VIII edició Premis La Unió a la Innovació en Gestió

Qüestionari 2017

ENTITAT: SERVEI D'URGÈNCIES, HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Adreça: Sant Antoni Maria Claret, 167
Població: BARCELONA
Persona de contacte: Mireia Puig i Campmany
Telèfon: 93 553 75 68
e-mail: mpuigc@santpau.cat

Persones responsables del projecte (Nom, càrrec i e-mail)

Josep Ris Romeu, Director del Procés d'Atenció Urgent, jris@santpau.cat
Mireia Puig Campmany, Directora d'Unitat d'Urgències, mpuigc@santpau.cat
Salvador Benito Vales, Director de Servei d'Urgències, sbenito@santpau.cat
Carme Rulló Valls, Sots Direcció Assistencial i Gestió de Pacients, crullo@santpau.cat
Domingo Ruiz Hidalgo, Director de la Unitat de Geriatria, druiz@santp

Modalitat a la qual es presenta:

- ☐ **Innovació en polítiques d'eficiència en recursos**
- X **Innovació en gestió dels professionals o gestió assistencial**
- ☐ **Innovació en gestió d'aliances estratègiques**

TITOL:

Programa d'Atenció a la Fragilitat del Servei d'Urgències (Hospital de Sant Pau).
Un model integral col·laboratiu d'atenció urgent a la cronicitat en la xarxa pública d'una gran ciutat.

ABSTRACT (Resum de l'experiència en un màxim de 10 línies):

Les dades demogràfiques i epidemiològiques demostren un increment progressiu de l'edat de la població i de les necessitats sanitàries. S'identifica un grup de població amb característiques específiques de fragilitat i vulnerabilitat, cronicitat i multimorbilitat, dependència, malaltia oncològica i altres condicions que s'associen a una major demanda assistencial en general, però també i molt especialment, amb una major pressió específica sobre els Serveis d'Urgències i major nombre d'ingressos. Els pacients fràgils i amb malalties cròniques utilitzen més sovint els Serveis d'Urgències hospitalaris, representen el 43-45% de tots els ingressos, les seves estades són un 20% superiors, i reben un 50% més de proves diagnòstiques. Estan subjectes a riscos incrementals derivats de la pròpia estada a Urgències (caigudes, delirium, efectes adversos de medicaments i iatrogènia).
Per tot això, s'han posat en evidència els avantatges de desenvolupar una atenció específica a la fragilitat en els Serveis d'Urgències. Els beneficis d'aquestes estratègies es relacionen directament amb els pacients però també amb les organitzacions (estades més curtes, menys efectes adversos, menys ingressos, disminució d'estades i reingressos ...).
Des del Servei d'Urgències (SU) i el Procés d'Atenció Urgent s'ha construït un Programa d'Atenció a la Fragilitat dirigit a fer una assistència urgent adaptada en aquest grup de població. El Programa se serveix de la integració del SU en una xarxa col·laborativa amb la resta de proveïdors de salut de l'AIS Dreta que participen de l'atenció urgent, creada a aquest efecte.

ÍNDEX

Justificació 2
Objectiu 3
Descripció del Projecte i Metodologia 3
Experiència innovadora 4
Dificultats a vèncer 5
Recursos 8
Conclusions 8
Referències Bibliogràfiques 11

Justificació

Les dades demogràfiques i epidemiològiques demostren un increment progressiu de l'edat de la població i de les necessitats sanitàries. Així mateix, s'identifica un grup de població amb característiques específiques de fragilitat i vulnerabilitat, cronicitat i multimorbilitat, dependència, malaltia oncològica i altres condicions que s'associen a una major demanda assistencial en general, però també i molt especialment, amb una major pressió específica sobre els Serveis d'Urgències i major nombre d'ingressos. D'aquesta manera, els pacients fràgils i amb malalties cròniques utilitzen més sovint els Serveis d'Urgències hospitalaris, representen el 43-45% de tots els ingressos que es generen, les seves estades són un 20% superiors, i reben un 50% més de proves diagnòstiques que la resta de pacients. D'altra banda, estan subjectes a riscos incrementals derivats de la pròpia estada a Urgències (caigudes, delirium, efectes adversos de medicaments i iatrogènia).

- A Urgències, l'edat i la comorbilitat en el pacient s'associen a:
  - ✓ Més risc de patir

Retràs diagnòstic
Diagnòstics no sospitats
Infratractament
Sobretractament

Riscos pel pacient (Qualitat)

- L'e
punt
gesti
relac
  - ✓ I

Més Re
Més C
f
c
  - ✓ I
c
i
  - ✓ I
c
r
  - ✓ C
p
l'

Per tot això, s'ha posat en evidència els avantatges de desenvolupar una atenció específica a la fragilitat en els Serveis d'Urgències i també, de poder oferir una intervenció pal·liativa precoç quan aquesta és

necessària. Els beneficis d'aquestes estratègies es relacionen directament amb els pacients però també amb les organitzacions (estades més curtes, menys efectes adversos, menys ingressos, disminució d'estades i reingressos ...).

