



PROYECTO ESTRÁTÉGICO 8: COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA



Osakidetza



Edición: 1^a Noviembre 2012.

Tirada: 1.500 ejemplares.

© Osakidetza, Servicio vasco de salud.
Administración de la Comunidad Autónoma Vasca.

Internet: www.osakidetza.euskadi.net

E-mail: coordinacion@osakidetza.net

Edita: Osakidetza

Álava, 45
01006 Vitoria-Gasteiz

ISBN: 978 - 84 - 939913 - 4 - 0

PVP: 6€ (IVA incluido).

ÍNDICE

0. PRESENTACIÓN	7
1. INTRODUCCIÓN	13
1.1. Metodología de trabajo	16
1.2. Equipos de trabajo	16
1.3. Tareas previas	18
2. OBJETIVO	21
3. PLANIFICACIÓN DE LOS PILOTOS	25
3.1 Planificación del piloto 1 - OSI Bidasoa	27
3.2 Planificación del piloto 2 - H. U. Donostia - Comarca Ekiialde	28
3.3 Planificación del piloto 3 - H. U. Cruces - Comarca Uribe	29
3.4 Planificación del piloto 4 - H. Santa Marina - Comarca Bilbao	31
3.5 Planificación del piloto 5 - H. San Eloy - Comarca Ezkerraldea-Enkarterri	32
3.6 Planificación del piloto 6 - H. U. Araba - Comarca Araba	33
3.7 Planificación del piloto 7 - H. Zumarraga - Comarca Mendebaldea	34
3.8 Planificación del piloto 8 - Clínica La Asunción - Comarca Mendebaldea	35
3.9 Inclusión pacientes	36
4. SEGUIMIENTO DE LOS PILOTOS Y SINERGIAS CON OTROS PROYECTOS	37
6. RESULTADOS Y EVALUACIÓN	41
7. PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA	61
8. APRENDIZAJE Y RECOMENDACIONES	67
9. GLOSARIO	75
10. ANEXOS	79

PRESENTACIÓN

El documento sobre “COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA” que aquí presentamos, muestra los resultados del abordaje y puesta en marcha del proyecto número ocho de la Estrategia para afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi. Responde al objetivo de “desarrollar y desplegar en la práctica nuevos roles de enfermería, enfocados hacia la atención a la cronicidad”, dentro de la línea del CONTINUO DE ATENCIÓN, en el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi”.

Su abordaje se ha realizado mediante una metodología basada en grupos de trabajo, lo que ha permitido la participación de muchos profesionales de diferentes disciplinas, representando con ello a diferentes agentes implicados en las fases de dicho proyecto entre los que caben destacar: enfermeras de atención primaria (A.P.) y de atención especializada (A.E.), enfermeras docentes de las tres escuelas de enfermería de la CAPV, Leioa, Donostia-San Sebastián y Vitoria-Gasteiz, representante de la Sociedad Vasca de Enfermería Familiar y Comunitaria EFEKEZE, representante de Colegios Profesionales de Enfermería de la CAPV, gerencias y direcciones Médicas de A.P. y A.E., direcciones de enfermería de A.P. y de A.E., mandos intermedios de enfermería de Osakidetza, enfermeras de la dirección de asistencia sanitaria de Osakidetza, y profesionales del Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (O+berri).

El proyecto ha sido realizado en diversas fases: fase de benchmarking, fase de definición del y propuesta de escenarios, fase de planificación y realización de los pilotajes, y fase de despliegue de las figuras, tras la evaluación de los resultados de los ocho pilotajes realizados, en las diferentes organizaciones sanitarias de Osakidetza.

La definición de estos nuevos roles enfermeros, ha permitido la implementación de tres figuras de enfermeras gestoras para la continuidad de la atención de los pacientes crónicos complejos: Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH), Enfermera Gestora de Continuidad (EGC) y Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA).

Esta edición, consta de un documento que recoge el informe final de dicho proyecto y se acompaña de un CD que incluye diferentes anexos. Pretendemos con ello, ofrecer al lector/a un compendio del desarrollo y resultados de los ocho pilotajes llevados a cabo, una serie de anexos sobre los trabajos realizados en las diferentes fases y un anexo último (anexo XIV) que recoge las conclusiones de la jornada realizada en Orduña, en la que se presentaron los resultados del proyecto y se expusieron algunos ejemplos de su despliegue en Organizaciones de Servicios de Osakidetza. En esta jornada, se realizó una reflexión sobre las diferentes figuras, y sus conclusiones están recogidas en dicho anexo.

Con el diseño de nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del SVS, se ha podido dar respuesta a nuevas necesidades del sistema de salud y también ha permitido identificar sinergias entre los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

El pilotaje y posterior despliegue de nuevas competencias enfermeras, a través de las tres figuras (EGEH, EGC y EGCA), ha puesto de manifiesto que es posible:

- Mejorar la calidad de la asistencia y la coordinación con el ámbito sociosanitario, aunque aún quede margen para la mejora.*
- Disminuir ingresos urgentes y estancias evitables en pacientes pluripatológicos complejos.*
- Mejorar la satisfacción de la atención en el grupo de pacientes complejos y en sus cuidadoras.*

Esto significa, que la innovación en cuidados es necesaria y que tras el pilotaje y posterior despliegue, se debe profundizar en el desarrollo de una enfermería de práctica avanzada. Será necesario potenciando el papel de la enfermera gestora de casos a través de las diferentes figuras y en los ámbitos asistenciales donde sea necesaria su presencia, para dar respuesta a los retos actuales y futuros del sistema de salud.

Nuestro agradecimiento a todas las personas que han participado en las diferentes fases del proyecto y en especial a las enfermeras que han realizado los pilotajes de estas nuevas figuras, por sus inestimables aportaciones. Con ellas han contribuido a diseñar las rutas que nos han permitido avanzar en proyectos como este, donde las enfermeras cobran un papel especial en el seguimiento de los pacientes crónicos en general y en el de los pluripatológicos y crónicos complejos en particular.

Eskerrik-asko.



Inmaculada Sánchez Martín
Asesora de Enfermería
Osakidetza



Eduardo Gárate Guisasola
Director de Asistencia Sanitaria
Osakidetza

PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO

Coordinación y Liderazgo

Ruiz de Ocenda García, Mª Jesús
Sánchez Martín, Inmaculada

Equipo Técnico de Lógica del Proyecto

Abos Mendizabal, Galder
Artaza Aristondo, Naiara
Bikandi Irazabal , Javier
Ruiz de Ocenda García, Mª Jesús

Equipo Técnico de Apoyo Metodológico

Chueca Ajuria, Ana
González Llinares , Rosa
Peña González , Mari Luz

Equipo de Formación

Barandiarán Lasa, Maite
Basurto Hoyuelos, Salomé
Cidoncha Moreno, Marian
Rodríguez Álvarez, Elena

Enfermeras que han pilotado las nuevas competencias:

Abad García, Roberto
Aguirre Erró, Nieves
Alberdi Oyarzabal, Mª José
Alfambra Vicente, Silvia
Álvarez Lafuente, Elena
Arana Jauregui, Idoia
Arraz Lázaro, Concepción
Arroyo Fontaneda, Mª Soledad
Begiristain Igoa, Isabel
Belastegui Durañona, Ana
Bolinaga Carraqui, Antón
Cano Santa Coloma, Carlos
Córdoba Urquiza, Mª Sol
Díez Andrés, Amaia
Elorriaga Axpe, Antón

Esparza Liberal, Carmen
Gallo Estrada, Luis Ángel
García Arechavala, Amaya
González Macho, Charo
González Pomares, Pepa
Hernando Uzkudun, Amaia
Hormaza Marquina, Mª Mercedes
Iza Arnaiz, Irati
Jiménez Valero, Belén
Lasa Goñi, Miren
Latorre Cabada, Maite
Lázaro Arranz, Concepción
Lazcanotegui González, María Victoria
López Barruso, Cristina
Makazaga Garbizu, Izaskun
Martínez, Ana Belén
Moreno Herrero, Pilar
Ocio Aracama, Carolina
Porta Fernández, Ana
Pueyo Zubiria, Maitane
Ramos Rodríguez, Isabel
Rodríguez Rodríguez, Begoña
Sáenz Gánuza, Dori
San Martín García, Sonsoles
Sánchez Martín, Inmaculada
Sarduy Azcoaga, Iraide
Sopeña Tubilla, Maite
Tellechea Rodríguez, Olga
Urruzola Lizarribar, Arantxa

Otros Colaboradores:

Agustín Aguirre, José
Agote Berganzo, José Antonio
Aramburu Beltrán, Milagros
Armendariz Tellitu, Aitzpea
Arcelai Salazar, Andoni
Arriaga Urrien, Miren Edurne
Atxutegui Basagoiti, Gregorio
Atxutegi Amarika, Joseba
Barandiarán Lasa, Maite

Barrena Guijarro, M^a Eugenia
Barrena Sarachaga, Maite
Baylin Zaldua, Elena
Bilbao Markaida, Begoña
Berraondo Zabalegui, Iñaki
Berridi Puy, Kristine
Bustinduy Bascaran, Ana
Cidoncha Moreno, Marian
Dávila Juárez, Isabel
De Blas de Blas, Antonio
De la Torre García, Aurelio
De La Torre Muñoz, Luis
Del Valle Ortega, M^a Luz
Domingo Rico, Cristina
Fage, Yasmine
Fernández Fernández, David
Fernández Gutiérrez, Feli
Fernández Olmeda, Concepción
Galarraga Maeso, Lourdes
García Urbaneja, Marbella
González Lombide, Eduardo
Guajardo Remacha, Jon
Jauregui Garcia, M^a Luz
Jauregui Zelaia, Paquita
Ladrón De Guevara Portugal, José Manuel
Landaluce Lauzurica, José Ignacio
Llano Hernaiz, Josu
Lanzeta Vicente, Itziar
Larrañaga Garitano, Jesús
Larrazabal Bilbao, Ander
Loyola Iriondo, Rafael
Madrigal Parrado, José Ignacio
Marqués González, M^a Luz
Martínez Fernández, Olvido
Martínez Rodríguez, Rosa
Medina Sánchez, Isidro
Merino Hernández, Marisa
Muñoz Fernández, Jesús
Olaizola Mendibil, Alberto
Parra Vinós, Hosanna

Pereira Rodríguez, Carlos
Pérez Irazusta, Itziar
Pilar Orive, Javier
Quesada Ramos, Cristina
Rabanal Retolaza, Santiago
Ramírez Samaniego, Mª Lourdes
Roca Castro, Raquel
Rodríguez Ramírez, Carmen
Romo Soler, Maribel
Sáez de Ormijana Hernández, Amaia
Salinas Sáez, Ane
Sánchez Bernal, Rafael
San Emeterio Martínez, Encarnación
Tapia Bello, Mª Ángeles
Ustarroz Ugalde, Juan Carlos
Yarritu Fernández, Carmen
Villar Colsa, Francisco
Vivanco Gómez, Lourdes
Zulueta Guridi, Carlos



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En el marco de la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” se configura el proyecto número 8, “Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería”. El objetivo es perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Las necesidades que plantea la estrategia han servido para enmarcar los retos estratégicos del proyecto que son los siguientes:

- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del sistema sanitario vasco dando respuesta a las necesidades actuales.
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

Se asume que enfermería, en un planteamiento funcional, puede ser el engarce intra y extra del sistema sanitario. La integración entre niveles asistenciales, la movilización de recursos y la gestión de casos son aspectos fundamentales para su consecución.



Figura 1: visión del papel a jugar por la nueva enfermería.

1.1. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para lanzar el proyecto, se diseñó un cronograma con cinco fases claramente diferenciadas, que cubrían desde la definición inicial hasta la propia implementación de las figuras.

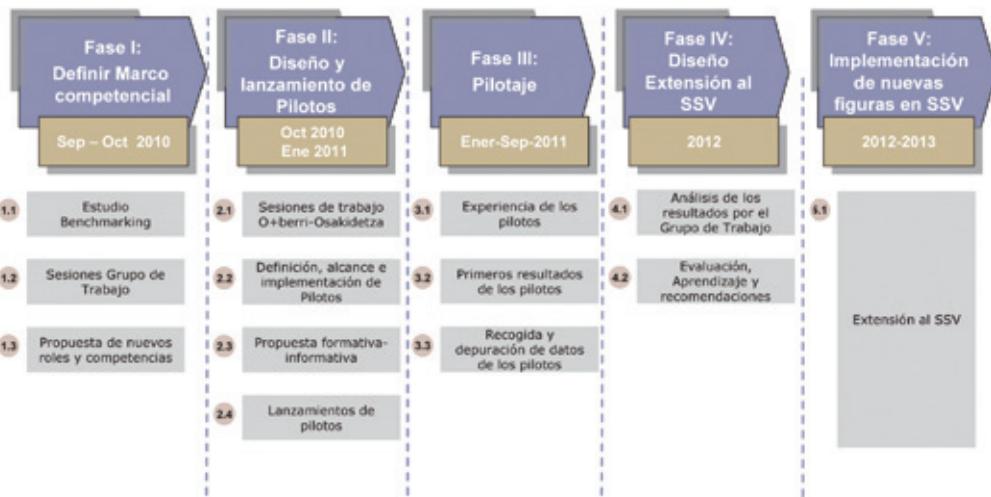


Figura 2: esquema defases del proyecto

La fase tercera es la central del proyecto y comprende el pilotaje de los nuevos roles de enfermería en las organizaciones de servicio de Osakidetza.

1.2. EQUIPOS DE TRABAJO

Se formaron tres equipos de trabajo y un grupo de trabajo:



Figura 3: equipos de trabajo.

- **ETLP (Equipo de Trabajo de la Lógica del Proyecto).** Formado en su inicio por María Jesús Ruiz de Ocenda, responsable del proyecto, y posteriormente, por Inmaculada Sánchez Martín y O+Berri (Galder Abos, Javier Bikandi y al inicio Naiara Artaza).

Sus funciones son:

- Elaboración de propuesta de trabajo y enfoque metodológico.
- Liderazgo y gestión del proyecto global.
- Coordinación y supervisión del trabajo del resto de equipos de trabajo.
- Elaboración y/o supervisión de los documentos generados en el desarrollo del proyecto.

