



Q-care

Nou model integrat d'abordatge a les
necessitats d'atenció urgent a la
població anciana o fràgil

Q=qualitat

Clínica d'atenció urgent

d'Alta Resolució per l'Envel·liment

Març 2023



Índex

1. Justificació	3
1.1. El creixement de la prevalença de les malalties cròniques.....	3
1.2. L'evolució de la demanda d'atenció urgent	6
1.3. L'impacte de la pandèmia en els malalts ancians amb múltiples cronicitats.....	6
2. Objectius	7
2.1. Objectiu de la Clínica per a l'atenció urgent a l'ancià i la fragilitat	7
2.2. Adequar les infraestructures per maximitzar el potencial del nou model	8
3. Participació en el projecte i implicació.....	9
4. Descripció de la pràctica clínica habitual	10
5. Descripció de la tecnologia/ sistema d'innovació	10
5.1. La consolidació del Model Organitzatiu d'èxit del Sant Pau	10
5.2. Línies de futur: cap a un abordatge integral i integrat de les persones vulnerables ..	11
5.3. Un centre especialitzat en les urgències de les persones vulnerables	12
5.4. Sant Pau un centre clau per implementar el nou model	13
6. Grau de factibilitat: barreres i facilitadors del projecte	14
7. Pla de generació d'evidència.....	14
8. Població.....	15
9. Variables / indicadors.....	16
10. Resultats esperats	17
11. Escalabilitat	18
12. Bibliografia	19



1. JUSTIFICACIÓ

La demanda d'atenció urgent, especialment als hospitals, ha augmentat de manera progressiva els darrers anys i es preveu que continuï creixent al relacionar-se clarament amb l'envelliment de la població, l'increment de malalties cròniques, l'efecte de les comorbiditats i de l'associació indestruïble dels tres factors.

Per altra banda, la població anciana, cada cop més dependent i fràgil, presenta unes característiques pròpies ben conegudes i necessita un abordatge específic, també en l'atenció urgent, amb uns requeriments ben determinats i necessàriament experts, que permetin una elevada resolució del problema agut, sovint amb risc vital, la reducció i previsió de complicacions evitables, una transició segura (preferiblement al seu entorn) i la coordinació eficaç amb els diferents nivells assistencials. Els objectius són doncs donar les millors solucions, evitant reconsultes, reingressos i estades hospitalàries i a la fi, reduir morbiditats evitables i mortalitat, en un model satisfactori pel ciutadà i eficient pel Sistema de Salut.

Per això, es necessita un nou abordatge en l'atenció hospitalària urgent dels ancians i les persones amb fragilitat en el què són necessaris equips multidisciplinaris experts en urgències de l'ancià, espais suficients i ben adaptats als requeriments específics, eines diagnòstiques i terapèutiques adequades, la coordinació amb l'entorn i altres nivells assistencials (especialment Atenció Primària), i una protocol·lització exhaustiva del procés d'atenció, que reconegui els problemes sanitaris, socials i d'entorn per adaptar la millor resposta.

En definitiva, es promou fer efectiu un model d'alta resolució, transversal i complet en l'Atenció Hospitalària Urgent de l'Ancià.

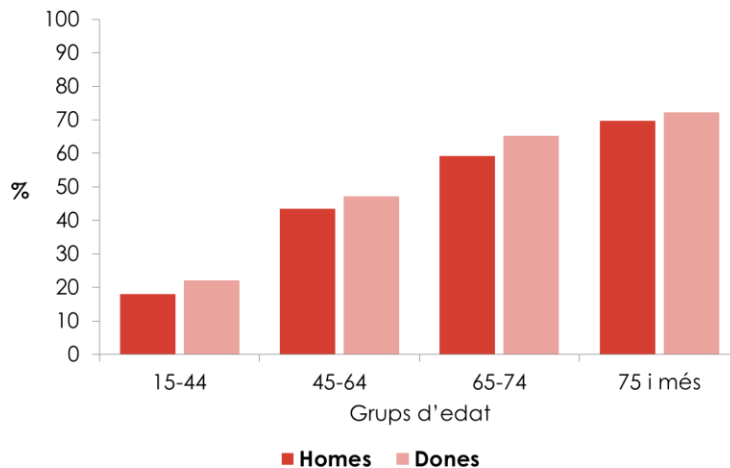
En els següents apartats es presenta una aproximació a la situació actual, tendències i previsions; la necessitat d'un nou model d'atenció urgent hospitalària per l'envelliment i la fragilitat; l'experiència prèvia, coneixements i paper clau del Servei d'Urgències de l'Hospital de Sant Pau en el desenvolupament del model; i finalment, la proposta d'un abordatge específic amb la creació de la Clínica per l'Atenció Hospitalària d'Alta Resolució de les urgències de l'ancià i la fragilitat (Q-Care)

1.1. El creixement de la prevalença de les malalties cròniques

L'envelliment progressiu de la població comporta un increment de les malalties cròniques i les comorbiditats.



Segons l'informe de Salut de Catalunya 2019¹ el 35,2% dels homes i el 41,4% de les dones de totes les edats, tenen problemes de salut crònics. La prevalença és creixent en la població en general i s'incrementa a mesura que augmenta l'edat, també és més elevada en dones, que tenen una esperança de vida major que els homes. Des del 2010, es manté estable la proporció de quatre de cada deu persones adultes que tenen un problema de salut crònic.



Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2018. Departament de Salut. l'informe de Salut de Catalunya 2019¹

Les malalties cròniques tenen tendència a acumular-se en una mateixa persona a mesura que augmenta l'edat. Les persones que n'acumulen varies, tenen un nivell més elevat de complexitat. Aquesta població fa un ús més intensiu dels recursos sanitaris i tenen també una taxa de mortalitat més elevada^{2,3}. Tenint en compte la càrrega de morbiditat, la població de Catalunya s'ha estratificat en quatre grups de risc². Es considera el nivell de risc basal el 50% de persones amb la càrrega de morbiditat més baixa. El 5% de la població amb el risc més elevat fa moltes més visites a l'atenció primària, consumeix més fàrmacs, ingressa i visita urgències més sovint que la resta (taula 1). **A l'atenció del 5% de la població més necessitada s'hi dedica el 51% del pressupost⁴. En l'estrat de risc més alt hi ha més dones que homes.** El grup de risc alt i moderat, de totes les edats, suposen a Catalunya, segons les dades del 2018, uns 685.000 homes i 865.000 dones, és a dir, al voltant d'1.5 milions de persones (taula 1).

Taula 1.- Piràmide d'estratificació del risc poblacional per sexe. Catalunya 2018.



Estat de risc per homes	Població en risc	%	Taxa de mortalitat (x 100)	Mitjana de visites a l'AP	Taxa d'ingressos urgents (x 100)	Taxa de visites urgents (x 100)	Mitjana de fàrmacs dispensats
Risc alt	187.023	4,9	13,39	20,9	67,5	177,6	13,2
Risc moderat	496.014	13,0	1,16	11,4	9,0	73,8	7,4
Risc baix	1.070.492	28,1	0,13	6,4	2,3	51,9	3,3
Risc basal	2.052.179	53,9	0,05	1,8	0,3	15,9	0,9

Font: MUSSCAT, 2018. Servei Català de la Salut.

Estat de risc per dones	Població en risc	%	Taxa de mortalitat (x 100)	Mitjana de visites a l'AP	Taxa d'ingressos urgents (x 100)	Taxa de visites urgents (x 100)	Mitjana de fàrmacs dispensats
Risc alt	200.152	5,1	11,73	22,3	55,1	167,6	14,1
Risc moderat	665.320	19,9	1,15	12,3	6,7	77,3	8,6
Risc baix	1.252.672	31,8	0,11	6,9	3,4	53,8	4,0
Risc basal	1.819.638	46,2	0,04	2,2	1,0	17,0	1,1

Informe de Salut de Catalunya 2019¹ Les malalties cròniques i la dependència

Gairebé la meitat de les dones de 75 anys o més són dependents, és a dir, necessiten ajuda o companyia per fer les activitats bàsiques de la vida diària, a causa d'un problema de salut (el 46,3%, per un 28,1% dels homes) i alhora, són les que més sovint declaren un baix suport social (el 13,3% les dones i 4,4% els homes de 75 anys i més).

Viure sol és un altre factor que impacta en la salut. En diferents estudis, es constata que viure sol té impacte en la utilització del servei sanitari en pacients grans, amb majors riscos d'hospitalització no planificada en persones grans, especialment per als homes^{5,6,7}. Segons l'enquesta contínua de llars de l'Institut d'Estadística de Catalunya, les dades del 2020 ens diuen que el 19,3% de població de 65 a 79 anys viu sola (el 12,6% d'homes d'aquesta edat i el 24,9% de dones, 191.900 persones) i el 36,2% de les persones de més de 80 anys (23,7% dels homes d'aquesta edat i el 44,2% de les dones; 149.700 persones). Per tant, de la població de Catalunya de més de 65 anys, més de 341.600 persones viuen en soledat, amb un clar predomini de dones soles (245.700 dones soles i 95.900 homes sols de més de 65 anys)⁸.

Finalment, hem observat a través de la recerca (AES 2018 Código Medicamento, CM) que el 20% de les urgències hospitalàries estan relacionades amb **problemes de salut relacionats amb el medicament** (per problemes en la dosificació, per problemes en l'adherència o per infra o sobretractament), amb dades similars a les reportades a la literatura internacional. L'estudi CM permet definir que 1) el perfil de pacient que pateix



un problema de salut relacionat amb el medicament és anciana d'entre 84 i 87 anys, que pren 9 medicaments de mediana (rang 1 a 20) i amb 6 diagnòstics de malaltia crònica o comorbiditats (rang de 1 a 14); 2) el desenvolupament d'estratègies específiques a urgències (identificació del cas durant la visita a urgències, atenció farmacèutica a càrrec de farmacèutics especialistes integrats a l'equip d'urgències abans de l'alta, comunicació a la primària per a seguiment) és capaç de disminuir els reingressos a 30 dies (NNT 32). Amb els $3,8 \times 10^6$ urgències hospitalàries realitzades a Catalunya l'any 2019, la translació d'aquesta experiència permetria beneficiar molts malalts.

Així doncs, les persones grans amb comorbiditat tenen més sovint dependència, utilitzen més recursos sanitaris, incloses més visites a urgències i més ingressos, i tenen més despesa en fàrmacs. A banda, la solitud i la renda socioeconòmica baixa s'han correlacionat també amb pitjor salut i més necessitats sanitàries.

