

HIPERFREQUËNTADORS AL SERVEI D'URGÈNCIES DE L'HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

Intervenció des del Treball Social Sanitari

Treball Final de Màster. Modalitat: Elaboració d'un procediment



ANNA ALBERO MIRÓ

MÁSTER EN TREBALL SOCIAL SANITARI

CURS 2014 - 2015

DIRECTORA. MARTA BALLESTER ALBARRACÍN

DATA D'ENTREGA: 3-JULIOL-2015

Hiperfreqüentadors al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Intervenció des del Treball Social Sanitari.

Elaboració d'un procediment

“I recorda que quan expliquis
aquesta teoria sobre la llibertat,
sobre el fet de no tenir obligacions,
tothom et dirà: ‘Si tots féssim
el mateix, si tots fóssim lliures
d’escollir, d’obligacions, de desitjos...
què se’n faria d’aquest món?’
Tu només respon-los:
‘I fent tot allò que se suposa
que hem de fer...
què se’n fa, d’aquest món?’

***“El món blau: estima el teu caos”
- Albert Espinosa -***

HIPERFREQUÈNTADORS AL SERVEI D'URGÈNCIES DE L'HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

INTERVENCIÓ DES DEL TREBALL SOCIAL SANITARI

RESUM

Objectius: El present treball té com a finalitat l'estudi del fenomen de la hiperfreqüentació al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona i el tractament a través de l'aplicació d'un procediment específic.

Metodologia: Per aconseguir-ho, s'ha dissenyat un estudi descriptiu, en el que s'ha definit el pacient hiperfreqüentador i, a partir d'aquí, s'han recollit dades sociodemogràfiques i sanitàries, per establir el perfil. A més, s'ha elaborat una procediment per a l'abordatge de la hiperfreqüentació.

Resultats: S'ha definit pacient Hiperfreqüentador el que realitza 7 o més visites en 12 mesos. La incidència al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic ha sigut d'un 4,123% per la identificació de 362 pacients durant l'any 2014, els quals han generat 3.546 visites. El perfil es correspon a un home de 58 anys, amb malaltia crònica i/o mental. Per avaluar l'adequació del procediment haurem d'esperar la seva implantació.

Conclusions: La identificació precoç dels pacients Hiperfreqüentadors farà que els professionals puguem assabentar-nos de problemàtiques ocultes, que no estan explícites en la demanda assistencial del motiu de consulta a un SUH. Compartir aquesta informació augmentaria la col·laboració entre els nivells assistencials i asseguraria el contínuum assistencial.

Paraules clau: Hiperfreqüentació, Treball Social Sanitari, Servei d'Urgències Hospitalari

ABSTRACT

Objectives: This work aims to study the phenomenon of frequent Emergency Department use from Hospital Clinic of Barcelona and it proposes treatment through the application of a specific procedure.

Methods: It has designed a descriptive study, which defined the frequent emergency department users; also, it has collected sociodemographic and health data to establish their profile. Moreover, it has developed a method for the treating frequent emergency department use.

Results: Defined frequent emergency department users who does 7 or more visits in 12 months. The incidence of the problem has been a 4,123%: it has identified 362 patients during 2014, which have generated 3.546 visits. The profile is: man, 58 years old with chronic and / or mental illness. We will have to wait to assess the adequacy of the procedure since its implementation.

Conclusions: Professionals we will find out for hidden problems by early identification of frequent emergency department users because the difficult are not explicit in the demand. Share this information would increase collaboration between healthcare levels and ensure the care continuum.

Key words: frequent use, medical social work, emergency department

AGRAÏMENTS

A la Sra. Montse Suárez, Directora d'Infermeria del Servei d'Urgències, pel seus ànims i el seu suport en tots aquells projectes què he decidit emprendre.

A tots els que m'han donat una empenteta, una mà o unes idees perquè el projecte sigui el que és actualment, des del principi fins el final: Ester Risco, Encarna Martín, Ferran Céspedes, Montse Fernández i Eli Uría.

A la Directora de la tesina, Marta Ballester, per haver estat pendent de mi, fins a hores intempestives, sobretot en la recta final. Una gran professional, amb molts coneixements; i gran persona, els seus ànims han estat claus.

Als meus companys del Servei de Treball Social Urgències, Begoña, Eugenia, Cristina, i Ferran. És un plaer treballar amb aquest equip, uns professionals que vetllen per la professió i per la resta de companys. Moltes gràcies a tots!!!

A Dolors Colom, Directora del Màster. Gràcies a ella el Treball Social Sanitari tindrà el seu reconeixement com a professió sanitària en breu. Una gran professional, trencant barreres per aconseguir allò que vol, que el Treball Social Sanitari sigui una disciplina en constant evolució i tingui el lloc que li correspon dintre del món sanitari, un àmbit tan divers. Com a alumna, puc dir que la Dolors és una gran persona, pendent de totes nosaltres, donant suport en tot moment, tranquil·litzant-nos quan ha fet falta. Gràcies pel teu entusiasme i per endoll d'energia!!!

I per últim, i no menys importants: a la meva família, per estar ahí quan ha fet falta i vetllar pel meu benestar. A les meves amigues, Flamenkitas, Clíniquestes Culturetes, Xiquetes Visualitzant, Nenes i Green Girls; és un plaer passar temps al vostre costat. Em feu molt feliç!!!

ABREVIATURES

AP: Atenció Primària de Salut

CEIC: Comitè d'Ètica i Investigació Clínica

CSM: Centre de Salut Mental

ERM: Emergència mèdica (Nivells I i II)

GC: Gestió de Casos

HC: Història Clínica

HC3: Història Clínica Compartida

HCB: Hospital Clínic de Barcelona

HF: Hiperfreqüentació

HFr: Hiperfreqüentador

ICS: Institut Català de la Salut

OMS: Organització Mundial de la Salut

PCC: Pacient Crònic Complex

PIIC: Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit

PNT: Procediment Normalitzat de Treball

PPCC: Programa del Pacient Crònic Complex

SSAP: Serveis Socials d'Atenció Primària

SUH: Servei d'Urgències Hospitalàries

SUHC: Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic

TFM: Treball Final de Màster

TS: Treball Social

TSS: Treball Social Sanitari

TrSS: Treballador/a Social Sanitari/a

UCIR: Urgències Cirurgia

UCOT: Urgències Traumatologia

UDT: Unitat de Dolor Toràcic

UGIN: Urgències Ginecologia

UOC: Universitat Oberta de Catalunya

UORL: Urgències Otorinolaringologia

UPSI: Urgències Psiquiatria

URG: Urgències Generals (Nivells IV i V)

URM: Urgències Medicina (Nivell III)

XHUP: Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	Pàg. 9
JUSTIFICACIÓ	Pàg. 10
MARC TEÒRIC	Pàg. 11-24
· Hiperfreqüentació	Pàg. 12-14
· Definició	Pàg. 12
· Perfil	Pàg. 12-13
· Causes	Pàg. 13
· Conseqüències	Pàg. 14
· Solucions	Pàg. 14
· Serveis d'Urgències Hospitalaris	Pàg. 14
· Perquè s'han massificat?	Pàg. 15-18
· Com decideix el ciutadà anar-hi?	Pàg. 18-19
· Treball Social Sanitari a Urgències	Pàg. 20-21
· Gestió de Casos	Pàg. 22
· Pacient Crònic Complex	Pàg. 22-23
· Contínuum Assistencial	Pàg. 24-25
HIPÒTESIS I OBJECTIUS	Pàg. 26
· Hipòtesi de treball	Pàg. 27
· Objectius	Pàg. 27

METODOLOGIA	Pàg. 28
· Fonts d'informació	Pàg. 29
· Disseny de l'estudi	Pàg. 29
· Àmbit i Població d'estudi	Pàg. 30-31
· Recopilació de Dades	Pàg. 31
· Primera fase	Pàg. 31
· Segona fase	Pàg. 32
· Elaboració del Procediment	Pàg. 33-37
ANÀLISIS DE RESULTATS	Pàg. 38
· Limitacions	Pàg. 42
CONCLUSIONS	Pàg. 43-45
Discussió	Pàg. 44
Conclusions	Pàg. 45
PROPOSTES D'INTERVENCIÓ	Pàg. 46
NOVES LÍNIES DE RECERCA	Pàg. 47
BIBLIOGRAFIA	Pàg. 48-55
ANNEXOS	Pàg. 56-60

INTRODUCCIÓ

En els últims anys, s'ha incrementat la demanda assistencial als Serveis d'Urgències Hospitalaris i diferents estudis han demostrat que s'atenen altres problemes de salut diferents als estrictament urgents¹. La saturació dels Serveis d'Urgències Hospitalaris és un problema que afecta a la majoria dels països, independentment del seu nivell socioeconòmic. Una de les causes, entre d'altres, implicades freqüentment en aquest problema és la **hiperfreqüentació**².

Alguns³ descriuen els Hiperfreqüentadors com un pacient conflictiu en els Serveis d'Urgències Hospitalaris ja que provoca dilemes ètics en els professionals, encara que no en tenen consciència; als professionals els generen graus alts de malestar, que acaben per traduir-se en conflictes en la relació professional – pacient, essent un dels factors identificats com a precipitants del anomenat *burnout*⁴. A més, podem prendre a aquests pacients com persones que pateixen perquè tenen un malestar que no aconsegueixen resoldre i els professionals no sempre podem detectar la causa real.

També ens interessa l'abordatge de la hiperfreqüentació perquè aquest implica uns elevats costos econòmics per als sistema sanitari, i un alt risc per als errors clínics (creen rebuig dels professionals)⁵.

Per resoldre el problema de la Hiperfreqüentació, els estudis indiquen que és necessari un intercanvi d'informació⁶ de salut entre Atenció Primària de salut i l'especialitzada ja que millora la identificació dels usuaris Hiperfreqüentadors dels Serveis d'Urgències Hospitalaris. També proposen fer una intervenció activa a través de la metodologia *Case Management*⁷ o Gestió de Casos, que demostra reduir el número de visites als SUH dels pacients Hiperfreqüentadors.

És per això que nosaltres, com a Treballadors Socials Sanitaris, gestors de casos per excel·lència (Flexner 1915)⁸, ens plantegem aquest treball.

JUSTIFICACIÓ

El Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic, com qualsevol altre Servei d'Urgències Hospitalari, pateix la problemàtica de la saturació. Els gestors del servei, constantment, cerquen estratègies per resoldre aquest problema.

Donat la literatura diu que un dels problemes de la saturació és la Hiperfreqüentació, volem estudiar aquest fenomen al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic i crear un procediment d'intervenció basat en la Gestió de Casos.

El mètode científic⁹ en el Treball Social Sanitari és un procediment o conjunt de procediments. És una eina per a objectivar allò que és susceptible de subjectivar.

En allò "social sanitari" sempre es dona anar del cas particular al col·lectiu i, partint d'allò col·lectiu, projectar programes específics; això és possible quan la informació s'obté seguint la mateixa metodologia i procediments. Llavors, amb el seu anàlisi podem establir escenaris al voltant de les circumstàncies estudiades, disposar de les tendències i les distribucions i, progressivament, anar conformant un model assistencial i d'atenció psicosocial d'acord a la població atesa i no a una altra, d'acord a la resolució de les seves necessitats. Això, no obstant, requereix un ordre i planificació prèvia de la informació i de la seva obtenció.

Així, el mètode bàsic del Treball Social Sanitari (Colomer 1974)¹⁰ implica l'aplicació de procediments per evitar la improvisació i discrecionalitat per part dels professionals.

En el cas que ens ocupa, hi ha estudis (Keehn 1994)¹¹ que demostren com la disminució de la Hiperfreqüentació es produeix en aquells casos on el Treballador Social (sanitari) utilitza una intervenció proactiva, és a dir, quan el Treballador Social (sanitari) planifica la intervenció, creant un procediment basat en criteris de risc social sanitari, validats prèviament, per identificar a la població sobre la que es vol actuar.

Així, com a Treballadors Socials Sanitaris, gestors de casos per la naturalesa de la nostra intervenció, serem els autors i professionals responsables del procediment d'abordatge a la Hiperfreqüentació.

MARC TEÒRIC

Hiperfreqüentadors al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Hiperfreqüentació

Definició

Etimològicament, Hiperfreqüentació (HF) ve de les paraules *freqüentació*¹², del llatí *freqüentāre*, que significa repetir un acte a sovint o acudir amb freqüència a un lloc; i *híper*¹³, prefix que significa superioritat o excés.

La HF dels serveis de salut és un comportament individual davant una percepció de necessitat d'atenció en salut que es caracteritza per acudir freqüentment i per iniciativa pròpia a les consultes externes i d'urgències dels serveis de salut¹⁴.