- **ETAM (Equipo de Trabajo de Apoyo Metodológico).** Formado por tres enfermeras: Ana M^a Chueca, Unidad de Metodología Calidad del Hospital de Galdakao-Usansolo; Rosa González, Oficina de la Estrategia de Cronicidad, y M^a Luz Peña, enfermera de la Subdirección de Asistencia Sanitaria.

Las funciones de este equipo son:

- Diseño, apoyo, coordinación y supervisión de pilotos.
- Elaboración de documentación necesaria para el desarrollo de los pilotajes.

- **El ETF (Equipo de Trabajo de Formación).** Compuesto por la responsable de docencia e investigación de enfermería de Osakidetza, María Ángeles Cidoncha y por una profesora de cada escuela de enfermería de Euskadi (Leioa, Donostia y Vitoria).

- La función prioritaria es dar apoyo, coordinación y supervisión de la formación pre-peri y post proyecto.

- **Grupo de trabajo:** Formado por profesionales de todos los niveles de la organización (Osakidetza) y de otras instituciones. Los perfiles fueron:

Enfermeras de atención primaria y atención especializada, Oficina de la Estrategia de Cronicidad, gerencias de atención primaria y atención especializada, directivos asistenciales médicos y de enfermería, mandos intermedios de enfermería, responsables de docencia e investigación, representante de colegios

de profesionales de enfermería, representante de EFEKEZE, representantes de EUE de Vitoria y EUE (Donostia) y profesionales de O+berri.

- Las funciones de este grupo consistían en participar en la elaboración de los documentos base de trabajo que plasmen las propuestas a desarrollar y validen y/o aporten comentarios en la socialización de documentos de trabajo.

1.3. TAREAS PREVIAS

A. Benchmarking nacional e internacional

Previamente a la puesta en marcha de los pilotos, fue necesario realizar una búsqueda de las mejores prácticas a nivel internacional y nacional en relación a la asistencia a la cronicidad y los roles de enfermería. Para ello, a nivel internacional, se estudiaron las prácticas desarrolladas en Canadá, EEUU, Reino Unido y Países Escandinavos. A nivel nacional, se estudiaron las prácticas de otras comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Cataluña, Canarias, Madrid y Valencia. El documento resultante “Benchmarking” se puede encontrar en el Anexo II, incluido en los Cds que acompañan a este informe.



Figura 4: documento “Benchmarking”.

B. Definición del marco competencial

El documento de “Benchmarking” fue trasladado al grupo de trabajo, para que a la luz de las experiencias nacionales e internacionales, se formularan las propuestas adaptadas a la realidad en Euskadi. El trabajo se plasmó en un informe titulado “Marco competencial ampliado”, que puede consultarse en el Anexo III incluido el CD.



Figura 5: documento "Marco competencial ampliado".

En dicho documento, el grupo de trabajo recogió las conclusiones generales y realizó la primera aproximación de los perfiles/roles enfermeros a experimentar.

Los perfiles/roles resultantes a pilotar fueron los tres siguientes:



Figura 6: imagen de las figuras / roles a pilotar.

Los flujos de trabajo definidos para cada figura se pueden encontrar en el Anexo IV incluido en el CD que acompaña a este informe.

A high-contrast, black and white photograph of a person's hands working on a computer keyboard. The person is wearing a dark long-sleeved shirt. A hand is visible from the right side of the frame, reaching towards the keyboard. The background is dark and out of focus.

OBJETIVO

2. OBJETIVO

Perfilar e implementar roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos.

Para ello, se han diseñado 8 pilotos diferentes en los que interactúan los perfiles/roles a pilotar. Los datos básicos de los 8 pilotos son los siguientes:

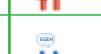
PILOTO	ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS	PERFIL/ROL	
PILOTO 1	OSI Bidasoa	EGEH-EGC	
PILOTO 2	H. U. Donostia	EGEH	
	Centro Salud Beraun (Comarca Gipuzkoa Este)	EGC	
PILOTO 3	H. U. Cruces	EGEH	
	Comarca Uribe	EGCA	
PILOTO 4	H. Santa Marina	EGEH	
	Comarca Bilbao	EGCA	
PILOTO 5	H. San Eloy	EGEH (3 Supervisoras)	
	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri	EGC	
PILOTO 6	H. U. Araba - Txagorritxu	EGEH	
	H. U. Araba - Santiago	EGEH	
	Comarca Araba	EGC	
PILOTO 7	H. Zumarraga	EGEH	
	UAP's Goiherri de Comarca Gipuzkoa Oeste	EGCA	
PILOTO 8	Clínica La Asunción	EGEH (Supervisora de Unidad de Hospitalización)	
	UAP's Tolosaldea Comarca Gipuzkoa Oeste	EGC	

Tabla 1: perfiles a pilotar por piloto.



PLANIFICACIÓN

3. PLANIFICACIÓN DE LOS PILOTOS

ORGANIZACIONES DE SERVICIOS, ROLES A PILOTAR Y POBLACIÓN DE REFERENCIA

3.1 PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 1 - OSI BIDASOA

ORGANIZACIONES DE SERVICIO Y ROLES PILOTADOS

O.S.	PERFIL / ROL	
H. Bidasoa	EGEH	
Centro Hondarribia	EGC ¹	
Centro Irun Centro	EGC ¹	
Centro Dumboa	EGC ¹	

Tabla 2: roles a pilotar.

¹El rol/competencia de la EGC se asumió por parte de las responsables de enfermería de los respectivos centros de atención primaria pertenecientes a la organización sanitaria OSI Bidasoa.

POBLACIÓN DE REFERENCIA Y ESTRUCTURA POBLACIONAL

C.S.	0 a 14 años	Entre 15 y 65 años	Mayores de 65 años	Total
C.S. Hondarribia	2.383	11.482	3.069	16.934
C.S. Irun-Centro	4.602	23.386	6.837	34.825
C.S. Dumboa	4.134	21.593	5.201	30.928
TOTAL POBLAC.	11.119	56.461	15.107	82.687

Tabla 3: población global OSI Bidasoa.

LA POBLACIÓN “DIANA”

EGEH/EGC

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• 2 o más ingresos en el último año.• Paciente pluripatológico. Cumple 2 de las categorías de patología definidas (ver Anexol, incluido en el CD que acompaña a este informe).• Índice de Barthel <20 o entre 20-35 o entre 40-55.	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes en diálisis.• Pacientes institucionalizados en residencias asistidas.• Pacientes que no aceptan participar.• Pacientes <de 14 años.

Tabla 4: criterios inclusión piloto 1.

3.2 PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 2 - H. U. DONOSTIA - C. EKIALDE

ORGANIZACIONES DE SERVICIO Y ROLES PILOTADOS

O.S.	PERFIL / ROL
H. U. Donostia	EGEH
Centro Beraun (C. Ekialde)	EGC

Tabla 5: roles a pilotar

POBLACIÓN DE REFERENCIA Y ESTRUCTURA POBLACIONAL

UAP	<14	de 14 a 64	>65	TOTAL	O.S.
BERAUN- ERRENTERIA	1.834	10.825	3.200	15.859	C. Gipuzkoa Ekialdea

Tabla 6: población de referencia del C.S. Beraun-Errrenteria.

LA POBLACIÓN "DIANA"

EGEH/EGC

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• 1 o más ingresos con ICC y/o EPOC y/o hepatopatía.• Barthel MODERADO y que vive solo.• Barthel MODERADO y con barreras arquitectónicas en domicilio.• Barthel SEVERO O TOTAL.• Estadio final de la vida asociado a demencia.• Estadio final de la vida asociado a ICC y/o EPOC y/o hepatopatía.	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes en diálisis.• Pacientes menores de 14 años.• Pacientes institucionalizados en residencias asistidas.• Pacientes que no aceptan participar.

Tabla 7: criterios inclusión piloto 2.

3.3 PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 3 - H. U. CRUCES - C. URIBE

ORGANIZACIONES DE SERVICIO Y ROLES PILOTADOS

O.S.	PERFIL / ROL	
H. U. Cruces	EGEH	
Comarca Uribe	EGC	

Tabla 8: roles a pilotar.

POBLACIÓN DE REFERENCIA Y ESTRUCTURA POBLACIONAL

UAP	<14	de 14 a 64	>65	TOTAL	O.S.
Alango	2.079	14.196	3.359	19.634	C. Uribe
Algorta	4.596	24.795	6.021	35.412	C. Uribe
Astrabudua	1.416	8.016	1.685	11.117	C. Uribe
Erandio	1.731	9.112	3.014	13.857	C. Uribe
Gorliz-Plentzia	1.669	7.652	1.906	11.227	C. Uribe
Las Arenas	3.958	25.324	8.045	37.327	C. Uribe
Leioa	3.463	17.398	3.017	23.878	C. Uribe
Mungia	3.892	17.441	4.050	25.383	C. Uribe
Sopelana	3.674	16.213	3.087	22.974	C. Uribe
Txoriherri	2.523	12.028	3.859	18.410	C. Uribe
TOTALES	29.001	152.175	38.043	219.219	C. Uribe

Tabla 9: población de referencia de la Comarca Uribe-Costa.

LA POBLACIÓN “DIANA”

EGEH/EGC

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Personas menores o mayores de 65 años. • Con 2 o más ingresos hospitalarios en el último año. • Con 2 o más visitas a urgencias en el último año. • Con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva y/o EPOC. • Aceptación de inclusión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes institucionalizados en residencias asistidas. • Pacientes en diálisis. • Pacientes oncológicos. • Pacientes en situación clínica crítica • Pacientes incluidos en Proyecto Hospital de Cruces. • Pacientes que no aceptan participar.

Tabla 10: criterios inclusión piloto 3.

3.4 PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 4 - H. STA. MARINA - C. BILBAO

ORGANIZACIONES DE SERVICIO Y ROLES PILOTADOS

O.S.	PERFIL / ROL	
H. Santa Marina	EGEH	
Comarca Bilbao	EGCA	

Tabla 11: roles a pilotar en el piloto 4.

POBLACIÓN DE REFERENCIA Y ESTRUCTURA POBLACIONAL

UAP	<14	de 14 a 64	>65	TOTAL	O.S.
Begoña	1.239	8.514	3.192	12.945	C. Bilbao
Karmelo	1.190	8.384	3.723	13.297	C. Bilbao
Otxarkoaga	1.727	8.455	2.472	12.654	C. Bilbao
Txurdinaga C.S.	1.661	12.082	2.671	16.414	C. Bilbao
Zurbaran	1.046	7.345	3.440	11.831	C. Bilbao
TOTALES	6.863	44.780	15.498	67.141	C. Bilbao

Tabla 12: población de referencia del piloto 4.

LA POBLACIÓN "DIANA"

EGEH/EGCA

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Personas menores o mayores de 65 años. • Con o sin ingreso. • Con diagnóstico o recetas de fármacos que impliquen insuficiencia cardíaca congestiva o EPOC. • Con índice de riesgo de ingreso en el próximo año de >0.6 en personas > 65 años. • Con índice de riesgo en el próximo año de >0.8 en personas < 65 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes institucionalizados en residencias asistidas. • Pacientes en diálisis. • Pacientes oncológicos. • Pacientes que no aceptan participar.

Tabla 13: criterios inclusión piloto 4.

3.5 PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 5 - H. SAN ELOY - C. EZKERRALDEA

ORGANIZACIONES DE SERVICIO Y ROLES PILOTADOS

O.S.	PERFIL / ROL	
H. San Eloy	EGEH ¹	
Comarca Ezkerraldea	EGC	

Tabla 14: roles a pilotar en el piloto 5.

¹El rol/competencia de la EGEH se asumió por parte de las supervisoras de enfermería de las unidades de hospitalización médica, pertenecientes a la organización sanitaria H. San Eloy.

POBLACIÓN DE REFERENCIA Y ESTRUCTURA POBLACIONAL

UAP	<14	de 14 a 64	>65	TOTAL	O.S.
La Paz	2.462	15.341	4.278	22.081	Ezkerraldea
Lutxana	787	4.996	1.407	7.190	Ezkerraldea
San Vicente	2.645	13.304	4.899	20.848	Ezkerraldea
Urban	2	8.490	2.386	10.878	Ezkerraldea
Zaballa C.	2.140	5.350	1.923	9.413	Ezkerraldea
Zaballa C.S.	1.639	9.103	3.118	13.860	Ezkerraldea
Zuazo	1.851	13.563	4.112	19.526	Ezkerraldea
TOTALES	11.526	70.147	22.123	103.796	Ezkerraldea

Tabla 15: población de referencia del piloto 5.

LA POBLACIÓN “DIANA”

EGEH/EGC

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con 1 o más ingresos en el último año. Paciente crónico con diagnóstico de EPOC y/o ICC y/o ACV y/o hepatopatía. Pacientes que el alta hospitalaria tenga 5 o más fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes institucionalizados en residencias asistidas. Pacientes en diálisis. Pacientes oncológicos. Pacientes que no aceptan participar.

Tabla 16: criterios inclusión piloto 5

3.6 PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 6 - H. U. ARABA - C. ARABA

ORGANIZACIONES DE SERVICIO Y ROLES PILOTADOS

O.S.	PERFIL / ROL	
H. Txagorritxu	EGEH	
H. Santiago	EGEH	
Comarca Araba	EGC	

Tabla 17: roles a pilotar.

POBLACIÓN DE REFERENCIA Y ESTRUCTURA POBLACIONAL

UAP	<14	de 14 a 64	>65	TOTAL	O.S.
Abetxuko	526	2.753	771	4.050	Araba
Casco Viejo Vitoria	1.775	14.474	4.131	20.380	Araba
Gazalbide -Txagorritxu	1.517	10.530	4.829	16.876	Araba
Lakua - Arriaga	2.625	11.858	1.043	15.526	Araba
Llanada Alavesa	1.621	7.777	1.758	11.156	Araba
Olarizu	1.584	12.508	3.860	17.952	Araba
Sansomendi	2.304	11.868	1.491	15.663	Araba
Zaramaga	1.515	10.134	4.293	15.942	Araba
TOTALES	13.467	81.902	22.176	117.545	Araba

Tabla 18: población de referencia del piloto 6.

