



II Jornada

Pla d'**innovació** d'atenció primària i salut comunitària

SEGUIMENT OPERATIU

20 d'octubre de 2010

Coordinació de la publicació:

Equip del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària

ÍNDEX

PRESENTACIÓ	4
INTRODUCCIÓ	6
PRINCIPALS PROJECTES DEL PLA D'INNOVACIÓ	9
1. Accés als serveis especialitzats bàsics i a les proves complementàries per a l'atenció preferent	10
2. Atenció als problemes de salut rellevants	11
3. Atenció proactiva al malalt crònic complex	12
4. Models d'integració de la salut mental a l'atenció primària	14
5. Atenció urgent i continuada amb perspectiva territorial	15
6. Atenció pediàtrica amb perspectiva territorial	16
7. Salut comunitària	17
8. Desburocratització de l'activitat assistencial	19
9. Implantació de la visita i consultoria virtuals i telemedicina	20
10. Autonomia de gestió	21
11. Desenvolupament competencial d'infermeria	23
12. Desenvolupament competencial d'administratius sanitaris	24
13. Acreditació de centres	25
14. Potenciació de l'autocura i pacient expert	26
DESENVOLUPAMENT TERRITORIAL DEL PIAPSC	27
• Lleida	28
• Alt Camp i Conca de Barberà	30
• Baix Camp	32
• Baix Ebre	33
• Alt Maresme i Selva Marítima	36
• Baix Empordà	37
• Alt Empordà	38
• Osona	39
• Pallars Jussà - Pallars Sobirà	42
• Maresme Central	43
• Alt Penedès	45
• Barcelona Esquerra	46
• Baix Montseny, Baix Vallès i Vallès Oriental Central	48
ABREVIACIONS	53



PRESENTACIÓ

Crec amb fermesa que la salut ens reconcilia amb la gent. El model sanitari català, com a garant de la igualtat d'oportunitats i de la cohesió social i territorial, és un clar element generador de confiança, a part d'un model reconegut i admirat arreu del món.

A més a més, és un sistema de salut completament capil·lar, on se superposen l'atenció primària i hospitalària, l'atenció sociosanitària i l'àmbit de la salut mental. Però també té una clara orientació comunitària: des de l'àmbit de la salut pública es treballa especialment la protecció, la promoció i la prevenció de la salut a l'escola, a la feina, a la residència, al barri, al poble o a la ciutat.

La ferma voluntat política de mantenir la qualitat i l'equitat del nostre sistema de salut és el factor que motiva la necessitat d'establir las bases d'un acord social i polític per a la seva modernització. És en aquest entorn on sorgeix la necessitat de dissenyar un procés d'innovació i modernització de l'atenció primària i la salut comunitària per situar-la com a eix vertebrador d'una atenció integral i integrada a través de les sinergies del treball en xarxa territorial, per donar resposta a les diferents necessitats de les persones, tant dels ciutadans com dels professionals.

Des del mes d'octubre de 2009, quan el Consell de Direcció del CatSalut va aprovar el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària (PIAPSC), hem fet un llarg recorregut acompanyats del seu Consell Assessor, on participen professionals experts, institucions,



associacions i grups d'interès. Ara el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària inicia l'etapa de definició dels projectes per aconseguir els canvis estratègics que ens hem anat proposant.

El Pla impulsa i potencia els equips d'atenció primària i el conjunt de serveis de salut que treballen a la comunitat, i avança en una millor coordinació entre serveis assistencials d'atenció primària, hospitals, centres sociosanitaris i altres serveis d'internament, i també entre l'Agència de Salut Pública, ajuntaments i farmàcies comunitàries per desenvolupar projectes de salut i activitats preventives i de promoció de la salut a escala territorial.

Així és com la població ha de beneficiar-se d'una resolució millor i més propera dels seus problemes de salut i han de ser els professionals dels equips d'atenció primària els seus referents, però també els professionals dels serveis sanitaris han de veure's beneficiats per la implantació d'aquest Pla, participant activament en les decisions que es plantegin territorialment a partir de les necessitats detectades, ampliant substancialment l'autonomia de la gestió clínica dels equips d'atenció primària i augmentant la seva capacitat de resolució.

És un projecte il·lusionant i us convido a participar-hi.

Marina Geli
Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya

INTRODUCCIÓ

El febrer de 2010 es va presentar l'operativització del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària (PIAPSC) al Consell de Direcció del CatSalut. A partir d'aquí s'ha començat a treballar en la part operativa del Pla en 12 governs territorials de salut (GTS) d'entre totes les regions sanitàries i que es van presentar a la I Jornada del PIAPSC del mateix mes de febrer a l'hotel ME de Barcelona.

Per seleccionar els territoris es van tenir en compte aspectes com ara l'interès manifestat pel territori, el lideratge clínic, la implantació del sistema de compra en base poblacional i la constitució del govern territorial de salut (GTS), per bé que no era necessari que s'acomplissin tots aquests requisits.

En aquests moments, aquesta primera fase del Pla abasta aproximadament el 20% de la població i recull àmbits territorials molt diversos i en el període de 4 anys la implantació s'anirà generalitzant per tot el territori català. A la II Jornada que avui presentem ja incorporarem tres GTS més en aquesta fase operativa.

Prenent com a punt de referència el document estratègic del PIAPSC es van prioritzar diferents projectes que fan referència als àmbits de gestió clínica, reordenació de serveis, salut comunitària, instruments i desenvolupament dels professionals.

Durant aquests nou mesos s'han anat desenvolupant aquests projectes de forma progressiva en els diferents GTS, i s'ha de destacar l'elevada participació dels diferents professionals clínics d'atenció primària i també d'altres línies assistencials, el compromís en la definició, implantació i seguiment dels projectes de les diferents direccions de les entitats proveïdores del territori i el lideratge de la regió sanitària, encapçalat per la direcció executiva del GTS, en tot el procés.

Caldria subratllar que els projectes que majoritàriament estan tenint un millor desenvolupament són el projecte de l'atenció proactiva al pacient crònic complex, el de l'autonomia de



gestió dels EAP, el del desenvolupament competencial dels professionals dels EAP, el de problemes de salut rellevants que inclou el de l'accés preferent a les proves complementàries des de l'AP i el de la gestió compartida de l'accés als serveis especialitzats, el de la desburocratització de les consultes que inclou el de la implantació de la visita i consultoria virtual i telemedicina, el de l'atenció amb perspectiva territorial de la pediatria i de les urgències i el projecte de salut comunitària.

Tots aquests projectes estan dissenyats amb la voluntat expressa de millorar la qualitat en la gestió clínica, millorar el nivell de resolució de l'atenció primària i el continuïum assistencial entre aquesta i la resta de serveis assistencials i de salut pública del territori, en l'entorn de la Comissió Coordinadora d'Entitats Proveïdores i del Consell de Salut dels GTS. És en el si d'aquesta comissió on es decideixen els projectes a desenvolupar, es nomenen els seus responsables i es defineixen les actuacions específiques a nivell territorial.

Des de l'equip del PIAPSC s'afavoreix el **benchmarking** entre els GTS, promovent l'intercanvi d'informació i d'experiència entre els professionals que promouen i lideren els diferents projectes i que alhora aquests es disseminin a tot Catalunya.

Per tal de monitorar la implantació del PIAPSC, el Comitè de Direcció del Pla, que està compost per la directora general de Planificació i Avaluació, el director general de Salut Pública i el director de l'Àrea de Serveis i Qualitat del Servei Català de la Salut, va crear el 23 de març de 2010 la Comissió de Seguiment formada per representants del Departament de Salut i del CatSalut, de les societats científiques, associacions de proveïdors i grups d'interès d'atenció primària i salut comunitària.

Lourdes Camp
Direcció Operativa del Pla d'Innovació
d'Atenció Primària i Salut Comunitària



PRINCIPALS PROJECTES DEL PLA D'INNOVACIÓ

Del document estratègic del Pla d'Innovació d'atenció primària i salut comunitària s'estableixen més de 50 línies de projectes, de les quals es prioritzen 18 en la fase operativa que hem iniciat el febrer d'enguany.

En aquest document es desenvolupen 14 d'aquests projectes inicials, ja que 4 són projectes que des del Pla s'hi participa, però no són pròpiament de la seva responsabilitat com són: el Pla estratègic plurianual, el Pacte d'accés i resolució, el contracte del CatSalut amb l'Agència de Salut Pública de Catalunya i el disseny de centres de salut.

Tots els projectes s'aniran implantant progressivament a tots els governs territorials de salut i es pretén que, en un termini de 4 anys, el procés estigui estès a tot Catalunya.

1 Accés als serveis especialitzats bàsics i a les proves complementàries per a l'atenció preferent

Introducció

Es busca generar noves dinàmiques de funcionament de les agendes dels professionals. El temps d'espera del ciutadà per ser atès amb visita preferent a un altre servei especialitzat des de l'atenció primària o el temps per accedir a una prova complementària hauria de disminuir progressivament fins arribar a un termini no superior als 15 dies. Aquests tipus de visites requereixen una resposta diagnòstica o terapèutica en un termini més breu que l'habitual i s'ha de fer d'una forma pactada amb els altres professionals especialistes.

Objectius

- Millorar l'accessibilitat del pacient.
- Contribuir a millorar el procés d'atenció del pacient, la qualitat percebuda i la seva satisfacció.
- Agilitzar l'accés a un servei especialitzat seguint les rutes assistencials definides territorialment.
- Definir en el context de cada govern territorial de salut (GTS) el grau i mecanismes d'accés a les proves complementàries d'aquelles patologies més greus o que requereixen un millor nivell de resolució.
- Reduir el temps d'espera d'aquests serveis quan un retard superior a 15 dies en el diagnòstic pot causar un perjudici de relleu a la salut del pacient.
- Millorar el consens entre els criteris d'ús d'aquests serveis entre els professionals de les diferents especialitats.

Desenvolupament del projecte

- Anàlisi de situació: conèixer la llista d'espera actual per a les diferents proves i per a les visites als especialistes del GTS.
- Definir i prioritzar els problemes de salut en què és més convenient millorar l'accés a les visites i a les proves, per augmentar la resolució de l'atenció primària al territori.
- Selecció de les proves amb accés garantit en el termini previst, segons l'anàlisi anterior i situació del pacient.
- Definició del concepte de preferent en l'accés a aquests serveis. Incidir en els problemes de salut

greus i urgents.

- Delimitació i aplicació de les rutes assistencials dels processos de forma consensuada.
- Ús de canals i tecnologies de la comunicació entre els professionals.
- Definir els indicadors d'avaluació del temps d'espera a aquests serveis.
- Comunicació de la informació dels temps d'espera entre les diferents entitats proveïdores.
- Avaluació dels resultats.

Resultats esperats

- Utilització generalitzada de les rutes assistencials pactades a nivell territorial.
- Augment del nombre de pacients derivats segons els criteris pactats a les rutes assistencials en front de criteris anteriors.
- Disminució de la llista d'espera per a proves preferents pactades. Reducció de la mitjana i desviació estàndard del nombre de dies transcorreguts des de la petició fins a la realització de la prova.
- Compliment majoritari (>80%) del compromís d'accés a les proves pactades segons el criteri de preferència consensuat.
- No-increment de la llista d'espera per a proves complementàries sense criteri preferent.
- No-increment de la llista d'espera per a visites a altres especialitats sense criteri preferent.
- Millora del grau de satisfacció dels ciutadans i professionals implicats (enquestes de satisfacció, entrevistes amb pacients i professionals).
- Millora del grau d'utilització dels canals i tecnologies de la comunicació.

2 Atenció als problemes de salut rellevants

Introducció

Programa de millora de l'organització assistencial orientada a la integració de serveis assistencials.

Organitzar l'atenció per a les patologies més importants que avanci cap a un model d'atenció integrada.

Un instrument d'aquest projecte és la formalització d'acords assistencials (pacte formalitzat) entre els proveïdors del territori, amb tots i cadascun dels diferents nivells assistencials per a l'organització de l'atenció de les patologies més rellevants, amb especial atenció al paper dels professionals d'infermeria en l'assistència aguda de certes patologies.

Objectius

- Millora de la gestió assistencial dels problemes de salut prioritzats segons indicadors de qualitat, seguretat, eficiència i satisfacció dels professionals i de la població.

Desenvolupament del projecte

- Definir els problemes de salut rellevants a prioritzar, en un marc d'integració dels recursos comunitaris, tant de l'atenció primària com dels altres serveis especialitzats.
- Definir estratègies d'actuació per els problemes de salut identificats.
- Definir i delimitar les rutes assistencials dels problemes de salut prioritzats, d'acord amb els continguts de les guies de pràctica clínica.

- Establir els acords entre els proveïdors perquè les seves actuacions segueixin els criteris de la ruta assistencial pactada.
- Definir indicadors per cada a ruta assistencial.
- Informatitzar la ruta assistencial per tal que les dades generades estiguin disponibles a la HCCC.
- Implantació i seguiment de les rutes assistencials pactades.
- Avaluació dels resultats.

Resultats esperats

- Utilització generalitzada de les rutes assistencials.
- Compliment dels objectius assistencials segons indicadors de qualitat, seguretat, eficiència i satisfacció.

3 Atenció proactiva al malalt crònic complex

Introducció

Aquest projecte dona resposta a la situació d'envelliment i augment de les malalties cròniques en el nostre entorn, així com la forma de presentació d'aquestes. Existeix un grup de població amb més vulnerabilitat relacionada amb una situació de comorbiditat, deteriorament de l'estat funcional i utilització intensiva dels recursos del sistema sanitari, especialment hospitalització urgent i urgències. El projecte pretén donar resposta a aquestes persones, desenvolupant un model d'atenció integrada entre els diferents àmbits assistencials que comparteixen l'atenció d'aquests pacients.

Objectius

- Identificar de forma proactiva les persones amb malaltia crònica i en situació de complexitat, amb un alt risc i amb una utilització molt elevada dels serveis de salut, per poder donar una resposta adequada a les seves necessitats.
- Redissenyar la prestació de serveis de cada organització per desenvolupar un model d'atenció compartida a nivell territorial per aquests pacients.
- Oferir una atenció integrada al pacient i a la seva família en el seu entorn més proper (comunitat) per promoure la màxima autonomia i evitar progressió del risc i de la dependència.
- Formació dels professionals de l'atenció primària i serveis comunitaris en el maneig d'aquests pacients a domicili, per aconseguir el seu màxim nivell competencial. Paper rellevant de les infermeres i els infermers.