En termes matemàtics, el terme HF es defineix com el nombre de vegades que cada usuari acudeix a consulta, essent la referència temporal d'un any la més utilitzada en la bibliografia. Quan aquest nombre de visites excedeix d'un llindar, llavors és denomina HF¹⁵. La comunitat científica deixa a criteri de l'autor l'elecció del punt de tall en funció dels sistema sanitari de cada comunitat o institució. Existeixen estudis que defineixen com Hiperfreqüentadors (HFr) els pacients que hagin requerit assistència en tres, quatre, deu o dotze vegades/any¹.

Segons un estudi sobre la percepció dels professionals sanitaris⁴, la definició d'un pacient com HFr no depèn del nombre sinó de la qualitat de la visita. Les raons de consulta i les característiques dels pacients són múltiples, per la qual cosa, no es pot determinar un perfil únic; per això, actualment es pensa en una intervenció individualitzada sobre els HFr.

Perfil

Així, cada centre ha d'estudiar el perfil de pacient HFr que hi acut. El que sí coincideixen molts estudis¹⁶ és en alta comorbiditat (3 o més malalties segons índex de Charlson, 3), per la qual cosa poden estar polimedicats, i presenten amb freqüència deteriorament cognitiu. Poden presentar problema social, també malaltia psiquiàtrica i consumir tòxics.

Moltes vegades, les dolències dels HFr es poden enquadrar en tres grups de patologies¹⁷:

- Malalties cròniques
- Malalties psiquiàtriques (depressió, ansietat)
- Malalties funcionals (trastorns somatomorfs)

Quan el professional no realitza una intervenció adequada, els malalts crònics i els somatitzadors poden acudir de forma innecessària per símptomes menors. L'habilitat del professional i la seva capacitat de comunicació són fonamentals.

Causes

Les característiques pròpies dels Serveis d'Urgències Hospitalaris (SUH) són causants de l'augment de la demanda assistencial a aquest servei¹⁸: accessibilitat, disponibilitat horària, coneixement per part de la població del sistema i les expectatives dels usuaris. Diferents estudis (Sun, 2003) demostren que les característiques demogràfiques, l'estat de salut i l'accés a l'atenció de salut, estan relacionats amb l'ús dels SUH. Factors associats com la pobresa, l'edat avançada, la manca d'habitatge, [...] i l'angoixa per la situació socioeconòmica també contribueixen a la HF dels SUH.

Sandín et al. (2010) van preguntar als professionals sobre quins creien ells que eres els desencadenants de la HF. Aquests van respondre¹⁹ que:

- els mitjans de comunicació i la medicalització de la societat són els que creen demanda,
- hi ha una manca d'educació per a la salut i de capacitat d'autocura en la població,
- el context sociofamiliar i econòmic del pacient també influeix,
- saturació del sistema sanitari
- consultes a demanda
- por dels professionals a les possibles demandes judicials, per això accedeixen a la petició d'assistència al pacient, tot i que no la considerin necessària,
- factors organitzatius, com la mala coordinació entre atenció primària i la especialitzada.

Braun et al. en canvi, van preguntar als pacients²⁰ sobre la seva motivació a l'hora d'acudir a un SUH. Aquest deien que per:

- eficàcia i efectivitat, pels recursos tècnics i rapidesa en resoldre el problema de salut,
- comoditat, en termes d'horaris i accessibilitat [geogràfica],
- percepció de símptomes,
- elaboració d'un autodiagnòstic a partir dels símptomes

Conseqüències

Alguns³, descriuen els HFr com un pacient conflictiu en els SUH ja que provoca dilemes ètics en els professionals, encara que no en tenen consciència.

El que sí podem dir, en comú per a tothom i tots els àmbits, és el patiment: la HF afecta a la qualitat de l'assistència ja que produeix un augment en la càrrega de treball per als professionals i genera graus alts de malestar, que acaben per traduir-se en conflictes en la relació professional – pacient, essent un dels factors identificats com a precipitants del anomenat *burnout*⁴; també, es consideren els pacients amb comportament de HF com persones amb risc de patir malestar social, diverses investigacions relacionen malestar psicosocial ocult i patologies somàtiques¹⁵ (independentment de la causa física, psicològica o social), ja que no troben solució al seu problema.

També ens interessa l'abordatge de la HF perquè aquest implica uns elevats costos econòmics per als sistema sanitari, i un alt risc per als errors clínics (creen rebuig dels professionals)⁵.

Solucions

Per resoldre el problema de la HF, els estudis indiquen que és necessari un intercanvi d'informació⁶ de salut entre els diferents nivells assistencials, bàsicament entre Atenció Primària de Salut (AP) i Atenció Especialitzada, on queden inclosos els SUH; així és una manera d'identificar els usuaris HFr dels serveis sanitaris. També proposen fer una intervenció activa a través de la metodologia *Case Management*⁷ o Gestió de Casos, que demostra reduir el número de visites als SUH dels pacients HFr.

Servei d'Urgències Hospitalàries (SUH)

Fent una mica d'història²¹, a Espanya, fins molt avançat el segle passat, l'assistència urgent es basava, principalment, en la atenció extra-hospitalària. Així, en 1948, es crea el Servei Nocturn d'Urgències per l'entitat gestora de la Seguretat Social, i entre 1964-1968 s'instauren els Serveis Normals i Especials d'Urgències. L'ajuda urgent s'establia per a

esdeveniments greus que ocorrien fora de l'horari ordinari d'atenció sanitària. Per aquest motiu, les àrees d'urgències dels hospitals mancaven d'una estructura física i funcional definida, el seu funcionament s'establia segons models d'atenció ambulatoria i s'encomanava aquest tipus d'assistència a metges novells.

A finals dels anys vuitanta, es produeix al nostre país un fet que marca un canvi significatiu en aquesta concepció: l'Informe del Defensor del Poble (1988)²² sobre els SUH del Sistema Sanitari Públic, per primera vegada, denunciava en el Parlamento Nacional la situació de la assistència mèdica urgent tant en l'àmbit hospitalari com en el d'atenció primària, instant a les administracions públiques sanitàries a corregir el seu estat mitjançant una sèrie de mesures.

En aquest context, en 1989, es publica el Pla Director d'Urgències de l'Insalud. Aquest pla profunditza en els Reals Decrets de 1982 i 1984 en l'àmbit de la atenció primària i reconeix la necessitat de dotar a la urgència hospitalària d'una entitat organitzativa pròpia. En 1991, la Comissió d'Anàlisi i Avaluació del Sistema Nacional de Salut, formula diverses recomanacions a les autonomies per al desenvolupament de la atenció urgent, com la creació de centres de coordinació d'urgències mèdiques en tot el territori nacional, les 24 hores del dia, d'una xarxa de transport sanitari d'urgència, disponibilitat de recursos assistencials específics i foment de la formació específica en urgències i emergències²³.

Coincidint amb aquests esdeveniments, en les dues últimes dècades s'ha produït en els països desenvolupats, un important creixement de la utilització dels SUH²⁴, considerant-se que la seva massificació constitueix un seriós problema sanitari.

Per què s'han massificat els SUH?

Hi ha una àmplia diversitat de treballs i estudis que han investigat els diferents components que han influït, i segueixen fent-ho, en aquesta qüestió, a la què Martínez Almoyna²⁵, ja en 1990, denominà "inflació de la demanda" o freqüentació desmesurada. En concret, podem classificar-los en factors que han afectat al comportament de la població en la seva relació amb l'esfera de la salut (factors de la demanda) i aquells associats directament a la utilització dels SUH (factors de l'oferta).

→ Així, els canvis que s'han produït en la població en relació amb l'àmbit sanitari són:

✓ Canvis en el perfil clínic de la població^{26,27}:

- Allargament de l'esperança de vida dels ciutadans i el consegüent envelliment, amb un increment dels sectors poblacionals de majors de 65 i 85 anys, on són més elevades les prevalences de malalties, generalment cròniques, que produeixen descompensacions agudes i precisen atenció urgent.
- Canvis en els patrons de morbiditat - mortalitat, amb nous processos, en els què la immediatesa assistencial cobra importància creixent (síndrome coronari agut, accident cerebrovascular, sèpsia, etc.) i, sobretot, l'augment dels accidents com a conseqüència del trànsit, l'activitat laboral i la violència de tot tipus, les patologies associades al consum de substàncies tòxiques, etc.
- ✓ Canvis en l'organització sanitària²⁸:
 - Ampliació de la cobertura sanitària.
 - Irregular desenvolupament de l'atenció primària en general i, especialment, dels seus dispositius d'urgències.
 - Escletxa inter-nivells: atenció primària – atenció especialitzada – hospitalització.
 - Major accessibilitat i qualitat científic-tècnica dels SUH. Els SUH s'han convertit en unes unitats amb una gran accessibilitat (econòmica, administrativa, física i temporal), amb una important dotació tecnològica i amb professionals especialitzats i a dedicació plena, cosa que ha permès generar confiança en la població per la seva qualitat de la atenció.
- ✓ Canvis socials^{29,30}:

Però l'increment produït en la utilització dels SUH en aquests últims anys no obeeix simplement als canvis demogràfics ni epidemiològics, sinó que sembla que existeixen altres factors que s'associen a aquesta conducta²⁷.

S'hauria d'assumir que aquest fenomen va lligat a un valor cultural intrínsecament arrelat en les societats modernes, per les connotacions de seguretat, benestar social, disponibilitat i accessibilitat que es transmeten als ciutadans³¹.

La societat està immersa en una sèrie de transformacions en els patrons socials que, de forma més o menys ràpida i intensa, s'han anat produint en les últimes dècades, i han provocat canvis que van des de costums fins a sentiments i valors. De les característiques que més han influït en la relació dels ciutadans amb el sistema sanitari podem destacar diverses:

- Canvis en el concepte de salut i malaltia, fent-se els límits entre ells més difuminats, orientant-se més a qualitat de vida, no sols a l'absència de malaltia. Hi ha una manca de relació entre expectatives de salut i morbiditat percebuda, així com tampoc es considera que una major despesa és igual a més satisfacció.

- “La immediatesa”: actualment vivim la cultura de que tot el que ens fa falta, sobretot si és un servei, devem disposar d'ell el més ràpidament i sense cost, al menys aparentment, com si es tractés d'un caixer automàtic.
- «L'afany de seguretat i la multiplicitat de seguretats que l'home actual occidental rep i exigeix» i que impregna tota la seva vida com un dels valors culturals dominants actuals, tal como afirma Julián Marías³².
- Canvi de percepció sobre l'evolució natural de la vida i la malaltia. Sobre aquest context s'expressa de la següent manera Javier Marías en el País Semanal³³ «ja ha arribat el moment en que el morir es veu com una cosa anòmla o antinatural» i continua dient «... la negació dels accidents: si es produeix un, del tipus que sigui, és perquè ha fallat alguna cosa que no devia fallar, i algú, per tant, ha comés una negligència que avui en dia sol estar penada».
- El bombardeig continu de notícies per múltiples canals de comunicació al final distorsiona o deforma la informació i aconsegueix el propòsit contrari: desinformar i generar falses expectatives.
- Fascinació per la tecnologia, donant més importància a la màquina o aparell en sí que al professional que el crea o l'utilitza. Tendim a comprar o anar al lloc amb més avanços tecnològics i, a més, en els últims 20 anys s'han produït més avanços a nivell de coneixements tecnològics que en els últims 20 segles, des de desenvolupament de tècniques de suport vital, trasplantaments d'òrgans, manipulació genètica, etc.
- Absència de consciència del cost, més encara quan parlem de serveis “gratuïts”, on a més s'ha produït una ampliació de la cobertura sanitària.
- “Els drets i els deures”: en situacions de conflicte, si no hi ha una consciència d'aquests aspectes, sempre afloren els drets com inalienables i per sobre dels altres, minimitzant el bé comú i oblidant els deures, la qual cosa porta a una actitud exigent cap al sistema sanitari.
- Manca d'educació sanitària afavorida per l'exaltació, des de molts fòrums, de tot allò “hospital-cèntric”.

→ Els factors associats directament a la utilització dels SUH:

Segons la Organització Mundial de la Salut (OMS), una **urgència** és tota aquella situació, què en opinió del pacient, la seva família o qualsevol que pren la decisió, requereix una atenció mèdica immediata. Això fa que en un servei d'urgències, ja sigui o no hospitalari, la cobertura assistencial tingui que realitzar-se sobre un ampli espectre de pacients que subjectivament puguin qualificar a la seva dolència com una urgència.

Igual que Sánchez i Bueno²⁸, seguim en aquest punt l'esquema proposat per Andersen³⁴, el més esgrimit per a analitzar la utilització de serveis d'urgència, que agrupa l'ús dels serveis mèdics com el resultat de tres components fonamentals: predisposició per a utilitzar els serveis (factors predisposats), capacitat per a obtenir-los (factors facilitadors) i nivell de malaltia (factors de necessitat).