LA POBLACIÓN "DIANA"

EGEH/EGC

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • > o igual a 65 años. • Con 2 o más ingresos en último año. • Con 2 o más diagnósticos de cronicidad de los servicios de: medicina interna, neumología, cardiología, neurología, digestivo, cirugía general, cirugía vascular y traumatología 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con perfil PROMIC de los centros de: Olagibel, Montaña, Lakua-bizkarra, Habana, Aranbizkarra 1, Aranbizkarra 2 y San Matín. • Pacientes institucionalizados en residencias asistidas. • Pacientes en diálisis. • Altas del servicio de oncología. • Pacientes que no aceptan participar.

Tabla 19: criterios inclusión piloto 6.

3.7 PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 7 - H. ZUMARRAGA - C. MENDEBALDE

ORGANIZACIONES DE SERVICIO Y ROLES PILOTADOS

O.S.	PERFIL / ROL	
H. Zumarraga	EGEH	
UAP's Mendebalde (C. Gipuzkoa Oeste)	EGCA	

Tabla 20: roles a pilotar en el piloto 7.

POBLACIÓN DE REFERENCIA Y ESTRUCTURA POBLACIONAL

UAP	<14	de 14 a 64	>65	TOTAL	O.S.
Beasain	3.265	14.530	3.908	21.703	Mendebalde
Lazkao	1.219	5.421	1.683	8.323	Mendebalde
Ordizia	1.892	8.678	2.482	13.052	Mendebalde
TOTALES	6.376	28.629	8.073	43.078	Mendebalde

Tabla 21: población de referencia del piloto 7.

LA POBLACIÓN "DIANA"

En el caso particular de este piloto la "N" ya venía definida (N=70) por ser un brazo de un ensayo clínico del Hospital de Zumarraga.

Dicho ensayo clínico constaba de 3 brazos:

- Brazo 1. Grupo control en el que los pacientes son atendidos de manera habitual.
- Brazo 2. Grupo Intervención 1 - adicional a la atención habitual. Existía la figura de EGEH y un médico referente de medicina interna.
- Brazo 3. Grupo Intervención 2 - adicional a la atención habitual. Existían las figuras de EGCA, EGEH y un médico referente de medicina interna.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • 1 o más ingresos en el último año. <p>Clasificación paciente pluripatológico (Ollero). Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas (ver Anexo I, incluido en el CD que acompaña a este informe).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes en diálisis. • Pacientes institucionalizados en residencias asistidas.

Tabla 22: criterios inclusión piloto 7.

3.8 PLANIFICACIÓN DEL PILOTO 8 - CLÍNICA LA ASUNCIÓN - C. MENDEBALDE

ORGANIZACIONES DE SERVICIO Y ROLES PILOTADOS

O.S.	PERFIL / ROL	
Clínica La Asunción	EGEH	
UAP's Mendebaldea (C. Gipuzkoa Oeste)	EGC	

Tabla 20: roles a pilotar.

POBLACIÓN DE REFERENCIA Y ESTRUCTURA POBLACIONAL

UAP	<14	de 14 a 64	>65	TOTAL	O.S.
Andoain	2.019	10.293	3.012	15.324	Mendebalde
Ibarra	1.082	5.415	1.444	7.941	Mendebalde
Tolosa	2.634	12.868	3.931	19.433	Mendebalde
Villabona	2.552	10.227	2.492	15.271	Mendebalde
TOTALES	8.287	38.803	10.879	57.969	Mendebalde

Tabla 21: población de referencia del piloto 8.

LA POBLACIÓN “DIANA” EGEH/EGC

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• 10 más ingresos en el último año.• Clasificación paciente pluripatológico (Ollero). Paciente que cumple 2 de las categorías de patología definidas (ver Anexo I, incluido en el soporte físico que acompaña a este informe).	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes en diálisis.• Pacientes institucionalizados en residencias asistidas.

Tabla 25: criterios inclusión piloto 8.

3.9 INCLUSIÓN DE PACIENTES

Una vez identificados los pacientes a incluir se les informaba sobre el proyecto y se les solicitaba su aceptación para participar en el pilotaje. Para ello, se crearon unas hojas de información que se entregaban al paciente y a familiares. Ver Anexo XII incluido en el CD.



SEGUIMIENTO Y
SINERGIA CON OTROS
PROYECTOS

4. SEGUIMIENTO DE LOS PILOTOS Y SINERGIA CON OTROS PROYECTOS ESTRATÉGICOS

El proceso de implantación ha sido gradual a partir del proceso inicial de planificación y definición del piloto. En este apartado, se resaltan los aspectos más destacados, como pueden ser las sinergias detectadas con otros proyectos estratégicos o las áreas de mejora detectadas durante el proceso de implantación y desarrollo del piloto.

a) Proyecto estratégico nº 1: "estratificación y targeting de la población".

Se ha utilizado la información facilitada por el proceso de estratificación para la búsqueda de la población, en función de sus necesidades de salud, a incluir en el proyecto, en concreto con el piloto 3 y 4.

Por otro lado, una vez captados los pacientes, la estratificación de la población ha sido útil en el proceso de conocer el Índice Predictivo de Riesgo y Consumo de Recursos (IP) de los pacientes en los que se ha intervenido en los 8 pilotos.

De este modo, se han encontrado variaciones en el IP promedio de pacientes atendidos por las diferentes figuras.

FIGURA	IP PROMEDIO 2011
EGC	8,845883563
EGCA	10,20571551

Tabla 26: IP promedio para EGC y EGCA.

En los cuadros siguientes, se muestran los diferentes rangos de las frecuencias de IP de los dos grupos de pacientes donde se puede apreciar el incremento de las frecuencias en los valores más altos de los IP para los casos de las EGCA:

IP Pacientes EGC	Frecuencia	%	IP Pacientes EGCA	Frecuencia	%
IP=<5	72	11,67	IP=<5	21	11,86
IP=5 a 10	341	55,27	IP=5 a 10	68	38,42
IP=11 a 15	170	27,55	IP=11 a 15	66	37,29
IP=16 a 20	30	4,86	IP=16 a 20	20	11,30
IP=>20	4	0,65	IP=>20	2	1,13
Total	617	100	Total	177	100

Tabla 27: rangos de IP para EGC y EGCA.

b) Proyecto estratégico nº 11: "O-sarean. Centro de servicios de salud multicanal"

La colaboración con dicho proyecto comenzó en abril de 2010, siendo ésta, a nivel operativo. El objetivo de esta relación era el seguimiento a distancia de los pacientes crónicos. Viernes desde las 15:00 hasta las 22:00 horas y de 8:00 hasta las 22:00 horas. Sábados y festivos se cubren las franjas horarias en las que las figuras (EGEH, EGC) no estaban operativas. La colaboración se realizó con cinco de los ocho pilotos, siendo éstos los pilotos 1,2,3,4 y 6.

Cartera de servicios de O-sarean

Se establecieron como servicios a realizar por parte de O-sarean cinco actos, en función de su horario de funcionamiento durante la época del pilotaje:

- 1.- Llamadas de confort.** Se realizaron a todos los pacientes dados de alta. Viernes a partir de las 15:00 horas y fines de semana. No necesitaba un formulario específico.
- 2.- Llamadas de seguimiento.** A todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo, y que por razones de horario de actuación, no podía ser realizado por la figura correspondiente.
- 3.- Llamadas de adherencia tratamiento.** A todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento o refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y que por razones de horario de actuación, no podía ser realizado por la figura correspondiente.
- 4.- Llamadas de seguimiento + adherencia tratamiento.** A todos aquellos pacientes con necesidad de seguimiento continuado en el tiempo y refuerzo para cumplimiento del tratamiento, y por razones de horario de actuación, no podía ser realizado por la figura correspondiente.
- 5.- Entran pilotos.** Para diferenciar las llamadas que desde el domicilio de los pacientes en seguimiento se hacen a O-sarean. Aclaran dudas a pacientes y/o cuidadores y/o familiares.

A continuación, se muestra de manera más gráfica la actividad desarrollada por O-sarean como apoyo a este proyecto:

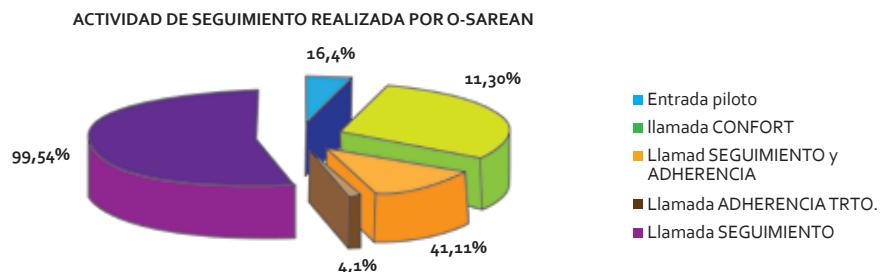


Gráfico 1: seguimiento O-sarean

Para ver más detalle respecto a la actividad realizada por O-Sarean durante el proyecto, ver Anexo XI en CD.



RESULTADOS Y
EVALUACIÓN

6. RESULTADOS Y EVALUACIÓN

Una vez finalizados los pilotos el 30 de septiembre de 2011- a excepción del piloto 7 que finalizó el 12 de diciembre de 2011, al ser este piloto un brazo de un ensayo clínico- se han analizado los resultados. Una parte de los datos se han obtenido por las enfermeras de los diferentes pilotos. Otra parte, mediante la explotación de otros parámetros a partir del CIC de los pacientes incluidos en los mismos, así como de diferentes cuestionarios: encuestas de satisfacción a pacientes, cuidadores, profesionales y cuestionarios de calidad de vida.

A continuación, se detallan los principales **datos cuantitativos de actividad** de las experiencias piloto:

1. Número de pacientes intervenidos: **813**
633 por las EGC's (77,8%)
180 por las EGCA's (22,2%)
2. % de aceptación de inclusión en el proyecto: **85,17%**
3. Edad media de los pacientes atendidos: **77,03 años** (mínimo 30, máximo 99)
4. Estancia media del paciente en el programa (para EGCA's): **32,70 días**
5. Nº de contactos de las EGCA con sus pacientes: 958
6. Promedio de contactos de las EGCA, por paciente: 5.32
7. Índice de mortalidad durante la experiencia: **11,56%**
10,27% en pacientes pluripatológicos atendidos por las EGC's.
16,11% en pacientes pluripatológicos complejos atendidos por las EGCA's.
8. % Pacientes con registro de seguimiento en AP: **88,07%** (constancia de registro en H^aC^a)

El total de los indicadores y su detalle por figura y piloto se muestran en el Anexo V incluido en el CD.

Así mismo, y con el fin de conocer la **eficacia** de cada rol pilotado, se ha medido:

a) *Seguimiento realizado desde atención primaria.*

Al inicio del proyecto se estableció que a todos los pacientes incluidos en los pilotos se les abriría un episodio “**Enfermera Gestora**” en su historia clínica de

Osabide AP con dos fines esenciales: por un lado, servir de información al médico de familia y enfermera de referencia, pudiendo identificar, de esta manera, que el paciente pertenece al piloto. Y por otro, para realizar el seguimiento clínico del paciente, utilizando un formulario acordado para todos los pilotos con el fin de homogeneizar la información de la actividad.

El formulario reúne un conjunto de DBP (Datos Básico de Pacientes) seleccionados para llevar a cabo el seguimiento de los mismos.

El seguimiento de los pacientes intervenidos por ambas figuras desde AP ha sido realizado de manera diferente en función de la figura. En el caso de la EGCA, al actuar directamente con el paciente, el seguimiento ha sido realizado por ellas mismas. En el caso de la EGC, al no ser su función la atención directa en domicilio, el seguimiento fue realizado por el equipo de AP (médico o enfermera).

Figura EGCA:

Para el seguimiento en AP, además de medirlo por las visitas realizadas y por el nº de días con seguimiento en domicilio por las EGCA's, se han analizado el nº de DBP realizados y registrados en la historia clínica de los pacientes. Los datos se han obtenido de Osabide AP. Se incluyen en dos gráficos que se exponen a continuación. El primer gráfico recoge los DBP's seguidos con una frecuencia que van de 19 a 160, según los pacientes. El segundo, abarca los DBP's con frecuencia de recogida de 167 a 1117. Estos datos son indicativos de la actividad asistencial realizada en los diferentes pacientes y por las distintas figuras.

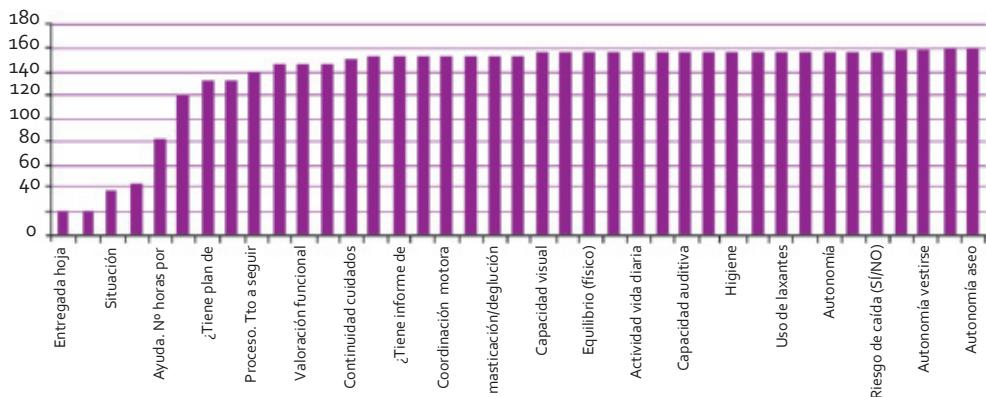


Gráfico 2: frecuencia de recogida de DBP's 19 - 160.

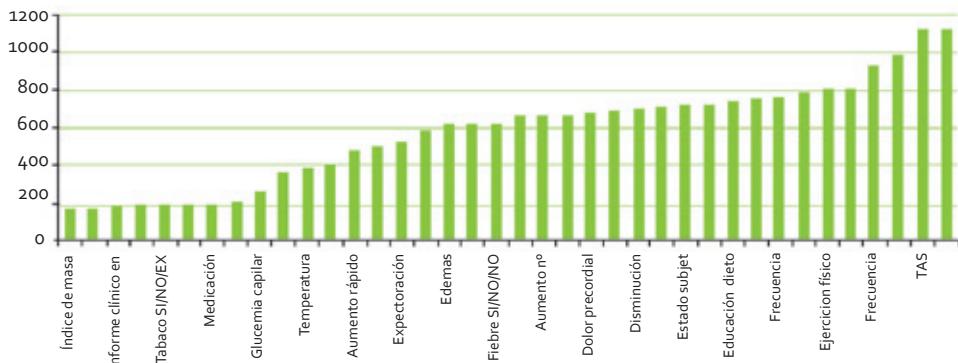


Gráfico 3: frecuencia de recogida de DBP's 1967 - 1977.