Des del Servei d'Urgències (SU) i el Procés d'Atenció Urgent hem treballat activament per atendre aquestes noves necessitats poblacionals. En aquesta línia, hem construït progressivament al nostre Servei d'Urgències un Programa d'Atenció a la Fragilitat. Aquest projecte ha requerit de la coordinació de diferents serveis i unitats hospitalàries, i la col·laboració amb altres proveïdors de salut de l'AIS Dreta.

Així, el Servei d'Urgències, la Unitat de Geriatria, el Servei de Farmàcia Hospitalària i la Unitat de Treball Social, han dissenyat circuits i procediments específics d'avaluació integral al Servei d'Urgències i han consensuat una participació compartida dels seus professionals en l'avaluació dels pacients fràgils amb processos urgents. Per altra banda, vam detectar la necessitat d'organitzar un flux de treball col·laboratiu amb els diferents proveïdors de salut de la zona, i s'han consolidat circuits de connexió entre el Servei d'Urgències i els diferents proveïdors de l'entorn posthospitalari, que permeten la derivació directa i precoç des Urgències (Hospitals intermedis, Hospitalització a Domicili, Equips d'Atenció Residencial, PADES, Hospital de Dia).

Els objectius finals del Programa i l'Aliança Estratègica amb la resta de proveïdors de l'AIS Dreta, són:

1) Realitzar una avaluació geriàtrica integral sistemàtica en els pacients fràgils que consulten al SU
2) Assegurar que tots els pacients que es beneficiïn d'alternatives a l'hospitalització convencional (hospitals intermedis, hospitalització a domicili, cura dels equips d'infermeria) puguin ser donats d'alta del Servei d'Urgències, tot evitant l'hospitalització terciària si és innecessària
3) Obtenir una sortida molt precoç a la destinació, evitant llargues estades al SU i els seus riscos

Objectiu

L'objectiu és procurar una atenció urgent integral i multidisciplinar, de qualitat, enfocada a la fragilitat, aplicada de manera universal, estandarditzada i des del primer contacte amb el Servei d'Urgències; utilitzant uns espais adaptats i ampliant o consolidat els circuits existents amb els diferents dispositius i proveïdors disponibles en l'àrea de salut.

Així, els objectius finals són:

- Millorar la qualitat de l'atenció
  - ✓ Augmentar la satisfacció dels pacients i les seves famílies
  - ✓ Millorar els indicadors de qualitat en l'atenció
  - ✓ Augmentar la seguretat dels pacients
  - ✓ Augmentar la resolució i l'eficàcia de l'atenció
  - ✓ Disminuir el temps d'estada a Urgències
  - ✓ Millorar l'eficiència de les estades a Urgències
- Millorar la salut de la població
  - ✓ Cribratge de síndromes geriàtriques
    - Delirium
    - Demència
    - Avaluació de caigudes
    - Declivi funcional
  - ✓ Prevenció de riscos
    - Prevenció de caigudes
    - Vacunacions
  - ✓ Avaluació de l'activitat física
- Disminució de costos en l'assistència
  - ✓ Disminuir els ingressos hospitalaris i els seus riscos derivats
  - ✓ Millorar els circuits de sortida del Servei d'Urgències
  - ✓ Escurçar les estades al Servei d'Urgències

- ✓ Disminuir la saturació del Servei d'Urgències

Descripció del Projecte i Metodologia

El Programa té l'objectiu d'aconseguir una atenció més resolutiva i de major qualitat als pacients fràgils en el Servei d'Urgències (SU). Els punts clau, són:

1) Implantació de cribratge de fragilitat i d'eines d'avaluació geriàtrica i necessitats pal·liatives, a través d'un equip multidisciplari, al Servei d'Urgències, funcionant 7x24.
2) Formació dels professionals d'Urgències en aspectes de fragilitat, cronicitat, atenció pal·liativa i bioètica
3) Aconseguir una presa de decisions adaptada, contemplant les necessitats clíniques, funcionals i socials extretes d'una valoració integral, i que inclogui les preferències del pacient.
4) La creació d'una àrea estructuralment adaptada a la fragilitat dins del SU.
5) Circuits de connexió amb diferents proveïdors de l'entorn post-hospitalari, que permeten la derivació directa i precoç des Urgències (Hospitals intermedis, Hospitalització a Domicili, Equips d'Atenció Residencial, PADES, Hospital de Dia). També, una millor connexió amb l'Atenció Primària per garantir la continuïtat assistencial després de l'alta.

Pla de Treball 2011-2017

- ✓ Anàlisi de la demanda (segmentació, selecció de la població diana)
  Es detecta una població amb necessitats de salut diferents, que requereix un abordatge específic per una atenció urgent resolutiva, eficient i de qualitat
- ✓ Tres Eixos Estratègics
  1. Adaptació del Servei d'Urgències en l'atenció a la Fragilitat
     - Implantació d'una Avaluació Integral
       - Disseny i Protocol·lització exhaustiva (amb U. Geriatria)
       - Integració de Treball Social i Farmàcia Hospitalària
       - Fer participar les especialitats hospitalàries (ja integrades)
       - Generar indicadors per a revisió i millora contínua

Experiència innovadora

Les guies de pràctica clínica recomanen l'adaptació dels Serveis d'Urgències per a una atenció de més qualitat a la població geriàtrica. Tot i això, no coneixem experiències d'avaluació geriàtrica integral en el context de l'Atenció Urgent arreu de Catalunya o a l'estat.