Desenvolupament del projecte

- Es du a terme una anàlisi de situació de cada territori.
- Detecció i identificació de casos en base a criteris consensuats al territori (per part d'atenció primària i la resta de serveis especialitzats).
- A partir dels sistemes d'informació del CatSalut i dels proveïdors es fa la identificació proactiva dels pacients crònics complexos.
- Realització d'una valoració dels casos per part dels diferents àmbits assistencials implicats per a la selecció de les persones a incloure en el projecte.

- Elaboració del Pla terapèutic de manera conjunta (atenció primària, hospital, sociosanitari, etc.) pactat amb el pacient i/o família.
- Registre de la informació clínica rellevant de cada pacient, accessible a tots els proveïdors del territori, utilitzant el model d'història clínica compartida.
- Consens de rutes assistencials que prevegin diferents escenaris: estabilitat clínica, dificultat en el maneig, aguditzacions, planificació a l'alta quan hi hagi ingrés, situació de final de vida.
- Potenciar l'autocura en el pacient i el suport a la família.
- Cercar models de comunicació operatius entre els diferents dispositius i professionals: telèfon mòbil, correu electrònic, etc.
- Monitoratge domiciliari de forma progressiva.
- Desenvolupament competencial (tècnic i relacional) dels professionals implicats.
- Avaluació dels resultats.

Resultats esperats

- Desenvolupar activitats preventives a les persones amb malalties cròniques en situació de complexitat a domicili i a la comunitat.
- Mantenir la situació funcional dels pacients.
- Millorar la cobertura del programa d'atenció domiciliària per a aquests pacients.
- Disminuir la taxa d'hospitalització urgent i les visites a urgències.
- Millorar les transicions pels diferents dispositius del sistema sanitari si cal que es produeixin.

- Disminuir la iatrogènia.
- Millorar la qualitat de vida relacionada amb el nivell de salut del pacient.
- Millorar la satisfacció percebuda del pacient i la seva família.
- Millorar el nivell de competències dels professionals en el maneig d'aquests pacients.

Actuacions realitzades

L'any 2007 el grup de treball d'integració de serveis ja va començar a descriure les bases i les oportunitats que té l'atenció integrada per a l'atenció de patologies en determinats tipus de poblacions. Durant el 2009 es va treballar el primer esborrany del model d'atenció proactiva al malalt crònic complex, alhora que l'Agència d'Avaluació de la Tecnologia i Recerca Mèdiques treballava en la construcció d'un model predictiu en l'ús dels recursos. Al juny de

2010, s'incorporà en el grup de treball l'Institut de l'Envel·liment de la Universitat Autònoma de Barcelona per ampliar les propostes amb diferents visions de professionals d'atenció primària i d'especialitats com les de geriatria, medicina interna i d'altres.

Alhora, diferents professionals que han participat en les jornades, reunions i grups de treball del Pla d'innovació han fet aportacions molt valuoses en la proposta de canvi de model d'assistència a aquests pacients que han de millorar la seva atenció i els seus resultats en salut.

Els territoris on es va començar a desenvolupar aquest projecte corresponen als GTS d'Osona, Alt Penedès, Maresme Central, Alt Maresme i Selva Marítima, Baix Empordà, Alt Camp i Conca de Barberà, Lleida i Baix Ebre.



4 Models d'integració de la salut mental a l'atenció primària

Introducció

Aquest projecte pretén contribuir a millorar l'atenció a la salut mental de la població utilitzant el dispositiu més pertinent i eficient en cada cas, en un model territorial integrat pels professionals especialitzats de l'atenció primària i de salut mental i amb tots els programes existents en el territori (Nen sa, Salut i escola, etc.).

Objectius

- Millorar i donar suport a l'AP en l'atenció de les patologies mentals lleus, per afavorir i aconseguir una major capacitat resolutiva dels EAP.
- Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns, amb una perspectiva comunitària.
- Desenvolupar activitats preventives sobre factors de risc, incloent-hi addiccions i activitats específiques dirigides als grups vulnerables (recomanacions PAPPS per grups etaris, etc.).
- Detecció precoç dels trastorns mentals greus.
- Seguiment i atenció integral dels trastorns mentals greus en un context territorial integrat entre els professionals de l'AP i de salut mental.
- Potenciar el desenvolupament competencial de les infermeres en aquesta disciplina.
- Formació específica en salut mental als professionals dels EAP.
- Avaluació dels resultats.

Resultats esperats

- Professionals dels EAP amb majors competències per millorar l'atenció a la salut mental de les persones.
- Existència d'una relació coordinada i fluïda entre els professionals d'atenció primària i de salut mental en benefici dels pacients a qui se'ls donaran respostes integrades, fomentant la seva autonomia.
- Disposar d'un sistema d'informació compartit: història clínica compartida.
- Possibilitat de disposar d'agendes compartides per programar visites i proves entre centres assistencials.



5 Atenció urgent i continuada amb perspectiva territorial

Introducció

Es tracta d'un programa de millora de l'organització assistencial de l'atenció urgent i continuada en un context integrat de serveis.

Objectius

- Donar una millor i més eficient resposta a les necessitats d'atenció immediata de la població, mitjançant l'òptim aprofitament dels recursos sanitaris públics, per tal d'assolir els objectius estratègics del model d'atenció a les urgències del Departament de Salut.
- Garantir l'atenció immediata en el dispositiu funcional més adient.
- Garantir la coordinació funcional dels recursos d'atenció urgent i continuada del territori, tant d'atenció primària i atenció hospitalària com d'emergències.
- Promoure el millor ús dels serveis d'atenció urgent per part de la població.
- Promoure un major nivell de satisfacció professional i dels usuaris.

Desenvolupament del projecte

- Analitzar la situació territorial i la demanda assistencial.
- Definir l'ordenació dels serveis d'atenció urgent i continuada, els punts d'atenció continuada i horaris de funcionament i les rutes assistencials en base a l'anàlisi efectuada.
- Dimensionar recursos personals i materials necessaris.
- Acordar el model organitzatiu assistencial a nivell del territori, la cartera de serveis dels diferents dispositius assistencials i les aportacions dels recursos per part de cada entitat.
- Coordinar amb el SEM-061 la gestió de pacients.
- Avaluació dels resultats.

Resultats esperats

- Pla funcional territorial que inclou tots els aspectes acordats sobre ordenació en el territori, com també objectius comuns i indicadors compartits entre tots els dispositius assistencials, la definició dels punts d'atenció i de la cartera de serveis, horaris, sistema d'accés i mecanismes de compartició d'informació clínica.
- Presentació del Pla de millora segons l'avaluació de resultats.

6 Atenció pediàtrica amb perspectiva territorial

Introducció

El Pla estratègic d'ordenació de pediatria a l'atenció primària de Catalunya en consonància amb el Pla d'innovació, està concebut per aconseguir una atenció primària més resolutiva, accessible i orientada a les necessitats dels ciutadans.

Objectius

- Fer un Pla funcional d'organització territorial integral (equip pediàtric territorial).
- Donar una atenció propera al punt on es generi la demanda i segons els estàndards internacionals de coneixement científic.
- Donar informació i suport a pares i adolescents per potenciar l'autocura i decisions compartides amb els professionals.
- Garantir que els professionals gaudeixin d'uns coneixements i recursos adequats per donar resposta a les necessitats.
- Promoure equips de treball on es complementin les competències de tots els professionals implicats.
- Potenciació de les TIC.

Desenvolupament del projecte

- Analitzar la situació actual de la pediatria en el GTS.
- Configurar equips territorials de pediatria per aconseguir una millor organització: major disponibilitat efectiva dels recursos professionals en cada lloc, distribució més adequada de les funcions segons competències i major coordinació entre

professionals (segons models proposats en el Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària).

- Elaborar un pla funcional que prevegi: nomenar coordinador, nombre de professionals, punts d'atenció, horaris d'atenció (ordinari, urgent, atenció continuada, etc.), àmbit d'influència, protocols d'actuació i derivació compartits entre els diferents proveïdors, procediments estandaritzats i guies clíniques integrades entre atenció primària i hospitalària.
- Definir la cartera de serveis.
- Treballar per processos.
- Potenciar la formació continuada dels metges i metgesses i les infermeres i infermers implicats en l'atenció pediàtrica.
- Potenciar la coordinació amb d'altres serveis del territori, dirigits a l'atenció a la infància i a l'adolescència: serveis de salut pública, serveis d'atenció socio sanitària, serveis de salut mental, serveis d'educació i serveis socials.
- Disposar de sistemes d'informació compartits entre els diferents proveïdors.
- Elaboració del Pla de qualitat.

Resultats esperats

- Garantir que tot infant (0-14 anys) tindrà un pediatre de referència i la possibilitat de ser atès per un professional competent tots els dies de la setmana en un dispositiu d'alta accessibilitat.
- Major satisfacció de ciutadans i dels professionals implicats (enquestes de satisfacció, entrevistes amb pacients i professionals).
- Disposar d'una bona informació per a la ciutadania.
- Disposar de bons canals de comunicació entre professionals.



7 Salut comunitària

Introducció

El Pla d'Innovació hauria de servir per avançar i impulsar de nou la salut comunitària partint d'una nova mirada i un cert procés de revisió crítica i concreció de noves orientacions.

Hem d'iniciar un procés situant en el seu centre la producció col·lectiva de coneixement en què participin els propis agents i operadors implicats, que tenen part o responsabilitat en l'àmbit o temàtica tractada.

La salut comunitària es basa en la creació d'una xarxa en què hi ha diferents agents involucrats i diferents disciplines que treballen més a prop del ciutadà, amb la voluntat que participi i pugui decidir sobre les prioritats de salut de la seva comunitat. Es tracta d'un treball conjunt amb els professionals dels centres d'atenció primària, de l'Agència de Salut Pública, de les entitats municipals i dels representants de la comunitat. Aquest treball pretén aglutinar projectes ja existents, com són Salut i escola, Salut als barris, Promoció de l'alimentació saludable i l'activitat física (PAAS), Obesitat infantil, etc., i altres de nous.

L'experiència acumulada en els equips d'atenció primària i altres agents en aquest àmbit és un actiu que cal posar en valor al llarg del procés.

Objectius

- Millorar la salut de la comunitat a través de programes que promoguin la promoció de la salut, els hàbits de vida saludables i la prevenció de les malalties.
- Impulsar la participació de tots els agents implicats (**stakeholders**) per aconseguir-ho.

Desenvolupament del projecte

A nivell central

- Identificació de les actuacions en salut comunitària ja en marxa o realitzades en els últims anys en els diferents territoris de Catalunya en cada nivell d'actuació (a nivell central es farà una taula amb les actuacions en marxa a Catalunya per a cada projecte prioritzat), comparació (**benchmarking**) i mapa d'experiències en funcionament d'èxit i fracàs.
- Reforçar la visualització i comunicació d'aquestes experiències a través de diferents accions possibles: edició d'audiovisuals, organització de jor-

nades, publicacions, creació d'un web de bones pràctiques, etc.

- Desenvolupar un procés de debat, reflexió i consulta sobre la salut comunitària, amb els diferents agents interessats.
- Disseny d'accions formatives adreçades als equips d'atenció primària. Creació de materials que puguin enriquir alhora un conjunt d'accions formatives. Aquest esforç pot permetre estendre la pràctica de la salut comunitària en d'altres equips d'atenció primària.
- Disseny d'un pla de comunicació, en què s'inclougi tota aquesta informació al web del PIAPSC.

A nivell territorial

- Estudi de les necessitats de salut del territori prioritzat.
- Definició del projecte territorial (missió, visió, abast territorial i fites a aconseguir).
- Proposta d'objectius a tres anys i per el primer any, així com els indicadors d'avaluació.
- Priorització d'accions (de continuïtat i noves) per

un període de tres anys, basada en l'evidència de l'efectivitat de la intervenció i factibilitat.

- Identificació dels agents/entitats claus en el territori (entre els proveïdors de serveis i les institucions amb responsabilitat/competències sobre el tema).
- Constitució d'un equip impulsor del projecte territorial amb almenys una persona de SP, CatSalut, AP, ajuntament/entitats locals i un coordinador/facilitador.
- Implantació del projecte.
- Avaluació dels resultats.

Resultats esperats

- Informe sobre una selecció d'experiències de salut comunitària a Catalunya, identificant experiències segons els territoris, anàlisi de documentació i anàlisi comparatiu.
- Creació d'un grup de projecte a nivell territorial i implicació de les diferents entitats.
- Elaboració d'un projecte amb activitats en tots els nivells i objectius avaluables.
- Augment de cobertura d'activitats/productes i/o serveis específics.
- Professionals formats.
- Satisfacció dels professionals i la població.

8 Desburocratització de l'activitat assistencial

Introducció

El Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària (PIAPSC) impulsa entre moltes altres mesures la simplificació dels tràmits administratius a l'entorn de l'atenció primària, que van adreçades a aconseguir un accés més àgil i amb menys tràmits als serveis de salut. En aquest sentit, es va formalitzar l'Acord de desburocratització entre el CatSalut i la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC), conjuntament amb l'Institut Català de la Salut, la Unió Catalana d'Hospitals, el Consorci de Salut i Social de Catalunya i el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Per poder fer el seguiment d'aquest Acord, promoure la seva implantació i anar introduint les millores que ajudin a descarregar de tasques burocràtiques les consultes d'atenció primària, es crea el 26 de febrer d'enguany una Comissió de Seguiment formada per representants de tots els sectors i àmbits implicats. Aquesta Comissió ha de facilitar criteris d'actualització permanent i intensificar les actuacions específiques que simplifiquin aquests tràmits i millorin la coordinació entre els nivells assistencials.

Objectius

- L'objectiu del projecte és racionalitzar les càrregues burocràtiques inherents als processos assistencials i no assistencials.

