

Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2016

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la red *Bibliotekak* del Gobierno Vasco:

<http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Edición: 1.ª, abril 2016

Tirada: 500 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, I
01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño: EkipoPO

Impresión: Gráficas Dosbi

Presentación

La esencia del concepto y el objetivo que persiguen los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de las personas y de sus familias cuando afrontan los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal.

En esta línea, el nuevo Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016 -2020, y el documento anexo «Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. Un proceso de atención y mejora en la fase final de la vida» impulsa líneas de acción con el objetivo de ofrecer una atención de calidad en cuidados paliativos a todas las personas y en todos los ámbitos asistenciales, independientemente de su lugar de residencia, su edad, las patologías de base que condicionan su situación, etc.

Es importante señalar que los cuidados paliativos no debemos identificarlos siempre con la muerte ya que, cuando ésta se produzca, no hay que entenderla como un fracaso, sino como una realidad a la que las personas y la sociedad hemos de hacer frente. Por ello, con este nuevo Plan de Cuidados Paliativos, desde el Gobierno Vasco hemos hecho una apuesta por la dignidad, la equidad y por prestar una asistencia sanitaria integral a las personas en los hospitales, en los centros de salud o en sus hogares. Y lo hemos hecho desde la experiencia, las estrategias, los valores y los derechos que venimos defendiendo.

Así, principalmente, nos hemos basado en el Plan de Salud 2013-2020 que señala entre sus objetivos «proporcionar una atención integral, personalizada y de calidad a las personas y sus familias en situación terminal y/o cuidados paliativo», y en base al Decreto 147/2015 de Derechos y Deberes de las personas en el Sistema Sanitario de Euskadi aprobado también por el actual Gobierno Vasco que recoge y declara, en su artículo 11, el derecho de las personas, pacientes y usuarias del sistema sanitario de Euskadi a la asistencia sanitaria referida al final de la vida. El anterior Plan de Cuidados Paliativos 2006-2009, las Líneas Estratégicas del Departamento de Salud, de Osakidetza y de la Atención Sociosanitaria para

Euskadi 2013-2016, han sido, asimismo, una buena base de reflexión y apoyo a la hora de elaborar este nuevo Plan, ya que inciden también en potenciar la perspectiva de la atención centrada en las personas, y en la respuesta integrada a la vejez, la cronicidad y la dependencia.

Estamos seguros de que este nuevo Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020 va a suponer un paso adelante en beneficio de una asistencia integral a las personas. Porque todos y todas tenemos derecho a unos cuidados de calidad, desde la equidad y de la mano de un sistema sanitario público que avanza y se adapta a las nuevas necesidades de la sociedad vasca.

Jon Darpón Sierra

Consejero de Salud del Gobierno Vasco

Índice

Introducción	9
Antecedentes Normativos	10
Antecedentes Estratégicos	11
Los Cuidados Paliativos (CP) en el Contrato Programa	12
Modelo de organización de los CP en Euskadi 2016 - 2020	15
En el domicilio o centro residencial de las personas.....	16
En el medio Hospitalario, cabe desarrollar el modelo asistencial en función del tipo de Organización Sanitaria Integrada (OSI)	17
Objetivos del Plan de Cuidados Paliativos (PCP)	20
Objetivo 1.....	20
Objetivo 2.....	21
Objetivo 3.....	22
Objetivo 4.....	23
Objetivo 5.....	23
Objetivo 6.....	24
Anexos	26
Anexo 1. Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi.....	26
Anexo 2. Actividad en las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) 2014. Centros públicos y concertados.....	27
Anexo 3. Sectorización de la atención a pacientes con necesidades paliativas.....	30
Anexo 4. Instrumento de autoevaluación del Plan de Atención Integral en Cuidados paliativos (PAICpal)©.....	32

Introducción

El Plan de Cuidados Paliativos (PCP) es el resultado operativo del proceso de reflexión desarrollado por el Departamento de Salud y Osakidetza en el documento Abordaje de los Cuidados Paliativos en la CAPV (anexo 1).

En este Plan, de corte netamente operativo, se recogen de forma resumida las reflexiones efectuadas en ese proceso y sus propuestas de actuación. Se añade a esta reflexión la realizada a partir de la información obtenida en la Evaluación 2014 del Contrato Programa y su reflejo en el del 2015.

Se incorpora, por último, un análisis de la disponibilidad de recursos en lo referente a Unidades específicas de Cuidados Paliativos (UCP), así como un plan operativo para mejorar la accesibilidad a este tipo de recurso.

Uno de los elementos destacables del Plan es que se establece un modelo de atención homogéneo y equitativo para todos los pacientes que precisen Cuidados Paliativos en cualquier nivel asistencial. Se establece además la necesidad de un Plan Individualizado de Atención que debe tener en cuenta la complejidad de cada situación en los niveles físico, social y emocional. En este Plan, la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales es la pieza clave para una continuidad asistencial efectiva.

¹ Grupo de trabajo para el abordaje de los Cuidados Paliativos en la CAPV. *Abordaje de los Cuidados Paliativos en la CAPV*. Proceso de atención y mejora en la fase final de la vida. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, 2014.

Antecedentes Normativos

Cabe destacar, en primer lugar la Ley básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente que, en su artículo dos, recoge los principios básicos que inspiran este plan.

La Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la sanidad en Euskadi aprobada por el Parlamento Vasco, supone otro instrumento legal sobre el que desplegar una estrategia poblacional pero también, sin duda, un valioso marco sobre el que los profesionales que atienden a las personas con necesidades paliativas pueden situar los deseos y decisiones de estas acerca de las posibles intervenciones médicas.

Este marco normativo se completa con el Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la *Declaración de Derechos y Deberes de las personas en el Sistema Sanitario de Euskadi* que establece en su artículo 11² el derecho, entre otros, a una oferta de servicios de Cuidados Paliativos de calidad en cualquier nivel asistencial.