1.2. L'evolució de la demanda d'atenció urgent

La demanda d'atenció urgent que fa la població augmenta de manera progressiva durant els anys, i especialment als hospitals. A Catalunya, durant el 2019 es van produir 8 milions d'assistències. D'aquestes, el 47,5% són urgències hospitalàries, el 15,3% CUAPS, el 22,8% a l'atenció primària/continuada i el 14,27% al SEM (amb o sense mobilització de recurs). Entre el 2015 i 2019, l'increment de la demanda a urgències fou del 13%.

De totes les urgències hospitalàries, independentment de l'edat estudiada, el 39% són urgències i emergències que comporten risc vital. **En el 20% que correspon a la població fràgil, el 83% de les urgències corresponen a situacions urgents o emergents, i que no poden esperar (nivells I-II o III de tria MAT).**

1.3. L'impacte de la pandèmia en els malalts ancians amb múltiples cronicitats

Les conseqüències de la COVID-19 en les persones fràgils o en risc de fragilitat, són molt superiors als de la població general: tenen un risc molt superior d'hospitalització per la SARS-CoV-2 i deu cops superior de mort que la resta de la població.

Molts pacients han perdut visites mèdiques i no s'han pogut ajustar els tractaments, d'altres no han pogut continuar la rehabilitació com a conseqüència de la COVID-19, i la majoria han patit aïllament social, han hagut de visitar els serveis d'urgències per episodis que un bon seguiment hauria evitat.



Per altra banda, el temps d'espera per accedir a l'atenció primària s'ha allargat i ha fet que els diagnòstics es retardin. Aquest retard comporta un alt cost socioeconòmic tant pel pacient (deteriorament cognitiu, alteracions del son, etc.) com pel sistema (major cost del tractament necessari i acceleració de la institucionalització del malalt).

2. OBJECTIUS

Donar la millor resposta al requeriment creixent d'atenció hospitalària urgent (MAT II,III) en població anciana i/o amb fragilitat (5-9), mitjançant una actuació integrada que es basa en un model expert i d'alta resolució, que afecta professionals, espais, circuits, coordinació entre nivells i eines de registre i seguiment, per oferir solucions específiques i completes més enllà de l'assistència sanitària convencional.

2.1. Objectiu de la Clínica per a l'atenció urgent a l'ancià i la fragilitat

L'objectiu del Sant Pau Q-care és donar resposta al requeriment creixent d'atenció hospitalària urgent (MAT II,III) en població anciana i/o amb fragilitat⁵⁻¹⁰, mitjançant una actuació integrada que implementa un model expert i d'alta resolució que afecta professionals, espais, circuits, coordinació entre nivells i eines de registre i seguiment.

El nou centre, Q-care, es planteja com un centre especialitzat focalitzat en oferir solucions específiques i completes més enllà de l'assistència sanitària convencional a aquesta població de forma multidisciplinària i col·laborativa fins i tot en moments de pandèmia com el COVID-19.

Aquest centre permetrà:

1. Donar la millor resposta a la demanda creixent d'atenció urgent de la població cada cop més envellida de l' AIS Barcelona Eixample Dreta
2. Millorar la resolució de les urgències de la població d'edat avançada o fràgil, si la dotació estructural es adequada, podent-se aplicar modularment
3. Utilitzar millor els recursos de concepció més convencional, però també investigar i redistribuir nous espais d'observació clínica i vigilància per a les persones grans, com el "home-like", on l'equip assistencial pot vigilar i tractar els processos amb nous sistemes de monitoratge, i observar com el malalt respon al tractament i és capaç de realitzar les seves activitats bàsiques malgrat el procés urgent, amb estades de 24-72h



4. Maximitzar la recuperació funcional posterior a l'alta
5. Fer un procés urgent més inclusiu (en l'acompanyament, les decisions i la cura de la persona malalta durant l'estada a urgències) pels cuidadors
6. Reduir el nombre de reconsultes i reingressos deguts a un mal ajust del tractament.
7. Oferir l'atenció adequada a les necessitats específiques del pacient
8. Coordinar-se més fàcilment amb l'entorn i nivells assistencials
9. Promoure la innovació en el model d'atenció i eines seguiment i de coordinació
10. Socialitzar actuacions i fomentar la formació, la integració i el treball col·laboratiu

2.2. Adequar les infraestructures per maximitzar el potencial del nou model

Per realitzar l'activitat prevista, el nou centre requerirà d'espais adequats amb elevada capacitat de resolució.

El nous espais permetran realitzar una atenció més personalitzada i transversal, garantint la participació de tot l'equip d'assistència en tota la durada del procés. També és imprescindible crear un entorn compartit i obert a la societat, de forma que el pacient estigui en el focus i que es pugui compartir també amb familiars i cuidadors.