Desenvolupament del projecte

- Promoure el desenvolupament de les actuacions per a la implantació de l'acord segons les instruccions 6/2009 i 7/2009 del CatSalut i les que es deriven del document que s'ha elaborat per informar la població: Per a una atenció i uns tràmits més àgils al vostre CAP.
- Avançar en nous plantejaments que simplifiquin aquells tràmits que no aporten valor al procés d'atenció a les persones en els centres de salut.
- Elaborar una llista de possibles aspectes a millorar, tenint en compte les possibilitats de les TIC en el procés.
- Definició de les accions concretes de desburocratització a nivell territorial.
- Fer el seguiment dels projectes en el GTS.
- Definir els indicadors de seguiment.
- Identificar i aprovar un pla de millora de la coordinació de les UAU al territori en el si de les comissions de proveïdors dels GTS.

- Definir els aspectes que aporten un valor afegit a l'EAP i potencien el desenvolupament competencial dels professionals dels EAP.
- Elaborar una política comunicativa que permeti fer el seguiment a nivell de regió sanitària i de GTS del què s'està fent i dels temes que s'estan tractant.

Resultats esperats

Com a principals resultats esperats del projecte considerem la desburocratització en els següents àmbits:

- Generar noves dinàmiques de funcionament de les agendes dels professionals de referència i del territori, eliminant les consultes de tipus burocràtic i generant espais específics per a l'atenció no presencial (telèfon, Internet, correu electrònic, etc.).
- Fer un treball conjunt entre atenció primària i atenció especialitzada per a la prescripció induïda, visats, receptes d'estupefaents, etc.
- Disminuir l'activitat relacionada amb la realització de justificants, informes i certificats.
- Definir circuits dins del sistema: interconsultes/derivació a altres nivells assistencials; petitoris de proves complementàries.

Podeu trobar més informació al web del CatSalut.

9 Implantació de la visita i consultoria virtuals i telemedicina

Introducció

Es tracta d'un conjunt de projectes dirigits a la millora de l'accessibilitat als serveis sanitaris i a les dades.

La implantació de projectes basats en les tecnologies de la informació i les comunicacions (TIC) està ocasionant canvis en l'accés i la utilització dels serveis de salut. Aquests canvis contribueixen a la reducció de les visites presencials als centres i a l'increment de la realització de tràmits i consultes, bé per via telefònica, o bé a través d'Internet. En algunes àrees, els pacients poden contactar amb el metge o metgessa o la infermera o infermer a través de webcam i realitzar la primera orientació del problema de salut o bé realitzar diagnòstics a través de la telemedicina.

Objectius

- Impulsar totes les accions per a la digitalització completa de totes les imatges mèdiques que generin en la xarxa pública, i que es donin les condicions d'interoperabilitat entre proveïdors per tal que puguin ser visualitzades telemàticament en qualsevol servei del país.
- Impulsar les diverses experiències de telemedicina que tinguin un clar interès general, especialment, a les àrees rurals i en certs processos d'atenció a la salut, com poden ser la videoconsulta sanitària, el cribratge ocular de les complicacions de la diabetis, el diagnòstic en dermatologia, etc.
- Afavorir espais de consulta telemàtica entre diferents nivells assistencials.
- Afavorir les consultes virtuals entre els professionals d'AP i els ciutadans.

Desenvolupament del projecte

Alguns dels programes que s'estan duent a terme al territori segons el Mapa d'innovació de salut a www.gencat.cat/salut/ticsalut.

Des del PIAPSC s'estan impulsant, bàsicament, el desenvolupament dels projectes relacionats amb les consultes telemàtiques entre professionals de diferents línies assistencials, la consulta virtual entre professionals dels EAP i els ciutadans, els projectes de telemedicina per evitar el desplaçament als

pacients i millorar-ne l'atenció, i els relacionats amb el suport telemàtic i telemonitoratge per a l'atenció integrada de la malaltia crònica complexa.

Resultats esperats

Els resultats esperats són:

- L'accés de les imatges radiològiques a través de la història clínica electrònica o la HCCC. Millora del procés assistencial i una disminució de proves redundants.
- La millora de l'accessibilitat de consulta mèdica de forma telemàtica.
- La millora d'alguns processos de cribratge o de diagnòstic o de seguiment de patologies cròniques a través de la digitalització d'imatges i la transmissió electrònica.
- L'augment de les interconsultes entre professionals de diferents línies assistencials.



10 Autonomia de gestió

Introducció

L'autonomia de gestió és el pas intermedi entre el model tradicional de gestió dels equips d'atenció primària (EAP) i l'autogestió. Consisteix en un acord específic entre l'EAP i l'entitat proveïdora en el qual es pacten uns objectius a aconseguir i uns recursos per assolir-los, juntament amb uns incentius en funció dels resultats.

L'esglaió més alt d'autonomia de gestió seria l'autogestió dels EAP, que s'han constituït en EBAS. Una de les diferències més importants amb l'autogestió, és que en el primer cas els professionals de l'EAP són alhora propietaris de l'empresa, la qual presta serveis directament al CatSalut.

L'autonomia de gestió es desenvolupa en tot tipus d'entitats proveïdores. Totes les enquestes i debats que s'han fet fins ara, en cercles reduïts o en institucions concretes, apunten que la voluntat d'autogestionar-se dels professionals de l'atenció primària és alta.

L'any 2009 l'Institut Català de la Salut va iniciar el projecte d'autonomia de gestió amb una prova pilot en 10 EAP. Posteriorment, i durant aquest any 2010, uns 80 EAP més han sol·licitat entrar en el projecte.

Objectius

- Impulsar que la provisió sanitària avanci en un model de gestió que millori els resultats assistencials i econòmics dels EAP, dotant els equips de més autonomia i capacitat de decisió.
- Augmentar el compromís, la coresponsabilització i la satisfacció dels professionals de l'EAP, que repercuteixi en una millor satisfacció per part del ciutadà.

Desenvolupament del projecte

Actuacions CatSalut

- Impulsar l'extensió de l'experiència de l'ICS i fomentar que la resta de proveïdors sanitaris transfereixin més autonomia de gestió als seus equips.
- Evolució de la negociació del contracte del CatSalut amb els equips d'atenció primària.
- Definició del model i del pla funcional del projecte assistencial.
- Enquesta als professionals de l'atenció primària de Catalunya sobre l'autonomia de gestió.

Actuacions EAP

- Elaboració d'un pla funcional per a cada equip que proposi l'adequació dels processos de gestió i organització dels equips assistencials.

- Revisió dels processos administratius, de suport i de gestió (recursos humans, àrea econòmica, infraestructures, comunicació, etc.) per adequar-los als requeriments del nou model.
 - Gestió dels sistemes d'informació amb les dades clíniques, econòmiques i de personal dels EAP.
- ### Actuacions entitats proveïdores
- Facilitar informació de la gestió assistencial i econòmica de l'EAP i comparativa amb la resta d'EAP del territori, que siguin de la mateixa entitat proveïdora.
 - Definició del model d'incentivació.
 - Coresponsabilització sobre els resultats de gestió assistencial i econòmica.
 - Avaluació del model i del procés d'implantació.

Resultats esperats

- Millorar la gestió clínica dins l'EAP que repercuteixi en una millora dels resultats qualitatius. Una bona gestió clínica facilita la gestió pressupostària.
- Millorar l'accessibilitat a la ciutadania.
- Disminuir la medicalització.
- Reduir la freqüentació de visites.

- Millorar l'eficiència i resolució de l'EAP.
- Millorar la satisfacció de les persones (ciutadans i professionals).
- Millorar la gestió econòmica dels EAP.

Actuacions realitzades: enquesta sobre autonomia de gestió als EAP de Catalunya

Per tal de conèixer d'una manera més generalitzada quines són les opinions, expectatives, coneixements i percepcions de tots els professionals de l'atenció primària de Catalunya sobre aquest tema, el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària ha dut a terme una enquesta per Internet a tots els professionals dels EAP, en què es mostren uns resultats molt favorables a l'autonomia de gestió, entre els quals destaquen:

- Entre els enquestats el 38% correspon a EAP en autonomia de gestió o autogestió.
- Els que treballen en autonomia de gestió / autogestió creuen que poden avançar més (85%), i els qui no treballen en autonomia de gestió desitjarien treballar-hi (69%).
- La majoria té clar que autonomia de gestió equival a assumir riscos (només un 13% no voldrien assumir cap risc). Un 85% creuen que cal assumir el risc de les decisions organitzatives de l'EAP, un 85% creuen que cal assumir el risc dels resultats assistencials, i la majoria (77%) estan disposats a assumir el risc dels resultats econòmics mentre que només un 10% no ho estan.
- L'autonomia de gestió es considera que hauria d'implicar capacitat de decisió en els objectius anuals (87%), la gestió de la plantilla de professionals (78%), ingressos per facturació a tercers (73%), despeses (72%), cartera de serveis complementària (76%), productes intermedis (73%), farmàcia (66%), prestacions sanitàries (transport, rehabilitació, productes ortopèdics) (61%), gestió de l'agenda de l'atenció especialitzada (72%) i desenvolupament competencial dels professionals (85%).
- Els professionals que no ocupen càrrecs directius creuen que les entitats proveïdores en realitat no volen donar més autonomia de gestió als EAP, mentre que els directius opinen que sí.

11 Desenvolupament competencial d'infermeria

Introducció

Els darrers canvis relacionats amb la professió infermera (grau universitari en infermeria, l'aprovació de les especialitats, la prescripció infermera, etc.) faciliten el ple desenvolupament de les competències d'aquest col·lectiu (coneixements, habilitats i actituds) en l'àmbit de l'atenció primària i salut comunitària.

L'augment de la resolució de les demandes comporta més compromís i més responsabilitat, i una reassignació de tasques en base a la subsidiarietat i al desenvolupament de les competències professionals. Les infermeres i infermers són els professionals més capacitats per la seva formació per liderar les activitats de promoció de la salut i de prevenció i el seguiment de les malalties cròniques.

Objectius

- Impulsar el desenvolupament de les competències transversals i específiques pròpies de les infermeres i infermers per donar resposta a les noves necessitats de salut dels ciutadans.
- Donar suport al desenvolupament professional continu i la carrera professional.

Objectius específics

- Facilitar la formació en les pràctiques avançades.
- Promoure la presència d'infermeres i infermers de pràctica avançada en els diferents àmbits assistencials i de salut comunitària.

Desenvolupament del projecte

Les aportacions de les infermeres i infermers es treballen de forma transversal en tots els projectes del Pla d'innovació, com a un membre més de l'equip. Els projectes que posen més de rellevància aquesta aportació són: l'atenció proactiva al malalt complex que promou una nova organització dels recursos territorials. En aquest projecte és clau la figura de la infermera o infermer com a expert en les cures al pacient crònic i el model de gestió de casos per els pacients complexos. En els programes de pacient expert es col·labora com a observador i promotor en la formació del pacient expert.

La utilització de noves eines com són l'atenció telefònica, el model de triatge andorrà en els serveis d'urgències, l'inici de la prescripció infermera i les noves tecnologies són eines que donen suport a aquest canvi.

Resultats esperats

- Nombre d'accions formatives dutes a terme.
- Nombre de professionals d'infermeria de pràctiques avançades al GTS.

12 Desenvolupament competencial d'administratius sanitaris

Introducció

Projecte orientat cap a la substitució del model competencial actual (fonamentat en funcions i tasques) per un altre que permeti el ple desenvolupament de les capacitats, coneixements, habilitats i actituds de cada àmbit professional específic, i en una perspectiva de potenciació màxima de les competències pròpies i compartides de cada grup professional. En referència al principi de subsidiarietat, totes les tasques que pugui resoldre la persona més propera al ciutadà no ho ha de fer la categoria superior, l'augment de la resolució de les demandes comporta més compromís i responsabilitat i una reassignació de rols.

Objectius

- Aconseguir el màxim desenvolupament competencial dels professionals d'atenció a l'usuari dels EAP, tot potenciant les seves habilitats i competències per obtenir una major professionalitat i motivació d'aquestes persones i per millorar i fer més eficaç el treball que realitzen.

Desenvolupament del projecte

Inici del canvi del model actual basat en funcions a un model de competències de tots els professionals d'atenció primària en els camps de:

- L'ètica, la legalitat i els valors.
- Gestió del coneixement.
- Interrelació i comunicació amb la persona, família i comunitat.

- Treball en equip i relació amb altres agents.
- Habilitats tècniques i comunicatives.

Resultats esperats

- Identificació de processos que generen més càrrega assistencial, tasques burocràtiques en els professionals sanitaris o insatisfacció en la ciutadania.
- Anàlisi dels processos identificats i propostes de millora.
- Consens entre tot l'equip de les millores proposades.
- Definició de tasques i assignació de responsabilitats dins les competències de cada grup professional.
- Posada en pràctica de les propostes.
- Avaluació dels resultats obtinguts.

13 **Accreditació de centres**

Introducció

L'acreditació dels centres de salut forma part de la promoció del procés de millora contínua de la qualitat. El model d'acreditació que s'ha preparat per als equips d'atenció primària de Catalunya s'inspira en aspectes del model EFQM. S'han definit més de 400 estàndards de qualitat que seran avaluats a cada centre per personal del Departament de Salut.

El manual d'estàndards amb els criteris definits per acreditar els centres ha estat elaborat i consensuat per un equip d'experts en millora contínua de la qualitat. S'ha preparat una aplicació informàtica per poder realitzar l'avaluació. La prova pilot de l'acreditació es realitzarà entre setembre i octubre de 2010. Està previst avaluar 30 EAP. El resultat de l'avaluació estarà disponible el desembre de 2010. Està previst que durant el 2011 s'implementi de forma progressiva l'acreditació als EAP de Catalunya.

Objectius

- Acreditar la qualitat de l'atenció sanitària en els equips d'atenció primària amb una clara orientació al ciutadà.
- Impulsar la cultura d'excel·lència en l'atenció primària.
- Promoure aspectes clau com el lideratge dels equips, la planificació estratègica, la gestió dels professionals, les aliances amb altres organitzacions, els recursos i processos per obtenir bons resultats en salut, en satisfacció dels ciutadans i dels professionals.

Desenvolupament del projecte

- Marc normatiu: Pla de Govern 2007 – 2010; Llei 16/2003 de cohesió i qualitat dels Sistema Nacional de Salut; Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària (octubre 2009).
- Definició del model d'acreditació dels equips d'atenció primària de Catalunya. Elaboració del primer manual d'estàndards de qualitat per a l'acreditació.
- Selecció dels equips per a la prova pilot i formació en qualitat d'aquests primers equips.
- Autoavaluació per part dels equips.
- Auditoria externa dels EAP pilot.