1. Factors predisposats: Característiques demogràfiques com l'edat, el sexe, la raça, l'educació, la mida de la família o l'activitat laboral. L'ús freqüent s'associa a edat avançada, sexe femení o nivell socioeconòmic baix.
2. Factors facilitadors: Inclouen característiques individuals com el nivell d'ingressos o el tipus d'assegurança i característiques poblacionals, fonamentalment la disponibilitat i l'accessibilitat del servei³⁵.
3. Factors de necessitat: S'inclouen en aquest apartat l'estat de salut percebut i la possible limitació de l'activitat per problemes de salut³⁶.

Com a corol·lari²¹ de tots aquests canvis, es produeix una situació paradoxal: el desenvolupament dels SUH els fa més accessibles i eficaços, la qual cosa ha induït en la població una valoració molt positiva d'ells, que a la vegada origina problemes de saturació que amenacen la qualitat de la atenció prestada pels propis SUH. S'ha construït un permanent desequilibri entre la demanda de servei i l'oferta de prestacions o, dit d'una altra manera, els SUH són víctimes de la seva eficiència i d'un estil de vida basat en la immediatesa.

Cóm decideix el ciutadà anar al SUH?

Els estudis més recents intenten profunditzar en l'origen dels processos conductuals i emocionals que fan prendre aquesta decisió als pacients, aclarir per què l'hospital exerceix una atracció tan difícil de controlar. La novetat és que s'enfoca la qüestió des de la perspectiva i opinió de l'usuari y no des de la dels professionals o institucions.

Així, Padgett i Brodsky³⁷ diferencien en el procés de decisió tres estadis: reconeixement del problema, cerca d'assistència mèdica i, en tercer lloc, una vegada assumida la decisió de buscar ajuda, demandar assistència urgent o immediata. Però són Pasarín et al.³⁸ qui han descrit, recentment, i de forma excel·lent, aquest procés de decisió en cinc etapes:

1. Percepció de símptomes: És el primer que sent el pacient i que es valora com pèrdua de salut. Els símptomes, coneguts o no, experimentats o no prèviament, qualifiquen la situació

de greu o no, i en funció d'ella inicien accions dirigides a recuperar la normalitat o conèixer el que els està ocorrent³⁹.

2. Elaboració d'un auto-diagnòstic: Amb aquests símptomes la persona elabora un auto-diagnòstic, que és donar una interpretació, un significat al que li està passant, per a posar, o no, una etiqueta diagnòstica, però sempre focalitzant l'alteració en un lloc del cos. És el factor clau en la conducta d'acudir a un servei d'urgències.

3. Percepció de necessitat: L'auto-diagnòstic i el seu significat, amb el seu simbolisme, generen un determinat grau d'angoixa. Segons el nivell d'alarma que desperti o la càrrega d'angoixa amb què ho interioritzi, es planteja llavors una doble disjuntiva: primer, anar o no a un servei d'urgències; segon, escollir un centre ambulatori o l'hospital.

4. Coneixement de l'oferta dels serveis: El coneixement de l'oferta de serveis sanitaris, que no es correspon obligatòriament amb la realitat dels SUH, s'aprecia per la tecnologia, la professionalitat del personal sanitari i la immediatesa en la resolució del problema de salut.

5. Valoració del context global de l'individu: L'últim pas el marca, d'una part, el context global de les persones, entenent com a tal les seves necessitats personals familiars, laborals i socials, i de l'altra, el coneixement dels serveis d'urgències, tant real com emocional; és a dir, els individus tracten d'ajustar l'oferta dels serveis a la seva realitat vital, això sí, procurant remeiar l'angoixa i la incertesa creades en el menor temps possible. La manca de flexibilitat horària de l'entorn familiar o laboral inclina sempre la balança cap a la preferència d'atenció urgent. Els ciutadans, habitualment, volen una resposta ràpida, integral i no parcel·lada, en un acte assistencial únic i no esglaonat, i per això la majoria escullen el recurs amb més accessibilitat i capacitat tècnica, el SUH, encara que tinguin que suportar retards, i no els serveis d'urgències d'atenció primària o els serveis d'urgències extra-hospitalaris⁴⁰.

Si l'angoixa és gran perquè la percepció de gravetat o d'incertesa és alta, llavors apareix un desig, quasi compulsiu, d'alliberar-se ràpidament de las incògnites sobre la seva salut, de saber què li està passant i elegirà l'hospital. A la inversa, i pels mateixos arguments, també està descrit que la visita a un SUH pot diferir-se hores o inclús dies quan hi ha un esdeveniment familiar, social, esportiu, cultural, etc., suficientment important o interessant per a l'individu, sempre que l'esdeveniment agut sigui catalogat subjectivament com poc perillós o indueixi una inquietud limitada en aquell moment⁴¹. És a dir, la troballa primordial d'aquests treballs és que la percepció de la gravetat i de la necessitat d'atenció urgent, varia en funció de les necessitats personals, familiars, socials o inclús laborals del propi subjecte afecte o de les persones del seu entorn proper.

Treball Social a Urgències

Fent una mirada enrere⁴², rememorem els inicis de la figura del **Treballador Social (TrS)**, la qual emergeix a mitjans del segle XX, amb la voluntat de re-fundar la professió amb l'objectiu de trencar l'orientació benèfica i caritativa que havia adoptat la professió als anys passats. La meta era assentar les bases de la professió basada en el mètode científica. Respon a l'arribada de l'ajuda professionalitzada que veia a la persona com un agent de canvi i no com un subjecte passiu receptor de l'ajuda. És el moment què neixen els estudis universitaris de Treball Social (TS), reconeguts oficialment.

Quan parlem de **Treball Social Sanitari (TSS)** ens referim al TS que realitza les seves funcions dintre del sistema sanitari. La seva activitat es desenvolupa, exclusivament, en els establiments sanitaris (centres d'atenció primària, centres sociosanitaris, hospitals, centres de salut mental...). Al nostre país és un concepte encara molt nou i ha sigut impulsat i introduït per l'autora Dolors Colom, a través de les seves experiències importades dels Estats Units d'Amèrica, on ja existia la figura del *medical social worker* amb anterioritat.

Malgrat el camp de la salut no era el camp amb major ocupació pels TS, l'any 1982 (coincidint amb la nova estructuració dels serveis d'urgències), la Generalitat de Catalunya publica l'Ordre d'acreditació hospitalària, la qual estableix que tots els hospitals disposaran d'una Unitat d'Assistència Social (DOGC 325, maig 1983)⁴³.

Posteriorment, l'any 2003, el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya va publicar el *Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Entre les professions reconegudes no estaven inclosos els Treballadors Socials Sanitaris (TrSS), tot i que la Llei d'acreditacions dels centres hospitalaris, vigent des de l'any 1982 i el Decret 84/1986 de 21 de març de mesures per la reforma de l'Atenció Primària de salut a Catalunya, ja reconeixien i consolidaven els TS dintre del sistema de salut.

El Reial Decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització, defineix la **atenció sanitària d'urgència** com "la atenció que es presta al pacient en els casos on la seva situació clínica obliga a una atenció sanitària immediata. Es dispensarà tant en centres sanitaris com fora d'ells, incloent el domicili del pacient i la atenció "in situ", durant les 24 hores del dia, mitjançant la atenció mèdica i d'infermeria, i amb la col·laboració d'altres professionals". Aquest document deixa clar que la atenció a la urgència sanitària no és una tasca exclusiva de personal mèdic i d'infermeria, sinó que és una atenció integral on

intervenen altres professionals i, encara que no especifica quins, sabem que els TrSS són uns d'ells.

Recentment, el Defensor del Pueblo, en el seu informe de l'any 2015⁴⁴ recolza aquesta idea concloent que, "la demanda d'assistència urgent por col·lectius de persones en situació vulnerable [...] precisaria d'una major dotació de personal especialista en TS als SUH. S'acusa especialment la manca d'aquests professionals en els horaris de tarda i nit".

A dia d'avui el TSS continua sense ser considerat personal sanitari. Així, em sembla necessari puntualitzar que el Màster Oficial en Treball Social Sanitari de la Universitat Oberta de Catalunya és un pas molt important a l'hora d'aconseguir l'especialitat i la consideració.

Les característiques del TSS a qualsevol SUH⁴⁵ són:

- Realitza una **atenció professional individualitzada**, que equival a una atenció professional que deu donar primer una resposta ràpida, però després orientar. No es pot perdre de vista el servei os es treball ni la dinàmica de la atenció. El TrSS atén la urgència psicosocial i fa us dels recursos externs en la derivació i coordinació. Aquí es important destacar el paper de detecció de casos socials sanitaris i la seva derivació a l'àmbit primari de salut, però no sols des del punt de vista de la atenció integral, sinó també com prevenció de reingressos en el SUH.
- Dintre del perfil professional, remarquem la importància de la capacitat per a gestionar, la immediatesa i la rapidesa que exigeix aquesta posició i, recordem en especial, un alt coneixement dels recursos intra i extra-hospitalaris, i de la xarxa comunitària.
- La intervenció social sanitària pot donar-se de dues maneres:
 - A demanda, de forma espontània, tal com van arribant les urgències.
 - Per programes, de forma proactiva, és dir, organitzada sobre la base de factors de risc, etc.

Gestió de Casos

Cada estament assistencial és concebut com un món en sí mateix, aliè a allò que passa fora d'ell; això implica una fragmentació de les intervencions dels serveis sociosanitaris. Per a afrontar aquesta fragmentació, en la dècada de 1970 va sorgir en Estats Units el *case management*, que s'ha traduït com Gestió de Casos (GC)⁴⁶.

Les arrels de la GC es remunten als inicis del TS i a l'accent que Mary Richmond posava en la importància de centrar-se en el client per a la coordinació i la cooperació entre agències. En 1901, ella va identificar alguns problemes associats a la expansió dels serveis, en especial l'absència d'una adequada coordinació i comunicació entre agències.

Les funcions fonamentals en la GC són: definició de l'àmbit i la població diana, contacte amb els clients potencials per a una valoració inicial, valoració de les tres esferes (bio-psico-social), planificació del cas cercant les alternatives que millor s'adeqüen al perfil del client, implementació del pla i concertació de serveis, seguiment i revaloració per revisar la situació del client i identificar canvis produïts.

La **GC**, és la intervenció més freqüentment descrita per reduir l'ús dels SUH per part dels HFr, disminuint així els costos i millorant els resultats socials i clínics. Així, sembla ser beneficiós per als pacients i justificable per als hospitals implementar la GC en els casos d'HF, tenint una definició clara i consensuada del pacient HFr⁴⁷.

Així, per exemple, Casajuana y Bellón⁴⁸, per abordar el problema de la HF, fan servir diverses hipòtesis per analitzar els problemes del pacient, abastant les tres esferes: clínica, psicològica, problemes socials, adaptació familiar, problemes culturals o creences en el maneig de la salut. Així, estaran fent una valoració integral des d'una vessant interdisciplinària.

Pacient Crònic Complex

El pacient crònic complex (PCC) tenen característiques definitòries i específiques; entre d'altres, l'alta utilització de serveis d'hospitalització urgent o visites a urgències (és a dir, que poden ser HFr), i l'elevat consum de fàrmacs, amb el risc iatrogènic que això suposa⁴⁹.

Segons el Pla de Salut 2011-2015⁵⁰, de la Generalitat de Catalunya, les patologies cròniques suposen el 80% de la mortalitat, i consumeixen més del 50% dels recursos del sistema. Tres de cada deu catalans reconeixen patir o haver patit una malaltia crònica i aquesta xifra s'incrementarà en els pròxims anys, a mesura que la població envelleixi i mentre els estils de vida no millorin. Les prediccions afirmen que les malalties cròniques seran la causa principal de mort a l'any 2020.

El terme de PCC, tot i ser un concepte relativament nou, s'ha establert sòlidament en l'entorn sanitari. Determina un perfil de pacients crònics que suposa un 3-5% de la població que es troba en situació de complexitat i presenta un elevat nivell de dependència.

Dintre del Programa de Pacient Crònic Complex (PPCC), els TrSS d'Atenció Primària de Salut (AP)⁵¹, s'han proposat la missió de: treballar per a contribuir a millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut del PCC amb l'objectiu principal d'identificar i avaluar les necessitats socials i el malestar psicosocial del PCC generats per la malaltia, que en algun moment poden agreujar o dificultar la gestió de la complexitat sanitària, aportant el diagnòstic social (sanitari) per tal de complementar la valoració integral del PCC, fent una intervenció proactiva.

Així, els professionals d'AP (metge, infermera, TrSS), crearan un document que reculli les dades de salut i socials més importants del PCC i les disposaran en un entorn compartit d'informació; aquest és el Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit (PIIC)⁵².