²Artículo 11.— La asistencia sanitaria específica referida al final de la vida. Las personas pacientes y usuarias del Sistema Sanitario de Euskadi, en relación con la asistencia sanitaria específica referida al final de la vida, tienen los siguientes derechos:

- a) A la atención integral, incluida la atención psicológica, con una adecuada planificación de cuidados y de respeto a las voluntades anticipadas así como a una oferta de servicios de Cuidados Paliativos de calidad en cualquier nivel asistencial para mitigar el posible sufrimiento, el dolor y otros síntomas frecuentes en el tiempo de morir.
- b) A obtener información veraz sobre las opciones terapéuticas y a que se respete y acate su voluntad de aceptación o rechazo de cualquiera de ellas, tanto si se hace saber de forma directa como en forma de voluntades anticipadas o mediante una persona que la represente.
- c) Al acompañamiento de familiares y personas allegadas en los procesos con hospitalización, así como el uso, con carácter general, de habitación individual, para preservar su intimidad y, en su caso, el acompañamiento espiritual.
- d) A una atención domiciliaria, coordinada de equipos multidisciplinares y comprensiva de información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al o a la paciente.

Antecedentes Estratégicos

El antecedente estratégico más inmediato lo constituyen las Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020, presentadas ante el Parlamento Vasco que en su objetivo 2.4, referido a las personas con necesidades de Cuidados Paliativos, se plantea proporcionar una atención integral, personalizada y de calidad a las personas y sus familias cuando afrontan esta situación.

Entre las acciones previstas para alcanzar este objetivo se propone:

1. Desarrollar y ofertar un plan de Cuidados Paliativos en cada OSI.
2. Promover la declaración de voluntades anticipadas. En este punto hay que señalar que la experiencia de evaluación del Contrato Programa ha evidenciado que no es un buen indicador de la medida en la que estos pacientes realizan una planificación anticipada de decisiones que no siempre se acompaña de un documento formalmente registrado de voluntades anticipadas.

Por tanto, aunque el Plan de Salud para monitorizar la evolución de estas acciones propone dos indicadores, en su traslación al Contrato – Programa estos indicadores se sustituyen por aquellos que en las sucesivas evaluaciones del mismo, en un proceso de mejora continua, van demostrando que reflejan mejor la situación de la atención paliativa en la Comunidad.

Tabla 1.- Indicadores de Cuidados Paliativos del Plan de Salud

Indicadores	Situación actual	Objetivo 2020	Fuente
Planes de Cuidados Paliativos aplicados en Organizaciones Sanitarias Integradas / Comarcas	...	100%	Osakidetza
Población con declaración de voluntades anticipadas.	Hombres: 1,2% Mujer: 1,1% (2012)	>15%	Dpto. de Salud Osakidetza

Los Cuidados Paliativos (CP) en el Contrato Programa

Los procesos de planificación en torno a los Cuidados Paliativos en la CAPV han tenido como forma de expresión el Contrato Programa. Como elemento regulador, el contrato incluye las acciones que en relación a los CP debe desarrollar cada una de las organizaciones de Osakidetza. Las acciones que son objeto de contratación con las OOSS de Osakidetza se enmarcan en la dimensión 2 del contrato, referida a los servicios que todas las OOSS deben desarrollar para conseguir los resultados deseados por el sistema sanitario (tabla 2).

Como puede apreciarse, el contrato programa establece que en el enfoque/estrategia de cada organización debe incluirse un plan de atención integrada en Cuidados Paliativos. Por tanto, todas las OOSS de Osakidetza deben disponer de un Plan de Atención Integrada para personas con necesidades paliativas.

Ya en la auditoría de evaluación de 2014 se objetivó que el 100% de las OOSS disponen de un plan en la línea prevista por los objetivos del Plan de Salud.

En el Contrato Programa 2015, actualmente en la fase de presentación de resultados, se incluyeron los indicadores reflejados en la tabla 3. Como puede apreciarse, una vez cubierto el objetivo de que todas las OOSS dispongan de un Plan, el foco se sitúa en la calidad de los contenidos del mismo.

Por lo que se refiere al resto de indicadores relativos a la forma en que cada organización despliega su estrategia y a los resultados obtenidos, el contrato incorpora los cambios que se sugieren como resultado de la evaluación 2014. El Contrato Programa se convierte de esta forma en un instrumento regulador que sirve para monitorizar los resultados de este Plan de Cuidados Paliativos en Euskadi y para adaptarse a las nuevas necesidades que se vayan detectando, como ya se ha señalado. De hecho, el de 2016 incorpora los objetivos que se enuncian en este documento y se modifican en esa línea los indicadores de evaluación.

1. RECURSOS	2. SERVICIOS	3. ATENCIÓN INTEGRADA	4. SEGURIDAD	5. EFECTIVIDAD	6. EQUIDAD	7. CENTRADA EN LOS / LAS PACIENTES	8. ACCESIBILIDAD Y LISTAS DE ESPERA	9. EFICIENCIA
D2.1 EXISTENCIA DEL PROGRAMA DE PACIENTE ACTIVO EN CADA OSI		D2.2 EXISTENCIA DE UN PLAN DE ATENCIÓN INTEGRADA DE PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA EN CADA OSI				D2.3 ENFOQUE POBLACIONAL DE LA OSI EN EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS CRÓNICOS		D2.4 USO RACIONAL DE LA PRESCRIPCIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)

Definición	Desarrollo de un plan de atención integrada, centrado en los/as pacientes y sus familiares, que de respuesta a las necesidades al final de la vida.
Sentido	Las personas al final de la vida pueden requerir, a lo largo de todo el proceso, de recursos situados en diferentes niveles y con frecuencia dispersos. Es necesario que cada OSI identifique dichos recursos y defina un plan de integración que permita a las personas morir en paz y con seguridad de acuerdo con sus preferencias personales.
Fuente	Auditoría: evidencia de plan de atención integrada desarrollado y de la formación de una Comisión clínica integrada por profesionales de Atención Primaria, Servicios de Urgencia, Hospitalización médica y de Hospitalización a domicilio.
Estandar	Un plan que identifica áreas de mejora aprobado y/o revisado por la Comisión clínica <i>ad hoc</i> . Debe tratarse de un plan "localizado", más allá de los planes desarrollados por las Delegaciones territoriales.