A la literatura internacional es troben models d'intervencions geriàtriques puntuals en els Serveis d'Urgències (SU), realitzades per equips geriàtrics que es desplacen a demanda al SU, en horari laborable i diürn. Aquestes intervencions tenen els inconvenients d'actuar sobre una selecció de pacients i no tota la població fràgil atesa al SU. Les experiències d'avaluació geriàtrica integral realitzada pels propis professionals d'Urgències tenen l'avantatge de ser més inclusives i poden arribar a tota la població fràgil

atesa al SU, però són minoritàries. Existeixen en la literatura experiències aïllades sobre estructures adaptades en alguns Serveis d'Urgències.

En el nostre cas, es contempla una avaluació sistemàtica i realitzada per professionals d'Urgències, on la Unitat de Geriatria actua com a consultora en casos seleccionats. Cal insistir en que la Unitat de Geriatria ha contribuït de forma molt important en el disseny, la formació de professionals i la implantació del Programa.

Per a obtenir resultats, és imprescindible la combinació d'una avaluació geriàtrica integral dels pacients amb necessitat d'atenció urgent, procediments adaptats i pla de cures específic, i una estructura favorable i una connexió excel·lent amb l'entorn posthospitalari. Per tant, el tret distintiu i innovador és la combinació en el nostre Servei d'Urgències:

1) d'un cribatge de fragilitat en tots els pacients que consulten, les 24 hores del dia
2) l'aplicació d'avaluació geriàtrica integral en aquesta població diana, d'unes decisions adaptades i d'un pla de cures específic
3) la incorporació al Servei d'Urgències d'una àrea estructuralment adaptada per a la prevenció de riscos
4) la xarxa col·laborativa creada entre el SU i l'entorn posthospitalari, que permet transferències assistencials ràpides i de qualitat, a d'altres proveïdors (Hospitals intermedis, Hospitalització a Domicili, PADES, Equips d'Atenció Residencial i Atenció Primària).

Dificultats a vèncer

La dificultat del desenvolupament d'una atenció específica a la fragilitat en el Servei d'Urgències, rau en:

- El disseny de l'avaluació geriàtrica integral feta a Urgències per professionals d'Urgències, durant les 24 hores del dia

L'objectiu del SU no és avaluar exhaustivament la fragilitat, sinó cribar d'entre tota la població atesa al SU, aquella que es pot beneficiar d'una avaluació geriàtrica integral i d'una atenció adaptada, és a dir, és necessari seleccionar la població diana, en el mateix moment d'entrada al SU. No existeix una única eina sensible i específica. La detecció ha de ser possible les 24 hores del dia.

De la mateixa manera, dissenyar els procediments que formaran part de l'avaluació geriàtrica integral a Urgències compren seleccionar aquelles eines validades, senzilles, que no requereixen d'una especialització geriàtrica per a ser utilitzades, i que siguin útils en prendre decisions en relació a l'atenció urgent. L'avaluació geriàtrica integral serà posposada només en els casos d'emergència (nivell I de tria), on es realitzarà després de garantir la estabilitat hemodinàmica. L'avaluació geriàtrica integral no ha d'entorpir ni alentir els procediments urgents, al contrari, ha de ser molt inicial i forma part de l'avaluació a l'entrada del SU, donat que condiciona i contribueix a decidir el pla diagnòstic i terapèutic a seguir.

En el nostre cas, com s'ha dit, el disseny contempla una avaluació realitzada per professionals d'Urgències, on la Unitat de Geriatria actua com a consultora en casos seleccionats. S'han seleccionat eines d'avaluació front diferents síndromes geriàtriques (delirium, demència), una millor avaluació del dolor (ús d'escales de valoració útils en pacients no comunicatius), i la valoració d'aspectes socials i funcionals.

- La implantació, per la necessària participació de molts professionals

✓ Del Servei d'Urgències (metges, infermeres, sanitaris, administratius)
✓ D'altres Serveis però integrats a Urgències: Treball social, farmàcia
✓ D'altres Serveis, però que col·laboren a Urgències: Geriatria, Especialitats Hospitalàries

- La creació d'una àrea adaptada dins del SU

El fet de tenir un procés urgent i la pròpia estada al Servei d'Urgències són fets desfavorable per la població fràgil, i són desencadenants de determinades síndromes geriàtriques (com ara el delirium) que s'han associat clarament a estades més llargues, declivi funcional a l'alta, mortalitat durant l'estada hospitalària i mortalitat després de l'alta. Una estructura adaptada, combinada amb procediments i cures específics, és capaç de minimitzar aquests riscos i evitar l'aparició de síndromes geriàtriques incidentals durant l'estada a Urgències.

La creació d'una nova àrea te cost. La dotació d'elements específics de prevenció (llums regulables, materials de paret i cortines, mobiliari) te un cost afegit. Implica també un increment dels recursos de personal per dotar la nova àrea.