Tot i que el PPCC es concentra a l'àmbit d'AP, hi ha casos que poden no estar identificats. Per això, i per tal de garantir l'atenció adequada del PCC també des de l'hospital, el TrSS hospitalari farà⁵³:

- a. Identificació d'aquests pacients i registre com a PCC.
- b. Valoració integral de la situació (especialment de la influència dels factors socials en el procés de la malaltia).
- c. Definició d'un pla de treball consensuat amb els pacient/família/cuidador/equip assistencial i referent comunitari del pacient.
- d. Coordinació amb la xarxa d'atenció del PCC (primària social i de salut, especialitzada, atenció intermèdia).

Contínuum Assistencial

Per resoldre el problema de la HF, els estudis indiquen que és necessari un intercanvi d'informació de salut ja que millora la identificació dels usuaris HFr dels SUH⁶.

A Catalunya, existeix la Història Clínica Compartida (HC3)⁵⁴ és la història electrònica que agrupa el conjunt de documents que contenen dades i informació rellevant sobre la situació i l'evolució d'un pacient al llarg del seu procés assistencial. Permet l'accés de manera organitzada, i sempre sota els paràmetres idonis de seguretat i confidencialitat, a la informació rellevant de les Històries Clíniques (HC) dels centres sanitaris de la xarxa pública assistencial. Aconsegueix també, mitjançant mecanismes d'interoperabilitat i l'ús d'estàndards entre sistemes d'informació, que les HC pròpies del centres sanitaris de la xarxa pública assistencial puguin ser compatibles per poder accedir a la informació sanitària i de salut d'un pacient al lloc i el moment en què es necessiten.

La HC3 té els objectius de:

- Millorar l'atenció de la salut dels ciutadans mitjançant una eina que faciliti la feina dels professionals sanitaris respecte als pacients als quals han d'atendre.
- Propiciar un nou model assistencial en permetre l'accés i la consulta de forma immediata, segura i confidencial de la informació rellevant disponible sobre els pacients als centres sanitaris de la xarxa d'assistència pública de Catalunya.

Els sistemes de salut de les comunitats autònomes estan treballant per aconseguir la futura HC digital del Sistema Nacional de Salut, i que les històries clíniques puguin intercanviar la informació més rellevant de les dades de salut dels seus ciutadans es desplacin fora del seu àmbit territorial.

La HC3 és un projecte relativament recent que encara està treballant per integral el màxim d'informació. Així, a dia d'avui, la informació sociosanitària, on els TrSS podríem tenir informació rellevant per a la nostra tasca diària, encara no es contempla. Gràcies al programa sobre PPC que comentàvem abans, el PIIC és una eina molt útil donat integra la valoració de la TrSS d'AP, però la resta d'usuaris no inclosos en aquest programa, no disposen d'informació social ja que els únics documents assistencials que hi apareixen a la HC3 són exclusivament mèdics.

Per aquest motiu, en els casos d'HF, si els TrSS volem comunicar a altres nivells assistencials o recursos de la xarxa comunitària allò que hem identificat per donar-li continuïtat a la nostra intervenció, ho hem de fer amb la nostra manera de fer habitual, comunicar-nos i traspasar-nos la informació mitjançant la **coordinació**, habitualment telefònica. Coordinar és acordar l'acció comuna de les persones i les entitats que intervenen en un programa, un projecte o un tractament social per aconseguir amb eficàcia els objectius proposats⁵⁵.

HIPÒTESIS I OBJECTIUS

Hiperfreqüentadors al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Hipòtesi de treball

Anem a realitzar un estudi descriptiu per això no cal considerar hipòtesis causals ni de altres tipus. Sí podem plantejar-nos una hipòtesi eventual per ser verificada en una fase posterior.

Així, com hem anat comentant prèviament, una causa de la saturació dels SUH és la HF. La solució que proposen alguns estudis és la GC i el TrSS és gestor de casos per la naturalesa de la seva professió.

Llavors, la hipòtesi eventual que ens plantejem és la següent:

“Els pacients Hiperfreqüentadors dels Serveis d'Urgències Hospitalaris presenten necessitats que no sempre són reconegudes. La detecció precoç i la intervenció individualitzada basada en la Gestió de Casos pot contribuir a reduir les visites d'aquests malalts”

Objectius

Com a **objectiu general** ens hem proposat:

- Estudiar el fenomen de la Hiperfreqüentació al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic.
- Elaboració d'un procediment d'intervenció per a l'abordatge de la Hiperfreqüentació

Com a **objectius secundaris**, ens hem plantejat els següents:

- Avaluar la incidència de la Hiperfreqüentació dintre del Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic.
- Determinar les característiques bio-psico-socials dels pacients Hiperfreqüentadors
- Reduir les visites dels Hiperfreqüentadors al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic.
- Donar a conèixer el procediment d'abordatge de la Hiperfreqüentació al personal del Servei.

METODOLOGIA

Hiperfreqüentadors al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Fonts d'informació

Una vegada presa la decisió de fer un projecte sobre la HF, el següent pas era l'anàlisi i revisió bibliogràfica sobre el tema. S'ha realitzat recerca a través de la biblioteca de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), la qual té accés a diferents bases de dades: DIALNET, Elsevier ScienceDirect, Medline, ProQuest Central, PubMed, SCIELO, a les que hem accedit majoritàriament; a més del cercador Google.

Disseny de l'estudi

L'estudi que s'ha realitzat es pot classificar com:

- Segons la finalitat, és un estudi **descriptiu**, ja que hem descrit les característiques bio-psico-socials dels pacients HF.
- Segons la seqüència temporal, és un estudi **seccional** en la seva primera fase, donat hem recollit la informació una sola vegada: pacients HF del 2014 per veure la incidència del problema en el nostre centre; en la segona fase, l'estudi serà **longitudinal**, ja que mesurarem les variables en diferents moments: anualment després de l'aplicació del Procediment (PNT).
- Segons la recollida d'informació, es tracta d'un estudi **ambispectiu** perquè hem recollit la informació de manera retrospectiva: en la primera fase hem analitzat la incidència de la HF durant l'any 2014; i també prospectiva, ja que s'anirà recollint la informació segons es vagi aplicant el procediment d'abordatge dels HF.
- Segons els seu caràcter, l'estudi és **quantitatiu** ja que la informació que hem obtingut serà susceptible de quantificació numèrica.

Àmbit i població d'estudi

El nostre projecte l'emmarquem en SUH de l'Hospital Clínic de Barcelona (HCB)⁵⁶. Aquest és un hospital universitari fundat l'any 1906 i que pertany a la Xarxa d'Hospitals d'Utilitat Pública de Catalunya (XHUP). Abarca la pràctica totalitat de les especialitats mèdiques i quirúrgiques, desenvolupa activitats en l'àmbit de l'Assistència, la Investigació i la Docència, ja sigui directament o a través d'empreses vinculades.

En l'àmbit de l'assistència, l'HCB actua com hospital comunitari, essent el principal proveïdor públic de la seva zona de referència de la ciutat de Barcelona, amb una població de 540 mil habitants i, a la vegada, com hospital terciari i d'alta complexitat, desenvolupant línies d'activitat per als pacients, no solament de Catalunya sinó també de tota Espanya i inclús a nivell internacional. L'objectiu és assegurar la continuïtat assistencial i la provisió integral de serveis de salut, pe això l'HCB participa en la gestió de centres d'atenció primària, desenvolupa activitats de salut mental i estableix aliances amb altres centres per a cobrir les necessitats sociosanitàries dels seus pacients.

En quant al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic (SUHC), és un equip integrat per personal mèdic, infermer, auxiliars d'infermeria, auxiliars sanitaris, personal administratiu i personal de treball social, preparat per atendre els pacients en cas de presentar una emergència vital o un problema urgent de salut. Estan equipats per rebre pacients d'alta complexitat clínica. La missió és proporcionar una atenció integrada i de qualitat davant les necessitats de salut de les diferents persones que es troben en situació d'urgència o emergència vital.

En quant al SUHCⁱ és l'únic a Catalunya que compta amb un Treballador Social Sanitari (TrSS) les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. Aquest existeix des de la creació del servei, fa uns 33 anys, al Febrer de l'any 1982, coincidint amb l'estructuració dels serveis d'urgències. Està cobert per 5 professionals en diferents torns. Aquest és un factor molt important ja que així els TrSS poden intervenir per programa o protocol, en el moment, no s'ha d'esperar la seva intervenció per manca de professional, sobretot en horaris de tarda, nit i caps de setmana. Això és un avantatge i servei de qualitat tant per al SUHC com per al propi pacient i família.

Per fer-nos una idea de la seva activitat, el SUHC rep a l'any unes 86.010 consultes en urgències⁵⁷.

ⁱ Dades facilitades per alguns TrSS de l'HCB.

En el cas que ens ocupa, la població d'estudi ha sigut els pacients definits com a HFr segons el criteri establert pel grup de treball: és a dir, pacients que s'han visitat 7 o més vegades en 12 mesos. No hi ha criteris d'exclusió, la única condició és que hagin fet el número de visites establert en 1 any.

Recopilació de dades

En la recollida de dades hem diferenciat dues fases:

Primera fase

El primer pas va ser sol·licitar una reunió amb la Directora d'Infermeria del SUHC, la Sra. Montse Suárez, la Infermera de Suport a la Recerca del SUHC (Sra. Elisabet Uría) i la TrSS encarregada de l'estudi i elaboració del procediment (jo). Mancava definir el HFr al nostre centre, així, amb tota la literatura estudiada sobre la HF, es va decidir que, al SUHC, un pacient HFr era el que havia fet 7 o més visites en 12 mesos.

Demanàrem, a continuació, al Servei d'Informàtica que ens fessin un cribratge de dades, introduint el paràmetre de: pacients visitats 7 o més vegades durant l'any 2014. Així, hem pogut veure la incidència de la HF al SUHC. Les variables que sol·licitàrem van ser:

- Sexe i edat
- Àrea Bàsica de Salut: així sabrem si és zona d'influència de l'hospital, o no.
- Procedència: Iniciativa pròpia, derivació AP, Servei d'Urgències Mèdiques o 061.
- Nivell de triatge: I, II, III, IV, V.
- Especialitat mèdica d'assistència: URM (Urgències Medicina nivell III), UCIR (Urgències Cirurgia), UCOT (Urgències Traumatologia), UPSI (Urgències Psiquiatria), UORL (Urgències Otorinolaringologia), UDT (Unitat de Dolor Toràcic), UGIN (Urgències Ginecologia), URG (Urgències Generals nivell IV, V), ERM (Emergència Mèdica Nivell I, II)
- Diagnòstic a l'alta
- Destí a l'alta

Pendents de sol·licitud al Comitè d'Ètica i Investigació Clínica (CEIC) per poder accedir a les HC dels pacients; una vegada identificats els HFr, entràriem a la seva HC per veure:

- Si estan al Programa de PCC (accediríem a la HC3).
- Si ha hagut intervenció de TSS de l'hospital.

- Si ha hagut seguiment per algun altre dispositiu: AP, Centre de Salut Mental (CSM), Serveis Socials d'atenció Primària (SSAP), etc.

Per tant, amb noms i cognoms, podríem cercar en la base de dades Access de TSS del SUHC per saber si havia hagut intervenció prèvia. En cas que sí, tindríem les variables:

- Habitatge, sí o no
- Família, sí o no
- Convivència
- Cuidador
- Situació Laboral
- Problemàtica social
- Recursos activats

Hem creat un formulari nou a la base de dades Access de TSS del SUHC on hem introduït totes les variables anteriors, i hem explotat els resultats.

Segona fase

- Hem elaborat un procediment específic per l'abordatge de la HF.
- Així, s'han realitzat reunions amb els TrSS del SUHC per estandarditzar la intervenció.
- Ara mateix el PNT es troba pendent de presentar a la Direcció del SUHC i, per tant, pendent d'aprovació. Una vegada realitzat aquest pas i decidida la data d'implantació, prèviament es realitzaran sessions amb la resta del personal, tant d'infermeria com mèdic, per formar-los i informar-los sobre el PNT.
- Al mateix temps, amb la data d'implantació prevista, ja podem sol·licitar, també al Servei d'Informàtica, que insereixi aquest paràmetre en el programa informàtic de l'HCB perquè salti una alerta en el programa del Sistema Triatge quan un pacient, al que se li acaba de fer l'admissió, sigui HFr tal com ha sigut definit.

Elaboració del PNT⁵⁸

(veure annex 1 el PNT amb l'estructura normalitzada de l'HCB)

Justificació

La HF causa té com a conseqüència: dilemes ètics, *burnout* professional, patiment en els pacients i elevats costos econòmics. Donat implica un problema per al Servei d'urgències, ens plantegem el seu abordatge.

El procediment tracta sobre la intervenció de TSS en cas de detecció de pacients HFr al SUHC.