Tabla 2.- Los Cuidados Paliativos en el Contrato Programa 2015

Tabla 3.- Indicadores del contrato programa 2015

Enfoque
D2.2E1 Calidad de contenidos del Plan de Atención Integral.
Despliegue
D2.2D1 Grado de difusión y análisis del Plan de Atención Integral.
D2.2D2 Grado de conocimiento de los profesionales implicados mediante entrevista.
Resultados
D2.2R1 % de casos con registro Código CIE-9 V66.7.
D2.2R2 % de casos con registro Código CIE-9 V66.7 y formulario de paciente terminal.
D2.2R3 % de casos con información a cerca de seguimiento en domicilio.

En cualquier caso, del análisis de la documentación procedente de las auditorías de evaluación del Contrato Programa, que refleja la situación de partida del Plan, cabe destacar una notable heterogeneidad de modelos asistenciales en las OOS de Osakidetza.

Esta heterogeneidad es además extensible a la de las instituciones implicadas. Además de Osakidetza, otras instituciones, concertadas o no para la provisión de servicios públicos, participan en la provisión de Cuidados Paliativos, fundamentalmente:

- Concertadas (F. Matía y San Onofre)
- Sin ánimo de lucro (San Juan de Dios)
- Centros Residenciales
- Convenio con La Caixa para la atención psicosocial

Modelo de organización de los CP en Euskadi 2016 - 2020

Como señala el documento "Abordaje de los Cuidados Paliativos en la CAPV", la *atención centrada en el paciente* (gestión de casos) y en sus cuidadores es un factor que influye en la eficacia incluso por encima del modelo de provisión de servicios empleado.

Los elementos clave para la consecución de resultados óptimos en la asistencia en los modelos de Cuidados Paliativos actuales, se pueden centrar en:

- La identificación de personas con necesidad de Cuidados Paliativos.
- La comunicación y la coordinación entre los proveedores (incluida la atención primaria).
- La mejora de la capacitación.
- La capacidad de responder rápidamente a las necesidades cambiantes y preferencias de las personas a través del tiempo y en el curso de la patología y los síntomas y signos que la rodean.

No cabe duda por tanto de que lo esencial es la atención integrada y efectiva centrada en la persona enferma que, en definitiva, es el objetivo que debe perseguir el modelo de provisión de servicios a desplegar en cada OSI. Un modelo que debe de garantizar *servicios de CP de calidad en cualquier nivel asistencial*.

Para ello, el modelo de organización en la CAPV estará basado en *tres eslabones asistenciales* que deben de garantizar la oferta de servicios en el domicilio/centro residencial de la persona en fase final de la vida o, en su caso, en el medio hospitalario cuando necesite ser ingresado en una unidad convencional o en una unidad específica de CP.

En el domicilio o centro residencial de las personas

Todas las OSIs articularán la coordinación de la atención alrededor de dos servicios básicos:

1. **Médica o médico de familia y enfermera o enfermero de AP** del paciente: la oferta de atención de Cuidados Paliativos ha de ser homogénea y sistemática en todas las Unidades de AP, para garantizar el acceso a este tipo de atención en todos los ámbitos de la comunidad.
2. **Hospitalización a Domicilio (HaD)**, para los casos de mayor complejidad y siempre actuando conjuntamente con el nivel de AP. La intervención de HaD cuando la solicita AP nunca se debe considerar como un alta o derivación convencional a otro nivel asistencial. De igual manera, si la intervención de HaD es el resultado de un alta hospitalaria, debe coordinarse su actuación con el nivel de AP.

Complementados por los servicios/unidades de apoyo:

1. Emergentziak.
2. O-sarean / Consejo Sanitario.
3. Servicios de Atención Domiciliaria urgente (propios y/o concertados).
4. Servicios de urgencia (PAC y puertas de hospital).
5. Equipos de atención psicosocial conveniados con La Caixa.

Otro tipo de dispositivos que las OOSS hayan podido desarrollar deben integrarse en los servicios antes mencionados de manera que en el contexto de estos servicios puedan mantener su especificidad en cuanto a una actividad centrada en CP y compartida con el resto de profesionales que no tienen esa especificidad en el servicio en el que se integran.

Los dos dispositivos básicos (AP y HaD), deben de articular la coordinación:

- Con los *servicios sociales* para asegurar la cobertura de las necesidades de las personas que lo requieran.

- Con los servicios de apoyo de forma que se asegure una atención continuada, 7 días x 24 horas, a los pacientes que requieren CP

Esta necesidad de coordinación de los dispositivos asistenciales con los servicios sociales y de apoyo es, lógicamente, extensible al resto de los eslabones que se describen a continuación y deben ser considerados en el contexto de la comisión sociosanitaria de cada OSI, así como en el despliegue de alianzas con otras organizaciones y servicios.

En el medio Hospitalario, cabe desarrollar el modelo asistencial en función del tipo de OSIs

1. OSIs con Hospital de más de 200 camas:

Dispondrán de **Equipos de Cuidados Paliativos** con la misión de apoyar a los servicios y/o unidades (incluida la urgencia del hospital) en los que ingresen pacientes que requieran Cuidados Paliativos.

2. OSIs con Hospital de menor tamaño:

En estas organizaciones los servicios de **Hospitalización a Domicilio**, desarrollarán las funciones de asesoría e interconsulta que realizan los Equipos de Cuidados Paliativos.