- L'Aliança Estratègica amb els altres proveïdors de salut de l'AIS Dreta

El model d'atenció a la vellesa i la fragilitat desenvolupat vol procurar una atenció multidisciplinar, integral, de qualitat i centrada en la persona, i tracta de garantir que tots els pacients en que s'hagi definit al SU que la millor trajectòria suposa la hospitalització en un entorn no terciari (hospital intermedi o el propi domicili), o bé l'alta, per a que un altre proveïdor de salut de l'AIS Dreta segueixi i garanteixi la resolució del procés urgent, puguin sortir precoçment del SU.

Per això, l'Aliança Estratègica amb la resta de proveïdors suposa un punt clau del model, donat que assumeixen serveis de salut complementaris a l'assistència realitzada en l'hospital terciari envers l'atenció urgent.

La relació es va iniciar l'any 2008 amb un sol centre sociosanitari de la zona, i ha anat creixent, per la incorporació de tots els hospitals intermedis de l'AIS Dreta i posteriorment de la resta de proveïdors de l'AIS Dreta (Hospitalització a Domicili, Equips d'Atenció Residencial, PADES). El volum de derivació a cada estructura ha anat creixent, en especial als Hospitals Intermedis, i han comportat l'adaptació dels proveïdors a les necessitats dels pacients del SU. Així, ha implicat fer canvis en els dies i hores d'acceptació de pacients, la transferència de pacients més complexos i més aguts, per assolir l'objectiu proposat de poder facilitar la sortida del SU de tots els pacients que ho necessitessin, precoçment.

Per assolir aquests objectius, el SU ha anat incorporant noves estratègies d'avaluació geriàtrica i de selecció de pacients, però en la resta d'estructures, s'ha produït un canvi profund en els circuits de funcionament intern i també en la priorització d'entrada de pacients, donat que s'atén la recepció dels pacients del SU com una prioritat entre tota la diversa Cartera de Serveis que ofereixen els diferents proveïdors de salut de l'AIS Dreta.

- El seguiment de resultats

Implica el seguiment de diferents indicadors. S'utilitzen indicadors quantitatius clàssics. La dificultat radica en el seguiment de la qualitat de l'avaluació i l'atenció, que necessita de nous indicadors i no hi ha estàndards. S'estan dissenyant nous indicadors, encara no completament disponibles (en cursiva).

✓ Indicadors Quantitatius
- Nº urgències ateses
- Nº urgències ateses > 65 a (total i per ABS, per ISAR)
- Nº urgències ateses > 80 a (total i per ABS, per ISAR)
- Nº urgències ateses > 90 a (total i per ABS, per ISAR)
- Nº de pacients identificats com pacients fràgils
- Altes <4 h
- Altes <12 h
- Altes amb destí domicili
- Altes amb destí C. Sociosanitari (totals, per ABS, edat mitja, dies d'estada)
- Altes amb destí Atenció a Domicili (totals, per ABS, edat mitja, dies d'estada)
- Ingressos Unitat Funcional (totals i per franges d'edat)
- Ingressos DAFSU (totals i per franges d'edat)
- Ingressos Unitat d'Estada Curta (totals i per franges d'edat)

- Ingressos Hospitalaris (totals i per franges d'edat)
- Ingressos Hospitalaris àrea de crítics (totals i per franges d'edat)
- Reingressos
- Temps d'estada a Urgències
- Temps d'estada a Urgències en espera d'ingrés hospitalari
- Temps d'estada a Urgències en espera d'alta directa
- Temps d'estada a Urgències en espera de trasllat a centre sociosanitari
- Temps d'estada a DAFSU

✓ Indicadors Qualitatius
- Índex de caigudes dins del Servei d'Urgències
- Taxa de mortalitat
- *Indicadors d'Adherència al Programa d'Atenció Geriàtrica:*
    - ✓ *Taxa d'escales realitzades sobre població de més de 65 a*
    - ✓ *Taxa de detecció de familiar de referència*
    - ✓ *Taxa de pacients agitats en població de més de 65 a*
    - ✓ *Taxa de sospites de maltractament*
    - ✓ *% d'acompliment d'eines de detecció delirium*
    - ✓ *% d'acompliment d'eines de detecció demència*
    - ✓ *% d'acompliment d'eines de detecció de dolor*
    - ✓ *% d'acompliment del correcte control post alta reportat en l'informe d'alta*
- *Motiu de Consulta, Caigudes (n)*
    - ✓ *Prevalença de lesions associades a caigudes:*
        - *Fractures de maluc*
        - *TCE amb hemorràgia SNC*
        - *Lesions abdominals greus*
        - *Morts*
    - ✓ *Screening de polifarmàcia en pacients amb caigudes*
- *Motiu de Consulta, Reaccions Associades a Medicaments (RAM, n)*
- *Control d'inserció de catèters, adequació i dies / catèter*
- *Control d'inserció de sonda Foley, adequació i dies / sonda*

Recursos

Aquesta experiència és reproduïble en els altres Serveis d'Urgències.

El Programa va comprendre el treball conjunt i la col·laboració en el disseny i implantació del Procés d'Atenció Urgent, el Servei d'Urgències (SU), la Unitat de Geriatria, el Servei de Farmàcia i la Unitat de Treball Social, a més de la resta d'especialitats hospitalàries que en el nostre cas, ja estan habitualment integrades en el Servei d'Urgències. Això no obstant, no va necessitar de nous recursos de personal, ja que el Servei d'Urgències ja disposava de la presència d'una treballadora social en horari de 8.00-21.00 els dies laborables. Un farmacèutic era responsable amb anterioritat de l'assistència a Urgències. El Programa en aquest cas va facilitar la integració de tots dos professionals, incorporant-los a la projecció de guàrdia i a l'assistència diària amb més presència al Servei d'Urgències. No es van incrementar per tant recursos materials ni de personal per a la implantació del programa, dins del SU.

