

MANEIG A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA (AP) DE LA COMPLEXITAT CLÍNICA I SOCIAL: PLANTA COMUNITÀRIA VIRTUAL.

INSTITUT ASSISTÈNCIA SANITÀRIA (IAS)

Teresa Vilalta (Directora Infermeria IAS)

Elena Bosch (Infermera responsable planta comunitària virtual ABS Anglès)

Judith Ruiz (Infermera responsable planta comunitària virtual ABS Breda –Hostalric)

Marta Raset (Infermera responsable planta comunitària virtual ABS Cassà de la Selva)

Anna Agell (Infermera responsable planta comunitària virtual ABS Cassà de la Selva)

Angela Vilà (Adjunta Direcció Infermeria, AP, IAS)

1 Introducció: Què és una planta comunitària virtual?

Es una proposta de model assistencial comunitari de gestió del cas, dissenyat per donar recolzament a les persones afectades per situacions de complexitat clínica i social i als seus equips assistencials de referència. Aquest model pren elements de l'organització d'una planta hospitalària i els aplica als pacients al seu propi domicili (*planta virtual*), aprofitant els recursos disponibles per promoure resultats eficients i de qualitat.

2. Objectius generals

Millorar els resultats en salut, qualitat de vida. Aconseguir un *continuum assistencial* social i sanitari. També disminuir la utilització dels serveis d'alt cost com ara les visites a urgències, les hospitalitzacions urgents, els reingressos. Bon ús vies preferents atenció.

3. Metodologia

Sistema de captació de pacients a l'especialitzada, detectant-los des del moment de l'ingrés, a primària, des de serveis socials,.... Valoració integral al domicili que inclou les capacitats funcionals de la pacient del seu cuidador i dels recursos externs en el context de la vida diària (estat del domicili, transport, xarxa social, adherència al tractament). Activació dels recursos necessaris per l'abordatge del cas, seguiment preventiu a través d'una combinació de visites domiciliàries i telefòniques dels diferents professionals. Establiment d'un pla individualitzat d'intervenció que s'anirà revisant periòdicament. En cas de PCC (pacient crònic complex) i MACA (malaltia crònica avançada), identificació, registre compartit a través HCC, visible per tant a tots els nivells assistencials, inclòs el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM).

Seguiment també del cuidador vist com a pacient secundari.

4. Resultats (s'intentaran donar resultats de 6 mesos)

3 primers mesos: 69 ingressos, estada mitjana 47,4 dies, treball conjunt amb serveis socials en el 39% dels casos. Procedència dels casos en un 44.9% d'estructures de continuïtat de l'especialitzada o sociosanitari. Un 50% dels pacients que reben atenció pal.liativa (un 37% dels casos) moren a casa. El 23% el motiu d'ingrés són reingressos per descompensació IC i un 18% de MPOC. Un 76.8% dels pacients no ha fet cap ingrés no programat ni cap visita a urgències relacionada amb descompensacions.