El nou centre disposarà de diferent tipus d'espais per donar cabuda a les activitats que es portaran a terme i que inclouran:

- Àrea d'atenció a les urgències, amb despatxos de tria (1), àrees d'espera, boxos d'assistència (6-8), sala d'observació i cures (6-8), sala home-like d'observació assistida (6), àrees de treball, àrea de descans per professionals.
- Àrea d'hospitalització adaptada
- Àrea de diagnòstic (DxImatge i laboratori bàsic)
- Àrea Quirúrgica (mòdul opcional)
- Àrea de gabinets de consulta (2)
- Àrea de suport teleassistència (gestió de casos i teleprogrames, codi medicament, FLS)
- Aula per formació de pacients i cuidadors.
- Espais comuns

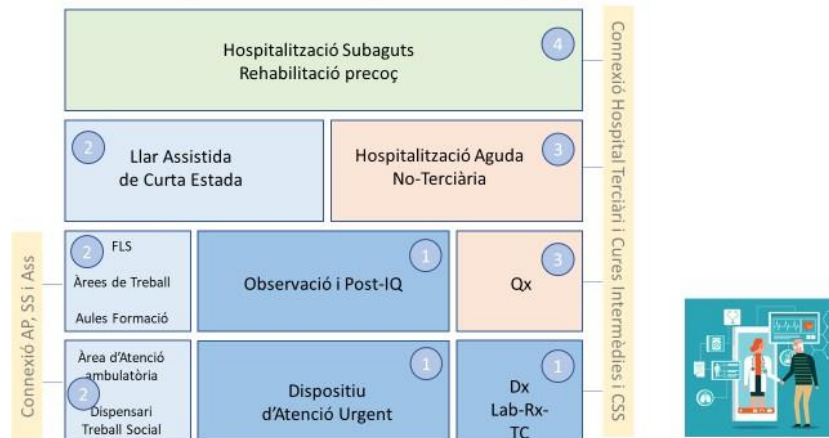
2.3. Distribució d'espais per plantes

En la següent figura es dibuixa les diferents parts del projecte. En blau, Mòdul 1 i Mòdul 2, es el nucli del projecte; en taronja, Mòdul 3, la solució quirúrgica opcional; en verd, Mòdul 4, recurs d'hospitalització subaguda i de rehabilitació, que facilitarien la capacitat i l'autonomia quasi completa del dispositiu.



Nou Model d'Atenció Hospitalària Urgent d'Alta Resolució
per Ancians i pacients fràgils:

Clínica d'urgències d'alta resolució per l'envel·liment (QARE)



El Mòdul 1 permet l'atenció urgent, resolució diagnòstica i observació de < 36 hores; el Mòdul 2 permet implementar un dispositiu "like-Home" i les millores de seguiment telemàtic, del codi medicament i de la solució FLS, i la connexió social i formativa. El Mòdul 3, opcional, es el bloc quirúrgic que permetria atendre les fractures de fragilitat de solució quirúrgica (especialment, fèmur) i la patologia abdominal urgent més convencional. El Mòdul 4, opcional, es per hospitalitzacions de menys de 5 dies i de càrregues subagudes. El conjunt ofereix un gran capacitat de recepció de pacients greus, una alta resolució diagnòstica i terapèutica i facilita la coordinació de nivells, l'adequació de la resposta a les necessitats socials i implementar els diferents programes de prevenció secundària d'ingrés i seguiment, a partir dels projectes i tasques col·laboratives.

3. PARTICIPACIÓ EN EL PROJECTE I IMPLICACIÓ

Aquest projecte està liderat pel Dr. Josep Ris director del Procés Urgent i la Dra. Mireia Puig directora del Servei d'Urgències de la Fundació de Gestió Sanitària Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i compten amb la participació de la resta de serveis assistencials que participen en l'abordatge multidisciplinari a les urgències d'aquests pacients i les direccions de suport implicades en el projecte. El projecte permetrà amplificar encara més les connexions del Servei d'Urgències amb SEM, Atenció Primària, Centres Sociosanitaris, Dos de Maig, i les diferents especialitats clíniques de l'Hospital de Sant Pau que participen del procés d'atenció urgent.

Un cop en funcionament el nou centre es coordinarà amb els CUAPS, Atenció Primària i Serveis Socials de l' AIS Barcelona Eixample dreta, així com amb el SEM.



4. DESCRIPCIÓ DE LA PRÀCTICA CLÍNICA HABITUAL

En el model actual l'atenció hospitalària urgent (MAT II,III) de la població anciana i/o amb fragilitat⁵⁻⁹, segueix el mateix circuit i protocols de la resta de població que, en molts casos, no s'adequa a les necessitats específiques de l'ancià fràgil, que requereix una actuació integrada a totes les seves necessitats en un entorn amb uns espais adaptats, uns circuits que facilitin l'alta resolució per professionals experts amb visió holística de la persona i el que necessita, per donar una resposta coordinada entre nivells assistencials en la cura i seguiment.

5. DESCRIPCIÓ DE LA TECNOLOGIA/ SISTEMA D'INNOVACIÓ

La nova clínica d'atenció urgent d'alta resolució per a l'envelliment Q-Care és una innovació assistencial en l'abordatge del pacient fràgil ancià que es basa en un model organitzatiu implementat amb èxit a les urgències del Sant Pau.

5.1. La consolidació del Model Organitzatiu d'èxit del Sant Pau

Urgències de Sant Pau aplica un model organitzatiu específic per l'atenció urgent, i un model de gestió avançada i d'alta resolució (suficientment validat durant els darrers anys), per l'atenció urgent hospitalària de l'ancià (i fragilitat), amb resultats ben acreditats.

El desplegament d'aquest model, ben suportats per les TICs i amb professionals experts i espais i circuits especialment dissenyats, facilitaria la consolidació, creixement i la implantació al nostre territori i generaria uns resultats en Salut que amplificarien els beneficis actualment obtinguts. Per altre banda, un cop consolidat, permetria l'exportació i implantació d'aquest model organitzatiu i tecnològic a la resta del territori, estenent el seus resultats efectius i eficients pels pacients i el Sistema.