Entenem per pacient **HFr** aquell que ve a visitar-se 7 o més vegades en 12 mesos.

Objectius

Objectius generals:

- Identificar al pacient HFr al SUHC
- Reduir les visites dels pacients HFr

Objectius específics:

- Planificar i buscar conjuntament amb AP, atenció especialitzada o qualsevol recurs de la comunitat, les solucions o alternatives per evitar les visites repetides d'aquests pacients.
- Garantir la continuïtat assistencials d'aquells pacients que ho necessitin.

Fitxa tècnica

Model sanitari al que correspon el procediment: Model biopsicosocial

Serveis responsables: TSS

Àmbit: SUHC

Altres serveis implicats: Infermeria de Triatge del SUHC

Criteris de risc establerts: Pacients HFr (7 o més visites en 12 mesos)

Aplicació / Seqüència d'Intervencions

FASE D'ESTUDI:

- Identificació dels pacients HFr. En el sistema informàtic del Triatge saltarà una alarma on li indicarà a la infermera responsable del Triatge en aquest torn, que el pacient que està atenent ha vingut 7 o més vegades els últims darrers mesos.
- Avisarà a TSS facilitant el nom del pacient.
- El professional de TSS del torn corresponent farà un *screening*:
 - Accedirà a la Història Clínica (HC) del pacient on podrà comprovar:
 - Edat, sexe, Àrea Bàsica de Salut corresponent (ABS), qui ha fet la derivació (altre servei d'urgències, ambulància des de domicili o iniciativa pròpia) i motiu de consulta actual.
 - Si ha hagut intervenció de TSS d'hospitalització, mirant el Curs Clínic o si hi ha algun informe de valoració social.
 - Des d'allí accedirà a la Història Clínica Compartida (HC3) i comprovarà, sobretot, si és un pacient inclòs en el Programa de Pacient Crònic Complex (PCC). En cas afirmatiu, accedirà al Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit (PIIC), on habitualment hi ha informació sociosanitària.
 - Cercarà en la base de dades de TSS del SUHC si ha hagut alguna intervenció prèvia. En cas afirmatiu, extraurà les dades referents a la situació social.
- Si el diagnòstic mèdic o l'estat general del pacient no ho contraindiquen, TSS realitzarà una entrevista amb el pacient. En cas contrari, o perquè hi hagi algun interès, cercarà si hi ha algun familiar o acompanyant / persona o entitat de referència.
- Durant l'entrevista, s'exploraran:
 - Situació familiar:
 - Estat civil
 - Unitat de convivència
 - Unitat familiar
 - Relació / Suport familiar
 - Cuidador, sí o no

- Tipus de cuidador: formal o informal
 - Habitatge, sí o no, i condicions d'aquest
 - Situació actual de salut (motiu de consulta)
 - En cas de derivació per iniciativa pròpia, per què elecció del SUHC?
 - Proximitat geogràfica?
 - Immediatesa en la atenció?
 - Confiança amb els professionals?
 - Consciència de la HF
 - Vinculació amb la seva ABS
 - Millores que proposaria el pacient, en cas de no ser un motiu urgent la seva consulta (nivells de Triatge IV i V), per escollir ABS enlloc del SUHC.
 - Es convida al pacient a parlar de les seves pors i preocupacions.
 - Al pacient se li demanaran els permisos i consentiments oportuns per poder gestionar el cas amb agents externs i a la mateixa família, si escau, que ell identifiqui com cuidadora principal.
- Amb tota aquesta informació, TSS farà de manera interna l'escala de Gijón⁵⁹ per valorar si hi ha risc social.

FASE DIAGNÒSTICA

- TSS del SUHC, donada la seva immediatesa en la intervenció, no pot fer un diagnòstic social sanitari, però sí pot fer hipòtesis diagnòstiques. Així, s'han establert una sèrie d'hipòtesis² en el casos d'HF:
 - Hipòtesi clínica: que es tracti d'un PCC o un pacient amb comorbiditat (Charlos >3) o nou diagnòstic (coordinació amb metge responsable per refutar la hipòtesi)
 - Hipòtesi psicològica: en el cas de diagnòstic de malaltia mental greu, o hi hagi reiterades visites al Psiquiatria d'Urgències.
 - Hipòtesi social: l'entrevista, a més de la puntuació a l'escala de Gijón, ens ho dirà.
 - Hipòtesi familiar: la mala adaptació familiar als canvis del cicle vital, un cuidador familiar excessivament sobrecarregat o ansiós, una família massa aglutinada, rígida o disgregada, i en general la disfunció familiar també són condicionants de prevalença en el HF (De la Revilla, 1994).
 - Hipòtesi cultural: les creences de salut, el desconeixement o no-acceptació del pronòstic, la manca de coneixements i habilitats per al maneig d'un

determinat problema de salut, les experiències prèvies amb la malaltia o amb el sistema de cures, l'ètnia, les expectatives afectives o tècniques, són exemples de factors culturals lligats a la HF (Radley, 1994).

- Hipòtesi administrativa: amb certa freqüència, enrere d'un HFr el que fonamentalment el defineix és un continu anar a la consulta per motius burocràtics (receptes, etc.) i ja que està allí, "consulta per un malestar de gola, o d'estómac, ..." (Bellon, 1997).
- La comunicació amb la resta de l'equip manté una doble direcció, els canvis en el diagnòstic mèdic poden alterar la hipòtesi diagnòstica; per això és important mantenir estables els canals de comunicació.

FASE DE TRACTAMENT

- Una vegada completades les dues fases anteriors, TSS escollirà la entitat amb qui es coordinarà per comunicar la situació d'HF en base a la hipòtesi diagnòstica elaborada.
- Hem de tenir en compte que potser hi ha més d'una hipòtesi diagnòstica, i com que cada cas és diferent i únic, la coordinació és possible que sigui amb més d'una entitat:
 - ABS
 - CSM
 - Serveis Socials d'Atenció Primària
 - Centre d'Atenció i Seguiment a les Toxicomanies
 - Servei d'Inserció Social (SIS) dintre de la xarxa d'atenció a les persones sense llar
 - Entitats Tutelars per a persones amb Incapacitació Legal
 - Residències de gent gran
 - ... qualsevol altra que es consideri adient i necessària
- Abans de realitzar la gestió amb l'entitat adequada, TSS comunicarà tant a l'equip mèdic com al pacient i/o família la valoració per a la resolució del problema, assegurant així la continuïtat de la atenció.
- Per últim, TSS és coordinarà finalment amb l'entitat acordada. Per a una informació completa, s'esperarà a la destinació a l'alta per fer la coordinació.

- En cas d'ingrés hospitalari, TSS del SUHC farà també la coordinació amb TSS del servei d'hospitalització corresponent.

INDICADORS D'AVALUACIÓ

- Número de vegades que s'ha activat el procediment.
- Número de visites dels pacients HF_r després d'activar el procediment (hauria de ser <7 visites)

REGISTRES

- Expedient de Treball Social amb la seva numeració corresponent.
- Anotació de les gestions al Curs Clínic del pacient.
- Registre estadístic a la base de dades de Treball Social.

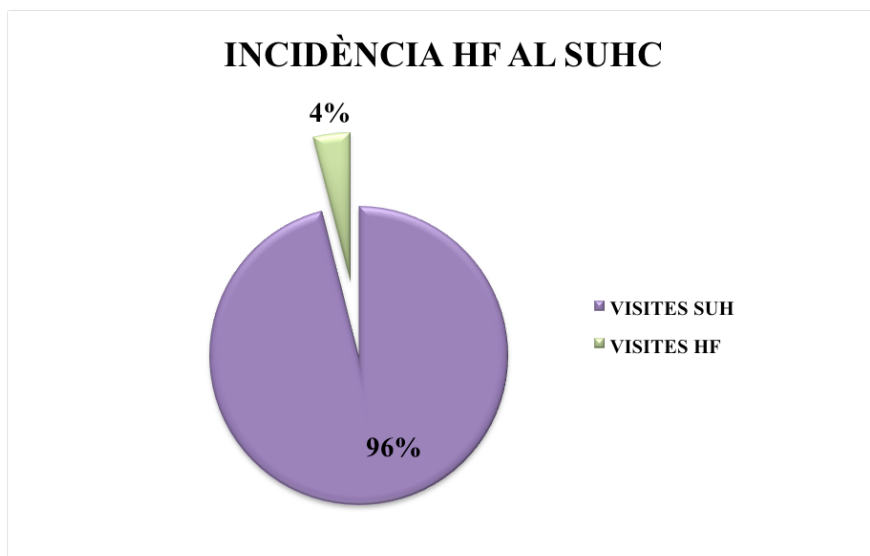
ANÀLISIS DE RESULTATS

Hiperfreqüentadors al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Primera fase

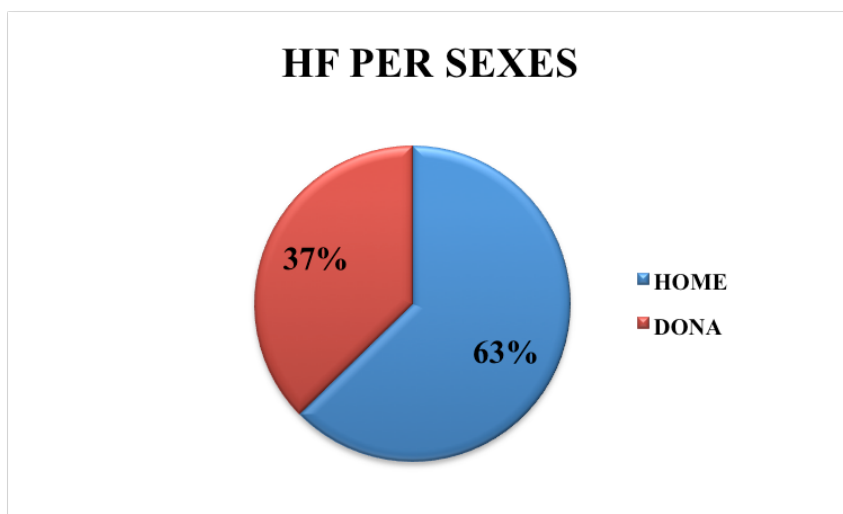
(Nota: no hem pogut accedir a la HC del pacient donat no ha donat temps a sol·licitar el CEIC, així que manquen dades).

Durant l'any 2014, el SUHC ha rebut un total de 86.010 visites d'urgència. Segons els criteris sol·licitats al Servei d'Informàtica, hem esbrinat que el total de pacients que han vingut a urgències 7 o més vegades l'any 2014 han sigut un total de 362 pacients. Aquests han generat un total de 3.546 visites.

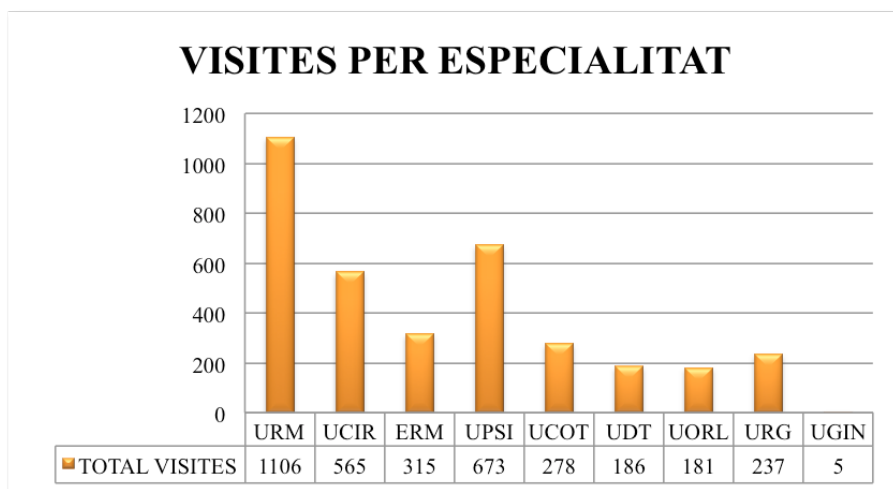


Així, la incidència de la HF al SUHC és d'un 4,123%.

En relació als pacients, per sexe, el perfil d'HFr és de sexe masculí.