Figura EGCA:

En el seguimiento por AP, constatado en el registro de la H^a C^a, de 161 de los 180 pacientes del grupo de intervención de la figura EGCA (Pilotos: 3, 4 y 7) se han contabilizado 27.060 DBP's, con una media de 168,07 por paciente.

Figura EGC:

En el seguimiento por AP, constatado en el registro de la H^aC^a, de 555 de los 633 pacientes del grupo intervención de la figura EGC (Pilotos: 1, 2, 5, 6 y 8), se han contabilizado 12.589 DBPs, con una media de 22,68 DBP's por paciente.

Seguimiento global de los pacientes:

El seguimiento constatado en registro de la H^a C^a, se ha realizado a un total de 716 pacientes de los 813 pacientes incluidos en el proyecto, siendo la media de DBP's realizados de 55,38.

Se presenta a continuación un gráfico de barras donde se puede ver la diferencia de realización de DBP's de las dos figuras con seguimiento en atención primaria. Este dato nos informa de la diferencia en tiempo de dedicación por paciente de las diferentes figuras.

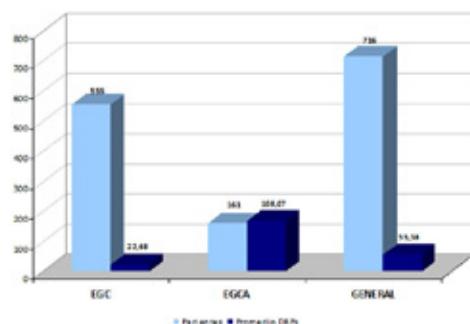


Gráfico 4: DBP's por figuras

b) *Tasa de reintegros de cada paciente antes y después de la intervención.*

En los resultados presentados se utilizan **tasas** ya que es lo adecuado cuando se pretende comparar un número determinado de eventos ocurridos en un periodo de seguimiento. (Número de eventos cada 1000 días*paciente en periodo de seguimiento).

TASA DE INGRESOS TOTALES

	TASA DE INGRESOS TOTALES POR CADA 1.000 PACIENTES POR DÍA				
	Tasa tras intervención	Tasa pre intervención	Diferencia de TASAS	IC 95%	P
Todos los pilotos	6,3	6,7	-0,4	(-0,9 a 0,1)	0,15
Pilotos EGCA	6,4	6,9	-0,5	(-1,0 a 0,1)	0,11
Pilotos EGC	6	6,2	-0,12	(-1,2 a 0,9)	0,82
Piloto 1	7,2	8,4	-1,3	(-2,7 a 0,2)	0,9
Piloto 2	6,9	6,1	0,83	(-0,9 a 2,6)	0,35
Piloto 3	7	7,1	-0,1	(-2,1 a 1,9)	0,92
Piloto 4	6,7	7,4	-0,7	(-2,7 a 1,2)	0,47
Piloto 5	5,2	5,3	-0,1	(-1,1 a 0,9)	0,85
Piloto 6	8	9,8	-1,8	(-2,9 a 0,7)	0,003
Piloto 7	4,2	4,8	-0,5	(-2,1 a 1)	0,51
Piloto 8	1,5	0,3	1,2	(0,4 a 2)	0,0001

Tabla 28: tasas de ingresos totales

De los resultados obtenidos, el único con significación estadística **a favor** de la intervención, es el del piloto 6.

Piloto 6: antes de la intervención se producían 9,8 ingresos cada 1000 pacientes día. Sin embargo, tras la intervención las tasas de ingresos se han reducido a 8 ingresos cada 1000 pacientes día. Esto supone que durante la intervención se ha logrado evitar 1,8 ingresos por cada 1000 pacientes día. Con un intervalo de confianza del 95% diremos que la intervención puede reducir entre 0,7 y 2,9 el número de ingresos cada 1000 pacientes día.

Por el contrario, también se da la paradoja de un resultado con significación estadística **contrario** a la intervención, es el caso de los resultados del piloto 8.

Piloto 8: antes de la intervención se producían 0,3 ingresos cada 1000 pacientes día. Sin embargo, tras la intervención las tasas de ingresos ha aumentado a 1,5 ingresos por cada 1000 pacientes día. Esto significa que durante la intervención los ingresos han aumentado a 1,8 ingresos cada 1000 pacientes día. Con un intervalo de confianza del 95% diremos que la intervención puede aumentar entre 0,4 y 2 el número de ingresos cada 1000 pacientes día.

Teniendo en cuenta las limitaciones del proyecto expuestas anteriormente, no existen argumentos para pensar que este tipo de intervención pueda reducir los ingresos del tipo de pacientes incluidos en el proyecto.

TASA DE INGRESOS URGENTES

	TASA DE INGRESOS URGENTES POR CADA 1.000 PACIENTES POR DÍA				
	Tasa tras intervención	Tasa pre intervención	Diferencia de TASAS	IC 95%	P
Todos los pilotos	5,2	5,9	-0,7	(-1,2 a -0,2)	0,003
Pilotos EGCA	5,3	6	-0,7	(-1,2 a -0,2)	0,006
Pilotos EGC	5	5,6	-0,6	(-1,6 a 0,4)	0,23
Piloto 1	5,9	8	-2,1	(-3,4 a -0,8)	0,003
Piloto 2	5,3	5,3	0,1	(-1,5 a 1,7)	0,93
Piloto 3	5,3	5,8	-0,4	(-2,2 a 1,4)	0,65
Piloto 4	6	7,3	-1,3	(-3,2 a 0,6)	0,19
Piloto 5	4,9	4,4	0,06	(-8,3 a 9,4)	0,89
Piloto 6	6,8	8,6	-1,8	(-2,9 a -0,7)	0,001
Piloto 7	3,4	4,4	-0,9	(-2,3 a 0,5)	0,24
Piloto 8	0,6	0,1	0,5	(0,2 a 0,8)	0,01

Tabla 29: tasas de ingresos urgentes

En este caso, los resultados obtenidos dan significación estadística **a favor** de la intervención, **a todos** los pilotos en conjunto, y de manera específica, a aquellos en los que la figura implantada ha sido la enfermera gestora de competencias avanzadas (Pilotos 3,4 y 7) y a dos de los pilotos en los que la figura ha sido la enfermera gestora de la continuidad (Pilotos 1 y 6).

Por el contrario, y al igual que pasa en el caso de las tasas de ingresos totales, en el piloto 8, se produce la paradoja de que los resultados obtenidos van en contra de la intervención

TASA DE ESTANCIAS DÍAS HOSPITALARIAS

TASA DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA POR CADA 1.000 PACIENTES POR DÍA					
	Tasa tras intervención	Tasa pre intervención	Diferencia de TASAS	IC 95%	P
Todos los pilotos	49,5	52,2	-2,7	(-4 a -1,3)	0,00014
Pilotos EGCA	49,3	52,3	-3,1	(-4,6 a -1,6)	0,00008
Pilotos EGC	50,9	52	-1,1	(-4,1 a 1,9)	0,45
Piloto 1	56,1	67,5	-11,8	(-15,5 a -8)	0,000001
Piloto 2	51,4	48,6	2,9	(-1,9 a 7,6)	0,24
Piloto 3	62,7	57,1	5,6	(-0,2 a 11,4)	0,06
Piloto 4	53,1	70,6	-17,5	(-23 a -12)	0,0000001
Piloto 5	45,2	39,3	5,9	(3,2 a 8,6)	0,00001
Piloto 6	58,2	73,7	-15,5	(-18,5 a -12,5)	0,0000001
Piloto 7	34,4	35,5	-1,2	(-5,5 a 3,1)	0,59
Piloto 8	16,5	3,2	13,4	(10,9 a 15,9)	0,00000001

Tabla 30: tasas de días estancias hospitalarias.

En general, los resultados medidos en **estancias** día hospitalarias arrojan un resultado más favorable en este tipo de intervención que el de **ingresos**.

Así mismo, el resultado es favorable a la intervención de la figura EGCA, arrojando los siguientes datos: antes de la intervención se producían 52,3 estancias por cada 1000 pacientes día. Tras la intervención la tasa ha descendido hasta 49,3 estancias, es decir, con la intervención se evitan 3,1 estancias cada 1000 pacientes día (IC95: entre 4,6 y 1,6 estancias menos).

Estos resultados, una vez más, son más llamativos en el Piloto 6.

Como reflexión general acerca de las tasas antes descritas, habría que decir, que por sí sólo, cada piloto no ha contado con una muestra de pacientes suficiente para obtener valores y conclusiones significativas. Por lo tanto, serían necesarias muestras de pacientes mayores y con mayor recorrido (más meses de intervención) para poder extraer conclusiones más consistentes.

Además, hay que tener en cuenta otras limitaciones que afectan a los resultados de las tasas obtenidas, que son básicamente tipo de pacientes intervenidos y edad de los mismos, siendo “a priori” mayor la tasa de ingresos, y no existiendo grupo control para comparar la efectividad de la intervención.

Por lo tanto, los resultados obtenidos no arrojan resultados claros ni a favor ni en contra de la intervención. Sin embargo, apuntan a una menor frecuencia de los ingresos (entre estos los urgentes) y por lo tanto menores estancias producidas en los hospitales. Es por ello, que se podría decir que las estancias de los pacientes atendidos por la figura EGCA (tablas 32) en su domicilio, podrían considerarse estancias hospitalarias evitadas, a juzgar por los IPs que tenían los pacientes por ellas intervenidos.

FIGURA	IP PROMEDIO 2011
EGC	8,845883563
EGCA	10,20571551

Tabla 31: IP promedio para EGC y EGCA.

FRANJAS POR DÍAS EN DOMICILIO	PILOTO 3		PILOTO 4		PILOTO 7		TOTAL PAC. CON EGCA	
	Nº PACIENTES	%	Nº PACIENTES	%	Nº PACIENTES	%	Nº PACIENTES	%
1 - 10 días	18	36	14	23,70	43	60,56	75	41,67
11 - 20 días	11	22	15	25,40	17	23,94	43	23,89
21 - 30 días	9	18	10	16,90	6	8,5	25	13,89
31 - 40 días	1	2	6	10,10	1	1,4	8	4,44
41 - 50 días	1	2	4	6,70	1	1,4	6	3,33
51 - 60 días	1	2	3	5,00	0	0	4	2,22
61 - 70 días	1	2	4	6,70	3	4,2	8	4,44
>70 días	8	16	3	5,00	0	0	11	6,11
TOTAL	50	100	59	100,00	71	100,00	180	100

Tabla 32: IP promedio para EGC y EGCA.

Por último, indicar que este tipo de intervenciones son estrategias eficientes a más largo plazo. Aun así, los resultados obtenidos en el proyecto pueden dar idea del posible impacto de este tipo de intervenciones, y considerar positiva la experiencia. Para ver más detalles acceder al Anexo VI en CD.

c) Cálculos de costes

Actualmente no es posible realizar cálculos de costes evitados con las estancias en domicilio al no disponer de los ACGs de los pacientes atendidos por las EGCAs.

En un futuro sería de gran interés que el seguimiento de estos pacientes por estas figuras pudiese hacerse a través de indicadores específicos creados a tal efecto lo que daría una idea de la eficiencia y justificación de su existencia.

d) Satisfacción de los pacientes con los cuidados prestados

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de pacientes (ver cuestionario en anexo XIII). La encuesta ha sido realizada por GIZAKER. Así mismo, la explotación de los datos ha sido llevada a cabo por EVALUA, ambos con la financiación recibida por parte de KRONIKGUNE.

En los siguientes gráficos se refleja la satisfacción de los pacientes con dos de los ítems pulsados, considerados los más significativos de la encuesta:

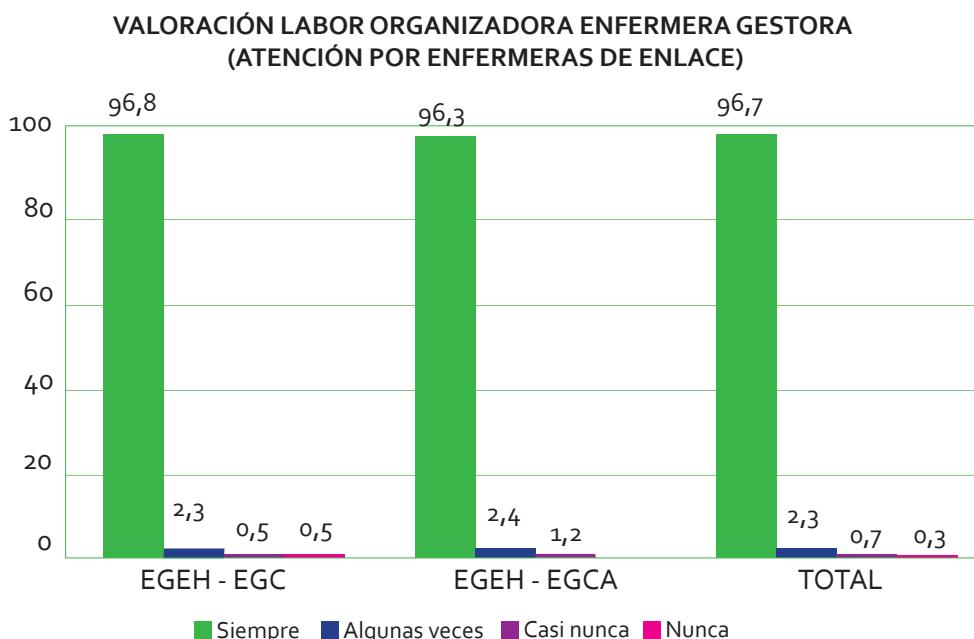


Gráfico 5: satisfacción pacientes pregunta 1.