- Resultats de la prova pilot.
- Redacció definitiva del manual d'estàndards de qualitat.
- Inici del procés d'acreditació de tots els EAP de Catalunya.

Resultats esperats

- A curt termini: s'espera que la majoria d'EAP que participen en la prova pilot compleixin més del 60% dels estàndards de qualitat.
- A llarg termini: s'espera acreditar la majoria dels EAP de Catalunya.
- En general: augmentar la qualitat dels EAP de Catalunya i estimular la cultura de la millora contínua en atenció primària.



14 Potenciació de l'autocura i pacient expert

Introducció

Projecte dirigit a definir accions de comunicació, formació i participació orientades a la promoció de l'autocura entre la ciutadania i afavorir la desmedicalització.

Una acció molt específica d'aquest projecte és la extensió del Programa de pacient expert de l'ICS en tots els territoris. Aquest Programa és una iniciativa multidisciplinària i col·laborativa, on un pacient que ha experimentat els símptomes i els tractaments comparteix la seva experiència i coneixements amb altres pacients durant diferents sessions formals.

Objectius

- Donar més capacitat als ciutadans en relació al foment i a la cura de la seva salut i dels seus problemes menors de salut o a l'atenció de les seves malalties cròniques.
- Afavorir un ús racional dels serveis del sistema sanitari, especialment en el seguiment de les malalties cròniques i l'atenció urgent.
- Millorar la comprensió de la malaltia crònica amb l'intercanvi i la transferència de coneixements entre iguals per promoure la qualitat de vida i l'adaptació a la malaltia.

Desenvolupament del projecte

Col·laboració amb l'ICS en l'extensió del Programa de pacient expert en els diferents GTS.

Potenciar l'autocura en l'atenció territorial de cada un dels problemes de salut rellevants prioritzats i en

el pacient crònic complex, bàsicament, i en els projectes comunitaris que es desenvolupin.

Resultats esperats

- Establiment d'almenys un grup de pacient expert a cada territori sobre un problema de salut rellevant.
- Reducció de les consultes als professionals sanitaris dels pacients participants en el grup de pacient expert.
- Millorar la qualitat de vida percebuda per les persones amb malalties cròniques.
- Millorar els coneixements sobre la malaltia i els hàbits de vida saludable.
- Disminuir el nombre de visites als professionals de medicina i infermeria de família.
- Disminuir les visites a urgències per la malaltia.



DESENVOLUPAMENT TERRITORIAL DEL PIAPSC

Governos territorials de salut avançats



Lleida

El Govern Territorial de Salut de Lleida té una extensió de 5.447 km² i una població de 365.679 habitants assignats a 22 centres d'atenció primària.

Implantació de la visita i consultoria virtuals i potenciació de la telemedicina

Introducció

S'ha creat un blog (anomenat "endoblog") entre els especialistes en endocrinologia i els metges de família per tal que aquests puguin plantejar dubtes no urgents. La comunicació és fluïda a través d'aquest canal, permet augmentar la resolució i disminuir el nombre d'interconsultes.

Grup de treball

Professionals sanitaris (medicina, infermeria i nutrició) dels EAP i el Servei d'Endocrinologia i Nutrició del seu hospital de referència (Hospital Arnau de Vilanova).

Objectius específics per territori

- Millorar l'atenció al pacient endocrinològic.
- Optimitzar la gestió dels recursos sanitaris.
- Establir vincles entre els professionals que facilitin l'expertesa en endocrinologia dels equips d'atenció primària i la formació continuada a través de la comunicació interprofessional.
- Unificar protocols, guies clíniques i procediments.

Propers passos

Estendre el projecte a altres especialitats mèdiques.

Organització proactiva de l'atenció

Malalt fràgil

Introducció

Es treballa en la gestió de casos des de l'atenció primària. Aquest projecte està en fase de disseny. Fins ara la infermera o infermer d'enllaç identifica els malalts susceptibles d'intervenció a partir de la informació registrada a l'eCAP (malalts amb més de 3 patologies, majors de 70 anys, més de 3 ingressos a l'hospital d'aguts).

Grup de treball

Infermeres i infermers dedicats exclusivament a la gestió dels casos complexos integrats als equips d'atenció primària de l'ICS.

Objectius específics per territori

- Oferir a la persona amb alta complexitat i als seus cuidadors una prestació de serveis adequat a les seves necessitats en el seu entorn comunitari.
- Contribuir a garantir el continuïum assistencial en un model de xarxa de serveis sanitaris i socials.
- Racionalitzar els recursos prevenint les aguditzacions de les persones amb patologies cròniques complexes, i evitant els trasllats innecessaris a serveis d'urgències i els llargs internaments hospitalaris.

Propers passos

- Curs de formació de gestors de casos (novembre 2010).
- Potenciar la Unitat d'Atenció a la Complexitat de Lleida.

Autonomia de gestió

Introducció

L'any 2009 hi van haver a tot Catalunya 10 EAP de l'ICS que van iniciar aquest projecte, un dels quals va ser l'EAP Eixample de Lleida. Aquest any 2010 s'hi han adherit els CAP: 1r de Maig, Bordeta – Marganers, Cap Pont, Seròs, Artesa de Segre i La Granadella.

Grup de treball

Professionals i directius d'atenció primària de la Gerència Territorial de Lleida de l'ICS.

Objectius específics per territori

Incrementar el nombre d'EAP de Lleida inclosos en el projecte d'autonomia de gestió fins arribar a la seva totalitat.



Propers passos

Difondre el Pla funcional d'aquests EAP a la resta i informar de les actuacions i dels resultats obtinguts, per estendre el projecte a altres EAP del territori.

Projecte salut comunitària

Introducció

15 ABS (68,18%) han treballat l'examen preliminar de salut, el qual està acompanyat d'una guia de recursos comunitaris.

5 ABS han presentat un diagnòstic de salut amb una llista de prioritats.

Grup de treball

L'atenció primària forma part de la Comissió de Salut Pública Regional, que està coliderada per membres de l'Agència de Protecció de la Salut (responsables regionals: el cap de vigilància epidemiològica, de la unitat de salut laboral; ajuntaments: regidors 6 capçaleres i consellers de 6 consells comarcals i Diputació), l'ICS i el Servei Català de la Salut.

Objectius específics per territori

Es pretén consolidar les actuacions que s'han anat desenvolupant i ampliar el catàleg d'intervencions comunitàries en el marc de programes institucionals: Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS), Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES), Programa d'exercici físic i alimentació saludable per a nens i nenes, joves amb excés de pes i sedentaris, i les seves famílies (NEREU), programa Salut i escola, programa Salut als barris, Hàbit tabàquic (projecte demostratiu i catàleg de recursos), etc.

Propers passos

El projecte pretén estendre's a tots els EAP del GTS Lleida, realitzar el diagnòstic comunitari a tots els EAP i establir unes actuacions comunitàries en funció dels resultats.

Atenció urgent territorial

Introducció

El Pla funcional de l'ACUT de Lleida està en fase de redacció.

Grup de treball

Dirigit pel cap d'Urgències de l'Hospital Arnau de Vilanova i el director de l'ACUT de Lleida.

Objectius específics per territori

Abordatge integral a les urgències de Lleida ciutat i posteriorment a la resta del territori.

Propers passos

Estendre el model als altres centres d'urgències de la resta de comarques.

Desenvolupament competencial dels professionals

Introducció

S'han treballat noves competències d'infermeria en base al principi de subsidiarietat: gestió de la demanda aguda per part d'infermeria, més paper en la realització del programa del Nen sa, intervencions en salut mental (atenció al dol, etc.).

Grup de treball

Diverses infermeres i infermers dels EAP i d'altres professionals mèdics en funció del projecte concret.

Objectius específics per territori

Incrementar el desenvolupament competencial de les infermeres i infermers en el marc de la pediatria i la salut mental i alhora millorar l'atenció a les persones que necessitin d'aquests serveis.

Propers passos

Incorporació de noves competències d'infermeria: atenció al trastorn depressiu i a l'ansietat.

Pacient expert

Introducció

El projecte s'inicià en 6 EAP del GTS durant l'any 2009. S'han realitzat grups de pacient expert en insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica i teràpia anticoagulant oral.

Grup de treball

Professionals dels EAP.

Objectius específics per territori

Afavorir el control clínic dels pacients amb aquestes patologies.

Propers passos

Formar pacients experts en altres patologies.

Alt Camp i Conca de Barberà

El Govern Territorial de Salut de l'Alt Camp i Conca de Barberà té una extensió de 1.068,5 km² i una població de 61.904 habitants assignats a 4 centres d'atenció primària.

Atenció proactiva al malalt complex

Introducció

En el territori existeixen diferents elements interessants en l'atenció dels malalts crònics complexos com són: les infermeres i infermers gestors de casos i el banc d'ajuts tècnics. El banc d'ajuts tècnics és a Montblanc i està gestionat per l'Ajuntament, el fons Social de la Caixa, el Consell Comarcal i el Departament d'Acció Social i Ciutadania. Amb el suport de la Diputació es pretén ampliar aquests serveis a més municipis.

La figura de la infermera o infermer gestor de casos va ser introduïda a l'any 2005 a l'hospital i actualment és la persona encarregada del programa PREALT i de la coordinació amb altres recursos a l'alta hospitalària. El centre sociosanitari està situat al mateix edifici del Pius Hospital de qui depèn també la seva gestió.

Grup de treball

Està liderat conjuntament pels equips d'atenció primària i el Servei de Medicina Interna del Pius Hospital de Valls, i també hi participen professionals de l'atenció a la salut mental i sociosanitària.

Objectius específics per territori

- Afavorir l'atenció dels malalts en situació de complexitat.
- Identificar de forma proactiva a aquestes persones.
- Oferir una resposta adequada a les necessitats de la persona.
- Oferir una atenció sanitària integrada al pacient i a la seva família.

Propers passos

Actualment el projecte està en fase d'anàlisi de la situació i s'està treballant per tal de definir els objectius específics del grup i disposar d'un cronograma d'actuacions.

Atenció als problemes de salut rellevants. Accés a les proves complementàries i serveis especialitzats per a l'atenció preferent

Introducció

La quasi simultània posada en marxa del Pla d'innovació amb el desplegament del Pla director de malalties reumatològiques, la prevalença d'aquestes patologies al territori i l'experiència de les consultes dels traumatòlegs de l'Hospital de Valls a l'EBA d'Alcover, van condicionar l'elecció d'aquest projecte. El Servei de Traumatologia i Rehabilitació del GTS està ubicat a l'Hospital de Valls i actualment s'ha organitzat la rehabilitació ambulatoria de manera que per nivell de complexitat es pot realitzar a:

- Les 4 ABS, en els centres d'atenció primària.
- Al Pius Hospital de Valls.

La Rehabilitació domiciliària i la logopèdia està contractada al Pius Hospital de Valls.

Grup de treball

Metges i metgesses i infermeres i infermers de família, traumatòlegs i traumatòlogues, reumatòlegs i reumatòlogues, fisioterapeutes i està liderat per una metgessa rehabilitadora.

Objectius específics per territori

- Afavorir una consulta d'alta resolució (acte únic) on les persones accedeixen amb les proves complementàries fetes i sol·licitades des de l'atenció primària.
- Millorar l'accessibilitat als serveis de rehabilitació en els processos que l'excessiva demora condiciona la recuperació funcional.

Propers passos

La disponibilitat de les rutes consensuades està prevista per al mes d'octubre de 2010 i es considera que es podran posar en marxa en el darrer trimestre de 2010.



Poder visualitzar la imatge radiològica a través de la història clínica compartida de Catalunya, afavorirà el procés diagnòstic dels especialistes independentment del lloc on es faci la visita.

Estendre aquest model a la resta d'equips d'atenció primària (Montblanc, Valls i Vila-Rodona).

Altres projectes d'interès

Així mateix, s'ha de destacar que al GTS Alt Camp i Conca, des de l'any 2008, s'ha iniciat un projecte d'organització de l'atenció pediàtrica en un model territorial, pel qual els diferents pediatres de les 4 ABS, es coordinen amb el servei de pediatria del Pius Hospital de Valls, per tal de millorar els serveis d'atenció pediàtrica amb perspectiva territorial.

Entre d'altres, alguns aspectes que s'aborden són: coordinació a partir de diferents protocols de l'atenció a urgències i a consultes externes de l'hospital, activitats preventives, formació continuada, organització de jornades, etc.

Cal destacar els protocols que s'han treballat conjuntament sobre activitats preventives i de promoció de la salut en edat pediàtrica, sobre la prevenció d'accidents i el de prevenció i tractament del sobrepès i l'obesitat.

Baix Camp

El Govern Territorial de Salut del Baix Camp té una extensió de 865,7 km² i una població de 182.947 habitants assignats a 12 centres d'atenció primària.

Projectes de salut comunitària

Introducció

Aquest territori va ser projecte demostratiu de l'Agència de Salut Pública, creada amb la nova Llei de salut pública. L'equip de l'Agència de Salut Pública està integrat a l'Hospital Lleuger de Cambrils. Aquest centre es va inaugurar el passat 20 d'abril de 2010, pertany al grup SAGESSA i dona atenció als municipis de la població .

Per enfortir la continuïtat i el treball conjunt de tots els actors implicats en la promoció de la salut, es treballa el projecte de promoció de l'alimentació saludable a les escoles, sense deixar de banda altres

experiències interessants en aquest àmbit com serien les caminades populars de llarga tradició a la zona.

Grup de treball

Professionals d'atenció primària i de salut pública.

Objectius específics per territori

Afavorir la promoció de la salut dels escolars mitjançant l'alimentació saludable i l'esport.

Propers passos

Al darrer trimestre està previst un curs de formació per als professionals de l'atenció primària i de l'Agència de Salut Pública per poder desenvolupar amb més profunditat les intervencions.



Baix Ebre

El Govern Territorial de Salut del Baix Ebre té una extensió de 1.002,7 km² i una població de 83.585 habitants assignats a 7 centres d'atenció primària.