Per altre banda, cal ressaltar la innovació del projecte i que ha de ser, per la seva organització i funcionament, font de nova innovació, perquè fàcilment es podran investigar i incorporar noves eines que originin nous projectes, en un procés constant d'adaptació i previsió de necessitats i noves maneres de resoldre els problemes d'una població que creix progressivament: en els darrers 3 anys i mitjançant l'aplicació del programa de fragilitat al Servei d'Urgències, hem desenvolupat, entre altres, el projecte del "codi medicament" i hem fet evolucionar el programa FLS, que signifiquen millores molt notòries en l'atenció dels ancians.

Finalment, haurà de contemplar-se a més dels processos de desplegament, els de gestió del canvi i les eines necessàries per portar-ho a terme.

5.2. Línies de futur: cap a un abordatge integral i integrat de les persones vulnerables

Cal un nou model d'atenció a les persones vulnerables (ancianes o fràgils) que permeti donar



la millor resposta al requeriment creixent d'atenció hospitalària urgent (MAT II, III) en població anciana i/o amb fragilitat 5-9, mitjançant una actuació integrada ben protocol·litzada. Aquesta actuació ha d'estar basada en un model expert i d'alta resolució, que impliqui professionals, espais, circuits, coordinació entre nivells i eines de registre i seguiment, que ofereixin solucions específiques i completes més enllà de l'assistència sanitària convencional.

El Model d'Atenció es basa en:

- Professionals experts integrats en equips multidisciplinaris (mèdics, infermeria, farmàcia, treball social, fisioterapeutes...) amb el suport coordinat d'altres especialistes.
- Protocol·lització exhaustiva de les diferents actuacions
- Espais especialment dissenyats i eines diagnòstiques, d'equipament i terapèutiques adequades per fer possible un model d'alta resolució.
- TICs de nova generació.
- Un protocol transicional personalitzat i coordinat amb Atenció Primària i altres nivells assistencials, que assegurí el seguiment i minimitzi la necessitat posterior d'atenció imprevista, de reconsulta o reingrés, tot garantint la màxima autonomia del pacient a l'alta.
- Programes formatius específics d'autocura a l'alta del procés urgent i espais per socialitzar actuacions i possibles programes.
- Aplicació sistemàtica del "codi medicament" i altres protocols de prevenció.

5.3. Un centre especialitzat en les urgències de les persones vulnerables

La creació d'una clínica monogràfica hospitalària d'urgències per aquesta població (diferenciat de les urgències generals) dissenyat específicament per adaptar-se a les seves necessitats, per facilitar el desenvolupament del model i per assolir els objectius perseguits, es una solució efectiva i eficient segons l'experiència acumulada per l'hospital de Sant Pau en programes i en dispositius menors que s'han posat en funcionament i segons la bibliografia i experiències internacionals (veure apartat bibliografia).

La concepció de la Clínica Monogràfica experta en urgències hospitalàries de l'ancià i la fragilitat inclou estructura, funcionalitats, procediments i protocol·litzacions, que es distribueixen en els següents grups, alguns ja referits anteriorment:

1. Equips multidisciplinaris experts en urgències de l'ancià que integri diferents tipus de professionals:
 - a) Professionals mèdics i de infermeria experts en urgències i en atenció a l'ancià fràgil, capaços de detectar els problemes específics dels pacients ancians, identificar les síndromes geriàtriques, fer prevenció de riscos d'aquesta població sotmesa a l'entorn d'urgències, fer valoració geriàtrica integral i un diagnòstic situacional, i ajustar la



intensitat diagnòstica i terapèutica a les necessitats.

- b) Equips multidisciplinaris que incloguin farmàcia i treball social, i les diverses especialitats mèdiques i quirúrgiques treballant harmònicament en el procés urgent.
2. Espais específics i adaptats a la població diana amb les següents característiques:
- a) Adaptats a la persona gran, i més inclusius per facilitar la presència de familiars, cuidadors i d'acompanyants
 - b) Àrees d'espera i de visita especialment adaptades
 - c) Àrees d'observació, un cop s'ha superat la fase més crítica, que facilitin enfocar i resoldre el procés urgent abans de l'alta. Entre elles, una àrea clàssica d'observació (pacients enllitats i monitoratge), i una nova àrea d'observació **home-like (com a casa)**, on el malalt roman en observació clínica, vigilància, i ajut per les activitats diàries, en un entorn pseudo-domèstic, en funció de les diferents necessitats clíniques.
 - d) Capacitat d'ingrés en diferents entorns en funció del quadre clínic i el "diagnòstic situacional" de la persona: en entorn domiciliari, en una unitat de curta estada, en un hospital d'aguts o d'atenció intermèdia. Opcionalment, es pot disposar d'una dimensionada unitat d'ingrés per aguts amb estades d'un a quatre dies.
 - e) Connexió amb la resta de proveïdors del territori, especialment amb l'atenció primària per garantir la continuïtat i coordinació assistencial.
3. Tecnologia que permeti resolució diagnòstica i terapèutica:
- a) TICs: desenvolupament de les eines necessàries pel registre de informació, monitoratge de pacients, comunicació entre professionals i amb pacients i cuidadors, anàlisi de dades, seguiment de casos i pel procés de qualitat de "millora contínua"
 - b) radiologia bàsica, ecografia i TAC.
 - c) analítica completa.
 - d) Opcionalment, capacitat quirúrgica per resoldre els problemes quirúrgics simples més freqüents amb major efectivitat i eficiència (fractura de fèmur , p.e.).

