


Volume 15, 17 Nov 2015

Publisher: Uopen Journals

URL: <http://www.ijic.org>

Cite this as: Int J Integr Care 2015; WCIC Conf Suppl; [URN:NBN:NL:UI:10-1-117275](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:nl:ui:10-1-117275)

Copyright: 

Poster Abstract

**Responding to challenges, a model under transformation: integrated care pathway for the patient with multimorbidity and complex needs /
Respondiendo a los desafíos, un modelo en transformación: integrando vías de atención para el paciente con multimorbilidad y necesidades complejas**

Olga Monedo Perez, Technical Support to the Technical Direction of Quality and Process. Planning and Quality Management. Madrid Health Service, Spain

Ana María Miquel Gómez, Coordinator of the Strategy for the Care of Patients with Chronic Diseases in Madrid, Spain

Correspondence to: **Ana Isabel González**, Servicio Madrileño de Salud, Spain, E-mail: aisabel.gonzalezg@salud.madrid.org

Abstract

Introduction: Models of care for patients with multimorbidity and complex needs (MCP) are oriented towards a more comprehensive assistance from the patient's experience that has to be continuous and consistent, ensuring the necessary services in the right place and moment and within the time required, maximizing health outcomes. At Madrid Region, the estimated number of MCP is approximately 87.171 patients.

Description of the policy, its objectives and targeted population: The Strategy for the Care of Patients with Chronic Diseases at Madrid Region has defined the model of care for MCP establishing what activities should be conducted, responsables, where and when according to scientific evidence. The model responds to the challenges of individualization, management at the ideal setting and by the indicated professional, proactive monitoring, continuous and efficient capacity for resolution, flexible definition of roles and effective communication.

After a comprehensive review of the literature a working group was created to define: what, who, how, registration systems and support. 14 patient organizations and 26 scientific societies of primary and hospital health care contributed as well reviewing the final document. We are now in the process of implementation and evaluation of its impact on health care costs and experience.

Key Findings: The integrated care pathway (ICP) for the MCP describes the continuing care route that meets the patient's condition at all times defining procedures, responsibilities, roles and tools. Identification and inclusion in the ICP

Any health or social professional can identify and communicate complex needs to the primary care (PC) professionals by a two-way established circuit.

The allocation of high-level intervention means including the patient in the ICP. It is made by the general practitioner (GP) and PC care nurse after a multidimensional assessment and triggers the personalized care plan.

The inclusion is communicated to the Hospital Liaison Unit (HLU) and involves the allocation of a reference specialist (RS) as a coordinator of hospital care.

Follow up at Home: The PC nurse leads the proactive telephone and home monitoring oriented towards the early detection of decompensation and the support to the patient and caregiver. A specific protocol is used for registration and as a support system.

The multichannel resources call center collaborates in the proactive resolution of queries, 7 days/24 hours.

The health care references are the GP and PC nurse; the RS or the nurse case manager act as consultants if necessary.

The two-way communication is supported by tools for immediate, effective, safe and assessable through the electronic health record virtual consultation.

Management of decompensation: All health care settings are accessible from PC through specific circuits coordinated by GP and RS.

The HLU coordinates the hospital care and the communication between settings. Continuity of care is led by the liaison nurse and the PC nurse that receives full information at discharge, takes proactive assessment and launches the personal plan. In situations requiring urgent evaluation, specific circuits between emergency services (inpatient and outpatient) and the HLU allow monitoring the process without fragmentation or duplication.

Highlights: The implementation of ICP for the MCP has led to the creation of multidirectional communication channels and procedures among all health care settings (PC, hospitals, emergency services, social services) to offer a more effective and efficient healthcare.

Conclusion: The model is flexible, allowing implementation in 35 community hospitals and 262 PC centers.

