensacions, d'evolució dinàmica i variable que requereix un seguiment continuat, una gran consum de recursos i de fàrmacs i que provoca incertesa en les decisions clíniques i dubtes de tracte.

Pla anticipat de decisions: pla resultant d'un procés voluntari de comunicació i deliberació entre una persona capaç i professionals sanitaris implicats en l'atenció d'aquella sobre els valors, els desigs i les preferències que vol que es tinguin en compte respecte de l'atenció sanitària que rebrà com a pacient, fonamentalment en els moments finals de la vida.

11. Annexos

Annex 1. Qüestionaris de satisfacció

Qüestionari de satisfacció sobre la infermera gestora de casos

Codi del centre de salut: Data [DD/MM/AAAA]: / /

Usuari núm.: Edat:
 home dona
 pacient cuidador/cuidadora

La Gerència d'Atenció Primària ha posat en marxa el Programa d'infermera gestora de casos per millorar les cures de les persones en situació de dependència de les Illes Balears.

Amb la finalitat d'optimitzar l'atenció que prestam, volem saber la vostra opinió sobre els serveis que heu rebut. Per favor, emplenau aquesta enquesta i entregau-la al seu centre de salut dins del sobre. Gràcies per col·laborar.

<i>Si sou el/la pacient, responeu aquestes preguntes</i>				
Pensau que la infermera gestora de casos ha entès el vostre problema de salut?	<input type="checkbox"/> Gens	<input type="checkbox"/> Poc	<input type="checkbox"/> Prou	<input type="checkbox"/> Molt
Us heu sentit escoltat/escoltada per la infermera gestora de casos?	<input type="checkbox"/> Gens	<input type="checkbox"/> Poc	<input type="checkbox"/> Prou	<input type="checkbox"/> Molt
Ha resolt algun dels vostres problemes?	<input type="checkbox"/> Gens	<input type="checkbox"/> Poc	<input type="checkbox"/> Prou	<input type="checkbox"/> Molt
<i>Si sou el cuidador / la cuidadora, responeu aquestes preguntes</i>				
La feina de la infermera gestora de casos (informació, coordinació...), ¿us ha donat seguretat per cuidar el pacient amb tranquil·litat i no haver de demanar atenció urgent?	<input type="checkbox"/> Gens	<input type="checkbox"/> Poc	<input type="checkbox"/> Prou	<input type="checkbox"/> Molt
Pensau que la infermera gestora de casos ha entès la vostra problemàtica com a cuidador/cuidadora?	<input type="checkbox"/> Gens	<input type="checkbox"/> Poc	<input type="checkbox"/> Prou	<input type="checkbox"/> Molt
Heu participat en algun curs de formació per a cuidadors?	<input type="checkbox"/> Sí ⇨	Quin?		
	<input type="checkbox"/> No		

Voleu explicar-nos alguna cosa més sobre l'atenció rebuda o fer alguna aportació per millorar-la?:

.....

.....

.....

.....



Qüestionari de satisfacció sobre el Programa d'infermera gestora de casos

Codi del centre de salut: Data [DD/MM/AAAA]: / /

- metge/metgessa infermer/infermera
 treballador/treballadora social un altre professional:

Fa uns mesos la Gerència d'Atenció Primària va posar en marxa el pilotatge del Programa d'infermera gestora de casos en els àmbits socio-sanitari i de l'atenció primària per fer realitat la continuïtat de cures integral i global. Concretament s'ha fet el pilotatge sobre la població inclosa en l'atenció domiciliària dels centres de salut Valldargent i Son Pisà.

Per això, com a professional que heu emprat aquest servei, volem saber la vostra opinió sobre la coordinació i els serveis que han rebut els pacients, les seves famílies i els seus cuidadors inclosos en el Programa, amb la finalitat de millorar l'atenció prestada. Per favor, emplenau aquesta enquesta i entregau-la al servei d'admissió del vostre centre de salut dins del sobre. Gràcies per col·laborar.