El desenvolupament tecnològic (TICs) es imprescindible per portar a terme el projecte amb el nou model aplicat d'atenció de gestió avançada de les urgències, fer-ho evolucionar i arribar a tots els possibles pacients. Les opcions anotades en 2d) i 3d) facilitarien una gran autonomia al projecte i el dotarien d'una capacitat resolutiva completa per la gran majoria de processos i pacients (ancians MAT II i III) i conseqüentment facilitaria l'accessibilitat, la col·laboració amb el SEM i minimitzaria reubicacions i trasllats.

5.4. Sant Pau un centre clau per implementar el nou model

5.4.1. L'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

L'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau és un centre d'alta complexitat de la xarxa pública de serveis de salut a Catalunya que, amb sis segles d'existència, representa la institució



hospitalària degana de l'Estat espanyol. La seva actuació se centra principalment a Barcelona i s'estén per tota Catalunya, a més de tenir una notable incidència a la resta de l'Estat i una important projecció internacional.

Amb l'entrada del segle XXI, l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau va iniciar un important procés per donar resposta a les noves necessitats sanitàries. En la seva funció assistencial destaquen múltiples activitats, algunes d'elles considerades de referència en el seu àmbit d'actuació, com és el cas de l'atenció a les urgències.

5.4.2. Sant Pau i la seva àrea d'influència

Sant Pau és un centre clau per liderar i implementar amb èxit aquest projecte no només per tenir un àrea d'influència amb la població més envellida sinó també a nivell de sistema ja que:

1. Sant Pau té una població de referència amb la **major taxa de freqüentació de les urgències** de la Regió Sanitària de Barcelona.
Aquest fet ve condicionat per diversos motius però també per les dades poblacionals que s'apunten a continuació, i que suposen un repte per a realitzar una atenció urgent integral i resolutiva:
 - **Envelliment:** tenir una població de referència amb un envelliment superior a la resta d'àrees de la Regió Sanitària de Barcelona.
 - **Solitud:** tenir una població de referència amb les dades de solitud més altes de la Regió Sanitària de Barcelona.
 - **Renda baixa:** tenir una població de referència que, en determinades àrees, té de les rendes més baixes de Barcelona.
2. Sant Pau ha sigut el Primer servei d'urgències de l'Estat Espanyol amb professionals dedicats i especialitzats (des del 1967), estructurat i jerarquitzat des de l'inici, i amb desplegament assistencial, però també docent i en recerca, com altres serveis hospitalaris terciaris.
3. **El servei d'urgències de Sant Pau és l'únic servei d'urgències europeu acreditat GEDA (Geriatric Emergency Department Accreditation).** Vam ser el primer servei d'Urgències de tot el món en rebre l'acreditació internacional, fora dels Estats Units i el Canadà (2018).
4. Sant Pau ha creat el Dispositiu d'Atenció a la Fragilitat del Servei d'Urgències i els seus resultats (més de 5.000 atencions durant l'any 2021) ens avalen.
5. Som un servei d'urgències amb un model de gestió modern, basat en la flexibilitat operativa, l'alta resolució, la innovació i la millora continua. Aquests fets es visibilitzen en les nostres dades d'activitat, que corresponent a un gran hospital terciari, amb indicadors



quantitatius i qualitatius excel·lents

6. Hem implementat a l' AIS Dreta, d'acord amb la resta de proveïdors, un model organitzatiu molt innovador, adaptat a la fragilitat i en clau territorial, que està operatiu des de fa anys i que ha anat millorat de manera contínua. En referència, el Premi Unió +Futur 2019 assolit l'any passat com a reconeixement a l'èxit d'aquest model organitzatiu funcionant a l' AIS Dreta
7. Aquest projecte el visualitzem com una ampliació i escalat a nivell de sistema del projecte TIQUE, on estem endegant un abordatge hospitalari multidisciplinari d'integració assistencial. El Projecte Europeu TIQUE PCP ens ha de permetre definir i provar una solució pilot amb malalts amb Insuficiència cardíaca avançada i un plantejament sistèmic.
8. Aquest projecte facilita la implantació en la població visitada i en el territori del "Codi medicament" (actualment funcionant en el nostre Servei), que aporta en el nostre estudi pilot una reducció significativa del número de reingressos als 30 dies (pendent de publicació).

6. GRAU DE FACTIBILITAT: BARRERES I FACILITADORS DEL PROJECTE

El projecte és altament factible i la seva factibilitat es situa entre el 8 i el 10 atès que amb aquest projecte es consolidarà el Programa d'atenció urgent a aquesta població ja posat amb èxit al Sant Pau.

La barrera més important és de caire econòmic motivada per l'encariment dels costos associats a l'adequació de les infraestructures, adquisició dels equipaments i per l'increment del tipus d'interès que impacten directament en el pressupost tancat del que es disposa.

Un facilitador clau per millorar la coordinació amb altres nivells assistencials seria aconseguir la participació en el projecte dels Serveis Socials de l' AIS Barcelona Eixample Dreta.

7. PLA DE GENERACIÓ D'EVIDÈNCIA

Des del moment d'entrada en funcionament Q-Care atindrà la demanda total de la població a la que va dirigit el nou centre: ancians MAT II i III de l' AIS Barcelona Eixample Dreta.