Un nou recurs és la construcció del Dispositiu d'Atenció a la Fragilitat del Servei d'Urgències, que consisteix en una nova àrea adaptada, de 13 boxs, dins del Servei. En tractar-se d'una ampliació, ha requerit de la incorporació de personal (2 infermeres i una auxiliar en tots els torns i un metge 12 hores).

Un recurs afegit va ser la formació realitzada a metges i infermeres. No obstant això, es va fer en el propi Hospital, al càrrec de referents del Servei d'Urgències, Geriatria, Farmàcia i Treball social, i sense cost, més que la dedicació d'hores dels professionals que impartien i que hi assistien.

En resum, la despesa se cenyeix a la construcció de l'àrea i el personal que l'atén. Les estratègies implantades són fonamentalment organitzatives i sense cost afegit, encara que sí suposen un canvi profund en el model de treball i els circuits.

Resultats

L'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau atén 150.000 urgències a l'any, que es visiten en diferents estructures específiques d'atenció continuada (Urgències de Psiquiatria, Urgències de Ginecologia / Obstetrícia, Urgències d'Oftalmologia i el Servei d'Urgències). El Servei d'Urgències realitza l'entrada i triatge de totes les Urgències de l'adult. Des del triatge, en horari diürn / laborable, els pacients amb patologia d'ORL i dermatologia, de baix nivell d'urgència (nivells 4 i 5) són derivats immediatament a una àrea de la consulta externa, on s'atén la urgència especialitzada. Aquest circuit permet subministrar una atenció especialitzada urgent i simultàniament regular l'ocupació del Servei d'Urgències. Finalment, uns 80.000 pacients a l'any són visitats al Servei d'Urgències (Urgències de l'Adult), i són el grup de pacients susceptibles de ser avaluats en el Programa (Taula 1).

És difícil establir uns resultats del Programa d'Atenció a la Fragilitat. La literatura científica objectiva la dificultat en utilitzar indicadors de qualitat en l'atenció geriàtrica i de la fragilitat en els Serveis d'Urgències. Per aquest motiu, s'utilitzen indicadors d'ingrés hospitalari i reingrés com a instruments de mesura d'aquesta atenció adaptada. Poden utilitzar-se també indicadors geriàtrics, de funcionalitat i autonomia després de l'alta d'Urgències o l' ingrés hospitalari, encara que tampoc hi ha acord general en quins utilitzar ni l'estàndard a assolir.

En aquest context, la comparació evolutiva de resultats en indicadors d'ingrés en un mateix centre té valor. La tendència esperada és un increment progressiu de l'edat de la població atesa i secundàriament, un increment en la taxa d'ingrés. D'aquesta manera, canvis en les tendències esperades poden ser relacionats amb canvis estructurals o organitzatius al centre.
En el nostre Servei d'Urgències hem percebut un augment progressiu de l'edat i la cronicitat que atenem (Taula 2 i 3). L'estructura disponible del Servei d'Urgències i l'Hospital no s'ha modificat des de 2009. No obstant això, els nostres circuits i recursos disponibles com alternatives a l'hospitalització han anat augmentant gradualment, ja que els proveïdors de salut del nostre entorn amb els que compartim el projecte , han anat adaptant progressivament els recursos als nostres requeriments per aconseguir assolir l'objectiu d'evitar ingressos innecessaris en aquesta població de risc.

Cal entendre aquests canvis en els fluxos de pacients com a conseqüències buscades del Programa d'Atenció a la Fragilitat, i instruments imprescindibles per complir l'objectiu d'adequar l'entorn de tractament. Així, el treball d'avaluació integral i assistència adaptada a la fragilitat per part dels professionals del Servei d'Urgències, en una atenció multidisciplinària, cada vegada més estandarditzada i protocol·litzada, ha aconseguit que més pacients siguin situats en circuits diferents a l' ingrés convencional al hospital terciari, després de la visita al Servei d'Urgències. És per tant una conseqüència buscada, i no una causa de la variació dels fluxos.

Hem relacionat el nombre d'urgències ateses des 1/1/2011 fins al 2017.06.30, analitzant l'edat de la població atesa, la taxa d'ingrés total i respecte de l'edat, i la taxa de reingrés (Taules 2 i 3).

Des de l'any 2011 hem observat un augment en les visites al Servei d'Urgències i un augment gradual de l'edat dels pacients (Taula 2). L'augment progressiu de les ambulàncies també tradueix més complexitat. El 2011 va començar el desenvolupament dels circuits de referència als hospitals intermedis. En els anys següents es van intensificar nous circuits de connexió amb l'entorn post-hospitalari (2013-2017) i, sobretot, es va implementar gradualment el Programa d'Atenció a la Fragilitat (2013-2017).