Cualquiera que sea la modalidad de atención hospitalaria, las OSIs deberán articular la coordinación de los servicios hospitalarios responsables del paciente hospitalizado con los servicios responsables de la atención en AP y HaD y, si fuera necesario, con los servicios de apoyo, 7 días x 24 horas, como ya se ha señalado.

3. Por último, el tercer eslabón asistencial, lo constituyen las **Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)**, bien en el contexto de las OSIs o en el de otras OOSS de Osakidetza (Gorliz y Sta. Marina), o centros concertados. En el *anexo 2* se describen las actuales camas de UCP específicas.

Hay que señalar, que otros dispositivos asistenciales, como las Unidades de Media Estancia ofrecen también atención paliativa para aquellos pacientes con necesidades paliativas que no pueden ser atendidos en su domicilio o residencia habitual, pero que tampoco requieren la intensidad y especificidad de cuidados asistenciales de una Unidad Específica de Cuidados Paliativos.

En definitiva, el modelo asistencial que se propone desarrollar el Departamento de Salud persigue ofrecer una atención de calidad en cualquiera de los niveles asistenciales de Osakidetza.

Este modelo supone un cambio cualitativamente importante en el sistema vasco de salud, en la medida en la que persigue tener recursos específicos en los grandes Hospitales de las OSIs, sea mediante unidades específicas o mediante equipos específicos de consultores.

En los hospitales de menor tamaño, los servicios de hospitalización a domicilio tienen que consolidar ese papel de consultores para el resto de servicios de los hospitales de las OSIs y, además, ampliar su papel de provisión de cuidados y/o consultoría para los responsables asistenciales de las residencias geriátricas que constituyen el domicilio habitual de muchas personas.

Finalmente, la Atención Primaria es el nivel asistencial en el que debe recaer la responsabilidad de los cuidados siempre que lo permita la complejidad de las necesidades de los pacientes.

Por lo que se refiere a los centros concertados, se persigue una mejor coordinación de las OSIs con los centros actualmente concertados (San Onofre y Matía) y con los que en el corto plazo deben incorporarse a la oferta pública asistencial (San Juan de Dios).

Como puede apreciarse en los mapas adjuntos, desde el punto de vista cuantitativo, el modelo implica un despliegue significativo de recursos asistenciales que deberán implementarse de forma progresiva en el periodo previsto para el desarrollo del plan.

Objetivos del Plan de Cuidados Paliativos (PCP)

El PCP de Euskadi, establece un horizonte temporal de 4 años en el que desarrollar y profundizar la atención a los Cuidados Paliativos alrededor de 6 objetivos generales.

Objetivo I

Consolidar un modelo asistencial al paciente que requiere Cuidados Paliativos en todas las OSIs de forma homogénea en cualquier nivel asistencial y en condiciones de equidad en el acceso y en la calidad de los servicios a los que las personas con necesidades paliativas tienen derecho.

Acciones

1. Articular en cada OSI un análisis de los recursos disponibles y adecuar su organización al modelo asistencial en Cuidados Paliativos de la CAPV, para que estos cuidados puedan ser prestados en cualquiera de los eslabones asistenciales antes descritos. Para ello y entre otros elementos, en cada OSI se designará un coordinador de Cuidados Paliativos.
2. Establecer las alianzas y mecanismos de coordinación necesarios para asegurar una atención de calidad y ajustada a las necesidades de salud de los pacientes:
 - Entre Organizaciones de Servicios de Osakidetza.
 - Con los Servicios Sociales.
3. Consolidar desde el Departamento de Salud, con participación de los profesionales que tratan a estos pacientes con mayor frecuencia, un Comité de Seguimiento del Plan, constituyéndose como un grupo de trabajo del Consejo Asesor del Cáncer que conviene revitalizar.

Objetivo 2

Mejorar la calidad de la atención en las situaciones de enfermedad avanzada o incurable respetando la autonomía y necesidades del paciente y familia, a través de un Plan Individualizado de Atención registrado en la Historia Clínica (HC).

Acciones

1. Adecuación de Osabide, incorporando un formulario específico de atención al paciente que requiere Cuidados Paliativos que permita el detalle del Plan Individualizado de Atención, de acuerdo con las necesidades y preferencias expresadas por el paciente en un proceso de planificación anticipada de decisiones.
2. Desplegar en el ámbito de cada OSI, acciones de comunicación y formación para el conocimiento y utilización del formulario de atención al paciente con necesidades de Cuidados Paliativos. Debe asegurarse el despliegue de un indicador que valore la medida en la que el paciente participa en el proceso de planificación anticipada en la toma de decisiones, como parte de la evaluación del PCP de la OSI.
3. Adecuar en cada OSI los procesos asistenciales y de apoyo (informáticos en particular) para que la atención al paciente pivote en la coordinación entre el nivel de AP y HaD.

La consolidación de este eslabón asistencial es una pieza clave del Plan de Cuidados Paliativos. El gran reto de cada OSI será asegurar una atención continuada articulando los servicios de AP y HaD con los servicios de apoyo disponibles en periodos «fuera de horas». En esta tarea se deben desarrollar actuaciones que permitan el acceso a la información clínica necesaria para la labor de los diferentes actores asistenciales.

Requerirá además, de esfuerzos formativos en bioética y en la especificidad de esta disciplina para asegurar que todos los profesionales sanitarios de AP disponen de la formación necesaria para el trabajo en

Cuidados Paliativos, ya que este nivel es quien debe conducir y guiar el proceso asistencial.

En relación con los servicios de HaD, su papel en Cuidados Paliativos adquiere, también, una especial relevancia que se extiende a tres ejes de actuación:

- Su papel de apoyo y complementariedad con profesionales de la medicina y enfermería de AP.
- La inclusión de su ámbito de actuación hacia residencias de personas mayores.
- Su proyección como servicios de apoyo y consultoría en Cuidados Paliativos en hospitales que no disponen de recursos específicos.