Atenció proactiva al malalt complex

Introducció

L'existència d'un sistema sanitari fragmentat entre nivells assistencials, centrat a donar resposta als problemes aguts dificulta el seguiment i la prevenció, aspecte que justifica plantejar estratègies que millorin la continuïtat assistencial. En aquest sentit, es posa en marxa una unitat de coordinació internivells per donar resposta a nivell territorial de casos complexos.

Grup de treball

Directora d'infermeria d'AP i coordinadora processos assistencials territorial.

Gestora de casos i Unitat de Coordinació Internivells Territorial (UCIT).

Objectius

- Gestionar els casos complexos utilitzant un model predictiu.
- Millorar la gestió Pre-alt.
- Donar suport a domicili a pacients crònics descompensats i en situacions especials.
- Detectar la fragilitat.
- Activar recursos socials i assistencials si són necessaris.
- Fomentar l'autoresponsabilitat del pacient i la família i donar eines per a l'autocura.

Propers passos

- Implantar el model predictiu al territori (Hospital i AP) incorporant avisos de detecció dels pacients diana a les històries clíniques dels equips d'atenció primària.
- Validar criteris dels pacients diana per cada equip assistencial dels EAP i identificació d'aquests pacients.
- Valorar la complexitat del pacient mitjançant el test de complexitat de l'e-cap.

- Incloure, si escau, en el programa ATDOM els pacients identificats.
- Fer educació sanitària a pacients i/o cuidadors tant grupal com individual.
- Establir protocols de maneig de descompensació de la malaltia per a pacients i/o cuidadors.
- Establir consulta telefònica bidireccional per resoldre dubtes i/o fer seguiment.
- Fer reunions de seguiment d'aquest grup de pacients amb gestora de casos i diferents referents tant d'AP com unitats especialitzades i urgències.

Autonomia de gestió

Introducció

De les 5 ABS del GTS Baix Ebre, dos EAP formen part des de l'any 2010 del projecte d'autonomia de gestió: l'EAP de Tortosa Est i l'EAP de l'Ametlla-Perelló.

S'han buscat dins del GTS Baix Ebre, de cara a diversificar l'experiència, dos equips diferents quant a composició i àmbit de treball. Tortosa Est és un EAP docent, bàsicament urbà, de més de 30 professionals, amb uns bons indicadors de qualitat de gestió clínica i d'eficiència dels resultats, i amb un clar lideratge directiu. Ametlla-Perelló és un EAP petit, de menys de 20 professionals, situat en una zona turística que integra dues poblacions, i té una bona coresponsabilització professional.

Grup de treball

Gerència territorial i referent autonomia gestió ICS, l'equip directiu de l'EAP Tortosa Est i l'equip directiu de l'EAP l'Ametlla-Perelló.

Objectius

- Determinar les bases de la forma de treballar de cada EAP en un espai d'autonomia de gestió i, sobretot, de la relació funcional amb la gerèn-

cia territorial i les unitats de suport (direcció de recursos humans, direcció assistencial, direcció economico-financera).

- Potenciar el lideratge dels equips directius de cada EAP.
- Revisar la dotació de recursos humans i estructurals.
- Cercar mesures i canvis en l'organització funcional de l'EAP per aconseguir millores en l'accessibilitat, eficiència i resolució.
- Acostar el lloc de decisió a l'EAP.
- Elaborar un projecte de millora de la qualitat assistencial.
- Incrementar la cartera de serveis complementària de cada EAP.

Propers passos

- Distribució de recursos, així com suport comprable. Seguiment del compte d'explotació de l'EAP.
- Distribució de productes intermedis i derivacions per EAP.
- Relació amb l'especialitzada, buscant un ambient de negociació positiva.
- Anàlisi continuat dels resultats assistencials i de qualitat de l'EAP.
- Seguir potenciant el lideratge directiu i la gestió clínica.

Projecte territorial de desburocratització

Introducció

És una necessitat de l'organització disminuir les càrregues burocràtiques dels EAP, perquè metges i metgesses i infermeres i infermers dediquin més temps a l'assistència i cura dels pacients.

La situació prèvia al projecte afavoria el seu desenvolupament, ja que disposem d'uns bons indicadors de qualitat de gestió clínica i d'eficiència dels resultats, desenvolupament de les TIC i un bon equip informàtic de suport. En 2 de les 5 EAP que componen el GTS del Baix Ebre, hi ha un espai en l'agenda dels professionals per a tasques no presencials, trucades telefòniques, informes, certificacions, etc. També estan implantant els SMS per fer recordatori a la població de visites, proves o tractaments i han començat a fer-ho amb les visites

d'odontologia i el recordatori de la vacuna de la grip a la població de risc en una EAP. La implantació de la recepta electrònica té un 60% de cobertura.

Grup de treball

Directora d'Atenció Primària, director d'Informàtica, adjunta d'Admissions i Gestió de Pacients i Gerència Territorial ICS de Terres de l'Ebre.

Objectius

- Racionalitzar les tasques burocràtiques pròpies dels processos assistencials.
- Potenciar les competències de tots els actors que intervenen en el procés.
- Donar atenció de qualitat al nivell més adient.
- Augmentar la capacitat resolutiva dels EAP.
- Aconseguir la coordinació entre nivells assistencials assegurant la continuïtat del seguiment del pacient, fer un ús més racional i eficient dels recursos.
- Garantir l'homogeneïtat en l'atenció i tractament als pacients.

Propers passos

- Continuar amb la implementació de les mesures del projecte de desburocratització i avaluar els indicadors dels processos definits.
- Fer enquesta de satisfacció als pacients i professionals d'AP i atenció especialitzada.

Atenció pediàtrica amb perspectiva territorial

Introducció

Es proposa un model d'organització de l'atenció pediàtrica basada en la integració assistencial AP/atenció hospitalària amb visió territorial i orientada a procés.

Grup de treball

Pediatria AP i Servei de Pediatria de l'Hospital.

Objectius

- Integració organitzativa i de funció (coordinació clínica).
- Incorporació de la figura del pediatra referent a l'EAP.
- Formar a metges i metgesses de família en "experts" en atenció pediàtrica.



- Potenciar el paper de la infermeria pediàtrica.
- Orientar l'atenció basant-se amb la gestió de processos amb estandardització.
- Implementar les TIC com a suport al model.
- Definir la base funcional del Projecte resideix en: "pediatre / pediatre referent / MFC "expert" / infermeria pediàtrica.
- Evolucionar a autonomia de gestió.

Propers passos

- Completar la fase de comunicació/informació.
- Implantar el model assistencial.

Desenvolupament competencial dels professionals

Introducció

Tots els professionals que formen part dels EAP, metges i metgesses, infermeres i infermers, pediatres, administratius i administratives, etc., presten atenció a la població al llarg de la seva vida. És ne-

cessari el treball en equip organitzat, que tothom sigui coresponsable d'oferir una atenció integrada a la població.

Grup de treball

Directora d'Atenció Primària, Gerència Territorial Terres de l'Ebre, directora d'infermeria i adjunta d'Admissions i Gestió de Pacients.

Objectius

- Promoure i facilitar el desenvolupament competencial professional.
- Optimitzar i incentivar els rols dels professionals de referència del GTS Baix Ebre.
- Augmentar la satisfacció dels professionals, reconeixent les seves funcions.
- Reorientar els processos burocràtics en la demanda assistencial i fer possible que cap professional faci tasques i assumeixi responsabilitats que un altre pugui realitzar.

Propers passos

Respondre les necessitats formatives detectades.



Alt Maresme i Selva Marítima

El Govern Territorial de Salut de l'Alt Maresme i la Selva Marítima té una extensió de 324,9 km² i una població de 190.560 habitants assignats a 9 centres d'atenció primària.

Atenció proactiva al malalt complex

Introducció

A l'àrea d'influència de la Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS) hi ha un Programa d'intervenció i suport a les residències geriàtriques que es va posar en funcionament el 2006 amb l'objectiu de reduir la freqüentació hospitalària i la despesa farmacèutica dels pacients institucionalitzats.

A més, l'Hospital Sant Jaume de Calella disposa d'una Unitat Funcional d'Atenció als Pacients Pal·liatius on els professionals actuen de manera coordinada per atendre els pacients a consultes externes de pal·liatius, als CAP, al domicili i si és necessari a l'Hospital.

Grup de treball

Corporació de Salut del Maresme i la Selva: cap d'Atenció Domiciliària, director assistencial i adjunt a la Direcció Assistencial.

Institut Català de la Salut: director SAP Marítima, coordinadora de processos SAP Marítima, infermera d'atenció primària.

Objectius

Implantar el programa d'intervenció i suport a les residències geriàtriques i estendre l'hospitalització a domicili a tots els EAP del GTS.

Propers passos

- Elaborar document de consens (ICS-CSMS) sobre la identificació i Pla d'actuació amb els pacients crònics complexos.
- Facilitar l'accés a les interconsultes telemàtiques amb especialistes. Establiment d'un qüestionari amb criteris unificats de complexitat: models de predicció de risc.
- Elaborar, consensuar i validar un registre únic centralitzat dels pacients identificats amb criteri de complexitat. Iniciar-ho amb grups concrets de malalts (amb demència, oncològics, etc.).
- Elaborar i consensuar una valoració integral i adequació del Pla d'actuació individual (coordinació: metge i metgessa d'AP, infermera i infermer d'AP, gestora de cas, treballador social i atenció especialitzada si és necessari). Informar del Pla d'actuació individual a la història clínica compartida de Catalunya.
- Adequar els recursos per millorar l'atenció d'aquests pacients, material d'ajuda a la dependència i ajudes domiciliàries des de serveis socials, que han de ser més assequibles per els equips d'atenció domiciliària.

Baix Empordà

El Govern Territorial de Salut del Baix Empordà té una extensió de 636,3 km² i una població de 121.052 habitants assignats a 5 centres d'atenció primària.

Atenció proactiva al malalt complex

Introducció

Ens trobem davant la necessitat de revisar l'atenció dels pacients crònics complexos. Aquesta revisió ha de preveure els diferents agents i àmbits d'actuació, així com el canvi a una visió més proactiva vers la visió més reactiva actual.

Grup de treball

Serveis de salut integrats del Baix Empordà: director assistencial, director d'atenció primària, director d'avaluació, informació i recerca, responsable de sistema d'informació, cap de medicina interna, cap d'urgències.

Institut Català de la Salut: director SAP Marítima, coordinadora de processos SAP Marítima, directora de l'EAP i directora d'infermeria ABS de Sant Feliu de Guíxols.

Objectius

Definir un model d'atenció integral en el pacient crònic complex que permeti millorar l'atenció del pacient i el seu estat de salut i, en últim terme, millorar la qualitat de vida, els resultats de salut i la satisfacció del pacient i la seva família.

Resultats esperats

- Disminuir les visites a urgències de l'hospital.
- Disminuir el nombre d'ingressos urgents i dies d'hospitalització.
- Disminuir les derivacions urgents dels centres residencials de la comarca del Baix Empordà.
- Reduir el consum d'utilització de serveis sanitaris.
- Avaluar la concordança entre el model predictiu i la valoració clínica de fragilitat (mesurada en una enquesta).
- Definir un model d'atenció integral en el pacient crònic complex que permeti millorar l'atenció del pacient i el seu estat de salut.

Propers passos

- Difondre el projecte entre els professionals de les entitats que participen en el projecte.
- Crear nous circuits i canviar determinades dinàmiques de treball. Enfocament nou, tractar amb especial atenció aquests pacients, crear altres circuits i disposar d'infermeria especialitzada en geriatria a la primària.

Alt Empordà

El Govern Territorial de Salut de l'Alt Empordà té una extensió de 1458,14 km² i una població de 135.942 habitants assignats a 10 centres d'atenció primària.

Reordenació de l'atenció continuada i urgent

Introducció

El que es pretén amb aquesta acció és reordenar l'atenció continuada de la zona segons el nou model d'atenció a les urgències i emergències en base territorial. Fins ara hi havia molts punts d'atenció continuada de primària en el territori i cap a la ciutat de Figueres. Aquests punts estaven coberts amb pocs professionals i alguns punts amb escassa activitat assistencial, fent-los pocs eficients. Això mateix, comportava una dificultat per fer domicilis, ja que es deixen els centres sense ningú. D'altra banda aquests punts tenien el mateix nombre de professionals de guàrdia, independentment de l'horari i les necessitats a atendre. Tot això dins un marc de dèficit creixent de professionals i, alhora, que el Servei d'Urgències de l'Hospital Comarcal estava col·lapsat.

Grup de treball

Per part de la Fundació Salut Empordà (FSE), el director assistencial, el cap del Servei d'urgències, el cap d'infermeria d'urgències i el director de Primària.

De l'ICS, la directora de Serveis d'Atenció Primària de l'Àmbit Girona, el director de Serveis d'Atenció Primària Nord, la directora de l'ACUT de Figueres.

Per part de l'EBA Peralada, Albera Salut SLP, el ge-

rent de l'entitat i el cap d'infermeria.

En alguna fase del projecte s'han incorporat altres persones de diferents entitats.

Objectius

- Adequar els serveis del territori a la demanda actual.
- Optimitzar i millorar l'eficiència del conjunt de punts d'atenció continuada a través de la integració/concentració dels dispositius assistencials i dels recursos.
- Millorar l'adequació de l'atenció urgent, de manera que, segons la gravetat i el nivell d'urgència, l'atenció es doni en el lloc on es pot aconseguir de forma més eficient i amb millor resultat.
- Millorar el temps de resposta, de manera que les persones amb necessitat d'atenció urgent puguin rebre atenció amb un temps d'espera adient.
- Afavorir la continuïtat assistencial i la longitudinalitat, de manera que els episodis d'atenció urgent no quedin aïllats de la resta del procés d'atenció i es puguin tenir en compte els antecedents significatius per a l'atenció en el moment que es realitza la demanda d'atenció urgent i el correcte seguiment posterior, si escau.

Propers passos

Ampliar l'horari de funcionament del PAC Figueres, gestionat per l'ICS a 24 hores, durant tots els dies de l'any.

Osona

El Govern Territorial d'Osona té una extensió de 1260,12 km² i una població de 150.139 habitants assignats a 11 centres d'atenció primària.