ESCUCHAY COMPRESIÓN DE LAS ENFERMERAS AL EXPLICAR LAS PROBLEMÁTICAS DE LA ENFERMEDAD

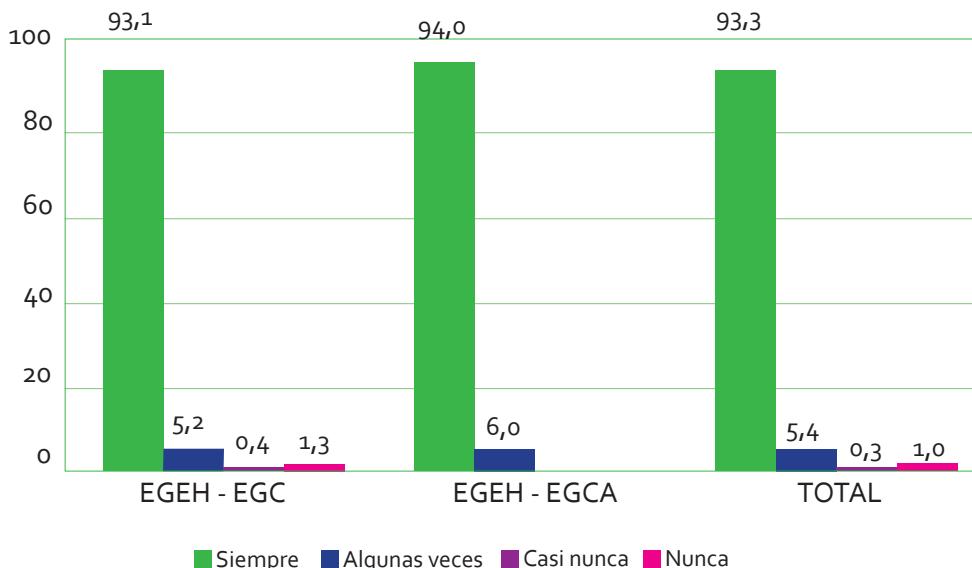


Gráfico 6: satisfacción pacientes pregunta 2.

El grado de satisfacción de los pacientes alcanzado con la intervención, es superior al 90% en todas las preguntas realizadas. Para más detalle acerca del resultado de las encuestas ver Anexo VII.

e) Satisfacción de sus cuidadores y/o familiares con la atención recibida

Se ha utilizado la encuesta SATISFAD para explorar la satisfacción de los cuidadores y/o familiares (ver cuestionario en anexo XIII). La encuesta ha sido realizada por GI-ZAKER. Así mismo, la explotación de los datos ha sido llevada a cabo por EVALUA, ambos con la financiación recibida de parte de KRONIKGUNE.

En los siguientes gráficos se refleja la satisfacción de los cuidadores/familiares con los ítems pulsados del cuestionario pasado a los mismos:

El grado de satisfacción de los cuidadores alcanzado con la intervención de las enfermeras es superior al 87% en todas las preguntas realizadas. Para más detalle acerca del resultado de las encuestas ver Anexo VIII en CD.

POSIbilIDAD DE PARTICIPAR EN CÓMO ORGANIZAR LOS CUIDADOS

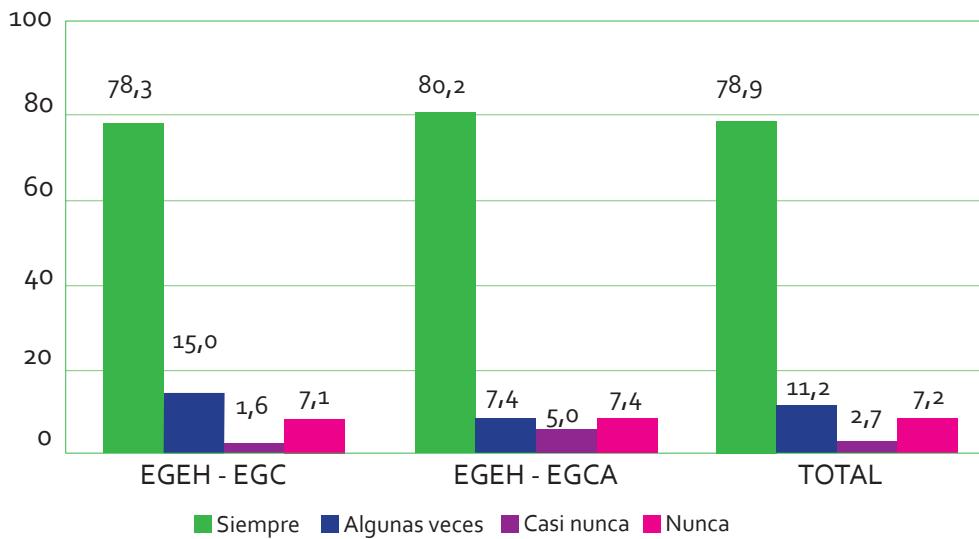


Gráfico 7: satisfacción cuidadores pregunta 1.

SERVICIOS RECIBIDOS MEJORAN SU LABOR COMO CUIDADOR/A

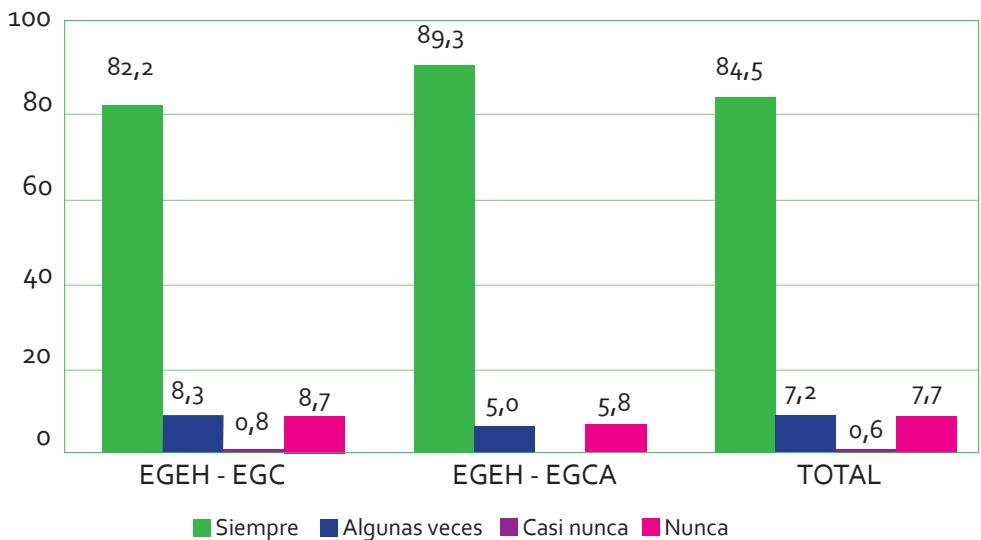


Gráfico 8: satisfacción cuidadores pregunta 2.

f) Satisfacción de los profesionales (AP y AE, excluidas las profesionales que han ejercido los nuevos roles pilotados) relacionados con los pacientes intervenidos.

Se ha utilizado un cuestionario de elaboración propia. Ver cuestionario en Anexo XIII incluido en CD. La explotación de los datos ha sido llevada a cabo por EVA-LUA, financiada por KRONIKGUNE.

Se envió a 1.151 profesionales obteniéndose la respuesta de 428 profesionales, a 30 de marzo de 2012. Esto implica una tasa de respuesta del **37,18%**.

Posteriormente, se han ido realizando recordatorios para su cumplimentación con el fin de conseguir la “N” suficiente de cuestionarios respondidos que hagan posible su validación. Una vez validado el cuestionario se presentarán los resultados obtenidos.

El cuestionario se compone de 36 ítems con respuestas mediante escala de Likert. Recoge siete potenciales respuestas desde el 1 (totalmente en desacuerdo) hasta el 7 (totalmente de acuerdo). A la hora de mostrar los resultados, se ha optado por agrupar las 2 respuestas más extremas como “negativa” y “positiva” respectivamente, mientras las 3 respuestas intermedias, se han valorado como “neutras”, sin considerar que la valoración de cada uno de los ítems tiende hacia lo positivo o lo negativo.

El objetivo es poder establecer adecuadamente los volúmenes de respuestas que se definen claramente en términos de acuerdo (considerablemente satisfechos/as) o de desacuerdo (considerablemente insatisfechos/as).

En los siguientes gráficos se refleja la satisfacción de los profesionales con cuatro de los ítems pulsados (con datos a 30 de marzo de 2012), considerados los más significativos del cuestionario pasado. Ver resultados en Anexo IX en CD.

VALORACIÓN GLOBAL DEL IMPACTO QUE ESTE PROYECTO PUEDE TENER EN LA ATENCIÓN SANITARIA

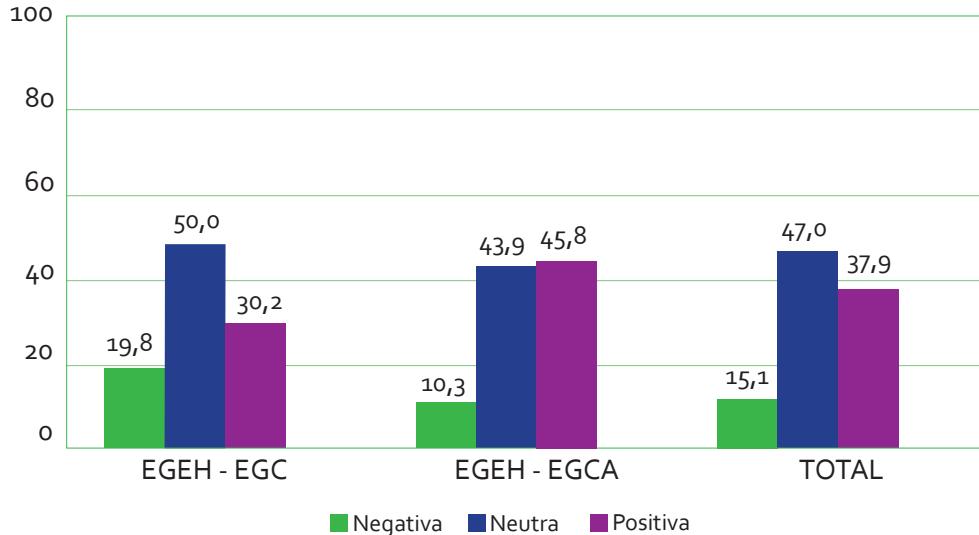


Gráfico 9: satisfacción profesionales pregunta 1.

VALORACIÓN GLOBAL DE LA FIGURA DE MI CENTRO/COMARCA/HOSPITAL

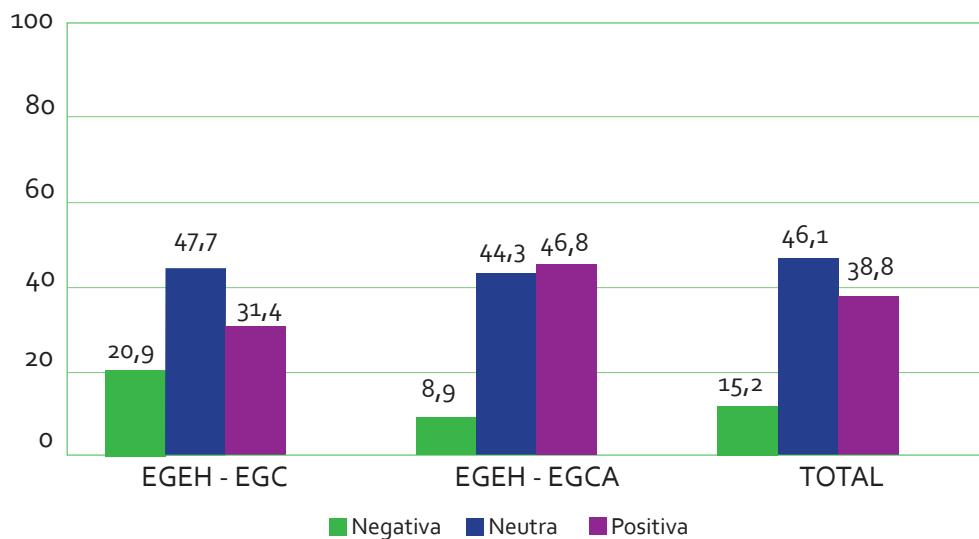


Gráfico 10: satisfacción profesionales pregunta 1.

VALORACIÓN GLOBAL SOBRE LA COORDINACIÓN QUE LA IMPLANTACIÓN
DE ESTE PROYECTO PUEDE PROPORCIONAR A LOS/AS
PROFESIONALES DE LOS DIFERENTES NIVELES

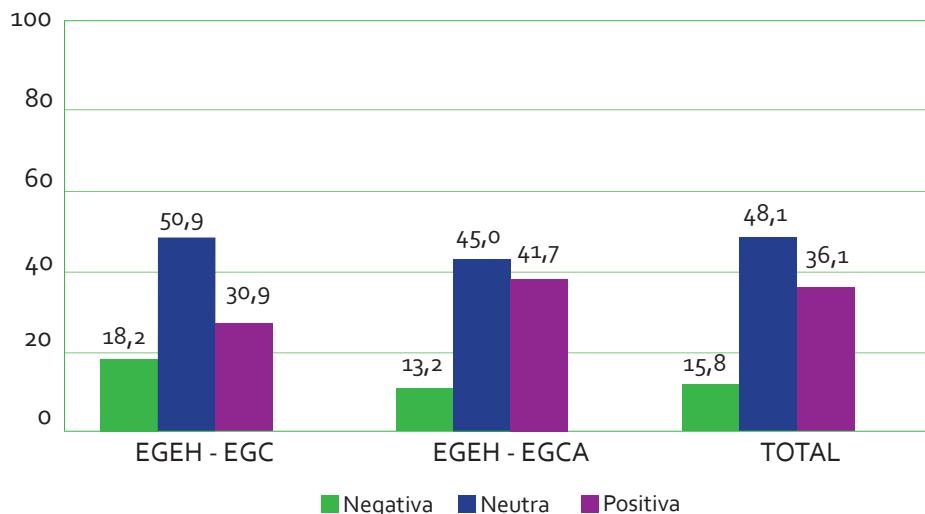


Gráfico 11: satisfacción profesionales pregunta 3.