Així, malgrat l'increment d'entrades, de més ambulàncies, de més pacients ancians, de 2014 a 2017, s'observa una disminució progressiva en la taxa d'admissió global (totes les edats) a l'hospital terciari, tot i l'augment de l'edat i la complexitat dels pacients, resultat que atribuïm al Programa d'Atenció a la Fragilitat en el si de l'Aliança Estratègica amb la resta de proveïdors de l'AIS Dreta. Quan s'analitza

la taxa d'ingrés per franges d'edat (Taula 3), la disminució en la taxa d'ingrés és encara més evident, amb disminució de mig punt en la població de més de 65 anys, però de 1.5 punts en els majors de 75 anys i de 3.5 punts en els majors de 85 anys.

El CatSalut ha reconegut aquesta coordinació del nostre Servei d'Urgències amb la resta de proveïdors de salut en el nostre territori (Àrea Integral Salut Barcelona Dreta) com un sistema eficient i flexible, capaç d'adaptar-se a les necessitats dels pacients i del Servei d'Urgències.

Taula 1: Urgències totals ateses en l'Hospital Terciari. Urgències totals en pacients més grans de 65 anys

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	1/1/2017 30/06/2017
Urgències Totals Hosp.	136.430	131.763	135.258	137.987	144.744	151.485	74.218
Pacients > 65 anys	39.231 (28.75%)	39.979 (30.34%)	41.544 (30.71%)	41.200 (29.85%)	43.230 (29.86%)	45.455 (30.0%)	22.311 (30.06%)
Urgències Totals Hospitalàries: inclou Urgències de Psiquiatria, Ginecologia i Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia (en àrees específiques) i Servei d'Urgències							

Urgències totals hospitalàries i urgències totals majors de 65 anys. Després del triatge, els pacients són derivats a punts específics d'atenció urgent en àrees específiques (Urgències de Psiquiatria, Ginecologia i Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia) i uns 80.000 pacients són rebuts en el Servei d'Urgències (vegeu les taules 2 i 3)

Taula 2: Visites en el Servei d'Urgències (Urgències de l'Adult). Ingressos. Reingressos.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	1/1/2017 30/6/2017
Visites SU	71.998	70.040	70.008	71.166	75.800	80.054	38.250
Ambulàncies	21.140 (29.36%)	20.201 (28.55%)	20.642 (29.48%)	21.573 (30.31%)	25.416 (33.53%)	27.035 (33.77%)	13.202 (34.51%)
Pacients > 65 anys	29.462 (40.92%)	29.523 (42.16%)	30.261 (43.22%)	30.205 (42.44%)	32.640 (43.06%)	34.590 (43.20%)	16.483 (43.09%)
Ingressos Hospitalaris	7.843 **(10.89%)**	7.807 **(11.23%)**	8.026 **(11.46%)**	8.606 **(12.09%)**	8.952 **(11.81%)**	9.235 **(11.53%)**	4.379 **(11.44%)**
Transferència a HI	530 (0.7%)	686 (0.9%)	791 (1.1%)	893 (1.2%)	1.290 (1.7%)	2.403 (3%)	1.620 (4.2%)
Readmissions (< 72h)	4.2%	3.9%	3.7%	3.5%	3.5%	3.6%	3.6%
Visites SU: Visites en el Servei d'Urgències . Transferència a HI: trasllats a Hospitals Intermedis des del Servei d'Urgències							

Es registren les entrades totals al Servei d'Urgències i el nombre d'entrades de pacients ancians (> 65 anys). Es descriuen els ingressos hospitalaris totals (totes les edats), les derivacions a Hospitals intermedis (totes les edats) i readmissions totals.

Taula 3: Visites en el Servei d'Urgències por franges d'edat (Urgències de l'Adult). Ingressos per franges d'edat. Reingressos per franges d'edat.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	1/1/2017 30/6/2017
Visites SU	71.998	70.040	70.008	71.166	75.800	80.054	38.250
Ingressos Hospitalaris	7.843 (10.89%)	7.807 (11.23%)	8.026 (11.46%)	8.606 (12.09%)	8.952 (11.81%)	9.235 (11.53%)	4.379 (11.44%)
Pacients > 65 anys	29.462	29.523	30.261	30.205	32.640	34.590	16.483
Ingressos > 65 anys	6.069	6.044	5.997	6.374	6.677	6.913	3.201

	(20.59%)	(20.47%)	(19.81%)	(21.10%)	(20.45%)	(19.98%)	(19.42%)
Pacients > 75 anys	21.180	21.285	21.696	21.178	22.971	24.372	11.524
Ingressos > 75 anys	4.813 (22.72%)	4.833 (22.7%)	4.632 (21.34%)	4.874 (23.01%)	5.156 (22.44%)	5.336 (21.89%)	2.416 (20.96%)
Pacients > 85 anys	8.492	8.731	9.197	9.177	10.316	11.123	5.327
Ingressos > 85 anys	2.128 (25.05%)	2.208 (25.28%)	2.150 (23.37%)	2.174 (23.68%)	2.427 (23.52%)	2.557 (22.98%)	1.163 (21.83%)
Readmissions < 72h, 65a	4.4%	3.7%	3.5%	3.4%	3.4%	3.6%	3.6%
Readmissions < 72h, 75a	4.2%	3.5%	3.5%	3.4%	3.4%	3.6%	3.5%
Readmissions < 72h, 85a	3.6%	3.4%	3.2%	3.3%	3.3%	3.4%	3.2%
Visites SU: Visites en el Servei d'Urgències. Transferència a HI: trasllats a Hospitals Intermedis des del Servei d'Urgències							

Es registren les entrades totals al Servei d'Urgències i el nombre d'entrades de pacients ancians (> 65 anys,> 75 anys,> 85 anys). Es descriuen les ingressos hospitalaris totals (mateixes franges d'edat), les derivacions a Hospitals intermedis (totes les edats) i readmissions totals (mateixes franges d'edat).