Atenció proactiva al malalt crònic complex i hiperingsressador

Introducció

La reordenació dels recursos i serveis existents poden donar un nou abordatge als malalts crònics en situació de complexitat que ofereix millores als propis pacients i al sistema sanitari. Es planteja la proposta de col·laboració dels diferents professionals d'atenció primària (EAP), l'equip hospitalització domiciliària gestionat per un proveïdor sociosanitari i l'hospital d'aguts per fer el nou disseny d'atenció.

Grup de treball

El lideratge del projecte està portat per una metgessa del CAP Centelles, la directora d'infermeria de la SAP i un metge geriatre de l'Hospital Sociosanitari Santa Creu de Vic. En el grup també estan treballant més professionals de les entitats proveïdores implicades en l'atenció a aquest tipus de pacients.

Objectius

- Definir un nou abordatge d'aquests pacients, amb els recursos actuals, i es planteja realitzar un estudi demostratiu en 25 persones del grup diana: pluripatològics i amb més de 3 ingressos en el darrer any per tal d'analitzar circuits/cost/dificultats.
- Identificació de les persones diana.
- Elaboració d'un Pla d'intervenció personal consensuat conjuntament amb el pacient i la família, l'equip d'atenció primària, hospitalització a domicili, infermeria d'enllaç i qualsevol altre agent sanitari o social necessari en cada cas.
- Disminució de la taxa d'hospitalitzacions evitables en aquest grup de pacients amb la prevenció i/o detecció precoç de les crisis al domicili.
- Oferir un seguiment proactiu i augmentar l'accés

telefònic a la gestora de casos.

Propers passos

S'inicia l'estudi demostratiu el mes de juliol i finalitzarà el mes de desembre amb avaluació d'indicadors tant de processos com de resultats. El Pla d'intervenció personal està accessible a tots els professionals de les entitats proveïdores mitjançant el Sistema d'Informació Compartit d'Osona (SI-SISO).

Definició i posada en marxa de nous requeriments en la plataforma de comunicació SI-SISO del territori per afavorir l'atenció integrada d'aquestes persones.

Anàlisi d'incloure un gestor o gestora territorial de casos. Inicialment aquestes funcions són assumides per infermeres i infermers ja existents en els 3 proveïdors d'AP.

S'està elaborant una graella per ajudar a redistribuir els recursos i possibilitar la contractació d'objectius territorials i per entitat proveïdora, segons el Pacte d'accés i resolució (PAR).

Proposar la col·laboració amb altres agents socials del territori (ajuntaments, associacions, etc.).

Atenció urgent i continuada amb perspectiva territorial

Introducció

L'any 2008 ja es va iniciar una reordenació dels punts d'atenció continuada a Osona, amb l'obertura d'un punt de triatge d'atenció primària a l'Hospital de Vic els dies laborables de 8 a 21h. Aquest punt centralitza l'atenció en horari nocturn per a totes les ABS, excepte Lluçanès i Sant Quirze de Besora. L'Hospital manté un altre punt d'atenció urgent. L'avaluació d'aquesta reordenació ha estat

satisfactòria i, és per això, que l'Hospital i l'atenció primària volen avançar en el projecte emmarcat en el PIAPSC.

Grup de treball

El projecte està liderat per una metgessa de EAP Santa Eugènia de Berga, el director mèdic de l'Hospital General de Vic i el Comitè Tècnic de Seguiment de l'ACUT (atenció continuada d'urgències territorials).

Objectius

- Fer un únic triatge a l'Hospital segons el model andorrà (porta única).
- Mantenir el redireccionament diürn a les ABS i en caps de setmana als punts d'atenció continuada diürns oberts.
- Augmentar el nivell de resolució del recurs mèdic diürn per tal de donar suport a l'AP en processos de més complexitat (atenció al malalt complex), evitant possibles visites al nivell 2 de l'hospital.
- Utilitzar aquest recurs com a suport a l'atenció primària en el diagnòstic ràpid per a l'atenció immediata o com a equip d'hospitalització a domicili en dies o franges horàries on no està cobert per l'equip existent en el territori, garantint així una cobertura 7 dies x 24 hores.

Propers passos

Demandar millores d'accés a la història clínica compartida de Catalunya.

Proposta de creació d'una unitat productiva pròpia per al punt únic d'urgències (més agilitat en la contractació i la gestió de recursos amb un pressupost diferenciat).

Millorar la funcionalitat del punt d'atenció continuada a l'Hospital de Vic amb una remodelació de l'espai.

Proposta d'increment d'una infermera o infermer per torn al punt de triatge.

S'està elaborant una graella per ajudar a redistribuir els recursos i possibilitar la contractació d'objectius territorials i per entitat proveïdora, segons el Pacte d'accés i resolució (PAR).

Relació amb altres agents socials del territori (ajuntaments, associacions, etc.).

Consultories clíniques/gestió d'especialitats

Introducció

La practica diària en compartiments estancs entre AP i AE, amb dèficits de comunicació, informació, seguiment terapèutic i amb orientació al propi servei, permeten una clara oportunitat de millora amb una integració assistencial més racional, basada en protocols consensuats centrats en l'usuari, establint l'àmbit assistencial idoni per a cada procés.

Hi ha una variabilitat significativa pel que fa a la resolució dels EAP a nivell del GTS. Es prioritza la gestió de 3 especialitats, urologia, digestiu i traumatologia, i es defineixen els diagnòstics concrets a treballar.

Grup de treball

El grup és liderat per un director d'EAP, l'adjunta a gerència del Consorci Hospitalari de Vic i diferents professionals referents per a cada especialitat.

Objectius

Com a objectiu principal es formula la integració de processos assistencials com un continuïum per millorar la resolució de l'atenció primària.

Propers passos

El mes de juny es va acabar la definició dels circuits assistencials per patologies.

Serà necessària la quantificació i redistribució dels recursos que actualment gestionen les diferents entitats proveïdores d'AP i l'Hospital per a l'atenció de cada procés.

Seria útil obtenir una DMA (despesa màxima assumible) per producte intermedi i procediment a nivell territorial.

S'està elaborant una graella per ajudar a redistribuir els recursos i possibilitar la contractació d'objectius territorials i per entitat proveïdora, segons el Pacte d'accés i resolució (PAR).



Desenvolupament competencial dels professionals. Treball administratiu en xarxa

Introducció

El treball administratiu ha estat coordinat entre les diferents entitats proveïdores des de la creació del SISO. Tot i així, hi ha força aspectes de la citació en origen a millorar i aquest projecte ha estat una oportunitat. La millora del treball administratiu en xarxa està relacionat amb el projecte de consultories clíniques i gestió d'especialitats (urologia, digestiu i traumatologia).

Grup de treball

Liderat per la directora del SAP, el gerent de l'Hospital Santa Creu de Vic, l'adjunta de direcció de l'Hospital General de Vic, i on col·laboren les àrees administratives del Consorci Hospitalari de Vic (CHV), l'Hospital Sociosanitari de la Santa Creu i els EAP d'Osona.

Propers passos

Des de maig de 2010 des de totes les ABS (excepte 1) es poden programar primeres visites a l'Hospital, ja siguin preferents o normal, i en breu també es podrà sol·licitar una prova diagnòstica i accedir a la informació de les llistes d'espera. Tot això es realitza a través de la plataforma SI-SISO de comunicació entre àrees administratives.

S'ha de treballar la informació a usuaris per tal que coneguin aquesta millora.

El mes d'octubre es podrà avaluar els indicadors de seguiment definits pel grup de treball.

Desburocratització

Introducció

Projecte per a l'implementació i seguiment de la Instrucció 6 i 7/2009 del CatSalut.

Grup de treball

Liderat per l'adjunta de direcció de l'Hospital General de Vic, una farmacèutica, un director d'EAP i la cap de l'unitat d'Atenció a l'Usuari EAP Centelles i on col·laboren altres professionals del territori.

Propers passos

S'han prioritzat 3 punts de la Instrucció:

- Eliminació de la recepta blanca.
- Les derivacions des de l'AP a l'Hospital i la recepció en aquests.
- El lliurament d'informes.

S'està elaborant un document de consens i a partir d'aquí establir indicadors d'avaluació de procés i de resultats ajustats a la realitat territorial analitzada.

Salut laboral i adequació de prestacions a càrrec de tercers

Introducció

La creació l'any 2010 de la Unitat de Salut Laboral (USL) al territori fa que la prioritització d'aquest projecte pugui vincular-se a l'atenció urgent territorial i a les consultories de traumatologia.

S'han identificat les malalties laborals definides en el Conveni específic de l'acord marc i es treballarà inicialment amb aquestes.

Cal que els professionals d'atenció primària, atenció especialitzada i urgent coneguin la USL i com els pot ajudar en la valoració d'un cas. És per això que es va introduir dins el contracte de compra de serveis d'AP un objectiu de la Regió Sanitària Catalunya Central: cada EAP ha de conèixer la unitat i, per tant, s'ha de realitzar almenys 1 reunió l'any 2010.

Grup de treball

Els responsables del projecte són la responsable Unitat de Salut Laboral de la Regió Sanitària Catalunya Central i un director a l'EAP en col·laboració amb professionals d'atenció primària, atenció especialitzada i urgent.

Propers passos

Realitzar l'avaluació de les actuacions del darrer any.

Valorar la creació d'una comissió territorial amb les mutualitats laborals, ICAM i patronals per tractar les incidències que generi l'aplicació del Conveni.

Els SIS haurien d'ajudar a identificar automàticament la possibilitat que un procés sigui sospitós de ser malaltia professional, trànsit, accident esporàdic, etc.

Aumentar la informació i formació als professionals.

Pallars Jussà - Pallars Sobirà

El Govern Territorial del Pallars Jussà i Pallars Sobirà té una extensió de 2721 km² i una població de 19.012 habitants assignats a 3 centres d'atenció primària.

Autonomia de gestió

Introducció

L'EAP Trepmp és pioner en l'autonomia de gestió, projecte que porta més de dos anys en marxa i del qual s'han obtingut bons resultats preliminars. La clau de l'èxit del projecte es troba en la maduresa de l'equip i en el lideratge de la seva directora.

Grup de treball

Equip de l'EAP de Trepmp i Direcció de la SAP.

Objectius

- Millorar de la gestió clínica.
- Disposar de major capacitat de sol·licitud de proves i derivacions.
- Millor gestió del temps que permeti l'autoorganització de les pròpies tasques.
- Racionalitzar la freqüentació de visites, facilitada per la implantació de la recepta electrònica.

Propers passos

Estendre el projecte a tot el territori.

Atenció pediàtrica amb perspectiva territorial

Introducció

La població pediàtrica del Pallars Jussà i del Pallars Sobirà és d'uns 2.600 infants de 0 a 14 anys. La cartera de serveis en el territori s'oferta per dos proveïdors: ICS i Hospital del Pallars. Bàsicament s'ofereix consulta diària a les capçaleres d'àrea bàsica (Trepmp, la Pobla i Sort) i urgències i visita als malalts ingressats a l'Hospital del Pallars. La dificultat creixent per trobar professionals especialistes en pediatria que es vulguin establir al Pallars, fa que s'hagin plantejat un altre model d'atenció pediàtrica.

Grup de treball

Direcció de la SAP, professionals d'AP i atenció especialitzada i cap de Pediatria de l'Hospital Vall d'Hebron.

Objectius

- Implantar un model de pediatria territorial, tal com es recull en el Pla estratègic d'ordenació de l'atenció pediàtrica. Així doncs, un únic equip de pediatres s'encarrega de la totalitat de les activitats en el territori, tant les d'atenció primària com les hospitalàries amb unes urgències úniques.
- Formalitzar un acord amb l'Hospital de la Vall d'Hebron, pel qual tres pediatres es desplacin cadascun 1 setmana al mes al Pallars. El projecte està funcionant des de l'any passat amb bons resultats.

Propers passos

Avaluació i seguiment del projecte.

Implantació de la visita i consultoria virtual i telemedicina

Introducció

La dispersió geogràfica és una oportunitat per desenvolupar projectes de visita no presencial. Al territori del Pallars s'han posat en marxa diverses iniciatives de telemedicina.

Grup de treball

Professionals dels EAP i professionals de les especialitats seleccionades.

Objectius

- Definir criteris per seleccionar les especialitats a potenciar la visita i consultoria virtual.
- Definir guies clíniques per a cada especialitat.
- Major accessibilitat dels ciutadans a l'atenció especialitzada.
- Disminuir les visites presencials a l'atenció especialitzada.

Propers passos

Estendre les TIC a d'altres especialitats.

Maresme Central

El Govern Territorial del Maresme Central té una extensió de 153,4 km² i una població de 226.171 habitants assignats a 12 centres d'atenció primària.

Projecte d'atenció al malalt complex

Introducció

L'augment de les malalties cròniques juntament amb la possibilitat de buscar alternatives d'atenció a pacients en fase molt evolucionada de la insuficiència cardíaca, es va considerar el primer pas per oferir serveis sanitaris més adequats a les necessitats de les persones que es troben en aquesta situació.

Grup de treball

Formen el grup 6 metges i metgesses, 4 infermeres i infermers i una treballadora social de les entitats proveïdores: atenció primària ICS i CSM, i d'atenció especialitzada de l'Hospital de Mataró.

Objectius

S'orienta la tasca al subgrup de malalts amb insuficiència cardíaca per fer un model únic d'atenció.

L'objectiu a mitjà termini és:

- Implementar la gestió de casos d'insuficiència cardíaca amb característiques de fragilitat en el territori que sigui assumible amb els recursos actuals.
- La gestió de malaltia (insuficiència cardíaca) per tal d'aplicar de la mateixa manera en tots els equips del territori la mateixa guia de pràctica clínica de la insuficiència cardíaca mitjançant una ruta assistencial.
- Implantació del programa del pacient expert enfocant a aquest subgrup de malalts.

Propers passos

- Identificació de la població diana (es disposa del consum de recursos en el consorci de pacients amb el diagnòstic d'IC de totes les ABS del territori).
- Creació d'un sistema d'identificació (codificació) comú a tot el territori.

- Acordar una mateixa GPC d'insuficiència cardíaca.
- Elaboració d'un projecte per a la seva implementació efectiva concretant-se en una ruta assistencial.
- Elaboració d'indicadors de qualitat assistencial.