ESTE PROYECTO DISMINUYE O PUEDE DISMINUIR LOS INGRESOS NO
PROGRAMADOS EN ESTE TIPO DE PACIENTES

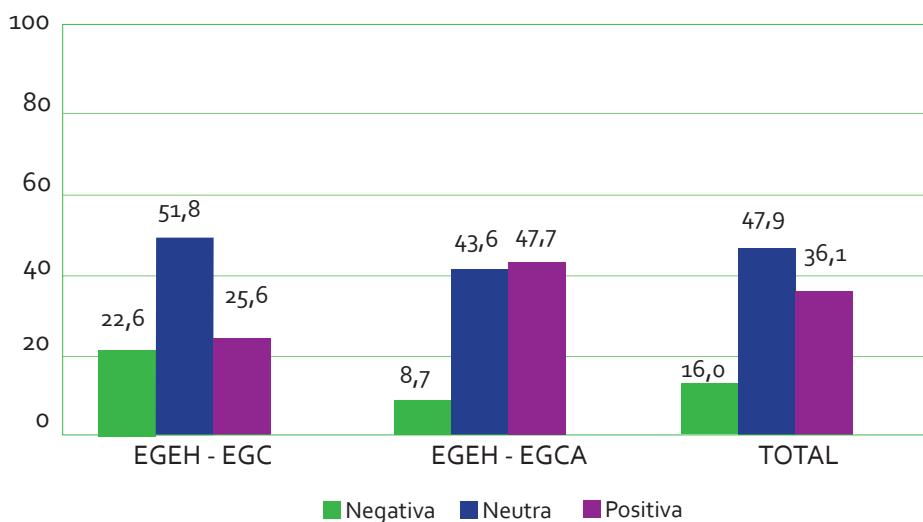


Gráfico 12: satisfacción profesionales pregunta 4.

Se puede apreciar como entre el 35 y 40% de los profesionales ven positiva la intervención de las nuevas competencias, mientras que entre el 45-50% de los profesionales la consideran neutra.

No obstante, y probablemente motivado por el cambio de enfoque asistencial que significa la incorporación de estas figuras, se ha podido constatar la necesidad de mantener una mayor información del contenido asistencial y de coordinación que se corresponde con el perfil de estas figuras. Este aspecto se puede apreciar en diferentes preguntas del cuestionario, entre ellas las tres siguientes:

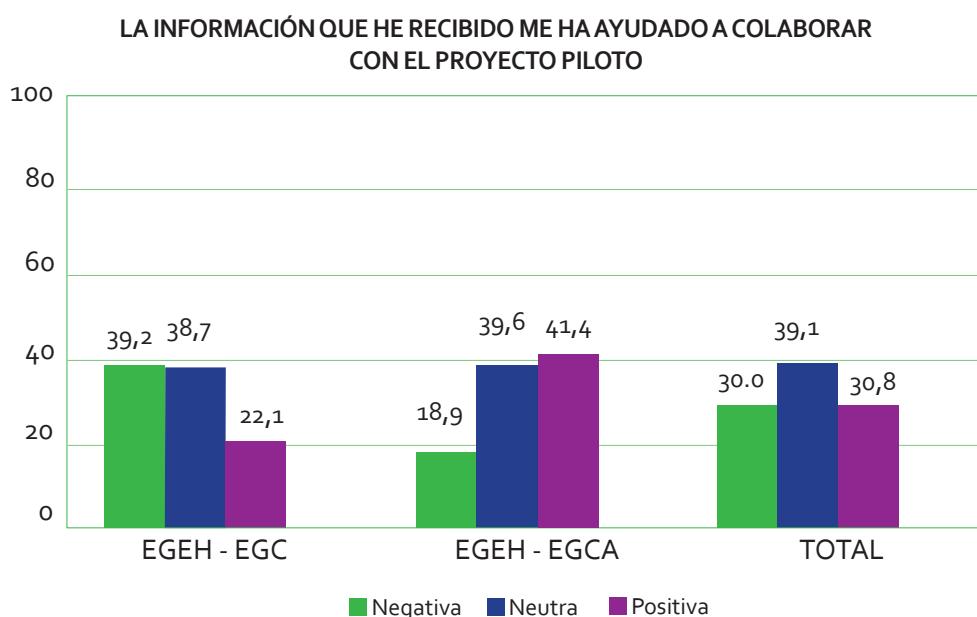


Gráfico 13: satisfacción profesionales pregunta 5.

LA IMPLANTACIÓN DE ESTAS FIGURAS MEJORA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS DE LOS/LAS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROYECTO

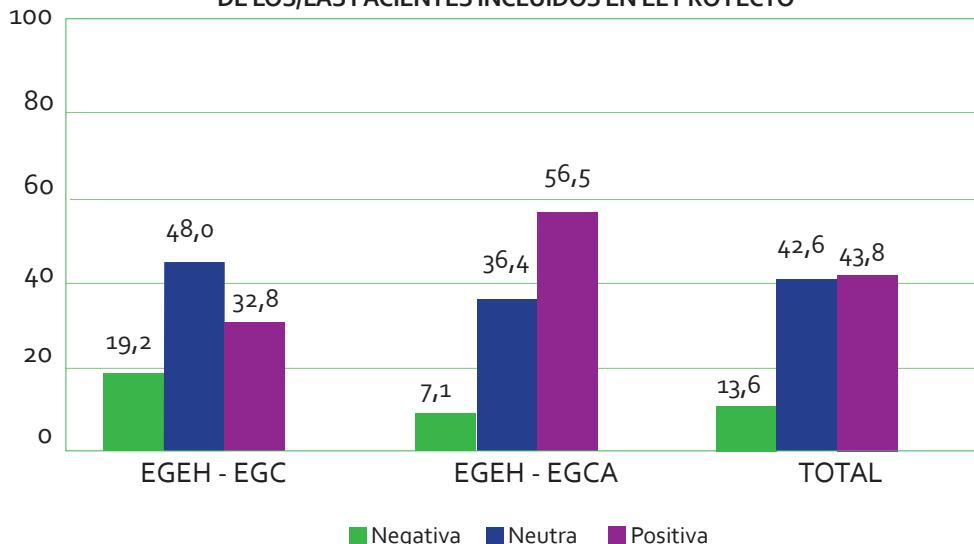


Gráfico 14: satisfacción profesionales pregunta 6.

LA EXISTENCIA DE ESTAS FIGURAS DE ENFERMERA MEJORA LA COORDINACIÓN INTERNA ENTRE EL MÉDICO Y LA ENFERMERA RESPONSABLE DE UN PACIENTE CONCRETO

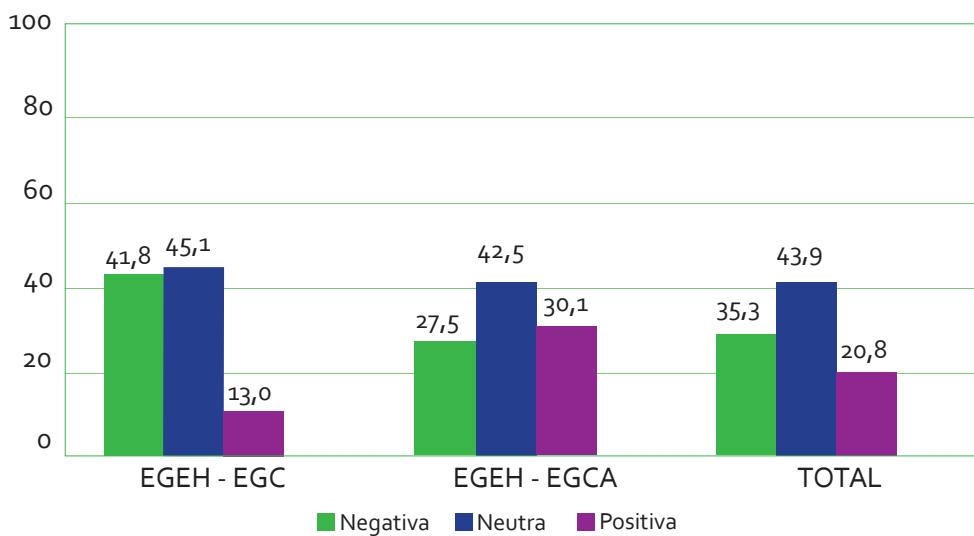


Gráfico 15: satisfacción profesionales pregunta 7.

Para más información acerca del resultado de las encuestas revisar Anexo IX incluido en CD.

g) Percepción sobre la calidad de vida de los pacientes antes y después de la intervención

A continuación, se detalla la variación de la calidad de vida percibida antes y después de la intervención en los pilotos.

Para todos los pilotos se utilizó el “Cuestionario de Calidad de vida SF12”, excepto para el piloto 7 que fue el “Cuestionario de Calidad de Vida EUROQOL (EQ-5D)”. Ver cuestionarios en Anexo XIII.

La encuesta ha sido realizada por GIZAKER. La explotación de los datos ha sido llevada a cabo por EVALUA, ambos con la financiación recibida de parte de KRONIKGUNE.

En los siguientes gráficos, se refleja la percepción sobre la calidad de vida de los pacientes con dos de los ítems pulsados, considerados los más significativos del cuestionario pasado a los mismos:

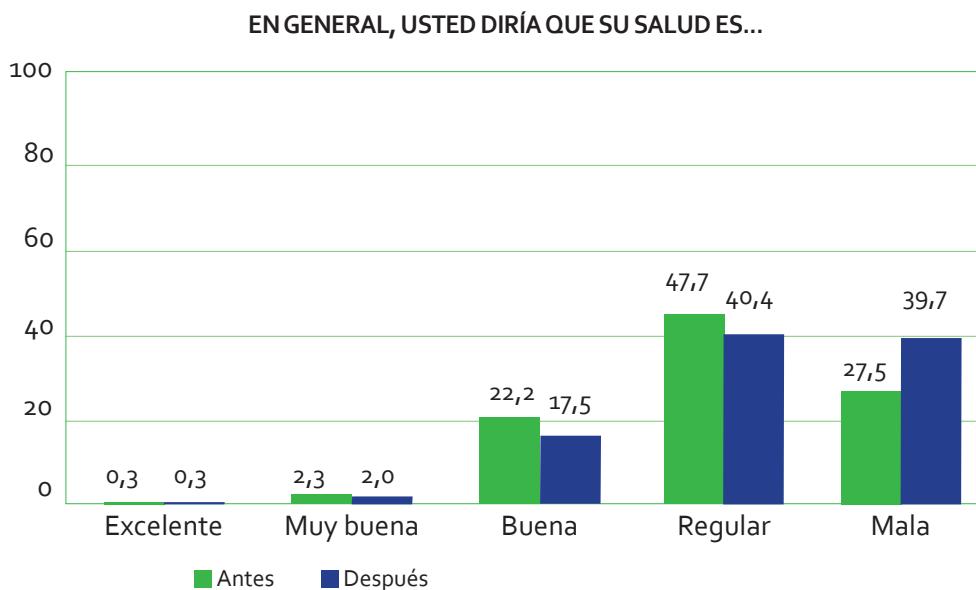


Gráfico 16: calidad de vida pregunta 1.

¿Cómo describiría su estado de salud, en el día de hoy, en cuanto a... actividades cotidianas?

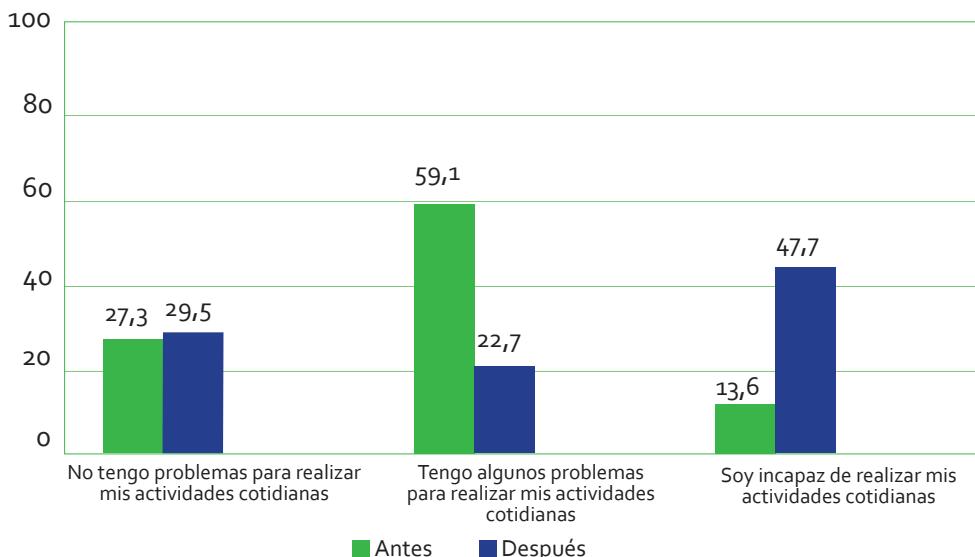


Gráfico 17: calidad de vida pregunta 2.

Como se puede apreciar hay una percepción de empeoramiento general en la calidad de vida de los pacientes incluidos en los pilotos motivada, muy probablemente, por la propia evolución de su enfermedad.

Para más detalle acerca del resultado de las encuestas revisar documento Anexo X.

h) Variación de los niveles de dependencia antes y después de la intervención.

A continuación, se detalla la variación de los niveles de dependencia antes y después de la intervención en los pilotos. Para ello, se ha utilizado la escala de dependencia de Barthel y se ha diferenciado los ratios obtenidos por los pacientes atendidos por la EGC y por la EGCA.

Los datos fueron recogidos a los pacientes por parte de las figuras antes y después de la intervención.

Resultados en pacientes atendidos por EGC:

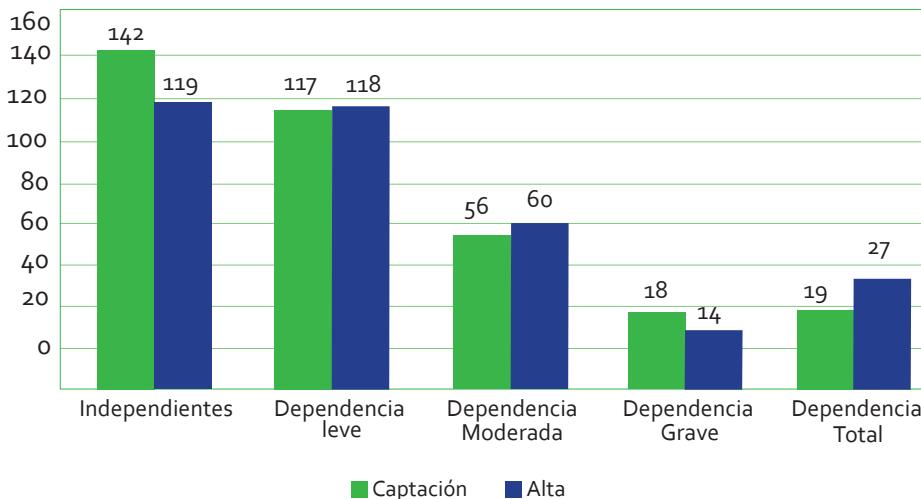


Gráfico 18: variación dependencia EGC.