4. En el ámbito del convenio con fundación La Caixa, extender al territorio de Araba la cobertura de los equipos de atención psicosocial, adecuando las características del convenio a las necesidades asistenciales.

Objetivo 3

Mejorar la disponibilidad de recursos para la atención en Cuidados Paliativos.

Acciones

1. Desarrollo en OSI Barrualde-Galdakao (Hospital de Galdakao-Usansolo) de un Equipo de Cuidados Paliativos para el apoyo a otras unidades y servicios
2. Concertación de la Unidad de Cuidados Paliativos de San Juan de Dios de Santurtzi para la atención a los pacientes de margen izquierda.
3. Incluir en el concierto con San Juan de Dios su servicio de Cuidados Paliativos en el domicilio, bajo la coordinación y supervisión del Servicio

de HaD de OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces y para el ámbito geográfico que este servicio determine.

4. Despliegue en el Hospital de Galdakao-Usansolo de 3-4 camas de CP para las necesidades de Gernikaldea (anexo 3).
5. Despliegue en el nuevo hospital de Eibar de camas para CP en el contexto de las unidades de Media Estancia previstas en el mismo.
6. Ordenar la atención específica en las Unidades de Cuidados Paliativos de acuerdo con las pautas establecidas en el anexo 3.

Objetivo 4

Mejorar la formación y capacitación de los profesionales en CP.

Acciones

1. Incorporar este ámbito al trabajo de la comisión mixta Salud/UPV para analizar la forma de incorporar el cuerpo de conocimientos en CP de forma específica a los contenidos curriculares de los alumnos de medicina y enfermería.
2. Priorizar la formación específica en CP entre las actividades de formación de la Organización Central de Osakidetza
3. Priorizar en el postgrado la formación en CP en las ayudas de formación avanzada de profesionales y en la organización de actividades de las asociaciones científicas.

Objetivo 5

Promover la mejora continua de las organizaciones en la atención al paciente que necesita atención paliativa.

Acciones

1. Desarrollo, estandarización, validación y despliegue de un instrumento de evaluación del Plan de Atención Integral en Cuidados Paliativos (PAICpal).

Este instrumento (anexo 4), analiza la estrategia de la OSI y el nivel de despliegue de la misma, así como los resultados observados en el desarrollo del Plan y la identificación de áreas de mejora y su eventual implementación.

Se trata de un instrumento diseñado para la autoevaluación que se incorpora a los indicadores ya incluidos en el Contrato Programa. Las Organizaciones que no son OSI así como los centros concertados para prestar asistencia a pacientes al final de su vida, deben de participar en este proceso de autoevaluación con las OSIs con las que trabajan de manera coordinada.

2. Uniformizar la utilización de los códigos de diagnóstico y/o procedimientos en Cuidados Paliativos para facilitar los procesos de benchmarking y mejora continua.
3. Monitorización del enfoque/estrategia de cada OSI en CP, de su despliegue, y de sus resultados mediante las auditorías de contraste previstas en el Contrato Programa.

Objetivo 6

En el ámbito específico de la pediatría, desplegar el modelo de Cuidados Paliativos en pediatría de forma colaborativa.

Acciones

1. Articular la atención paliativa en pediatría en los servicios de HaD de los hospitales universitarios (salvo el de Cruces que cuenta con

una unidad específica), especializando a parte de sus profesionales en la atención paliativa pediátrica. Estas y estos profesionales específicamente formados y en coordinación con los servicios de pediatría que atienden a estos niños y niñas serán los responsables asistenciales de prestar asistencia a todas las personas que tengan necesidades paliativas en el ámbito del territorio del que el hospital es referencial.

2. Coordinar la actividad asistencial y docente de los y las profesionales que desarrollan su labor en este ámbito tomando como referencia el trabajo colaborativo desarrollado en el ámbito de la unidad de CP pediátricos de Cruces y el servicio de HaD del Hospital Universitario Araba (HUA).

Anexos

Anexo I. Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi

(Recogido en publicación aparte.)

Anexo 2. Actividad en las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) 2014. Centros públicos y concertados

Araba / Álava

		N.º altas	EM días	Estancias
UCP	H. Cuidados San Onofre	139	46,25	6.429
	HUA	385	7,4	2.837
TOTAL		524	46,2	9.266

Bizkaia

		N.º altas	EM días	Estancias
UCP	Santa Marina	658	15,1	9.934
	Gorliz	455	17,4	7.956
TOTAL		1.113	16,1	17.890

Gipuzkoa

		N.º altas	EM días	Estancias
Perfil UCP	Matía	142	34	4.828
	UCP Gipuzkoa	130	12	1.560
	Subtotal	272	24	6.388
Perfil paliativo no UCP	Matía	69	19	1.311
	Amara	30	13	390
	Subtotal	99	17	1.701
TOTAL		371	21,8	8.089

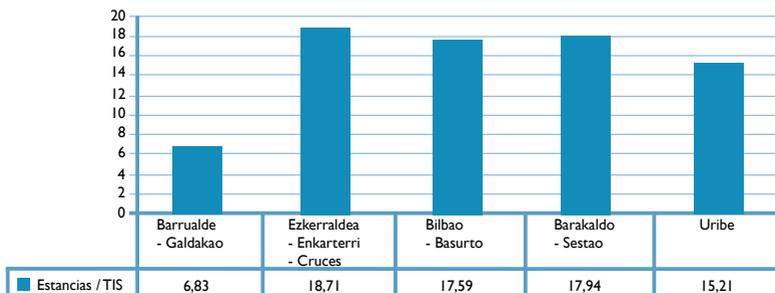
	Censo 2014	Estancias / 1000 hab.	Altas/ 1000 hab.
Araba/Álava	278.545*	33,3	1,88
Bizkaia	1.185.701*	15,1	0,94
Gipuzkoa	708.631	11,4	0,52

* Aiala y Laudio se incluyen en población Bizkaia.