Projecte de reordenació de l'atenció pediàtrica territorial

Introducció

Després de la publicació del Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària i la disponibilitat de professionals de pediatria, es considera una oportunitat desenvolupar aquest projecte en el marc del PIAPSC.

Grup de treball

Format pels diferents proveïdors d'atenció pediàtrica del territori (atenció primària de l'Institut Català de la Salut i del Consorci de Mataró, i per l'atenció especialitzada de l'Hospital de Mataró).

Objectius

- Garantir la coordinació funcional dels recursos d'atenció pediàtrica del territori, tant d'atenció primària com hospitalària.
- Millorar l'adequació de l'atenció pediàtrica.
- Afavorir la continuïtat assistencial.
- Racionalitzar la utilització dels recursos sanitaris (resoldre processos assistencials en el lloc més adient, adequar la distribució territorial i les funcions dels professionals).

Propers passos

Fins ara el grup de treball ha realitzat l'anàlisi de situació actual, quant a recursos físics i humans, model d'atenció als diferents proveïdors, formació continuada i coordinació. S'ha fet l'anàlisi i la prioritització d'accions de millora.

Els propers passos són el disseny de les propostes de les accions prioritzades:

- La distribució territorial de l'atenció pediàtrica.
- El paper d'infermeria.
- La homogeneïtzació de l'atenció (Pla d'activitats preventives).
- Les rutes assistencials i coordinació entre nivells.

Posteriorment, s'ha de fer la implantació de les diferents mesures, en aquest punt caldrà l'aprovació del Govern Territorial de Salut d'aquestes mesures proposades que facin referència a la redistribució territorial de l'atenció.

Atenció als problemes de salut re- llevants: Comissió per a la millora de l'atenció integrada a les cefalees i deteriorament cognitiu/demències

Introducció

Una de les àrees de millora proposada per adequar la derivació cap als especialistes, augmentar la capacitat de resolució dels equips d'atenció primària i disminuir el temps d'espera dels pacients va ser revisar les guies d'atenció a les demències i a les cefalees.

Grup de treball

Format per professionals del CatSalut i proveïdors territorials (atenció primària del CSM, atenció primària de l'ICS i atenció especialitzada del CSM).

Objectius

- Garantir la coordinació funcional dels recursos d'atenció neurològica del territori, pel que fa referència a les cefalees i al deteriorament cognitiu/demències.
- Millorar l'adequació de l'atenció per a aquestes patologies.
- Afavorir la continuïtat assistencial.
- Racionalitzar la utilització dels recursos sanitaris.
- Resoldre processos assistencials en el lloc més adient i adequar les funcions dels professionals.
- Adequar la distribució territorial.

Propers passos

- Definició de rutes assistencials i protocols, utilitzant com a base els existents.
- Definició de la cartera de serveis dels diferents nivells assistencials i dels professionals implicats.

- Millorar la resolució dels diferents nivells assistencials.
- Realització de les proves complementàries adients, establint l'àmbit d'aquesta realització i temporalitat.

Projectes de salut comunitària

Introducció

La promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable entre els nens ha concentrat la majoria de les darreres accions en l'àmbit de la salut comunitària del GTS. Aquests són temes d'interès per els ajuntaments, les escoles i especialment el sector sanitari.

Grup de treball

En fase de constitució del grup.

Objectius

- Crear una xarxa entre totes les parts implicades en la prevenció de l'obesitat infantil.
- Donar a conèixer totes les activitats sobre aquest tema en el territori.

Desburocratització

Introducció

Les millores que es proposen en les instruccions de desburocratització són percebudes com a importants millores per part dels professionals sanitaris (especialment en l'àmbit de l'atenció primària) i pels usuaris.

Grup de treball

En el Maresme Central s'ha optat per treballar cada un dels temes dins de les comissions ja existents.

Objectius

Arribar a un grau alt d'implantació de les instruccions 6 i 7/2009 en les entitats proveïdores del GTS.

Propers passos

El tema de receptes dels serveis d'urgències i de la conciliació de les medicacions entre els serveis de salut mental i atenció primària es tracta en la Comissió de Farmàcia del Capítatiu.

Les derivacions als especialistes des dels serveis d'urgències o des d'un altre especialista es treballa des de la Comissió Atenció Primària/Hospital del Capítatiu.

Alt Penedès

El Govern Territorial de l'Alt Penedès té una extensió de 592,31 km² i una població de 104.353 habitants assignats a 3 centres d'atenció primària.

Atenció proactiva al malalt complex

Grup de treball

S'han nomenat dos coordinadors, una infermera d'un EAP i un metge internista de l'HCAP.

A més, formen part del grup, pel que fa a atenció primària: infermeres i infermers dels EAP, de l'ACUT i gestors de casos, metges i metgesses dels EAP, per part del CSSV un metge, pel PADES un metge, i pel que fa a l'Hospital una infermera d'enllaç i un metge de l'UFISS, un metge d'urgències, un cardiòleg, un internista i una infermera de cardiologia.

Objectius

El disseny de la primera part del projecte va finalitzar el juliol de 2010. En aquest s'estableixen els principals objectius i actuacions a seguir per a l'atenció al malalt complex: detecció i identificació de casos, utilització de la història clínica compartida, consensuar les rutes assistencials i definir els circuits d'actuació en cas de descompensació.

S'ha arribat a un consens i s'han unificat els criteris d'actuació pels pacients amb insuficiència cardíaca crònica en situació de complexitat en les diferents situacions en què es pot trobar: estabilitat clínica, dificultat de control, reagudització, ingrés hospitalari i final de vida.

Propers passos

Formar i difondre les noves rutes consensuades i avaluar-les en els propers mesos.

L'inici de les accions amb els pacients està previst per el primer trimestre de l'any 2011 i, entre d'altres actuacions, es proposa la disponibilitat d'un hospital de dia com a suport per a l'atenció més ràpida i eficaç a aquests malalts.

Atenció pediàtrica amb perspectiva territorial

Introducció

En el marc del Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària, conscients de la necessitat de millorar la gestió dels recursos i la qualitat assistencial, l'any 2008 es va crear la Unitat de Pediatria Territorial d'Atenció Primària de l'Alt Penedès. Aquesta unitat dona cobertura a les tres ABS de l'Alt Penedès.

Gràcies a l'esforç dels professionals i al bon lideratge exercit, en aquests dos anys s'ha aconseguit una visió integral de la pediatria, s'ha creat un fort sentiment de pertinença a l'equip tot potenciant les activitats d'infermeria i la gestió de l'atenció pediàtrica, la qual cosa ha incrementat la satisfacció dels professionals i la ciutadania.

Grup de treball

Actualment, s'està definint el grup de treball que lideraran l'atenció primària i l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès.

Objectius

Ara, amb l'impuls que pot aportar el Pla d'innovació, el grup té com a objectiu completar aquesta Ordenació de l'Atenció Pediàtrica en clau territorial i amb una visió integral i integradora de tots els dispositius i actors d'atenció pediàtrica a l'Alt Penedès: atenció primària, Hospital Comarcal de l'Alt Penedès i l'hospital de referència de Pediatria, que és l'Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues.

Altres experiències d'interès al GTS

- Desburocratització.
- Atenció continuada i urgent en clau territorial.
- Models d'integració de la salut mental a l'atenció primària.

Barcelona Esquerra

Les AIS són un projecte del Consorci Sanitari de Barcelona i els proveïdors sanitaris del territori. El seu principal objectiu és millorar l'assistència sanitària a Barcelona Ciutat. Les 4 AIS de Barcelona ciutat van ser definides en el marc d'unes jornades interinstitucionals el desembre de 2006.

L'Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra (AIS-BE) comprèn una població de 547.298 habitants assignats a 19 centres d'atenció primària.

Atenció als problemes de salut rellevants (neurologia)

Introducció

A Barcelona Esquerra, el desplegament de la reforma de l'atenció especialitzada (RAE) es fa sobre la base d'un model de referència teòric amb 5 eixos, basat en la integració dels especialistes a l'hospital i la descentralització de l'atenció, i que pretén millorar la coordinació entre nivells assistencials i la gestió dels pacients.

Grup de treball

Comitè d'Atenció Integral de Salut Barcelona Esquerra (CAIS-BE), amb representació de les màximes autoritats de tots els proveïdors implicats (H. Clínic / H. Sagrat Cor / H. Plató / SAP Esquerra ICS / CAPSE / Gesclínic / EAP Poble Sec / EAP Sarrià-Vallplasa); Comissió Permanent del CAIS-BE (CP-CAIS-BE); Oficina Tècnica de la Comissió Permanent (OTCP); Grup Clínic de Neurologia (Grup de professionals -intranivells i intracategories- que treballen la gestió clínica conjunta).

Objectius

- Redefinir els circuits entre els equips d'atenció primària i els hospitals per a les especialitats que donen servei a través dels CAP II. Aquest objectiu ja ha finalitzat.
- Creació grups clínics per tal d'homogeneïtzar i optimitzar l'assistència, generant protocols i vies clíniques i reforçant també la comunicació entre nivells.

Propers passos

Creació del Grup Clínic de Neurologia.

Atenció urgent i continuada amb perspectiva territorial

Introducció

Programa de millora de l'organització assistencial: integració de serveis.

Grup de treball

CAIS-BE, CP-CAIS-BE, OTCP, Comitè Operatiu d'Urgències i Emergències. Coordinador: cap d'Urgències de l'Hospital Clínic.

Objectius

- Garantir la coordinació funcional dels recursos d'atenció urgent i continuada del territori, tant d'atenció primària com hospitalària, com d'emergències.
- Adequació de les instal·lacions dels diferents dispositius
- Millores en la coordinació operativa:
 - Suport des de l'Hospital Clínic (treball social, proves diagnòstiques, consultoria especialistes) a la resta de dispositius d'atenció urgent de Barcelona Esquerra.
 - CUAP Manso: desenvolupament i consolidació de capacitat assistencial.
 - L'Hospital Plató i l'Hospital Sagrat Cor: estabilització del suport a l'hospitalització des d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona.
 - SEM: consolidació de la diversificació de derivació de l'atenció urgent en el territori.

Propers passos

- Actualització dels quadres de comandament del AIS-BE.
- Implantació del programa d'ajuda al triatge en la resta de dispositius d'atenció urgent de Barcelo-



na Esquerra (H. Clínic 2009).

- Progressar de forma racional en l'adequació de fluxos de malalts a través de criteris de derivació i d'hospitalització.
- Seguiment dels canvis globals en l'atenció urgent a Barcelona ciutat (Òrgan de Coordinació per les Urgències de Barcelona ciutat).

Visita i consultoria virtual. Telemedicina

Introducció

El metge de família remet al dermatòleg, electrònicament, una fotografia digital d'alta resolució amb les lesions del pacient juntament amb un resum del cas. El sistema evita desplaçaments al pacient, facilita l'accés al dermatòleg i permet reduir les llistes d'espera, ja que es poden estudiar millor els casos i establir més fàcilment la seva prioritat.

Grup de treball

CAIS-BE, CP-CAIS-BE, OTCP, equip de direcció del projecte (coordinador: director de la Unitat de Melanoma de l'Hospital Clínic), professionals de SS.II dels proveïdors, Comitè Operatiu de SS.II del AIS-BE i 15 metges de família.

Objectius

- Implantar una prova pilot de teledermatologia al territori de Barcelona Esquerra, avaluar-lo i procurar estendre'l si els resultats són positius.

Resultats esperats

- Formació continua del MF.
- Filtres adequats de les consultes dermatològiques: efecte en "filtre cosmètic".
- Ordenar la prioritat de l'assistència: llistes d'espera. de patologia important.
- Eficiència (consultes d'hospital, cost).
- Satisfacció del pacient.
- Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona.
- SEM: consolidació de la diversificació de derivació de l'atenció urgent en el territori.

Propers passos

Mesura de resultats (desembre 2010) i ampliació de la plataforma en el territori en funció dels resultats.

Autonomia de gestió

Introducció

S'ha iniciat la implantació de l'autonomia de gestió en un centre de l'ICS amb suport de l' AIS BE.

Objectius

Assolir els objectius específics marcats per l'ICS en l'acord de gestió.

Grup de treball

CAIS-BE, CP-CAIS-BE, OTCP, ICS, EAP La Marina.

Objectius

Implantar l'autonomia de gestió a diversos EAP de Barcelona Esquerra.

Propers passos

Avaluar l'autonomia de gestió al CAP La Marina.

Altres projectes al territori

- Reforma de l'atenció especialitzada (RAE): cirurgia vascular, cirurgia general, endocrinologia, cardiologia, pneumologia, dermatologia i digestiu.
- Salut aental i addicions.
- Atenció sociosanitària.
- Atenció pediàtrica.
- Atenció al malat crònic: EPOC, ICC i diabetis.
- Sistemes d'informació.

Baix Montseny, Baix Vallès i Vallès Oriental Central

Baix Montseny

El Govern Territorial de Salut del Baix Montseny té una extensió de 294,1 Km² i una població de 49.447 habitants assignats a 4 centres d'atenció primària.

Baix Vallès

El Govern Territorial de Salut del Baix Vallès té una extensió de 442 Km² i una població de 95.774 habitants assignats a 5 centres d'atenció primària.

Vallès Oriental Central

El Govern Territorial de Salut del Vallès Oriental Central té una extensió de 406 Km² i una població de 238.894 habitants assignats a 18 centres d'atenció primària.

A l'octubre es van incorporar els GTS del Baix Montseny, Baix Vallès i Vallès Oriental Central. Per la idiosincràsia de treball establerta entre els tres GTS els projectes es desenvolupen de forma conjunta.

Atenció als problemes de salut rellevants

Pla de demències i deteriorament cognitiu del Vallès Oriental (PADECVO)

Introducció

L'objectiu general de PADECVO és millorar la qualitat de vida i una disminució del patiment a les persones afectades de síndrome de demència i als seus familiars.

Grup de treball

Format per dues metgesses de família i una infermera de l'ICS, una geriatra de l'FHAG (Fundació Hospital Asil de Granollers), una neuròloga de l'FHAG i un geriatre de l'Hospital de Mollet – PADES ICS, una neuropsicòloga de Benito Menni i un psiquiatre de Benito Menni.