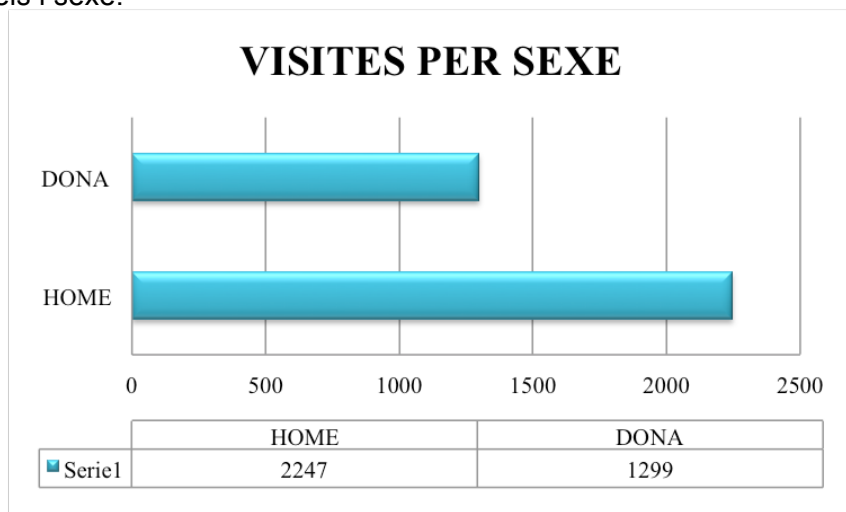
La HF per serveis ens indica que:



Els HFr es visiten als serveis de Medicina d'Urgències, en un 31,2%. Aquest servei és habitualment d'un nivell d'emergència III⁵: això implica una urgència, és a dir, el pacient ve amb unes condicions que poden potencialment progressar a un problema seriós i que requereixen múltiples exploracions diagnòstiques i/o terapèutiques. Podria quadrar perfectament amb pacients que pateixen una malaltia crònica i una petita dolència els ha desestabilitzat el seu estat de salut basal.

També destaquen les visites al servei de Psiquiatria d'Urgències, un 19% de les visites totals. Com havíem indicat anteriorment, les patologies psiquiàtriques i trastorns somàtics són habituals dels pacients HFr; aquí ho podem confirmar també.

Per serveis i sexe:



L'home HFr és el que ha generat més visites, gairebé el doble. Hem trobat registres de fins a 75 visites realitzades per una sola persona, en aquest cas home, durant el 2014. En el cas de les dones, la que més vegades s'ha visitat ha generat ella sola 42 visites en 12 mesos.

La mitjana d'edat entre dels 362 usuaris HFr és de 58,3 anys. El pacient més jove era un nen d'11, amb patologia psiquiàtrica (al SUHC no hi ha pediatria però sí Urgències de Psiquiatria Infanto-Juvenil); i la més gran una dona de 99 anys, amb diverses visites a la UDT, UORL i URM, en total 7 visites en 2014.

La resta de variables quedaran pendents d'explotar fins que es presenti protocol del CEIC:

- Àrea Bàsica de Salut: així sabrem si és zona d'influència de l'hospital, o no.
- Procedència: Iniciativa pròpia, derivació AP, Servei d'Urgències Mèdiques o 061.
- Nivell de triatge: I, II, III, IV, V.
- Diagnòstic a l'alta
- Destí a l'alta
- Si estan al Programa de PCC (accedirem a la HC3).
- Si ha hagut intervenció de TSS de l'hospital.
- Si hi ha seguiment per algun altre dispositiu: Centre de Salut Mental (CSM), Serveis Socials d'atenció Primària (SSAP), etc.
- Situació Social:
 - Habitatge, sí o no
 - Família, sí o no
 - Convivència
 - Cuidador
 - Situació Laboral
 - Problemàtica social
 - Recursos activats

Segona fase

Una vegada s'ha posat en marxa el PNT, farem la recollida de dades basant-nos amb les variables anterior i, a més, avaluarem els indicadors establerts. En aquest cas:

- Número de vegades que s'ha activat el procediment.
- Número de visites dels pacients HFr després d'activar el procediment (hauria de ser <7 visites)

Limitacions

La limitació principal amb la què ens hem trobat a l'hora d'elaborar el Treball Final de Màster (TFM) ha sigut l'accés a les dades ja que, a l'HCBC, per poder realitzar recollir les dades de pacients en el cas de la realització de qualsevol estudi s'ha de presentar un protocol / sol·licitud al CEIC que triguen en la seva resposta.

En el cas del PNT, és possible que necessitem un entrenament previ, és a dir, un període de prova des del moment de la seva implantació per valorar i resoldre els probables problemes.

El que sí podem augurar d'entrada és que, al no tenir un pla de contingència en cas de fallida del sistema informàtic, els casos que poguessin venir durant aquest període, es perdrien ja que l'alarma sols s'activa en el Sistema Triage, el qual es realitza en el moment de l'admissió del pacient, i no després.

CONCLUSIONS

Hiperfreqüentadors al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Discussió

Al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic no s'havia fet mai un estudi sobre la Hiperfreqüentació.

Tal i com ens ha indicat la literatura, el perfil del pacient Hiperfreqüentador no és únic ja que cada persona té les seves circumstàncies i percepcions. Ara ja sabem que el perfil de pacient HFr del SUHC és: home, d'uns 58 anys, que pels serveis freqüentats (Urgències Medicina de nivell III i Urgències Psiquiatria) ens fan pensar que pateixen malaltia crònica orgànica i/o malaltia mental, però que quedaria pendent de la incursió més exhaustiva a la seva HC.

Aquest resultat coincidiria amb el perfil habitual d'altres centres similars a l'HCB, sobretot en allò que té relació amb les patologies. Som conscients que, per manca de dades, no podem ajustar el perfil amb els motius habituals d'elecció del nostre SUH, ni l'existència habitual d'algun indicador de risc social. Esperem poder-ho desenvolupar més endavant.

Desconeixem el cost d'una visita al SUH, ja que cada prova té una càrrega econòmica diferent. Sí sabem el preu d'una visita bàsica, on s'inclouen la visita mèdica, una radiografia de tòrax i una analítica simple: són 223€. Així, fent uns càlculs aproximats, podríem aventurar-nos a dir que, si els pacients HFr han generat 3.546 visites, aquests han generat una despesa d'uns 790.000€ en 2014.

Cada pacient HFr ha vingut al SUHC una mitjana d'unes 10 visites l'any. Si el pacient Normofreqüentador és el que considerem que fa un màxim de 6 visites/l'any, cada pacient HFr ha de venir almenys 4 vegades menys. Així, una vegada implantat el PNT d'abordatge a la HF, si aconseguim que aquests pacients vinguin un màxim de 6 vegades/l'any, aconseguiríem un estalvi d'uns 300.000€ anuals.

Creiem fermament que la posada en marxa del PNT farà complir el seu principal objectiu que és la reducció de la HF. Són casos que actualment no es tracten específicament; així, fent una intervenció des del TSS basant-nos en el mètode de GC, l'èxit estarà assegurat. S'haurà de veure en quin número de visites és quantificaria la reducció.

Conclusions

En resum, el SUHC pateix també el problema de la HF, com qualsevol altre SUH. La incidència és petita però suficient com perquè sigui un problema que provoqui una saturació important i un increment dels costos assistencials.

Com a TrSS, crear un PNT ens referma com un professional més, integrat dintre de l'equip assistencial en tot moment. Recordem allò que l'Informe del Defensor del Poble diu (2014) sobre la importància del personal de TS (sanitari) en els horaris de tarda i nit.

De manera tàcita, el present projecte posa pes en el paper del TrSS com a Gestor de Casos, un mètode implícit a la nostra tasca diària.

Una identificació precoç dels pacients HFr farà que els professionals puguem assabentar-nos de problemàtiques ocultes, que no estan explícites en la demanda assistencial del motiu de consulta a un SUH. És una manera d'avançar-nos a la demanda.

El fet de compartir la informació de pacients HFr augmentarà la col·laboració entre nivells assistencials, millorant per tant la coordinació i assegurant, si més no, el continuïum assistencial.

Per tots aquests motius, i com a conclusió, una vegada posat en marxa el PNT, creiem que podrem confirmar la nostra hipòtesis: "la Gestió de Casos pot contribuir a reduir les visites d'aquests malalts".

PROPOSTES D'INTERVENCIÓ

Una vegada definit el perfil del HFr del SUHC, amb totes les dades necessàries, es poden proposar plans d'intervenció preventiva i de tractament, a nivell comunitari, conjuntament amb AP.

Els TSS dels equips d'AP pertanyents a l'Institut Català de la Salut (ICS) varen fer un estudi sobre els factors socials associats a la HF¹⁵. Detectaren que part de la població estudiada no tenien suport social i aquest, en part, era causa de HF en als seus centres. D'aquí varen proposar una intervenció grupal comunitària (Relaciona't!!)⁶⁰ amb els pacients amb manca de xarxa familiar i social que feien HF al centre d'AP. Com que aquests centres són zona d'influència de l'HCB, se'ls podria proposar col·laboració a l'hora d'incloure pacients HFr en aquest grup.

Així, en general, podríem donar a conèixer el procediment entre els agents i serveis de la xarxa assistencial susceptibles d'estar implicats. La col·laboració per a una millora en la qualitat de la atenció als pacients seria la prioritat.

Més que una proposta, jo faria una crida a tots els directius sanitaris i també als TSS dels diferents nivells assistencials, animant-los a compartir la informació sociosanitària. Aquesta és una eina que facilita la tasca diària dels professionals; i també una tranquil·litat per als pacients, ja que la seva atenció es procurarà integrada i de qualitat. La HC3 està en procés i esperem que arribi.

NOVES LÍNIES DE RECERCA

La HF és un tema d'actualitat donat provoca uns costos econòmics que, i més avui en dia, tots els gestors de centres sanitaris intenten contenir cercant contínues estratègies.

Així, i donat que al SUHC no hi ha cap estudi relacionat amb la HF, podríem aprofundir una mica més, per exemple:

- Estudiant els factors socials associats a la HF
- Una vegada posat en marxa el PNT, sabrem els serveis i patologies que causen HF. Podríem, llavors, cercar solucions en concret sobre aquestes malalties: per exemple, en els casos dels malalts crònics, podríem traçar línies estratègiques d'intervenció emmarcades dintre del PPCC; en el cas de les malalties mentals, es podríem crear comissions concretes.
- També ens podríem plantejar un estudi sobre la percepció dels professionals i si, la implantació del PNT proposat sobre l'abordatge de la HF ha fet que el seu malestar es redueixi.

BIBLIOGRAFIA

Hiperfreqüentadors al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona.

1. Riba Torrecillas D, Rodríguez-Rosich A, Gásquez Pons M, Buti Solé M. Pacientes hiperfrequentadores en los servicios de urgencias. Estudio descriptivo en un hospital de segundo nivel. *Emergencias* 2004;16:178-183. [consultat el 26-02-2015] Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol16_5/178.pdf
2. Unidades de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2010 [consultat el 30-04-2015] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
3. Herreros, B. (2010) "Paciente conflictivo en urgencias: definición, tipología y aspectos éticos" Rev Clin Esp 210, Núm. 8 Pág. 404 [consultat el 26-03-2015] Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/paciente-conflictivo-urgencias-definicion-tipologia/articulo/S0014256510002845/>
4. Sandín-Vázquez, M., P. Conde-Espejo, and Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria. "Frequent Attendance: Primary Care Professional's Perceptions of Definitions, Motives, Situations and Relationships with Frequent Attenders Patients." Revista de calidad asistencial : órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial 25.1 (2010): 21.
5. Espinel Vallejo, Manuel, et al. "Utilización Por Cuenta Propia De Los Servicios De Urgencias Hospitalarias: Razones Que Dan Las Personas Con Problemas De Salud De Baja Complejidad Para Utilizar Estos Servicios." Política y Sociedad 48.2 (2011) [consultat a 3-05-2015] Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/36640>
6. Shapiro JS, Johnson SA, Angiolillo J, Fleischman W, Onyile A, Kuperman G. Health information exchange improves identification of frequent emergency department users. *Health Affairs (Project Hope)*, 32.12 (2013), 2193.
7. Lee, Keon-Hyung, and Laura Davenport. "Can Case Management Interventions Reduce the Number of Emergency Department Visits by Frequent Users?" *The health care manager* 25.2 (2006): 155.
8. Flexner, A. Is social work a profession? Official proceedings of the annual meeting. Colección National Conference on Social Welfare Proceedings. 1915. (sense ISBN)
9. Colom D. Método científico. Procedimientos y procesos. Universitat Oberta de Catalunya. 2012.

10. Colomer M. Método de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social. 1974; 55

11. Keehn DS, Roglitz C, Bowden ML. Impact of Social Work on Recidivism and Non-Medical Complaints in the Emergency Department. Social work in health care 20.1 (1994): 65-75.