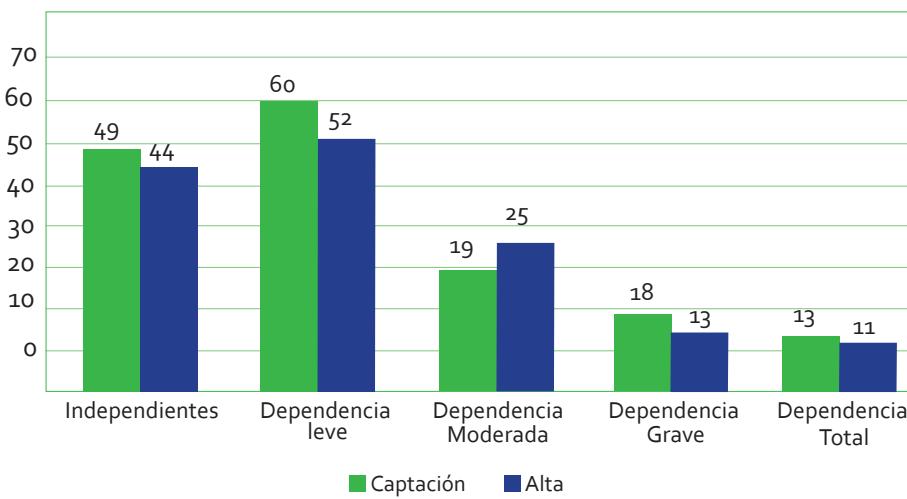
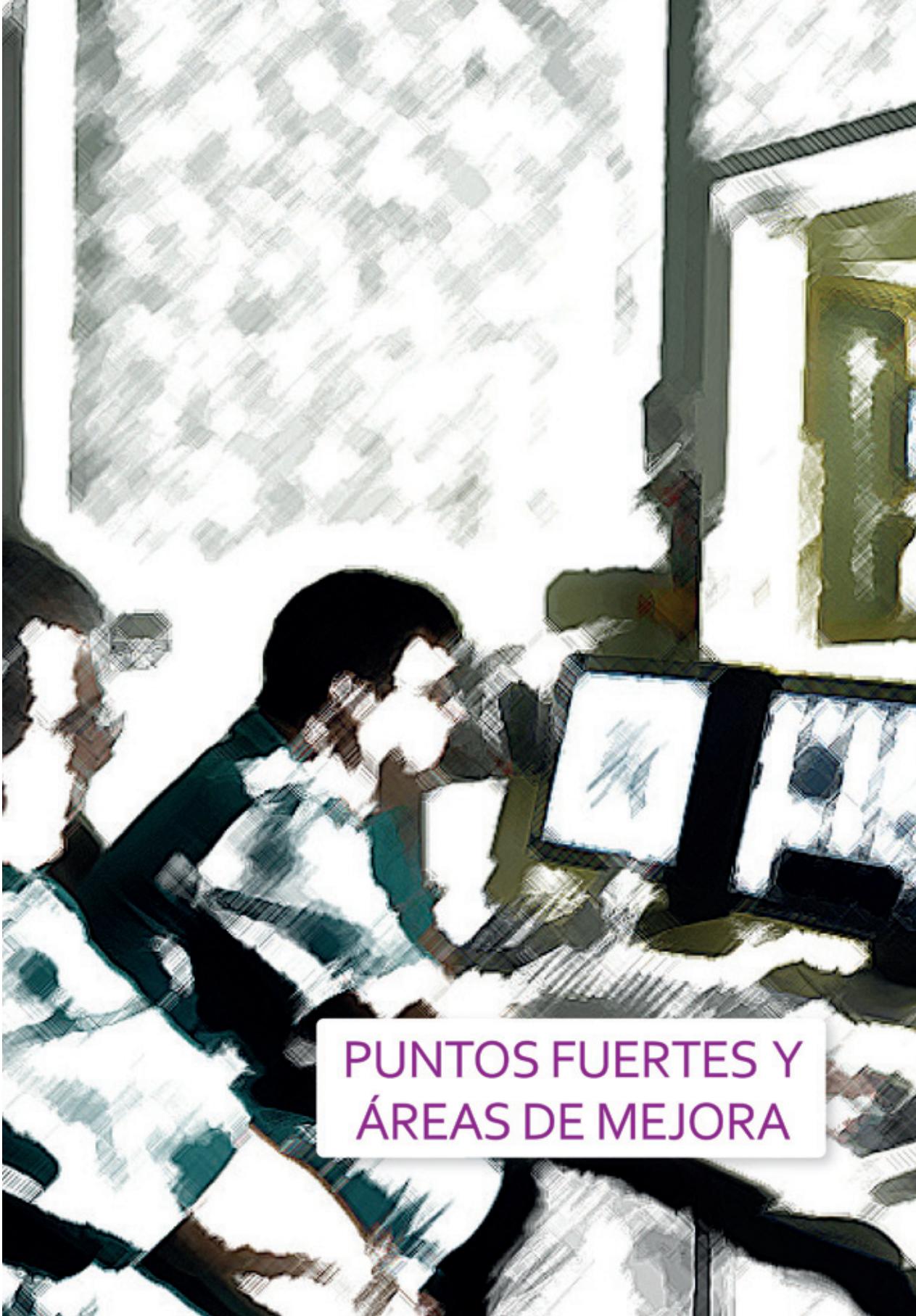


Gráfico 19: variación dependencia EGCA.

Como se puede observar, tanto en la EGC como en la EGCA, hay una ligera tendencia general de empeoramiento de los niveles de dependencia después de la intervención, motivada principalmente, por la propia evolución de la enfermedad en dichos pacientes. Los datos referentes a la variación de la dependencia pueden encontrarse en el Anexo V.

A person is sitting at a desk, facing a computer monitor. The monitor displays a large, stylized word 'ESTRATEGIA' in white and blue. The person is wearing a dark t-shirt and appears to be in a focused or thoughtful state. The background is a blurred indoor setting.

PUNTOS FUERTES Y
ÁREAS DE MEJORA

7. PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA

Para analizar la evolución de los pilotos desde una perspectiva cualitativa, se identificaron una serie de factores clave comunes a todos ellos. En conjunto se trata de aspectos de diferentes ámbitos como puede ser la formación, la comunicación o el trabajo colaborativo.

Seguidamente, se describen aquellos factores identificados como “puntos fuertes”, considerados importantes de mantener.

a) *Puntos fuertes:*

- Asimilación y seguimiento operativo de los conceptos relacionados con las figuras a pilotar por parte de los profesionales intervenientes.
- Transversalidad con otros proyectos estratégicos de la cronicidad (estratificación y O-Sarean,...)
- Mayor coordinación entre los niveles de AP, AE, servicios sociales y cuidadores.
- Flexibilidad en cada piloto para adaptar los criterios de inclusión/exclusión y flujos operativos para adecuar la experiencia a la realidad de cada organización sin perjuicio de los objetivos del proyecto.
- Consecución de una operativa de trabajo colaborativo a través herramienta web ad hoc: creación comunidad en entorno Wiki para registro de datos de actividad de cada piloto y comunicación e información de/a profesionales intervenientes en los pilotos y equipos del proyecto. Se ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los datos de los pacientes incluidos en el proyecto a través de datos identificativos transformados para su cifrado.
- Implicación de líderes y profesionales de enfermería (pilotos) de las Organizaciones se salud participantes.
- Correcta transición de los pacientes en fines de semana.
- Buena captación de pacientes susceptibles de beneficiarse, por su condición de pluripatológicos, de la intervención coordinada desde los distintos ámbitos abordados en los pilotos.
- Alta satisfacción de pacientes y cuidadores, con el trabajo realizado por las diferentes figuras, que se muestra mayor en el caso de las EGCA.

A continuación, se describen aquellos aspectos a vigilar y controlar para garantizar el progreso de los pilotos:

b) Áreas de mejora:

A continuación se destacan las áreas de mejora detectadas durante el desarrollo de los pilotos:

- La variabilidad encontrada en la práctica clínica ha sido un problema que requiere atención para su reducción, no solo entre pilotos sino dentro de las mismas organizaciones de servicio implicadas. Dicho punto de mejora no es exclusivo de este proyecto.
- No en todos los pilotos se ha entendido por los profesionales del centro, la presencia de las nuevas figuras que se iban a pilotar. La atención sanitaria actual está muy asentada en la atención de procesos agudos y no tan enfocada en la atención a la cronicidad en la forma que plantea la estrategia del Departamento de Sanidad y Consumo.
- Entendemos que se trata de un cambio en la cultura asistencial que requerirá de mayor tiempo de abordaje y de conocimiento de los profesionales de los beneficios aportados por esta estrategia en general, y la actividad de estas figuras en particular.
- La educación de pacientes y cuidadores para su propio cuidado es un área con margen de mejora, que ya se está abordando en otros proyectos de la estrategia de cronicidad.
- La incompleta integración de los sistemas de información entre diferentes niveles asistenciales, ha dificultado el acceso a datos requeridos de cara a facilitar el desarrollo de la actividad diaria. Ha sido una dificultad que han ido resolviendo las figuras durante el piloto. No obstante, existen proyectos dentro de la estrategia de la cronicidad que trabajan, en ese sentido, en la integración completa de los sistemas de la información.
- Otra dificultad añadida ha sido la imposibilidad de que las enfermeras de atención especializada pudieran citar en las agendas de atención primaria actos a realizar por las enfermeras de este nivel asistencial. Estas citaciones podrían tratarse de actos asistenciales o de información a suministrar a los profesionales.

- El seguimiento de pacientes que lo requerían durante los fines de semana generaba problemas de continuidad asistencial, al principio. Esta problemática se fue ajustando con la incorporación de enfermeras en el proyecto estratégico “Centro de Servicios de Salud Multicanal”. Esto ha posibilitado el tránsito de los pacientes al domicilio garantizando el seguimiento en los días, que por razones de horario de actuación los pacientes, no podían ser atendidos por las figuras correspondientes.
- Identificación de “fracturas” para la integración de los diferentes sistemas (social y sanitario). La no existencia de un mapa de recursos sociales, y la falta de información sobre la existencia de canales de comunicación con dichos recursos, ha dificultado en ocasiones el adecuado traspaso de los pacientes captados a dicho nivel. Dicha dificultad ha sido solventada de manera puntual por parte de las figuras. No obstante, se trata de un área de mejora a solventar de manera organizativa. La existencia de un proyecto estratégico que aborda la colaboración socio-sanitaria, permitirá a los diferentes agentes una mayor coordinación en este ámbito que minimice las fracturas existentes.



APRENDIZAJE Y
RECOMENDACIONES

8. APRENDIZAJE Y RECOMENDACIONES

Tras el análisis tanto de los datos cuantitativos (actividad), cualitativos (encuestas de satisfacción) y la propia vivencia de los profesionales implicados en las 8 experiencias piloto, las principales conclusiones extraídas por el equipo de trabajo del proyecto para la implantación y extensión de las competencias pilotadas son las siguientes:

a) Ámbito de actuación de las enfermeras gestoras de caso:

- **EGC (Enfermera gestora de continuidad):**

- Su ámbito de actuación será el de la Atención Primaria con las competencias propias de su puesto de trabajo en el EAP se pondrá énfasis en la captación, seguimiento y control de los pacientes pluripatológicos asegurando la coordinación con los diferentes niveles (tanto de especializada como del socio-sanitario).
- La población diana susceptible de ser atendida por la EGC vendrá definida por los PIP (Planes de Intervención Poblacional) incluidos en los Contratos Programas de cada OS (Organización de Servicio), que tenderá a ser la de complejidad (IP) más baja.
- La competencia para el desempeño de este rol la reúnen todas las enfermeras que desempeñan su actividad profesional en Atención Primaria, incorporando a la misma los aspectos definidos para esta figura en los *Anexos III y IV*.

- **EGCA (Enfermera gestora de competencias avanzadas):**

- Su ámbito de actuación será el de la Atención Primaria con las competencias propias de su puesto de trabajo en el EAP poniendo énfasis en la captación, seguimiento, control de la situación clínica y acompañamiento de los pacientes pluripatológicos complejos, que requieran de una mayor actuación en domicilio, asegurando la coordinación con los diferentes niveles (tanto de especializada como del socio-sanitario).
- La población diana susceptible de ser atendida por la EGCA vendrá definida por los PIP (Planes de Intervención Poblacional) incluidos en los Contratos Programas de cada OS, que tenderá a ser la de complejidad (IP) más alta.

- La competencia para el desempeño de este rol la reúnen todas las enfermeras que despeñan su actividad profesional en Atención Primaria, incorporando a la misma los aspectos definidos para esta figura en los Anexos III y IV incluidos en CD.

- **EGEH (Enfermera gestora de enlace hospitalario):**

- Su ámbito de actuación será el del Hospital con las competencias propias de su puesto de trabajo de atención especializada, poniendo énfasis en la captación y valoración de los pacientes pluripatológicos (complejos y no complejos) asegurando la coordinación con los diferentes niveles (tanto de primaria como de socio-sanitario) y la transición del paciente desde el hospital a su domicilio.

- La población diana susceptible de ser atendida por la EGEH vendrá definida por los PIP (Planes de Intervención Poblacional) incluidos en los Contratos Programas de cada OS.

- La competencia para el desempeño de este rol la reúnen todas las enfermeras que despeñan su actividad profesional en atención especializada, incorporando a la misma los aspectos definidos para esta figura en los Anexos III y IV incluidos en CD.