Objectius

1. Definir i homogeneïtzar els processos assistencials al llarg de la malaltia.
2. Establir els mecanismes necessaris per a la coordinació de totes les entitats assistencials, sanitàries i socials.
3. Optimitzar els tractaments disponibles a tots els nivells.
4. Millorar les habilitats dels diferents professionals implicats.

Propers passos

- Pla pilot en 2 EAP (2011) lligat a objectius assistencials i direcció per objectius (2011, gener-juny).
- Avaluació del pla pilot i redefinició del pla 2011 (juliol-desembre).
- Extensió del Pla a tota la població (2012).
- Avaluació anual i mesures de correcció.

Comissió de l'aparell locomotor - Vallès Oriental Central

Introducció

Seguint les recomanacions del Pla director de malalties reumatològiques i aparell locomotor, es planteja un nou abordatge de les malalties cròniques de l'aparell musculoesquelètic (sobretot el mal d'esquena crònic lumbar, dorsal i cervical, l'artrosi i l'artritis o reumatisme).

Grup de treball

Format per dos metges de família i la tècnica de salut de l'ICS, un traumatòleg, un reumatòleg, el responsable de la Unitat del Dolor i la sotsdirectora mèdica de l'FHAG, un membre de l'empresa de rehabilitació CERVA, un representant de la de Fisio-gestió i un representant del CatSalut.

Objectiu

L'objectiu general és millorar l'atenció a les persones afectades per patologia de raquis.



Propers passos

- Dissenyar la cartera de serveis pactada entre els nivells assistencials i les diferents especialitats i proveïdors.
- Gestió per processos en patologies compartides. Circuit d'accés als diferents professionals específics.
- Sistemes de coordinació amb els proveïdors de rehabilitació.
- Estudi d'adequació de la proves complementàries segons patologia i evitació de la duplicitat d'exploracions.
- Millora de l'ús de la informació clínica compartida.

Atenció proactiva al malalt crònic complex

Introducció

En els GTS de Baix Montseny, Baix Vallès i Vallès Oriental - Sector Central, el projecte del PIAPSC d'atenció proactiva al malalt crònic complex, inclou actuacions vinculades a altres dos projectes: atenció als problemes de salut rellevants, en aquest cas insuficiència cardíaca congestiva (ICC) i desenvolupament competencial dels professionals d'infermeria.

Grup de treball

Per tractar els projectes abans esmentats, s'han creat diferents grups. Un format per metges i metgesses, infermeres i infermers i una treballadora social de les entitats proveïdores: atenció primària ICS i EAP La Roca del Vallès; atenció especialitzada de l'Hospital de Granollers, Sant Celoni i Mollet; i un representant de la Comissió Sociosanitària del Vallès Oriental. Un altre per la directora d'infermeria de la SAP Granollers – Mollet, dues infermeres referents en ICC, dues infermeres de l'ICS, una infermera de consultes externes de cardiologia de l'FHAG, la infermera responsable de la trajectòria d'ICC a l'Hospital de Sant Celoni, a l'Hospital de Mollet i a l'FHAG.

Objectius

L'objectiu és elaborar un model d'abordatge integral: curar, cuidar i fomentar l'autocura al pacient

amb insuficiència cardíaca (ICC), dotar-se d'un enfocament poblacional sistemàtic per identificar persones amb risc, intervenir mitjançant programes assistencials específics, i mesurar resultats clínics i d'altres naturaleses.

En el projecte de desenvolupament competencial d'infermeria l'objectiu és formar professionals referents d'infermeria d'atenció primària i atenció hospitalària en els aspectes més rellevants pel diagnòstic i seguiment del pacient amb ICC.

Propers passos

Actualment s'està treballant en les següents línies específiques:

- Difusió del mapa assistencial a través d'una jornada i de sessions clíniques i implementació de la guia clínica.
- Implementació d'una eina de gestió en el portal col·laboratiu per identificar i fer el seguiment dels pacients amb ICC.
- Implantació d'un protocol a UCIES, potenciació de la UMAD (Unitat Multidisciplinària d'Atenció al Dia) i la Unitat d'Atenció als Crònics – coordinació amb la primària / hospital de dia i geriatría.
- Implantar les trajectòries d'infermeria a hospitalització (Sant Celoni i Granollers).
- Dissenyar una eina informàtica de suport al procés integral assistencial.
- Dissenyar uns objectius individualitzats de control de factors de risc per a cada pacient.
- Incidir en l'educació sanitària dissenyant un protocol d'educació sanitària i materials educatius compartits.
- Formació al col·lectiu d'infermeria en el maneig de pacient amb insuficiència cardíaca.
- Incrementar el número de visites per infermera i infermer amb pacients amb diagnòstic d'ICC en el 2011.
- Enquesta de coneixements en educació sanitària sobre ICC administrada a totes les infermeres i infermers del SAP Granollers-Mollet abans i després de la formació.
- Estudiar el grau de millora dels pacients obtingut a través de la millora en les capacitats d'infermeria.

- Fomentar la cultura de la responsabilització.
- Reforçar els comportaments saludables que ajudaran el pacient a controlar la seva malaltia.
- Implicar el propi pacient i els cuidadors principals en el control de la ICC.

Autocura: viu la teva esquena - Baix Vallès

Introducció

El grup d'Educació Sanitària Viu la Teva Esquena pretén capacitar i implicar la persona en el seu procés terapèutic a partir de 17 sessions d'exercicis guiats per un fisioterapeuta en les quals s'incidirà, mitjançant tècniques educacionals, de relaxació i propiocepció, en la millora dels hàbits posturals (postures antiàlgiques) afavoriment de la flexibilitat (estiraments), utilització del concepte calor-fred en el tractament del dolor, etc.

Grup de treball

El grup està format per la tècnica de salut de la SAP Granollers Mollet, els representants de la Direcció de l'ABS de Sant Fost i de Martorelles, la coordinadora del Centre de Rehabilitació del Baix Vallès (Fisiogestión) i dos representants de CatSalut.

Objectius

Els objectius del grup d'Educació Sanitària Viu la Teva Esquena són:

- L'aprenentatge orientat a una millora de la qualitat de vida dels pacients amb dolor crònic.
- Ensenyar i recomanar als pacients aquelles pràctiques que permetin conservar la mobilitat i funcionalitat.

Propers passos

- Informar el pacient sobre què li passa.
- Ensenyar al pacient què pot fer per millorar i conservar la seva funcionalitat.
- Recomana al pacient les maneres de tenir cura de la seva esquena i com fer-ho si empitjora.
- Implicar i motivar el pacient envers el seu procés terapèutic de forma positiva.

Pacient expert

Introducció

El SAP Granollers Mollet ha posat en funcionament el Programa de pacient expert des de l'atenció primària per tal d'augmentar els coneixements dels pacients sobre la seva malaltia i implicar-los en l'ajut a altres pacients amb malalties similars.

Grup de treball

Direcció de la SAP de Granollers i professionals d'infermeria.

Objectius

- Potenciar l'autocura dels pacients.
- Aconseguir la implicació dels propis pacients en el control de la seva malaltia.
- Millorar el compliment terapèutic (farmacològic i no farmacològic).
- Reconèixer els símptomes, signes d'alarma i tractaments per evitar descompensacions.

Propers passos

Consolidar els dos grups existents:

- Pacient expert en insuficiència cardíaca a l'ABS de Granollers III iniciat el mes de març del 2010.
- Pacient expert MPOC a Montornès Montmeló.

Models d'integració de la salut mental a l'atenció primària

Introducció

Com a prova pilot a Catalunya, el Vallès Oriental ha implantat la prescripció electrònica en salut mental establint un circuit de coordinació amb l'atenció especialitzada, l'atenció primària (AP) i les oficines de farmàcia. La prescripció electrònica en salut mental s'inicia en pacients diagnosticats de trastorn mental sever i controlats a l'atenció especialitzada.

Membres

Responsables del CSM Granollers-Benito Menni, directora de la SAP Granollers-Mollet, directora de l'ABS Montornès-Montmeló, dos metges de família, referents de recepta electrònica de les oficines de farmàcia de l'ABS Montornès-Montmeló, responsable de la Direcció de Farmàcia de la Regió Sa-



nitària de Barcelona (seu Sant Cugat), responsable de l'Oficina Tècnica Capitatius Vallès Oriental, dues farmacèutiques de la Unitat de Farmàcia del SAP Granollers-Mollet.

Objectiu

L'objectiu és coordinar tots els agents implicats amb la implantació de la recepta electrònica des del Centre de Salut Mental de Granollers per tal de garantir als usuaris l'accés a la medicació dins el marc dels principis de qualitat, adequació, equitat i eficiència, així com fer un seguiment dels resultats d'aquesta implantació.

Pla de treball

- Definir els criteris de selecció dels pacients a incloure en el programa.
- Establir els criteris de quin professional fa la prescripció i amb quina durada, en funció dels següents supòsits:
 - Pacients que el seguiment es fa des del centre de salut mental.
 - Pacient que es dona d'alta del CSM i es deriva a l'AP pel seu seguiment.
 - Pacient que és motiu de consultoria AP-CSM.
- Circuits de coordinació entre atenció primària - salut mental - oficines de farmàcia per resoldre problemes relacionats amb la medicació.
- Selecció de medicaments atenent als criteris d'eficàcia, seguretat i eficiència.
- Definir indicadors per a l'avaluació de la implantació de la recepta electrònica en salut mental.

Atenció pediàtrica amb perspectiva territorial

Introducció

Tot seguint el Pla director de reordenació de l'atenció pediàtrica, i buscant una millor resolució, i accessibilitat, es proposa unificar en un sol centre els professionals que estan portant a terme l'atenció pediàtrica a la ciutat de Mollet del Vallès.

Grup de treball

Direcció de la SAP de l'ICS, dos pediatres de l'ICS i Direcció del sector sanitari.

Objectius

Creació d'un equip autogestionat de pediatria per a l'àmbit urbà de la població de Mollet del Vallès unificant en un sol CAP tots els serveis.

Propers passos

Ja s'ha realitzat la informació a la població i està previst que la reordenació de l'atenció pediàtrica es porti a terme el 2011.

Desburocratització

Introducció

Per tal d'implantar les instruccions del CatSalut 6 i 7 de 2009 sobre la desburocratització dels processos, des del Vallès Oriental es va crear una comissió de desburocratització.

Grup de treball

Tres representants de l'ICS, un representant de l'ABS La Roca, els directors mèdics dels tres hospitals de la comarca i les dues referents d'admissions de l'Hospital de Mollet i Granollers.

Objectius

La Comissió ha acordat incidir en:

- Visites successives.
- Derivacions.
- Llistes d'espera.
- Informes i receptes.

Propers passos

- Adequar els models de derivació de manera que vehiculitzin informació clínica en suport electrònic i evitant el format paper, que presenta importants limitacions.
- Projecte de derivació directa des de l'e-cap a l'agenda de planificació de l'hospital de referència.

Implantació de la visita i consultoria virtuals i telemedicina

**Sistema d'informació territorial:
més enllà d'un visor**

Introducció

El Vallès Oriental s'ha dotat d'una plataforma integrada de sistemes d'informació (X-Clinic Portal) que és la columna vertebral del projecte de sistemes d'informació que integra tots els proveïdors del territori (primària, especialitzada, sociosanitari, salut mental i rehabilitació) per tal de gestionar processos assistencials i de suport.

Grup de treball

Directius dels tres hospitals de la comarca i de l'atenció primària, responsables informàtics de totes les institucions, coordinadora dels capitatus i direcció executiva. A més de professionals assistencials adhoc per cada un dels projectes.

Objectius

Simplificació i millora de la gestió de processos assistencials entre tots els proveïdors de la comarca, facilitar la comunicació oberta i fluïda entre professionals en relació amb tot el procés assistencial.

Propers passos

- Gestió de les prealtes a través del portal com a continuïtat.

- Llista d'espera sociosanitària en línia en xarxa i distribuïda.
- Sistema de missatgeria entre professionals.
- Programació de les visites als especialistes des de l'atenció primària (agenda compartida).
- Consultories virtuals de neurologia.
- Subscripció a informació i/o pacients.

Teledermatologia

Introducció

Amb la implantació de la RAE de dermatologia s'aprofita per estudiar i implantar el projecte de teledermatologia.

Grup de treball

Pendent de definir.

Objectius

Enviar les imatges als dermatòlegs i que aquests puguin retornar l'avaluació de la patologia i l'informe amb la prescripció més adient de forma segura.

Propers passos

- Estudiar els criteris de selecció dels usuaris més adients per a aquest tipus d'assistència, i els aparells fotogràfics més adients.
- Es formaran en els àmbits de crioteràpia i cirurgia menor metges i metgesses de família i infermeres i infermers a cada equip que actuaran com a consultors interns i filtraran les telederivacions a consultar amb dermatologia.





ABREVIACIONES

ABREVIACIONS

- ABS:** àrea bàsica de salut
- AE:** atenció especialitzada
- AH:** atenció hospitalària
- AP:** atenció primària
- APS:** atenció primària de salut
- CAIS-BE:** Comitè d'Atenció Integral de Salut Barcelona Esquerra
- CMBD-AH:** conjunt mínim de base de dades hospitalàries
- CP-CAIS-BE:** Comissió Permanent del CAIS-BE
- CSM:** Consorci Sanitari del Maresme
- DGPA:** Direcció General de Planificació i Avaluació
- DM:** diabetis mellitus
- DPO:** direcció per objectius
- EAP:** equip d'atenció primària
- EBA:** equip en base associativa
- ECG:** electrocardiograma
- GPC:** guies de pràctica clínica
- GTS:** govern territorial de salut
- HBP:** hiperplàsia benigna de pròstata
- HCCC:** història clínica compartida de Catalunya
- IC:** insuficiència cardíaca
- ICS:** Institut Català de la Salut
- MPOC:** malaltia pulmonar obstructiva crònica
- OSI:** organització de serveis integrals
- OTCP:** Oficina Tècnica de la Comissió Permanent
- PAFES:** Pla d'activitat física, esport i salut
- PIAPSC:** Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària
- SAP:** sector d'atenció primària
- SEM:** Servei d'Emergències Mèdiques
- SISO:** Sistema Integral de Salut d'Osona
- SSIBE:** Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà
- TIC:** tecnologies de la informació i la comunicació
- UBA:** unitat bàsica d'atenció



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



CatSalut

Servei Català
de la Salut