Nivell de satisfacció amb relació a la informació rebuda sobre el Programa	<input type="checkbox"/> Nul	<input type="checkbox"/> Baix	<input type="checkbox"/> Suficient	<input type="checkbox"/> Alt
Nivell de satisfacció sobre l'accés a la infermera gestora de casos	<input type="checkbox"/> Nul	<input type="checkbox"/> Baix	<input type="checkbox"/> Suficient	<input type="checkbox"/> Alt
Nivell de satisfacció sobre la derivació a la infermera gestora de casos	<input type="checkbox"/> Nul	<input type="checkbox"/> Baix	<input type="checkbox"/> Suficient	<input type="checkbox"/> Alt
Com valoreu la coordinació?	<input type="checkbox"/> Dolenta	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bona	<input type="checkbox"/> Molt bona
Com valoreu la intervenció a domicili de la infermera gestora de casos?	<input type="checkbox"/> Dolenta	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bona	<input type="checkbox"/> Molt bona
En vista dels resultats, ¿considerau que la infermera gestora de casos és un recurs útil?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C	
Per poder millorar el Programa ens interessa que descrigueu les dificultats que heu trobat:				
.....				
.....				
.....				
.....				
Suggeriments:				
.....				
.....				
.....				
.....				

Annex 2. Definició de pacient crònic complex i de pacient crònic avançat

Pacient crònic complex

Els **pacients crònics complexos** són persones amb una malaltia (o més d'una) d'evolució llarga, la gestió clínica de la qual és percebuda com a difícil pels professionals de referència i que necessita l'ús ordenat de diferents serveis sanitaris i socials. Aquesta definició —a diferència dels sistemes d'estratificació— es basa en tres aspectes fonamentals, que ajuden a identificar els malalts amb necessitats complexes: un perfil clínic característic de complexitat (multimorbiditat, polifarmàcia, descompensacions, múltiples ingressos, etc.), un criteri professional subjectiu, i un benefici potencial de millora tant individual com d'equip assistencial i en un context territorial determinat.¹⁸

Diferents estudis epidemiològics permeten determinar les característiques pròpies de les persones tributàries de ser identificades com a pacients crònics complexos.^{19, 20} Els criteris que poden orientar per identificar pacients amb necessitats complexes són els següents:

Criteris relacionats amb el pacient

- Multimorbiditat amb probabilitat alta de patir descompensacions amb molta simptomatologia i mal control.
- Patologia crònica única greu o progressiva (incloent-hi malaltia neurològica o trastorn mental greu, demència i discapacitats intel·lectuals, físiques o sensorials).
- Síntomes persistents, intensos i refractaris.
- Evolució dinàmica, variable i que requereix monitoratge continu.
- Ús freqüent de serveis (urgències, visites a l'atenció primària, ingressos...).
- Polifarmàcia o gran consum de recursos.
- Condicions de gravetat o progressió pel que fa a la fragilitat, a la funcionalitat o al deteriorament cognitiu.
- Aparició de síndromes geriàtriques.
- Edat extrema (complexitat en pediatria o en persones de més de 85 anys).
- Malalties minoritàries.

Criteris que depenen dels professionals

- Requeriment de tracte multidisciplinari.
- Exposició a discrepàncies entre diferents professionals o equips pel que fa als criteris de gestió clínica.
- Necessitat d'activar i gestionar l'accés a diferents dispositius i recursos (sovint per vies preferents).
- Entorn d'especial incertesa en les decisions i de dubtes de tracte.
- Gestió del pacient que es beneficiaria d'estratègies d'atenció integrada.

Criteris de l'esfera social

- Situacions psicosocials adverses.