Referències

1. Rosenberg MS, Carpenter CR, Bromley M, et al. Geriatric Emergency Department guidelines. Ann Emerg Med. 2014; 63(5):e7-e25. doi:10.1016/j.annemergmed.2014.02.008.
2. Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Selberg J. Caring for High-Need, High-Cost Patients — An Urgent Priority. N Engl J Med. 2016;375(10):909-911. doi:10.1056/NEJMp1608511.
3. Carpenter CR, Platts-Mills TF. Evolving Prehospital, Emergency Department, and "Inpatient" Management Models for Geriatric Emergencies. Clin Geriatr Med. 2013; 29(1): 31-47. doi:10.1016/j.cger.2012.09.003.
4. Conroy S, Chikura G. Emergency care for frail older people-Urgent AND important-but what works? Age Ageing. 2015;44(5):724-725. doi:10.1093/ageing/afv104.
5. Conroy S, Parker S. Acute care for frail older people: time to get back to basics? Age Ageing . 2014;43(4):448-449. doi:10.1093/ageing/afu063.
6. Mccusker J, Verdon J, Vadeboncoeur A, et al. The Elder-Friendly Emergency Department Assessment Tool: Development of a Quality Assessment Tool for Emergency Department–Based Geriatric Care. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04058.x.
7. Mcewan A, Silverberg JZ. Palliative Care in the Emergency Department. Emerg Med Clin N Am 2016, 34: 667-685. doi:10.1016/j.emc.2016.04.013.
8. Limehouse WE, Ramana Feeser V, Bookman KJ, Derse A. A model for emergency department end-of-life communications after acute devastating events-part II: Moving from resuscitative to end-of-life or palliative treatment. Acad Emerg Med. 2012; 19(11): 1300-1308. doi:10.1111/acem.12018.
9. Bo M, Bonetto M, Bottignole G, et al. Length of Stay in the Emergency Department and Occurrence of Delirium in Older Medical Patients. J Am Geriatr Soc. 2016; 64(5): 1114-9. doi:10.1111/jgs.14103.
10. Kahn JH, Magauran B. Trends in Geriatric Emergency Medicine. Emerg Med Clin North Am. 2016;34:435-452. doi:10.1016/j.emc.2006.01.012.
11. Candance Imision Emmi Poteliakhoff James Thompson. older-people-and-emergency-bed-use-aug-2012. TheKinsFund. 2012 (August).
12. Keyes DC, Singal B, Kropf CW, Fisk A. Impact of a new senior emergency department on emergency department recidivism, rate of hospital admission, and hospital length of stay. Ann Emerg Med. 2014;63(5):517-524. doi:10.1016/j.annemergmed.2013.10.033.
13. Emergency Department Palliative Care. American College of Physicians. June 2012.

14. Geriatric Emergency Department Guidelines. American College of Emergency Physicians, 2013.
15. Philip I. The contribution of geriatric medicine to integrated care for older people. Age and Aging 2015; 44: 11-15
16. Grudzen C R, Richardson L D, Morrison M et al. Palliative Care Needs of serious ill, older adults presenting to the Emergency Department. Academic Emergency Medicine 2010; 17: 1253-1257
17. Schnitker L M, Martin-Khan M, Burkett E et al. Structural quality indicators to support quality of care for older people with cognitive impairment in Emergency Departments. Academic Emergency Medicine 2015; 22: 273-284
18. Gestió clínica dels pacients amb complexitat: PCC i MACA. Pla de Salut 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat
19. Adequació de la xarxa sociosanitaria en l'atenció a la cronicitat. Juliol 2014. Generalitat de Catalunya. Pla de Salut 2011-2015.
20. La Millora de l'atenció al final de la vida : la perspectiva dels familiars de pacients i dels professionals de la salut. Planificació i Avaluació, Pla de Salut, 2008
21. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat, Maig de 2013. Generalitat de Catalunya. Pla de Salut 2011-2015.
22. Alternatives assistencials en entorns integrats. Redefinició del rol de l'hospital d'aguts i l'anteció especialitzada en l'atenció a la cronicitat. Pla de Salut 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.
23. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Begoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. Qual Saf Health Care 2004; 13:299-305.
24. Salpeter SR, Luo EJ, Malter DS, Stuart B. Systematic review of noncancer presentation with a median survival of 6 months or less. Am J Med 2012; 125:512e 1-6.
25. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with càncer visit the emergency department near the end of life? CMAJ 2010; 182: 563-568
26. Wu FM, Newman JM, Lasher A, Brody A. Effects of initiating palliative care consultation in the emergency department on inpatient lenght of stay. J Palliat Med 2013; 16: 1362-1367
27. Rosenwax LK, McNamara BA, Murray K, McCabe J, Aoun S, Currow DC. Hospital and emergency department use in the last year of life: a baseline for future modifications of end of life care. MJA 2011; 194: 570-573
28. De Vader TE, Abrecht R, Reiter M. Initiating palliative care in the emergency department. Journal Emergency Medicine 2012; 43: 803-810
29. Guia sobre les ordres de no iniciar maniobres de reanimació cardiopulmonar i de limitació de suport vital, Hospital Sant Pau 2013
30. Guia de pràctica clínica per a l'atenció pal.liativa al malalt en fase terminal a l'HSCSP, 2014
31. Foo CL, Siu VWY, Ang H, Phuah MWL, Ooi CK. Risk stratification and rapid geriatric screening in an emergency department - a quasi-randomised controlled trial. BMC Geriatr. 2014;14:98. doi:10.1186/1471-2318-14-98.
32. Burton JH, Young J, Bernier CA. The geriatric ED: Structure, patient care, and considerations for the emergency department geriatric unit. Int J Gerontol. 2014. doi:10.1016/j.ijge.2014.01.002.
33. Nagurney JM, Fleischman W, Han L, Leo-Summers L, Allore HG, Gill TM. Emergency Department Visits Without Hospitalization Are Associated With Functional Decline in Older Persons. Ann Emerg Med. 2017;69(4):426-433. doi:10.1016/j.annemergmed.2016.09.018.