12. Diccionari de la Real Acadèmia Espanyola [consultat el 3-05-2015] Disponible en: www.rae.es

13. Diccionari de la Real Acadèmia Espanyola [consultat el 3-05-2015] Disponible en: www.rae.es

14. Rodríguez-López MR. Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: un acercamiento desde la teoría. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 11 (22): 43-55, 2012 [consultat el 2-05-2015] Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/3288/2498>

15. Calvo Rojas V, Rodríguez Molinet J, Pomares Costa AM, Gil Rovira M, Ramell Gutiérrez AM, Sentís Antolín L, et al. Factores sociales asociados a la hiperfrecuentación en centros de atención primaria de salud: un estudio desde el Trabajo Social Sanitario. Trabajo Social Global, 2 (1), 116-142. 2011. [consultat el 26-03-2015] Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/30248/1/7%20Calvo%20Rojas.pdf>

16. Urgencias, un pilar de la asistencia sanitaria. Tecnología, comunicación e innovación. Libro de Comunicaciones. 27 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2015 Junio 10-12; Zaragoza. <http://semes2015.org/uploads/docs/LibroComunicacionesSEMES2015.pdf> (consultat el 26-06-2015).

17. Blog: Medicina y melodía. Microespacio de humanidades médicas y música. Pacientes hiperfrecuentadores, causas y soluciones. 2014. [consultat el 30-06-2015] Disponible a <http://medymel.blogspot.com.es/2014/09/pacientes-hiperfrecuentadores-causas-y.html>

18. Sun, Benjamin C., Helen R. Burstin, and Troyen A. Brennan. "Predictors and Outcomes of Frequent Emergency Department Users." Academic Emergency Medicine 10.4 (2003): 320-8. [consultat el 6-05-2015] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com.cataleg.uoc.edu/doi/10.1111/j.1553-2712.2003.tb01344.x/epdf>

19. Sandín-Vázquez M, Conde Espejo P. Hiperfrecuentación: Percepción De Los Profesionales De Atención Primaria Sobre La Influencia De Factores Sociales y De Organización Del Entorno Sanitario. Revista de calidad asistencial 26.4 (2011): 256-63. [consultat el 26-03-2015] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-calidad-asistencial-256-articulo-hiperfrecuentacion-percepcion-los-profesionales-atencion-primaria-influencia-90024797>

20. Braun T, García Castrillo-Riesgo L, Krafft T, Díaz-Regañón Vilches G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. Gac Sanit 2002;16(2):139-144 [consultat el 3-05-2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v16n2/v16n2a04.pdf>

21. Herrera M, Aguado F. Cómo innovar en la identificación y eliminación del desperdicio en las Organizaciones Sanitarias: Servicios de Urgencias Hospitalarios. Cátedra Pfizer en Gestión Clínica. Fundación Pfizer. 2011. [consultat el 2-05-2015] Disponible en: https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/libro_comoinnovar.pdf

22. Robles G, Gil Delgado A. Informe sobre Servicios de Urgencias del Sistema Sanitario Público. Oficina del Defensor del Pueblo. Madrid, 1988.

23. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Urgencias sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), 2003.

24. Ladner J, Bailly L, Pitrou I, Tavoracci M-P. Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins. Prat Organ Soins 2008; 39:33-42 [consultat el 2-05-2015] Disponible en: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Motifs_de_recours_auto-referes_aux_urgences.pdf

25. Martínez Almoyna M, González ML. Urgencias hospitalarias (I). Todo Hospital 1990; 63:17-24.

26. Moreno Millán E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? Emergencias 2008; 20: 276-284. [consultat el 2-05-2015] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2668334>

27. Tudela P, Modol JM. Urgencias hospitalarias. Med Clin (Barc) 2003; 120:711-6.

28. Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005; 17:138-44. [consultat el 2-05-2015]
 Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1230143>

29. Herrera M. Memoria de Organización y Funcionamiento. Periodo 1991-1996. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva 1996.

30. Olsson M, Hansagi H. "Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective." *Emerg Med J* 2001; 18:430-34. [consultat el 2-05-2015] Disponible en: <http://emj.bmj.com/content/18/6/430.full.pdf+html>

31. Moreno E. Atención sanitaria urgente y demanda social: reflexiones sobre un modelo de respuesta. *Emergencias* 1995; 7:108-15. [consultat el 2-05-2015] Disponible en: http://revistaemergencias.portalsemes.org/revista_EMERGENCIAS/descargar/atencion-sanitaria-urgente-y-demanda-social-reflexiones-sobre-la-eleccion-de-un-modelo-de-respuesta/force_download/

32. Marías J. Persona. Madrid: Alianza Editorial, 1996; 50

33. Marías J. Naturales muerte y vida. *El País Semanal* nº 1513. 25 de septiembre de 2005. [consultat el 2-05-2015] Disponible en: http://elpais.com/diario/2005/09/25/eps/1127629621_850215.html

34. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Q* 1973; 51:95-124. [consultat el 2-05-2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690261/pdf/milq0083-0428.pdf>

35. Peiró S, Sempere T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del informe del Defensor del Pueblo. *Economía y Salud* 1999; 12:1-15. [consultat el 2-05-2015] Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/op_informetecnico_voro.PDF

36. McCusker J, Karp I, Cardin S, Durand P, Morin J. Determinants of emergency department visits by older adults: A systematic review. *Acad Emerg Med* 2003; 10:1362-70. [consultat el 2-05-2015] Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/catalag.uoc.edu/doi/10.1197/S1069-6563\(03\)00539-6/epdf](http://onlinelibrary.wiley.com/catalag.uoc.edu/doi/10.1197/S1069-6563(03)00539-6/epdf)

37. Padgett DK, Brodsky B. Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: A review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. Soc Sci Med 1992; 35:1189-97. [consultat el 2-05-2015] Disponible en: http://ac.els-cdn.com/027795369290231E/1-s2.0-027795369290231E-main.pdf?_tid=d80685f0-216b-11e5-911c-00000aacb35d&acdnt=1435918457_68b2d48dbadf1208ab1db38f8fc85383
38. Pasarín M, Fernández de Sanéam MJ, Calafell J, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. Gac Sanit 2006; 20:91-100. [consultat el 2-05-2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n2/original1.pdf>
39. Aranaz JM, Martínez R, Gea MT, Rodrigo V, Antón P, Gómez F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia?. Gac Sanit 2006; 20:311-5. [consultat el 2-05-2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n4/breve.pdf>
40. Moreno E. Servicios de urgencias y listas de espera. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol. 19, N°. 2, 2007, pág. 57-58 [consultat el 2-05-2015] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2274960>
41. Miró O, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Fútbol, televisión y servicios de urgencias. Med Clin (Barc) 2000; 14:538-9. [consultat el 2-05-2015] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-futbol-television-servicios-urgencias-9828>
42. Colom D. El Trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica. Barcelona. Siglo XXI. 2008
43. Alonso E, Barris E, Bernabeu S, Canudes O, Fernández M, Gálvez C, et al. Treball Social als Serveis d'Urgències Hospitalaris. Consorci Hospitalari de Catalunya. (Document pendent de publicar) 2015.
44. Estudio conjunto de los Defensores del Pueblo. Las Urgencias Hospitalarias en el sistema nacional de salud: derechos y garantías de los pacientes. 2015. Pág. 68 [consultat al 26-03-2015] Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/SUH_Estudio.pdf
45. Napal C, Ochando G. El trabajo social sanitario en la atención especializada. Universitat Oberta de Catalunya. 2012.

46. Sarabia A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales, ISSN 1134-7147, Nº. 42, 2007, págs. 7-17 [consultat el 15-05-2015] Disponible en: <http://www.siis.net/documentos/zerbitzuan/La%20gestion%20de%20casos.pdf>

47. Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daepfen J, Peytremann-Bridevaux I, Bodenmann P. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: A systematic review. Annals of Emergency Medicine, 58(1); 2011, 41-52.e42. [consultat el 26-05-2015] Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0196064411002125/1-s2.0-S0196064411002125-main.pdf?_tid=6b7b9a58-216e-11e5-b24d-00000aacb35f&acdnat=1435919563_a5f4deebc86ed5cf9f6322dc42314323

48. Casajuana J, Bellón JA. La Gestión en la consulta de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. 2004. [consultat el 9-05-2015] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmaciadesevilla/portalsevilla/images/docu/formacion/manuales%20y%20materiales/GESTION%20DE%20LA%20DEMANDA/LA%20GESTION%20DE%20LA%20CONSULTA%20EN%20ATENCION%20PRIMARIA.pdf>

49. El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat integra l'atenció social i sanitària en un únic servei. Sala de Premsa de la Generalitat de Catalunya 22-03-2012. [consultat el 29-06-2015] Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/142682/ca/programa-prevencio-atencio-cronicitat-integra-latencio-social-sanitaria-servei.do

50. Pla de Salut 2011 – 2015 de la Generalitat de Catalunya. [consultat el 12-06-2015] Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf

51. Direcció Adjunta d'Afers Assistencials. Àrea de Treball Social "El Treball Social Sanitari en la Atenció al Pacient Crònic". Documents de Treball Social Sanitari. 2013. ICS. Generalitat de Catalunya. [consultat el 24-05-2015] Disponible en: <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2015/03/el-treball-social-sanitari-en-latencic3b3-al-pacient-crc3b2nic.pdf>

52. Generalitat de Catalunya. [consultat el 30-06-2015] Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3674/2014_10_14_curs_5.pdf

53. Jiménez M, Valls J, Costa V, García MJ, Martín E, Ribera A. Protocol d'actuació del treballador social hospitalari en el Pacient Crònic Complex. Consorci Hospitalari de Catalunya. 2014 [consultat el 26-06-2015] Disponible en: <http://historic.consorc.org/continguts-butlleti-csc/14.09.09/Protocol%20treballador%20social%20hospitalari%20en%20latencia%20al%20PCC.PDF>

54. Generalitat de Catalunya. Tics Salut. Projectes estratègics. [consultat el 30-06-2015] Disponible en: http://ticsalut.gencat.cat/ca/projectes_estrategics/historia_clinica_compartida_a_catalunya/

55. Abreu C, Rodríguez J, Rocabayera MA, Colom D. El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. Universitat Oberta de Catalunya. 2012.

56. Hospital Clínic de Barcelona. [consultat el 27-06-2015] Disponible en: <http://www.hospitalclinic.org/ca/el-clinic/qui-som>

57. Hospital Clínic de Barcelona. Memòria 2014. (Document pendent de publicació) 2015.

58. Colom D. El trabajo social sanitario: los procedimientos, los protocolos y los procesos. 1ª ed. Barcelona: UOC, 2011.

59. Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, Cervera AM. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a Geriatric Convalescence Unit in Spain. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 252-7. [consultat el 1-01-2015] Disponible en: <http://0-onlinelibrary.wiley.com.cataleg.uoc.edu/store/10.1046/j.1532-5415.2003.51066.x/asset/j.1532-5415.2003.51066.x.pdf?v=1&t=ibnlfjhu&s=f717cd5f01a03511fe1cdb1290a8f7f4a7f56691>

60. Noticias de Salud: El ICS impulsa grupos de ayuda para hiperfrequentadores de servicios sanitarios. 24-09-2012. [consultat el 19-05-2015] Disponible en: <http://noticiadesalud.blogspot.com.es/2012/09/el-ics-impulsa-grupos-de-ayuda-para.html>

ANNEXOS

Hiperfreqüentadors al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona.

	PROCEDIMENT ESPECÍFIC DE TREBALL SOCIAL A URGÈNCIES		
	ABORDATGE DE LA HIPERFREQUÈNCIACIÓ		
	DATA EDICIÓ	VERSIÓ	CODI
	Juliol 2015	Nº 1	HCB_DI_TS_PE_URG 1

AUTORS	REVISAT	APROVAT
Anna Albero Miró (Empleada Núm. 244.127)	PENDENT	PENDENT
Periodicitat de revisió del PNT:	Bianual	
		Pàgines: 4

Paraules Clau: Hiperfreqüentació, Treball Social Sanitari, Urgències.

JUSTIFICACIÓ

La Hiperfreqüentació (HF) causa té com a conseqüència: dilemes ètics, *burnout* professional, patiment en els pacients i elevats costos econòmics. Donat implica un problema per al Servei d'urgències, ens plantejem el seu abordatge. El procediment tracta sobre la intervenció del Treball Social Sanitari en cas de detecció de pacients hiperfreqüentadors al Servei d'Urgències. Entenem com pacient **hiperfreqüentador** aquell que ve a visitar-se 7 o més vegades en 12 mesos.

OBJECTIUS

Objectius generals:

- Identificar al pacient hiperfreqüentador al nostre servei d'urgències
- Reduir les visites dels pacients hiperfreqüentadors

Objectius específics:

- Planificar i buscar conjuntament amb atenció primària de salut, atenció especialitzada o qualsevol recurs de la comunitat, les solucions o alternatives per evitar les visites repetides d'aquests pacients.
- Garantir la continuïtat assistencials d'aquells pacients que ho necessitin.