Altres classificacions —com la de García-Morillo JS i Ollero Barturone— inclouen la situació funcional, a més de la repercussió biològica sobre el pacient amb comorbiditats, que poden ajudar també els professionals clínics a identificar pacients crònics complexos segons patologies d'òrgan classificades per categories i amb unes condicions clíniques característiques. Aquests autors proposen classificar els pacients crònics complexos segons aquestes característiques:

1) Dues malalties o més en les condicions següents:

- Categoria A
 - insuficiència cardíaca^a
 - cardiopatia isquèmica^a
- Categoria B
 - malaltia crònica osteoarticular amb limitació funcional^b
 - vasculitis i connectivopaties
 - insuficiència renal crònica
- Categoria C
 - limitació crònica en el flux aeri, asma bronquial o hipoventilació alveolar amb limitació funcional^a
 - cor pulmonar crònic^a
- Categoria D
 - malaltia inflamatòria crònica intestinal
 - hepatopatia crònica simptomàtica o en activitat
- Categoria E
 - malaltia neurològica amb dèficit motor o cognitiu que genera discapacitat^c
- Categoria F
 - arteriopatia perifèrica simptomàtica
 - diabetis *mellitus* amb repercussió visceral diferent de la cardiopatia isquèmica^d
- Categoria G
 - malaltia hematològica simptomàtica i no subsidiària de tractament especialitzat^e
 - malaltia oncològica activa no subsidiària de tractament oncològic actiu^e

(a) Amb símptomes continus o reaguditzacions freqüents.

(b) Puntuació en l'escala de Barthel < 60 en situació d'estabilitat clínica.

(c) Puntuació en l'escala de Barthel < 60 i/o deteriorament cognitiu moderat (Pfeiffer ≥ 5).

(d) Amb retinopatia proliferativa, albuminúria, accident cerebrovascular o neuropatia simptomàtica.

(e) Pacients que no requereixen tractament ni medicació que obligui a un seguiment a càrrec dels serveis d'hematologia o oncologia.

2) Una sola malaltia crònica amb afectació greu i important pèrdua funcional i/o cognitiva. Cal utilitzar com a factor pronòstic l'estat funcional (escales de Barthel i Pfeiffer) i la presència de símptomes continus o descompensacions freqüents.

Pacient crònic avançat

Per ser catalogat com a pacient crònic avançat cal complir aquests criteris:

Els **pacients crònics avançats** són el subgrup de pacients crònics complexos que compleixen les característiques següents:

- 1) Presència de malalties progressives, evolutives i irreversibles amb un pronòstic de vida limitat.
- 2) Reconeixement per part dels professionals referents d'una afectació clínica de més gravetat.



- 3) Han d'estar correctament diagnosticats i avaluats i no han de requerir noves exploracions sofisticades ni tractaments agressius de les seves malalties de base o davant de noves descompensacions.
- 4) Presenten necessitats d'atenció palliativa (NECPALCCOMS-ICO[®] positiu).
- 5) Per identificar-lo és necessari el consentiment del pacient, o de la seva família si aquell no pot donar-lo.

Pacient crònic avançat amb necessitats de cures palliatives complexes

Es tracta d'un pacient amb el perfil de pacient crònic avançat que requereix cures palliatives especialitzades per controlar el procés i assegurar-li el confort i la qualitat de vida. S'ha de derivar a les unitats específiques de cures palliatives (UCP o ESAD) sempre que compleixi els criteris següents:

- 1) Criteris de pacient crònic avançat.
- 2) IDC-Pal complex o altament complex. L'IDC-Pal es proposa com a eina diagnòstica de complexitat en els pacients crònics avançats i permet identificar tres perfils:
 - Pacient crònic avançat no complex: no requereix la intervenció de recursos avançats i/o específics de cures palliatives.
 - Pacient crònic avançat complex: la derivació a recursos avançats i/o específics de cures palliatives queda a criteri del professional que el valora.
 - Pacient crònic avançat altament complex: requereix la intervenció de recursos avançats i/o específics de cures palliatives (ESAD en l'atenció primària i UCP a l'hospital d'estada mitjana).



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

2017