Por lo tanto, no se propone crear tres nuevas categorías profesionales sino que debe existir una diferenciación en la funcionalidad de los diferentes puestos de trabajo, para el desempeño de las respectivas competencias. Esto significa que hay que empoderar el papel de la enfermería de atención primaria y especializada en cuanto a desempeñar los nuevos roles definidos, ver Anexo III y IV.

b) Recomendaciones para la implantación

Las siguientes cuestiones deberían ser tenidas en cuenta a la hora de llevar a cabo el despliegue del modelo de enfermería de competencias avanzadas en Osakidetza:

1. Reordenación Organizativa

I. Alineación, distribución y/o reordenación de recursos humanos: cada organización de servicios será la responsable de valorar el impacto de dicha

propuesta de implantación en sus recursos humanos (enfermería, médicos de atención primaria, médicos atención especializada...) y gestionar y coordinar internamente la integración de la manera más efectiva de las nuevas competencias enfermeras en su organización.

II. Dimensionamiento de la implantación de los roles de gestión de casos: respecto al perfil de la EGC, al incorporar estas competencias a la enfermera de atención primaria, el dimensionamiento de este rol deberá definirse por cada organización de servicio, teniendo en cuenta estas recomendaciones: este perfil podrá concentrarse en una persona determinada (1 o varias, según el tamaño de la organización) o ser incorporado a la actividad de cada una de las enfermeras del EAP dentro de cada centro de salud.

Respecto al perfil de la EGCA y tras la experiencia piloto, se considera que el ratio estimado EGCA/paciente pluritalógico complejo, debería ser de 1 para la atención de cada 100 pacientes/año (lo que no implica una cartera constante de **100 pacientes**, ya que variará según la estancia en domicilio de cada caso). Con todo, este ratio y el dimensionamiento a realizar por cada organización de servicios serán gestionados en función de la realidad de su ámbito de actuación, dispersión de centros, distancias geográficas de las poblaciones incluidas y en base a los PIP establecidos en el contrato programa.

Para el perfil de la EGEH, el dimensionamiento de esta figura, deberá definirse en cada OS. Este perfil podrá realizarse por un número determinado de personas (por unidades de hospitalización, área de cuidados,...) o ser concentrado en un solo puesto de trabajo, en función del tamaño y características de cada Hospital.

III. Estandarización de las pautas de seguimiento de los pacientes en su domicilio.

Se considera que a todo paciente pluripatológico complejo, y después de haber tenido un ingreso, se le debe establecer y realizar un plan de seguimiento y vigilancia en su domicilio. Tras el alta hospitalaria, por parte de la EGCA y el EAP (médico y enfermera de referencia), durante el tiempo que se requiera y dependiendo de sus condiciones clínicas.

En función de las condiciones de complejidad y/o inestabilidad de los pacientes, será o no necesaria la intervención continuada de la EGCA.

IV. Protocolización de los cuidados a realizar en las diferentes patologías.

Dada la variabilidad existente en la atención sanitaria llevada a cabo por los profesionales, se ha detectado la necesidad de estandarizar los protocolos de atención para las diferentes patologías, como mínimo a nivel de microsistema (especializada con primaria).

Por ello, sería necesario establecer criterios consensuados de actuación (entre primaria y especializada) para la atención y seguimiento de pacientes con diferentes patologías y para los distintos estadios de la enfermedad: en situación de estabilidad/en situación de inestabilidad, siendo imprescindible que las EGCA puedan contar con ellos para facilitar su intervención.

V. Establecimiento de circuitos de comunicación y acceso a la información, entre niveles: especializada, primaria, s. mental.

Debido a los diferentes sistemas de información sanitaria existentes en la red (Osabide AP, e-Osabide, Osabide Global, Global Clinic...) se debería establecer un circuito único para compartir información entre ambos niveles.

En su defecto, se debería definir una fuente de información oficial única (en función de la consulta que se quiera efectuar) a la que poder recurrir por parte de los profesionales sanitarios.

A su vez, se considera importante que las enfermeras de especializada puedan citar en las agendas de AP, actos a realizar por las enfermeras de los centros de salud. Así, la enfermera de A.P. vería en su agenda qué pacientes tiene derivados de la EGEH y qué tipo de acto se requiere (llamada de teléfono, consulta, atención en domicilio,...), según se trate de intervenciones de tipo asistencial o de información a suministrar a los profesionales, pacientes o cuidadores, o a otros niveles (socio- sanitario, inspección,...).

Así mismo, en cada microsistema debería cerrarse el circuito de comunicación entre primaria y especializada permitiendo que el informe de cuidados (incluyendo la información cuidados en domicilio) fluya de manera bidireccional, es decir, de primaria a especializada, y viceversa, de manera que ambas partes puedan disponer de lo acontecido y realizado en cada nivel.

VI. Establecimiento de indicadores de seguimiento y evaluación de la actividad.

Es importante que una vez se realice el despliegue de las nuevas competencias enfermeras, se determinen indicadores de eficacia y resultados. Sería deseable tener un único sistema de medición para conocer los costes de la atención de pacientes pluripatológicos con la intervención de enfermeras con estas nuevas competencias. De esta manera, poder conocer el impacto de su intervención en los costes finales de la atención a pacientes pluripatológicos, y ver qué diferencias se pueden encontrar con este cambio en la forma de ofertar la atención y seguimiento, que sin duda supone un eslabón en el cambio de modelo asistencial que requiere el abordaje de la cronicidad.

Podría conocerse también, cuál es la eficiencia de los cuidados incluidos en el tipo de intervención que se quiera realizar.

VII. Desarrollar criterios de coordinación con O-sarean. Para avanzar en el éxito del seguimiento de los pacientes las 24 horas del día y los 365 días del año, es necesario que cada organización de servicio tenga definida y permanentemente actualizada la relación de enfermeras gestoras (EGEH, EGC y EGCA) que sean las referentes de cada hospital/centro/unidad. La finalidad es facilitar el acceso y la comunicación, incluyendo los teléfonos y correos (e-mail) de contacto, así como la forma de citación y los actos, definidos en las respectivas agendas de dichas referentes.

2. Formación

Con el fin de poder incorporar las actividades específicas de cada figura tanto en A.P como en A.E, y como requisito previo al despliegue, se deberán llevar a cabo las correspondientes sesiones formativas dirigidas tanto a enfermeras que van a desarrollar las diferentes figuras como a líderes gestores de cada organización.

La formación dirigida a líderes enfermeros orientada a impulsar el despliegue en las diferentes organizaciones de servicios en línea con los PIP del contrato programa.

La dirigida a las/os enfermeras/os, orientada a la práctica definida en cada figura para asegurar el cumplimiento y evaluación de los nuevos roles en línea con la estrategia de la cronicidad y compromisos del contrato programa, centrándose en la operativa de cada figura, en la gestión y coordinación de recursos y teniendo en cuenta la estratificación de pacientes, centrándolo en los pluripatológicos.

3. Plan de comunicación interno y externo

Se deberá llevar a cabo un plan de comunicación a diferentes niveles:

- **Plan de comunicación interno** dentro de cada organización de servicio: principalmente a los profesionales sanitarios implicados por la nueva operativa de trabajo, como al resto de profesionales en general. (El resultado de las encuestas de satisfacción de los profesionales refuerza la necesidad de llevar a cabo dicha comunicación.)
- **Plan de comunicación externo** a otros agentes sociales implicados fuera de Osakidetza y a la población en general.

Se propone que la definición y ejecución del **plan de comunicación interna** se haga consensuadamente entre la organización central de Osakidetza y las organizaciones de servicios implicadas. Esto redundaría en propiciar el cambio cultural y organizativo, necesarios para dar respuesta a las necesidades poblacionales actuales que se plantean en la estrategia de cronicidad.

Respecto al **plan de comunicación externo**, por un lado se propone llevar a cabo una comunicación a la ciudadanía, y por otra, dirigida al ámbito institucional externo: instituciones académicas, profesionales y socio-sanitarias.



GLOSARIO

9. GLOSARIO

AP: Atención Primaria.

AE: Atención Especializada.

CIC: Código Identificación Corporativo.

CONTRATO PROGRAMA:

DBP: Dato Básico de Paciente.

EAP: Equipo de Atención Primaria.

EGEH: Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario.

EGC: Enfermera Gestora de la Continuidad.

EGCA: Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas.

ENFERMERA GESTORA DE CASO: es el profesional que realiza la gestión de casos para dar respuesta a la necesidad de actuar de forma proactiva y coordinada al identificar a personas más vulnerables, con situaciones y patologías complejas (normalmente de larga duración), e implica un esfuerzo de coordinación y gestión de sus cuidados en estrecha colaboración con el interesado y sus cuidadores.

IP (Índice Predictivo): medida que resume las necesidades de atención sanitaria de cada paciente en el futuro. Se obtiene dividiendo el consumo esperado de recursos de esa persona en el año próximo entre el promedio global de una población específica. En este proyecto, se ha tenido en cuenta la población del País Vasco.

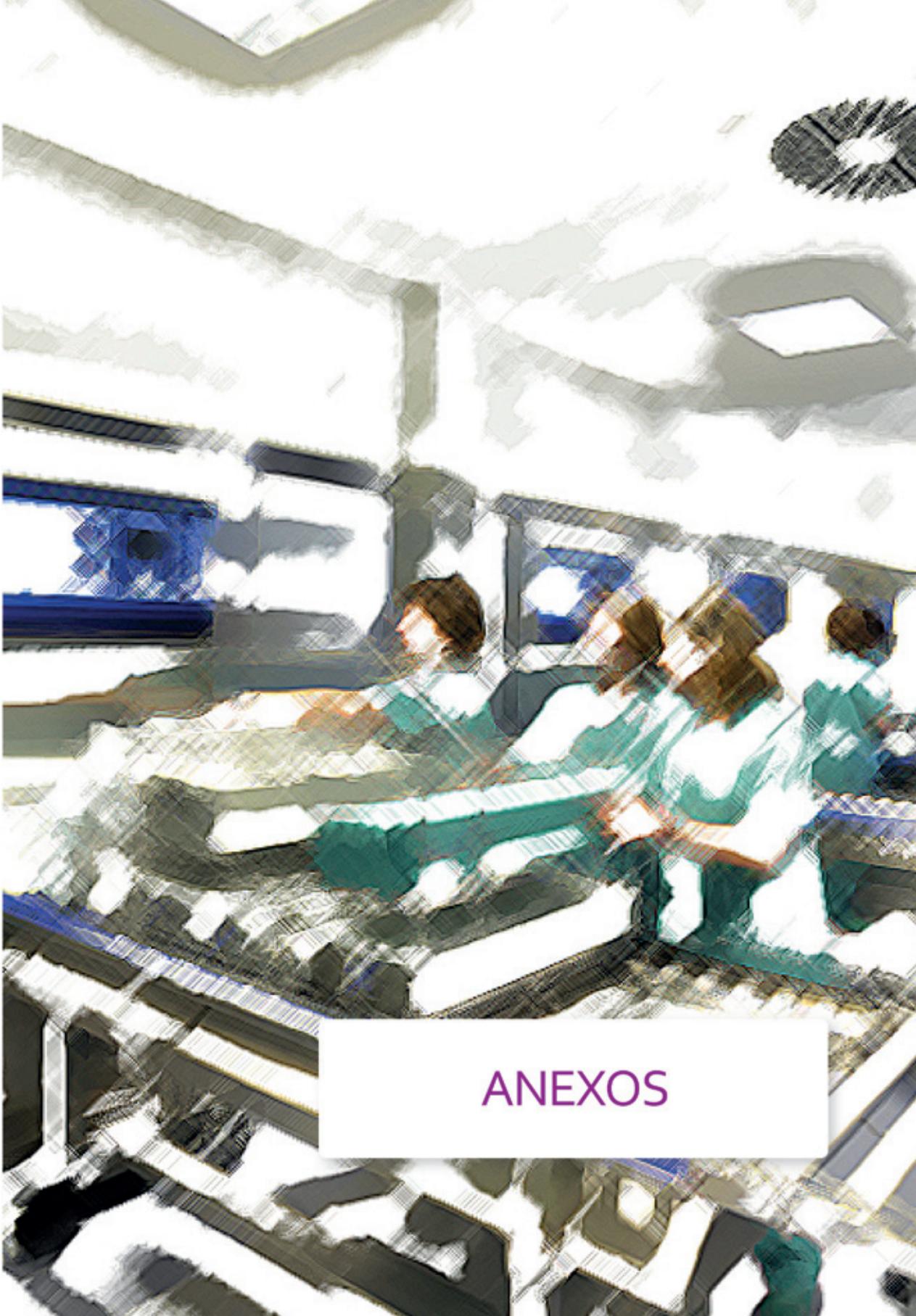
OS: Organización de Servicios.

OSI: Organización de Servicios Integrada.

PACIENTES CUMPLEN CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Total pacientes captados + pacientes que no aceptan + pacientes excluidos tras cumplir criterios de inclusión.

PIP: Plan de Intervención Poblacional.

REINGRESO: Cuando un paciente captado en el primer ingreso (dentro del periodo de intervención) vuelve a ingresar en el periodo de intervención.



ANEXOS

10. ANEXOS

Anexos disponibles en el CD que acompañan al presente documento.

ANEXO I: CLASIFICACIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE OLLERO.

ANEXO II: BENCHMARKING

ANEXO III: MARCO COMPETENCIAL AMPLIADO.

ANEXO IV: ESTRATEGIA DE PILOTAJES: DIAGRAMAS DE FLUJO DE LAS FIGURAS Y DE COORDINACIÓN CON OTROS PROYECTOS ESTRATÉGICOS.

ANEXO V: INDICADORES Y MÉTRICAS.

ANEXO VI: TASA DE REINGRESOS Y ESTANCIAS.

ANEXO VII: INFORME RESULTADOS ENCUESTA SATISFACCIÓN PACIENTES.

ANEXO VIII: INFORME RESULTADOS ENCUESTA SATISFACCIÓN CUIDADORES/FAMILIARES.

ANEXO IX: INFORME RESULTADOS ENCUESTA VALORACIÓN DE PROFESIONALES.

ANEXO X: INFORME RESULTADOS PERCEPCIÓN CALIDAD DE VIDA.

ANEXO XI: RESULTADOS DE ACTIVIDAD DE APOYO A PILOTOS, POR O-SAREAN.

ANEXO XII: DOCUMENTOS DE INFORMACIÓN A PACIENTES SOBRE INCLUSIÓN EN PROYECTO.

ANEXO XIII: CUESTIONARIOS EMPLEADOS.

ANEXO XIV: INFORME JORNADA ORDUÑA.