FITXA TÈCNICA

Model sanitari al que correspon el procediment: Model biopsicosocial

Serveis responsables: Treball Social Sanitari (TSS)

Àmbit: Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona (SUHC)

Altres serveis implicats: Infermeria de Triatge del SUHC

Criteris de risc establerts: Pacients hiperfreqüentadors (7 o més visites en 12 mesos)

APLICACIÓ / SEQÜÈNCIA D'INTERVENCIÓ

FASE D'ESTUDI:

- Identificació dels pacients hiperfreqüentadors. En el sistema informàtic del Triatge saltarà una alarma on li indicarà a la infermera responsable del Triatge en aquest torn, que el pacient que està atenent ha vingut 7 o més vegades els últims darrers mesos (veure annex 1).
- Avisarà a TSS facilitant el nom del pacient.
- El professional de TSS del torn corresponent farà un *screening*:
 - Accedirà a la Història Clínica del pacient on podrà comprovar:

- Edat, sexe, Àrea Bàsica de Salut corresponent (ABS), qui ha fet la derivació (altre servei d'urgències, ambulància des de domicili o iniciativa pròpia) i motiu de consulta actual.
- Si ha hagut intervenció de TSS d'hospitalització, mirant el Curs Clínic o si hi ha algun informe de valoració social
- Des d'allí accedirà a la Història Clínica Compartida (HC3) i comprovarà, sobretot, si és un pacient inclòs en el Programa de Pacient Crònic Complex (PCC). En cas afirmatiu, accedirà al Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit (PIIC), on habitualment hi ha informació sociosanitària.
 - Cercarà en la base de dades de TSS del SUHC si ha hagut alguna intervenció prèvia. En cas afirmatiu, extraurà les dades referents a la situació social.
- Si el diagnòstic mèdic o l'estat general del pacient no ho contraindiquen, TSS realitzarà una entrevista amb el pacient. En cas contrari, o perquè hi hagi algun interès, cercarà si hi ha algun familiar o acompanyant / persona o entitat de referència.
- Durant l'entrevista, s'exploraran:
 - Situació familiar:
 - Estat civil
 - Unitat de convivència
 - Unitat familiar
 - Relació / Suport familiar
 - Cuidador, sí o no
 - Tipus de cuidador: formal o informal
 - Habitatge, sí o no, i condicions d'aquest
 - Situació actual de salut (motiu de consulta)
 - En cas de derivació per iniciativa pròpia, per què elecció del SUHC?
 - Proximitat geogràfica?
 - Immediatesa en la atenció?
 - Confiança amb els professionals?
 - Consciència de la HF
 - Vinculació amb la seva ABS
 - Milliores que proposaria el pacient, en cas de no ser un motiu urgent la seva consulta (nivells de Triatge IV i V), per escollir ABS enlloc del SUHC.
 - Es convida al pacient a parlar de les seves pors i preocupacions.
 - Al pacient se li demanaran els permisos i consentiments oportuns per poder gestionar el cas amb agents externs i a la mateixa família, si escau, que ell identifiqui com cuidadora principal.
- Amb tota aquesta informació, TSS farà de manera interna l'escala de Gijón¹ per valorar si hi ha risc social.

FASE DIAGNÒSTICA

- TSS del SUHC, donada la seva immediatesa en la intervenció, no pot fer un diagnòstic social sanitari, però sí pot fer hipòtesis diagnòstiques. Així, s'han establert una sèrie d'hipòtesis² en el casos d'HF:
 - Hipòtesi clínica: que es tracti d'un PCC o un pacient amb comorbiditat (Charlson >3) o nou diagnòstic (coordinació amb metge responsable per refutar la hipòtesi)
 - Hipòtesi psicològica: en el cas de diagnòstic de malaltia mental greu, o hi hagi reiterades visites al Psiquiatria d'Urgències.
 - Hipòtesi social: l'entrevista, a més de la puntuació a l'escala de Gijón, ens ho dirà.
 - Hipòtesi familiar: la mala adaptació familiar als canvis del cicle vital, un cuidador familiar excessivament sobrecarregat o ansiós, una família massa aglutinada, rígida o disgregada, i en general la disfunció familiar també són condicionants de prevalença en el HF (De la Revilla, 1994)³.
 - Hipòtesi cultural: les creences de salut, el desconeixement o no-acceptació del pronòstic, la manca de coneixements i habilitats per al maneig d'un determinat problema de salut, les experiències prèvies amb la malaltia o amb el sistema de cures, l'ètnia, les expectatives afectives o tècniques, són exemples de factors culturals lligats a la HF (Radley, 1994)⁴.
 - Hipòtesi administrativa: amb certa freqüència, enrere d'un HFr el que fonamentalment el defineix és un continu anar a la consulta per motius burocràtics (receptes, etc.) i ja que està allí, "consulta per un malestar de gola, o d'estómac, ..." (Bellon, 1997)⁵.
- La comunicació amb la resta de l'equip manté una doble direcció, els canvis en el diagnòstic mèdic poden alterar la hipòtesi diagnòstica; per això és important mantenir estables els canals de comunicació.

FASE DE TRACTAMENT

- Una vegada completades les dues fases anteriors, TSS escollirà la entitat amb qui es coordinarà per comunicar la situació d'HF en base a la hipòtesi diagnòstica elaborada.
- Hem de tenir en compte que potser hi ha més d'una hipòtesi diagnòstica, i com que cada cas és diferent i únic, la coordinació és possible que sigui amb més d'una entitat:
 - ABS
 - CSM
 - Serveis Socials d'Atenció Primària
 - Centre d'Atenció i Seguiment a les Toxicomanies
 - Servei d'Inserció Social (SIS) dintre de la xarxa d'atenció a les persones sense llar
 - Entitats Tutelars per a persones amb Incapacitació Legal
 - Residències de gent gran
 - ... qualsevol altra que es consideri adient i necessària
- Abans de realitzar la gestió amb l'entitat adequada, TSS comunicarà tant a l'equip mèdic com al pacient i/o família la valoració per a la resolució del problema, assegurant així la continuïtat de la atenció.

- Per últim, TSS és coordinarà finalment amb l'entitat acordada. Per a una informació completa, s'esperarà a la destinació a l'alta per fer la coordinació.
- En cas d'ingrés hospitalari, TSS del SUHC farà també la coordinació amb TSS del servei d'hospitalització corresponent.

INDICADORS D'AVUACIÓ

- Número de vegades que s'ha activat el procediment.
- Número de visites dels pacients HF després d'activar el procediment (hauria de ser <7 visites)

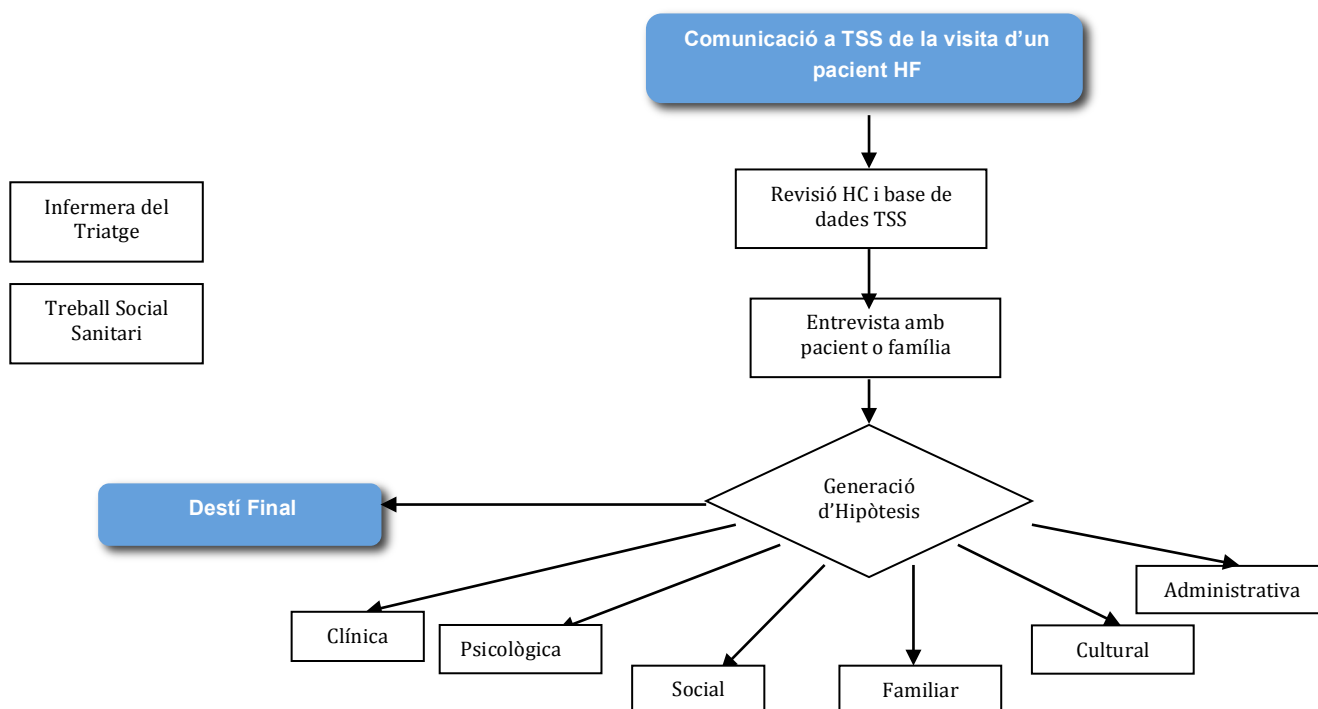
REGISTRES

- Expedient de Treball Social amb la seva numeració corresponent.
- Anotació de les gestions al Curs Clínic del pacient.
- Registre estadístic a la base de dades de Treball Social.

BIBLIOGRAFIA/EVIDÈNCIA CIENTÍFICA/RECOMANACIONS DE SOCIETATS CIENTÍFIQUES

- Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, Cervera AM. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a Geriatric Convalescence Unit in Spain. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 252-7.
- Casajuana J, Bellón JA. La Gestión en la consulta de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmacidasevilla/portalsevilla/images/docu/formacion/manual%20y%20materiales/GESTION%20DE%20LA%20DEMANDA/LA%20GESTION%20DE%20LA%20CONSULTA%20EN%20ATENCIÓN%20PRIMARIA.pdf> (consultat el 28-Juny-2015)
- De la Revilla L, De los Rios AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar Aten Primaria 1994;13:73-6.
- Radley A. Making sense of illness: the social psychology of health and disease. London. SAGE. 1994
- Bellón JA. La consulta del médico de familia: cómo organizar el trabajo (1). La consulta a demanda. En: Gallo FJ. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (2ª ed.). Madrid. I M & C. 1997: 242-251.

ALGORITME DE DECISIÓ



ANNEX 1

ALARMA DEL TRIATGE

The screenshot shows the 'web_e-PAT v4.0' web application interface. The interface is organized into a grid of buttons for various medical conditions and symptoms. A central area contains a form for patient data and a large red diamond with 'HP' inside. The interface is in Spanish and includes a navigation bar at the top and a status bar at the bottom.

Buttons (Top Row):

- Parada respiratoria y/o cardiorrespiratoria
- Inconsciente
- Convulsiones generalizadas activas
- Choque
- Obstrucción de la vía aérea / disnea pre-paro

Buttons (Second Row):

- Hemorragia masiva incontrolable
- Presentación de partes fetales / prolapso del cordón umbilical
- Agitación y violencia extremas
- Gran quemado
- Trauma grave

Buttons (Third Row):

- Paciente psiquiátrico
- Signos y/o constantes vitales
- Dolor
- Estado emocional
- Nivel de conciencia

Buttons (Fourth Row):

- Riesgo epidémico
- Immunodeprimido / riesgo de infección
- Diabético
- Hipertenso
- Embarazada

Buttons (Fifth Row):

- Dolor torácico
- Síntomas oculares
- Intoxicación
- Cefalea y/o cervicalgia
- Síntomas otorrinolaringológicos
- Agresión/negligencia

Buttons (Sixth Row):

- Focalidad neurológica
- Alergia y reacciones cutáneas
- Abuso sexual
- Convulsiones
- Síntomas digestivos
- Alteración del tronco y extremidades no traumática

Buttons (Seventh Row):

- Inestabilidad, lipotimia / síncope y malestar general
- Síntomas uro-ginecológicos
- Lesiones y traumatismos

Central Area:

- zona Ayuda:** Valoraremos inicialmente la necesidad de reanimación, contención activa o ayuda al parto. Una vez descartado el nivel I, evaluaremos los signos y/o constantes vitales, la presencia de dolor y el estado emocional. Será importante valorar la presencia de factores de riesgo o situaciones específicas que pueden aumentar el nivel de urgencia y/o de complejidad, al igual que evaluar algunas manifestaciones que se miden como escalas de gravedad. *Continuar con manifestaciones...*
- zona Datos personales:**
 - Datos del paciente
 - Profesional
 - Cancelar clasificación
 - Confirmar clasificación
- HP** (Large red diamond)

Bottom Bar:

- Inicio
- web_e-PAT v4.0 - web
- Mapa de acceso largo
- Intranet local
- 100%