Conference abstract Spanish

Introducción: Modelos de atención para los pacientes con multimorbidity y necesidades complejas (MCP) se orientan hacia una asistencia más integral de la experiencia del paciente que tiene que ser continua y consistente, garantizando los servicios necesarios en el lugar correcto y el momento y en el tiempo requerido, maximización de los resultados de salud. En la Comunidad de Madrid, el número estimado de MCP es de aproximadamente 87.171 pacientes.

Descripción de la política, sus objetivos y la población destinataria: La Estrategia para la atención de pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid ha definido el modelo de atención para MCP estableciendo qué actividades deben llevarse a cabo, responsables, donde y cuando de acuerdo a la evidencia científica. El modelo responde a los desafíos de la individualización, la gestión en el marco ideal y por la supervisión proactiva profesional indicada, la capacidad continua y eficiente para la resolución, definición flexible de las funciones y comunicación efectiva.

Después de una revisión exhaustiva de la literatura un grupo de trabajo fue creado para definir: qué, quién, cómo, sistemas de registro y apoyo. 14 organizaciones de pacientes y 26 sociedades científicas de atención primaria y hospital han aportado para revisar el documento final. Ahora estamos en el proceso de implementación y evaluación del impacto en los costos de atención de la salud y la experiencia.

Principales conclusiones: La vía de atención integrada (ICP) para el MCP describe la ruta de atención continuada que cumple la condición del paciente en todo momento la definición de procedimientos, responsabilidades, funciones y herramientas. Identificación e inclusión en el ICP

Cualquier profesional de salud o social pueden identificar y comunicar las necesidades complejas de la atención primaria (AP) a profesionales por un circuito establecido de dos vías.

La asignación de la intervención de alto nivel significa incluir al paciente en el ICP. Esto es hecho por el médico general (GP) y la enfermera de cuidado de su PC después de una evaluación multidimensional y activa el plan de atención personalizada.

La inclusión es comunicada a la Unidad de Enlace con los Hospitales (HLU) e implica la asignación de un especialista de referencia (RS) como coordinador de la atención hospitalaria.

Seguimiento en el hogar: La enfermera PC lleva el monitoreo proactivo por medio del teléfono y y visitas al hogar, orientado a la detección precoz de la descompensación y el apoyo para el paciente y el cuidador. Un protocolo específico se utiliza para el registro y como un sistema de apoyo.

Los recursos multicanal colaboran llamando al centro de resolución proactiva de consultas, 7 días / 24 horas.

Las referentes de salud son la enfermera y GP; el Referente en Salud o la enfermera administradora del casos actúan como consultores de ser necesario.

Las dos vías de comunicación son apoyadas por las herramientas para la inmediata, eficaz, segura y evaluables a través de la consulta virtual de la historia clínica electrónica.

Gestión de descompensación: Todos los centros de atención de la salud pueden acceder desde la PC a circuitos específicos coordinados por GP y RS.

El HLU coordina la atención hospitalaria y la comunicación entre los ajustes. La continuidad de la atención está dirigida por la enfermera de enlace y la enfermera de la PC que recibe información completa al alta, toma evaluación proactiva y lanza el plan personal. En situaciones que requieren una evaluación urgente, circuitos específicos entre los servicios de emergencia (pacientes internos y externos) y la HLU permiten el seguimiento del proceso sin fragmentación o duplicación.

Lo más destacado: La implementación de ICP para el MCP ha llevado a la creación de canales de comunicación multidireccionales y procedimientos entre todos los centros de atención de la salud (PC, hospitales, servicios de emergencia, servicios sociales) para ofrecer una asistencia sanitaria más eficaz y eficiente.

Conclusión: El modelo es flexible, lo que permite su ejecución en 35 hospitales comunitarios y 262 centros de AP.

Keywords

comorbidity; delivery of health care, integrated; care continuity / comorbilidad; prestación de asistencia sanitaria, integrada; continuidad asistencial

PowerPoint presentation

<http://integratedcarefoundation.org/resource/wcic3-presentations>