34. Harvey M, Hunt R, Hick J, Hanfling D. Defining Quality and Outcome in Geriatric Emergency Care. Ann Emerg Med. 2017;70(1):107-109. doi:10.1016/j.annemergmed.2017.03.003.

35. American Society of Hospital Pharmacist. ASHP Guidelines on Emergency Medicine Pharmacist Services. Medicat Ther Patient Care Specif Pract Areas-Guidelines:334-348.

36. Briggs R, Coughlan T, Collins R, O'Neill D, Kennelly SP. Nursing home residents attending the emergency department: Clinical characteristics and outcomes. Q J Med. 2013;106:803-808. doi:10.1093/qjmed/hct136.

37. Trahan LM, Spiers JA, Cummings GG. Decisions to Transfer Nursing Home Residents to Emergency Departments: A Scoping Review of Contributing Factors and Staff Perspectives. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(11):994-1005. doi:10.1016/j.jamda.2016.05.012.

38. Jones CD, Cumbler E, Honigman B, et al. Hospital to Post-Acute Care Facility Transfers: Identifying Targets for Information Exchange Quality Improvement. J Am Med Dir Assoc. 2017;18(1):70-73. doi:10.1016/j.jamda.2016.09.009.

39. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: A British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. Age Ageing. 2014;43(6):744-747. doi:10.1093/ageing/afu138.

40. Lowthian JA, McGinnes RA, Brand CA, Barker AL, Cameron PA. Discharging older patients from the emergency department effectively: A systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2015;44(5):761-770. doi:10.1093/ageing/afv102.

41. Karam G, Radden Z, Berall LE, Cheng C, Gruneir A. Efficacy of emergency department-based interventions designed to reduce repeat visits and other adverse outcomes for older patients after discharge: A systematic review. Geriatr Gerontol Int. 2015;15:1107-1117. doi:10.1111/ggi.12538.

42. Wright PN, Tan G, Iliffe S, Lee D. The impact of a new emergency admission avoidance system for older people on length of stay and same-day discharges. Age Ageing. 2013;43:116-121. doi:10.1093/ageing/aft086.

43. Rosenberg M, Lamba S, Misra S, et al. Palliative medicine and geriatric emergency care: challenges, opportunities, and basic principles. Clin Geriatr Med. 2013;29(1):1-29. doi:10.1016/j.cger.2012.09.006.

44. Han JH, Shintani A, Eden S, et al. Delirium in the emergency department: An independent predictor of death within 6 months. Ann Emerg Med. 2010;56:244-252. doi:10.1016/j.annemergmed.2010.03.003.

45. Juma S, Taabazuing M, Montero-Odasso M. Clinical Frailty Scale in an Acute Medicine Unit: a Simple Tool That Predicts Length of Stay. Can Geriatr J. 2016;19(2):34-39. doi:10.5770/cgj.19.196.

46. Renom-guiteras A, Uhrenfeldt L, Meyer G, Mann E. Assessment tools for determining appropriateness of admission to acute care of persons transferred from long-term care facilities : a systematic review. BMC Geriatr. 2014;14(1):1-8. doi:10.1186/1471-2318-14-80.

47. Dent E, Chapman I, Howell S, Piantadosi C VR. Frailty and functional decline indices predict poor outcomes in hospitalised older people. Age Ageing. 2014;43:477-484.

48. Conroy S, Nickel CH, Jónsdóttir AB, et al. The development of a European curriculum in Geriatric Emergency Medicine. Eur Geriatr Med. 2016;7(315-321). doi:10.1016/j.eurger.2016.03.011.

49. Bo M, Bonetto M BG et al. Postdischarge clinical outcomes in older medical patients with an Emergency Department stay-associated delirium onset. JAGS 2016;64(2):e18-e19.