En los datos de Gipuzkoa se agrupan los pacientes de UCP y los denominados «paliativos no UCP» definidos como pacientes en situación paliativa, pero no en relación a procesos Oncológicos ni por Enfermedades Neurodegenerativas (ELA, Esclerosis Múltiple...). En los otros territorios no existe esa distinción, considerando a los pacientes de UCP según criterios de necesidad de cuidados, independientemente del diagnóstico. En la UCP de Santa Marina el 13% no tienen diagnóstico oncológico ni de enfermedad neurodegenerativa, siendo esta proporción muy superior en la UCP del Hospital de Gorliz.

El acceso a camas de UCP (altas) en Araba está artefactado por la actividad de la Clínica Alava, que sin duda incluye entre sus altas otro perfil de paciente. Si no se tienen en consideración las altas de esta clínica, las altas por mil habitantes vienen a ser de 1,38 altas /.. en este territorio. En cualquier caso, la accesibilidad es desigual en los tres territorios, debido en parte a la dificultad de definición de los casos.

Estancias acumuladas en las UCP de Bizkaia en relación a población de cada OSI. Tasa media 2013-2014 por 1000 TIS



La utilización de camas de Cuidados Paliativos en Bizkaia (estancias/1000: 15,1) está en un punto intermedio entre Gipuzkoa (11,4) y Araba (23,1). Al extraer los datos por OSI de Bizkaia es muy llamativa la diferencia de uso de la población de Barrualde-Galdakao (6,83) respecto al resto del territorio, muy por debajo incluso respecto de la tasa media de Gipuzkoa (11,4).³

Excluyendo Barrualde-Galdakao, la tasa de estancias/1000 del resto de las OSIs de Bizkaia agrupadas queda en 17,34 ‰, y la tasa de altas/1000 de Bizkaia en 1,06.

La tasa de altas/1000 de los municipios de la OSI Barrualde-Galdakao oscila entre 0,79 de Basauri y 0,1 de Lekeitio.

³El cálculo por territorio es en relación con el censo; en el cálculo por OSI el denominador es n.º de TIS.

Anexo 3. Sectorización de la atención a pacientes con necesidades paliativas

La apertura del Hospital de Eibar y por consiguiente de camas para Cuidados Paliativos, permitirá ofrecer asistencia en el ámbito territorial de Alto y Bajo Deba así como al Duranguesado.

Por otra parte, la concertación con San Juan de Dios de Santurtzi permitirá ofrecer un recurso de calidad y con gran accesibilidad a Ezkerraldea.

El hospital de Gorliz mantendrá su papel referencial para la OSI Uribe al igual que Santa Marina en relación a Bilbao y parte de Barrualde-Galdakao, cuyo modelo de sectorización para mejorar la accesibilidad a Cuidados Paliativos para la población de esta OSI se propone en la siguiente tabla (ver página siguiente) en la que el cálculo de necesidades se ha realizado tomando como referencia la utilización 2014 resto Bizkaia.

Sectorización para mejorar la accesibilidad a Cuidados Paliativos para la población

	Municipio	Altas 2014	Estancias (media 16,1)	Distancia km a UCP	Tiempo en coche	Altas con tasa resto Bizkaia 2014 (1,06*10 ³)	Estancias con tasa resto Bizkaia 2014 (media 16,1)	Camas con tasa resto Bizkaia
Santa Marina	Basauri	35	563,5	7,8 km	13'	47	756,7	
	Galdakao	23	370,3	11 km	15'	35	563,5	
	Arrigorriaga	8	128,8	12,5 km	19'	17	273,7	
	Aiala (Respaldiza)	9	144,9	35,3 km	33'	20	322,0	
	Amorebieta	9	144,9	22,4 km	21'	21	338,1	
	Laudio	3	48,3	24,5 km	25'	25	402,5	
	Arratia (Igorre)	5	80,5	23,8 km	30'	15	241,5	
	Etxebarri	3	48,3	2,8 km	7'	11	177,1	
	Subtotal	95	1.529,5			*	191	3.075,1
Gal-dakao	Gemika	8	128,8	24,3 km	29'	21	338,1	
	Gemikaldea (Ea)	5	80,5	36,2 km	41'	8	128,8	
	Lekeitio	1	16,1	24 km	54'	11	177,1	
	Bermeo	7	112,7	36,1 km	34'	21	338,1	
	Subtotal	21	338,1				61	982,1
Eibar	Abadiño-Berriz-Elorrio	6	96,6	15 km	21'	26	418,6	
	Ondarroa	2	32,2	32,4 km	51'	11	177,1	
	Durango	15	241,5	17,9 km	22'	37	595,7	
	Markina	3	48,3	29 km	19'	7	112,7	
	Subtotal	26	418,6				81	1.304,1
Total		142	2.286,2			333	5.361,3	

Anexo 4. Instrumento de autoevaluación del Plan de Atención Integral en Cuidados paliativos (PAICpal)©

Ejes del análisis

1. *Estrategia de la OSI en CP*: Se trata de analizar si la OSI tiene definida una estrategia de intervención que desarrolle los elementos clave para asegurar una atención integrada de calidad a las personas con necesidades paliativas, en cualquier eslabón asistencial.

Le corresponde el 30% de la puntuación global.

2. *Despliegue*: Como reflejo de la profundidad y el grado de implantación del Plan de Atención Integral en la OSI. Se concreta en los siguientes 4 dimensiones:

- a) Se identifican personas con necesidades paliativas, incluyendo pacientes oncológicos y no oncológicos.

- b) Se definen Planes de Actuación Individualizados y se emplea para ello el formulario corporativo.

- c) Se efectúa un acompañamiento a los profesionales que prestan atención en Cuidados Paliativos.

- d) Se efectúa el acompañamiento a la persona con necesidades paliativas y a su entorno/cuidador.

- e) Se despliegan políticas de alianzas con otras Organizaciones y/o Instituciones implicadas en la atención a CP.