L'avaluació es farà a partir de les dades recollides en el sistema d'informació hospitalari. Es preveu un seguiment mensual i avaluació trimestrals de l'evolució de l'activitat i resultats obtinguts així com de l'impacte en l'activitat de les urgències convencionals.

Aquesta informació es compararà amb les dades d'anys anteriors, i anteriors a la pandèmia COVID-19, per analitzar l'impacte de l'entrada en funcionament del nou centre Q-Care tant en el àmbit assistencial com econòmic. Identificant punts de millora que tinguin un impacte positiu



en els resultats en salut de la població i en la sostenibilitat del Sistema de Salut.

8. POBLACIÓ

La població de referència de l'Hospital de Sant Pau és l'Àrea Integral de Salut Eixample Dreta (AIS Barcelona Eixample Dreta). L'AIS Barcelona Eixample Dreta té una població envellida respecte d'altres àmbits de Barcelona i de Catalunya, amb una de les densitats més altes, i major nombre de persones que viuen soles respecte a altres barris de Barcelona. La renda per càpita de la població de l'AIS Barcelona Eixample Dreta oscil·la entre la mitjana, i més baixa que la mitjana, en funció del barri⁸. Tots aquests factors impacten en l'ús de recursos sanitaris del territori. En l'AIS Barcelona Eixample Dreta, la taxa de freqüentació a Urgències és molt superior a la que s'observa en altres àrees de Barcelona.

Característiques demogràfiques:

- Té una població de 408.268 habitants^{9,10} en 2021, amb 189.251 homes i 219.017 dones. D'aquestes, 92.709 són persones de 65 anys o més (36.440 homes i 56.269 dones).
- La taxa d'envelliment (quotient entre el nombre de persones de 65 anys i més i el nombre de joves menors de 15 anys, expressat en tant per cent) és de 15,4% en homes i 23,7% en dones
- La de sobre envelliment (quotient entre el nombre de persones de 85 anys i més i el nombre de persones de 65 anys i més, expressat en tant per cent és de 48,1% (homes) i 57,4% (dones).

Amb les dades anteriors, si apliquem el % de la piràmide d'estratificació de Catalunya, suposant que la de l'AIS Dreta sigui igual a la de tota Catalunya, sabem que aproximadament 20.442 persones pertanyen al grup de risc poblacional alt i 69.700 al risc moderat. Un total de 90.143 persones formen part d'una població que té una taxa més alta de visites a urgències i d'ingressos, així com més consum de fàrmacs.

9. VARIABLES / INDICADORS

La millora contínua i la innovació assistencial formen part del nou paradigma Q-Care, així que el seguiment continuat d'indicadors serà clau per mesurar l'eficiència i eficàcia del Q-Care. En aquest sentit es mesurarà el valor creat pel nou centre en tres grans eixos: eficàcia i eficiència assistencial, millora de l'experiència del pacient, millora de la sostenibilitat del sistema.

9.1 Indicadors d'eficàcia i eficiència assistencial

Tots aquests indicadors es podran mesurar i obtenir a partir de la informació de l'activitat assistencial

11. Taxa d'ingressos



Nombre de persones que requereixen ingrés per la resolució de la urgència.

I2. Taxa de complicacions

Nombre de persones que pateixen complicacions evitables com a conseqüència de l'estada: deliris, etc.

I3. Taxa de reconsultes

Nombre de persones que tornen a les consultes d'urgències en els 30 dies posteriors a l'alta.

I4. Taxa de reingressos

Nombre de persones que tornen a ser atesos al centre Q-Care en els 30 dies posteriors a l'alta.

I5. Estadets hospitalàries

Disminució dels dies d'estada hospitalària al Sant Pau d'aquesta població

I6. Recursos socio-sanitaris

Increment de la utilització dels recursos socio-sanitaris per a la recuperació abans del retorn a l'entorn habitual de les persones que ho requereixen.

I7. Rati Q-Care

Aquest indicador serà el rati de resolucions Q-Care (altes que no comporten ingrés hospitalari) envers al nombre d'hospitalitzacions convencionals en aquesta població.

9.2 Millora de l'experiència de pacient

Aquests indicadors es definiran durant el 2023 i 2024 i es validaran amb la posada en marxa del nou centre Q-Care.

I8. Satisfacció del pacient i cuidadors

Aquest indicador es calcularà a partir de les enquestes de satisfacció i dels indicadors d'Experiència de Pacient (PREMs) que es definiran durant el 2023 i 2024.

I9. Millora dels resultats en salut reportats pel pacient i cuidadors

Aquest indicador es calcularà a partir de les enquestes de satisfacció i dels indicadors de Resultats en Salut de Pacient (PROMs) que es definiran durant el 2023 i 2024.

9.3 Millora de la sostenibilitat

I10. Millora de la sostenibilitat del sistema

Aquest indicador es calcularà en base a la capacitat del nou model de reduir el % de demanda terciària d'aquesta població en l' AIS Barcelona Eixample Dreta.

I11. Valor aportat pel centre Q-Care

Aquest ens donarà una visió del valor aportat al sistema per aquest nou abordatge i es calcularà tenint en compte el valor aportat pel nou centre a tots els actors (pacient, comunitat, hospital, sistema de salut i social) envers als costos que representa.

10. RESULTATS ESPERATS

Aquest nou abordatge amb enfocament territorial ha d'ajudar a la sostenibilitat del sistema de



salut i millorar l'atenció del pacient.

Q-care implementa un model que beneficia al pacient i el seu entorn i a l'hospital fent més sostenible el Sistema de Salut:

1. El pacient amb altes necessitats disposarà de:

- Una atenció urgent més accessible, més resolutiva, més coordinada amb els proveïdors, més de proximitat, més integral i multidisciplinària,
- Major control clínic i suport després d'un episodi urgent.

El nou model ha de garantir: el control posterior fins a la milloria progressiva; que es poden seguir adequadament els tractaments i les recomanacions en els dies següents; que estan cobertes totes les necessitats (cures, higiene, alimentació, acompanyament, accés i ús dels medicaments) mentre duri la crisi de salut que pot haver produït un desequilibri en tots o alguns d'aquests aspectes.

- Major accés a informació sobre el seu procés i als seus professionals de referència (atenció primària).
- Major accés a consulta, valoració i tractament si s'escau en situacions de crisi de salut o símptomes de nova aparició.
- Major control del seu benestar físic i emocional, de la seva salut i les pròpies decisions sobre la mateixa.
- Menor necessitats de consultar de manera urgent/emergent fora d'horaris de cobertura dels equips estàndards d'atenció.
- Accés a un nou entorn d'àrea d'observació més adaptat (home-like)

2. Els cuidadors que disposaran de:

- La incorporació de la cura de les necessitats del cuidador al pla d'atenció del pacient, i accés als diferents tipus de suport que puguin necessitar (sanitari, social, psicològic, acompanyament),
- Un major control del seu benestar físic i emocional.
- Un major accés a consulta i consell sobre problemes de salut del pacient que cuida.
- Una major integració amb el procés assistencial i la cura del pacient

3. L'hospital que aconseguirà:

- La reducció del volum de demanda d'atenció urgent en aquest grup de població.
- La reducció de les estades hospitalàries.
- La millora de l'eficàcia i eficiència dels procediments: reducció de les complicacions.
- La participació en Xarxes internacionals de recerca en aquest àmbit com el London Medical College i el Consorci NIX Europa, en els que Sant Pau ja hi forma part.
- Oferir una millor experiència del pacient

4. El Sistema de Salut aconseguirà:



- Un millor control de la població vulnerable.
- Un millor us dels diferents dispositius.
- Un menor cost global per us eficient dels recursos.
- Una major participació i coordinada dels diferents actors professionals -mèdics, infermeres, farmacèutics, socials- i cuidadors i familiars.

11. ESCALABILITAT

El model es pot replicar en altres dispositius i territoris, tal i com s'apunta en altres apartats.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. *Informe de Salut de Catalunya 2019*. Barcelona; 2020.
https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/Informe-de-salut-de-Catalunya/Informe-de-Salut-2019.pdf
2. Monterde D, Vela E, Clèries M. Adjusted morbidity groups: A new multiple morbidity measurement of use in Primary Care. *Aten Primaria*. 2016;48(10):674-682. doi:10.1016/j.aprim.2016.06.003
3. Bilal U, Cainzos-Achirica M, Clèries M, et al. Socioeconomic status, life expectancy and mortality in a universal healthcare setting: An individual-level analysis of 6 million Catalan residents. *Prev Med (Baltim)*. 2019;123(January):91-94. doi:10.1016/j.ypmed.2019.03.005
4. Vela E, Clèries M, Vella VA, Adroher C, García-Altés A. Population-based analysis of the Healthcare expenditure in Catalonia (Spain): what and who consumes more resources? *Gac Sanit*. 2019;33(1):24-31. doi:10.1016/j.gaceta.2017.05.017
5. Pimouguet C, Rizzuto D, Lagergren M, Fratiglioni L, Xu W. Living alone and unplanned hospitalizations among older adults: A population-based longitudinal study. *Eur J Public Health*. 2017;27(2):251-256. doi:10.1093/eurpub/ckw150
6. Dreyer K, Steventon A, Fisher R, Deeny SR. The association between living alone and health care utilisation in older adults: A retrospective cohort study of electronic health records from a London general practice. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):15-17. doi:10.1186/s12877-018-0939-4
7. Santaegüenia SJ, Contel JC, Vela E, et al. Characteristics and Service Utilization by



Complex Chronic and Advanced Chronic Patients in Catalonia: A Retrospective Seven-Year Cohort-Based Study of an Implemented Chronic Care Program. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(18):9473. doi:10.3390/ijerph18189473

8. <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10793>
9. Arvelo E, Armas J De. Assessing the Distribution of Elderly Requiring Care : A Case Study on the Residents in Barcelona and the Impact of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7486):1-15.
10. NICE. Organ Donation for Transplantation: Improving Donor Identification and Consent Rates for Deceased Organ Donation. NHS. *Nice Clin Guidel n° 135*. 2011;(December):1-26.
11. Catalunya G de. *Dades de Població per ABS Segons RCA 2021.*; 2021.

Pàgines web

<https://www.seniorismatter.com/monitoring-the-elderly-at-home/2491888/>

<https://www.aarp.org/espanol/hogar-familia/tecnologia/info-2014/monitorear-ancianos-distancia-herramientas.html>

<https://www.cdc.gov/dhdsdp/pubs/telehealth.htm>

<https://mhealthintelligence.com/news/how-remote-home-monitoring-improves-engagement-elderly-care>