Le corresponde el 30% de la puntuación global.

3. *Evaluación y mejora continua*:

- a) Existencia o no de un proceso de evaluación sistemático y continuado de las intervenciones puestas en práctica.

b) Aplicación de acciones de mejora que favorezcan el desarrollo del proceso asistencial en CP con una mayor calidad, eficiencia y sostenibilidad.

Le corresponde el 40% de la puntuación global.

Instrumento desarrollado por el grupo de trabajo para el desarrollo del Plan de Atención Integral en Cuidados Paliativos (PAICpal)©

Iñaki Berraondo Zabalegui (Departamento de Salud)

Nerea Gutierrez Bartolome (Departamento de Salud)

Carmelo Caceres Caceres (Departamento de Salud)

Jaime Muñoz Saitua (Departamento de Salud)

Maria Luz Jauregui Garcia (OSI Tolosaldea)

Gemma Fernandez Peñalba (OSI Bilbao-Basurto)

Manuel Millet Sampedro (OSI Bidasoa)

M.ª Encarnacion Cabezuelo Henares (Hospital Gorliz)

Magdalena Fernández Martínez De Mandojana (OSI Debarrena)

Jose Maria Salan Puebla (OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces)

Gina Larrieta Reategui (OSI Barrualde-Galdakao)

Ana Jesus González Zumeta (OSI Donostialdea)

Ane Miren Gastaminza Santacoloma (OSI Barakaldo-Sestao)

Cristina Berecibar Oyarzabal (OSI Goierri-Alto Urola)

Adolfo Delgado Fontaneda (OSI Araba)

Ana Maria Bañuelos Gordon (Hospital Santa Marina)

Juan Luis Sanchez Gonzalez (OSI Arabako Errioxa)

Adelina Pérez Alonso (SSCC Osakidetza)

Estrategia de la OSI

Se parte de la base de que la OSI ha elaborado un documento "Plan de Atención Integral en Cuidados paliativos" (PAICpal) sobre cuyos contenidos y calidad conviene reflexionar: (100% son 30 puntos). Los puntos clave son el 3, el 7 y el 10.

Evaluación

Cod.	Criterio	Pon.	Autoeval.
1	<p>EL PAI tiene como punto de partida un análisis de la situación en la OSI (recursos existentes, datos asistenciales, etc). 5% .</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: no hay análisis de la situación. • 5: existe un análisis de la situación. 	5	
2	<p>El PAI define en términos de equidad qué pacientes son subsidiarios de recibir Cuidados Paliativos y los mecanismos de transmisión de información al respecto. 10%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: no se define qué pacientes son subsidiarios. • 5: se define con criterios de equidad (independientemente de la patología y de la edad) qué pacientes son subsidiarios. • 10: se define con criterios de equidad qué pacientes son subsidiarios y cómo se transmite dicha información (codificación CIE). 	10	
3	<p>El PAI describe todos los eslabones asistenciales y establece la misión y competencias de los recursos intervinientes: atención primaria (AP), hospitalización a domicilio (HaD), hospitalización convencional, equipos de Cuidados Paliativos (ECP), recursos sociosanitarios, servicios de apoyo (atención psicosocial, servicios de urgencias, etc). 15%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: no se describen los eslabones asistenciales. • 5: se describen los eslabones asistenciales pero no se define la misión y competencias de los recursos. • 10: se define la misión y competencias de AP, HaD y ECP si hubiera. • 15: se define la misión y competencias de todos los recursos existentes en la OSI, incluyendo atención psicosocial y urgencias. 	15	

.../...

.../...

Cod.	Criterio	Pon.	Autoeval.
4	<p>El PAI establece la secuencia asistencial de los pacientes con necesidades de Cuidados Paliativos adoptada por la OSI (diagrama de flujo o equivalente). 5%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: no se establece la secuencia asistencial. • 5: se establece la secuencia asistencial. 	5	
5	<p>El PAI identifica a los referentes en Cuidados Paliativos, define los mecanismos de consulta entre profesionales y los medios de comunicación entre ellos. 10%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos --- no se identifican referentes. • 5 puntos --- se identifican los referentes . • 10 puntos --- identifica a los referentes, define los mecanismos de consulta entre profesionales y los medios de comunicación entre ellos. 	10	
6	<p>El PAI promueve la atención domiciliaria y la colaboración y coordinación entre AP y HaD cuando esta se requiere. 10%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: no se promueve la atención domiciliaria. • 5: se promueve la atención domiciliaria. • 10: Se promueve la atención domiciliaria y compartida entre AP y HaD. 	10	
7	<p>El PAI contempla de forma específica los procedimientos asistenciales para los periodos fuera de horas (continuidad asistencial 7x24). 20%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: el PAI no contempla la continuidad asistencial • 5: contempla la continuidad asistencial pero no establece referentes para los períodos fuera de horas. • 10. el PAI establece referentes para los periodos fuera de horas. • 15: el PAI establece el modo de contacto con los referentes en los periodos fuera de horas. • 20: se establecen los referentes para los periodos fuera de horas, el modo de contacto con ellos y los canales de transmisión de la información asistencial entre los profesionales implicados. 	20	

.../...

.../...

Cod.	Criterio	Pon.	Autoeval.
8	<p>El PAI incluye aspectos formativos y de capacitación de los profesionales asistenciales. En la OSI existe un plan de formación continuada en Cuidados Paliativos. 5%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: el PAI no incluye aspectos formativos y de capacitación de los profesionales. • 5: En la OSI existe un plan de FC en CP. 	5	
9	<p>El PAI se actualiza con una periodicidad anual. 5%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: no se actualiza anualmente. • 5: se actualiza anualmente. 	5	
10	<p>Existe una comisión multidisciplinar de Cuidados Paliativos, con la incorporación de diferentes perfiles profesionales tanto de la propia OSI como de otras OS con las que se han establecido alianzas, y se han definido las funciones de dicha comisión con respecto al PAI (comunicación y difusión, seguimiento y evaluación, acciones de mejora, formación continuada de los profesionales, etc). 15%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: no existe la comisión de Cuidados Paliativos. • 5: existe una comisión multidisciplinar con funciones definidas respecto al PAI. • 10: existe una comisión multidisciplinar que incluye profesionales de AP y AE y trabajo social. • 15: existe una comisión multidisciplinar que incluye profesionales de otras OOS con las que se establecen alianzas. Además, evalúa los resultados del PAI, propone áreas y acciones de mejora. 	15	

Despliegue de la estrategia

La valoración global del despliegue de la estrategia 30 puntos (100%). Los ítems se valoran con “sí” o “no”.

Evaluación

Cod.	Criterio	Pon.	Autoeval.
13	Se identifica a las personas con necesidades paliativas.	30	
	1 Se ha desplegado una utilización consensuada del código Z-515 (CIE 10) que permite identificar a las personas incluidas en el PAI y evaluar los resultados del mismo. El despliegue incluye la formación en identificación y utilización del código, y en utilización de herramientas de contraste (NECPAL, PALIAR...).	20	
	2 La utilización del código Z 515 en la OSI se basa en la indicación del profesional que identifica el caso, consensado con otros profesionales responsables del paciente y siempre previo acuerdo con el/la paciente y, en su caso familia.	5	
	3 La identificación de pacientes incluye a patologías oncológicas, no oncológicas y pacientes pediátricos.	5	
14	Se planifica e individualiza la atención a las personas con necesidades paliativas.	30	
	1 Se ha coordinado la utilización del Formulario corporativo para Cuidados Paliativos en la elaboración de Planes Individualizados de Atención (PIA).	15	
	2 El PIA se elabora de forma personalizada, conjuntamente con paciente/familia y acorde a sus necesidades y expectativas. Se actualiza y reevalúa periódicamente, y de forma específica en situaciones de descompensación, situaciones crisis o notificación de incidencias.	15	

.../...

.../...

Cod.	Criterio		Pon.	Autoeval.
15	Se capacita a los profesionales de la OSI que gestionan Cuidados Paliativos.		20	
	1	Se ha desplegado una Práctica de Cuidados Paliativos basada en la Evidencia Científica y definido Guías de referencia.	5	
	2	La OSI cuenta con un diagnóstico de necesidades de formación en CP adecuado a la complejidad de cada eslabón asistencial.	5	
	3	La OSI ha desarrollado actividades de formación (directa o indirectamente a través de la Organización Central), de acuerdo con las necesidades detectadas.	5	
	4	La OSI ha establecido mecanismos de asesoramiento clínico y en su caso soporte emocional de acuerdo con la complejidad del caso.	5	
15	Se acompaña e informa a las personas con necesidades paliativas y a su entorno.		10	
	1	La OSI cuenta con un diagnóstico de necesidades de acompañamiento e información a las personas con necesidades paliativas y su entorno, adecuada a la complejidad de cada nivel/servicio asistencial.	5	
	2	Se ha desplegado un protocolo de atención al duelo para la prevención, identificación y tratamiento del duelo patológico.	5	
16	Se despliegan políticas de alianzas con otras Organizaciones y/o Instituciones implicadas en la atención a CP, y se difunden a todos los niveles asistenciales.		10	
	1	Se han identificado los agentes y grupos de interés para el desarrollo de alianzas en CP (servicios sociales, Salud Mental, asociaciones de pacientes, otras OSIs,...).	5	
	2	Se han definido acuerdos y procedimientos de colaboración de forma explícita con las Organizaciones e Instituciones identificadas.	5	

Evaluación y mejora continua

La valoración global de la evaluación y mejora continua son 40 puntos (100%). El desglose de la puntuación es la siguiente.

Evaluación

Cod.	Criterio	Pon.	Autoeval.
17	Se evalúa la calidad asistencial atendiendo a los siguientes elementos.	20	
	1 La información, participación y toma de decisiones en el proceso de atención por parte del paciente y su familia.	4	
	2 La personalización de la atención: el paciente como centro del proceso asistencial, incluyendo posibilidad de decidir dónde vivir/morir.	3	
	3 El control del dolor.	2	
	4 El control de otros síntomas.	2	
	5 El acompañamiento y soporte emocional.	2	
	6 La atención al duelo.	1	
	7 La atención continua en domicilio (24 x 7).	2	
	8 El nivel de coordinación entre los diferentes profesionales y servicios implicados.	2	
	9 En su caso, el apoyo espiritual recibido	1	
	10 La satisfacción de necesidades sociales (ayuda, materiales...).	1	
18	Se evalúa el nivel de utilización del procedimiento de identificación	10	
19	Se evalúa el grado de definición de planes de actuación individualizados.	5	
20	Se evalúa la pertinencia y adecuada identificación de personas que requieren Cuidados Paliativos.	5	
21	Se evalúa el funcionamiento y calidad asistencial ofrecida por el circuito de atención urgente (24x7).	5	

.../...

.../...

Cod.	Criterio	Pon.	Autoeval.
22	Se evalúa el grado en el que los pacientes con necesidades paliativas tienen establecidos planes personalizados de atención para el final de la vida y/o documentos de voluntades anticipadas.	5	
23	Se evalúa el grado en el que se potencia la atención en domicilio.	10	
24	Se evalúa el grado en el que se desarrolla actividad programada minimizando la actividad a demanda.	10	
25	Se desarrollan auditorías evaluativas de casos. Se realiza la revisión y evaluación de casos por un equipo multidisciplinar.	5	

Identificación de áreas de mejora

Cod.	Criterio	Pon.	
26	Se identifican áreas de mejora.	10	
27	Se han puesto en marcha acciones de <i>benchmarking</i> .	5	
28	Se despliegan áreas de mejora incorporándolas a los objetivos anuales de la comisión de seguimiento.	10	