

**LA2, PE2.1**

# **PROCESOS CLÍNICOS INTEGRATS**

**MARC GENÈRIC PER AL DISSENY DE  
RUTES ASSISTENCIALS (RA)**

**Versió 8.1. Setembre de 2012**

## Sumari:

1. Introducció	3
2. Concepte de ruta assistencial	4
3. Estructura mínima comuna de les RA	6
4. Recomanacions per al disseny de rutes	9
5. Recomanacions per a l'èxit de la implantació	12
6. Indicadors i estratègia d'avaluació	13
Annex 1: Informació comuna per a les dades generals	15
Annex 2: GPC recomanades	17
Annex 3: Orientacions per a un pacte en situació de complexitat	18
Annex 4: Elements clau de procés	20
Annex 5: Llistat de verificació ( <i>checklist</i> ) de la qualitat de les RA	27
Annex 6: Recomanacions d'estil en la redacció d'informes clínics	28
7. Autors	31

## 1. Introducció

Les directrius que es deriven del Pla de salut 2011-2015 determinen, com a Projecte estratègic 2.1 del PPAC, el desplegament de l'atenció als deu processos clínics integrats de més impacte pel que fa a malalties cròniques (insuficiència cardíaca, nefropatia, malaltia pulmonar obstructiva crònica, asma, diabetis mellitus 2, depressió, demències, trastorns mentals severos i greus, càncer, malalties del sistema musculoesquelètic i dolor crònic).

L'objectiu general d'aquest projecte és millorar l'abordatge clínic dels pacients amb aquestes malalties –dins de l'àmbit territorial– amb el recurs assistencial més adient segons el grau i la fase evolutiva, per tal de reduir-ne la morbiditat i la mortalitat i millorar la seva qualitat de vida i l'autocontrol sobre la seva patologia.

Aquest projecte es desplega en dos fronts complementaris, reflectits a la taula adjunta:

**Taula 1: Fronts i continguts del projecte estratègic 2.1 de Pla de salut**

FRONTS	CONTINGUTS
<b>GUIES DE PRÀCTICA CLÍNICA</b>	<p>Establir les guies de pràctica clínica (GPC) de referència per a cada patologia i proposar-les a l'oficina de GPC de l'Agència d'Informació i Qualitat en Salut (AIAQS) per a la seva valoració tècnica.</p> <p>Consensuar mitjançant grups d'experts els elements clau de cada procés (ECP), incloent-hi recomanacions d'actuació específiques.</p> <p>Implantar els ECP a escala territorial.</p> <p>Definir els registres i els resultats esperats pel que fa al seguiment de les rutes i dels ECP, integrant-los en la història clínica compartida (HCCC) i incorporant propostes per als processos de compra i contractació.</p> <p>Proposar continguts dels deu processos que s'han d'incloure en la carpeta personal de salut (CPS) i el Canal Salut.</p>
<b>RUTES ASSISTENCIALS</b>	<p>Proporcionar un model genèric de ruta assistencial.</p> <p>Dur a terme i implantar un programa formatiu metodològic per a les regions.</p> <p>Dissenyar i implantar les rutes assistencials a escala territorial.</p>

Aquest document descriu el marc genèric de referència per al disseny de rutes assistencials.

## 2. Concepte de ruta assistencial

Una ruta assistencial (RA) és el **pla operatiu** que explica l'organització de les cures i les accions estructurades i multidisciplinàries necessàries per implementar GPC en un territori determinat.

Una RA és la conseqüència del **pacte escrit i formal** entre professionals dels diferents estaments per donar resposta pràctica a determinades situacions de salut que afecten els pacients i que, dins l'àmbit territorial, és necessari ordenar i expressar de manera explícita.

La necessitat d'aquesta ordenació deriva dels criteris de prevalença de la malaltia, del seu impacte en la salut o en la qualitat de vida de les persones, d'una disfunció coneguda en la interrelació entre els agents clínics que la gestionen o de la necessitat de generar eficiència i assegurar l'equitat de l'atenció.

El seu disseny incorpora tots els proveïdors implicats en l'abordatge del problema de salut, i fins i tot aquells de l'àmbit no sanitari, si convé (per exemple, el Departament de Benestar Social i Família).

**Una RA estableix com s'organitzen els professionals d'aquests proveïdors per aplicar la millor praxi clínica.**

Les RA persegueixen els objectius següents:

### Generals

- Millorar l'atenció a les persones amb determinades condicions de salut, a través de la cooperació entre professionals, la coordinació entre proveïdors, l'establiment i l'optimització dels circuits assistencials, i la promoció de la bona pràctica, tot atorgant el recurs més adient a la situació evolutiva de cada pacient.
- Contribuir a la reducció de la mortalitat i de la morbiditat de les persones afectades per condicions cròniques, per tal de millorar-ne els resultats en salut i la qualitat de vida.

### Específics

- Assegurar que l'atenció als pacients es basa en criteris de seguretat, qualitat i efectivitat, mitjançant l'aplicació de les GPC de referència al territori, tot disminuint la variabilitat de la pràctica.
- Establir i garantir la fluïdesa, els tempos apropiats i l'efectivitat dels circuits, tot assegurant el continuïum assistencial 7x24 (7 dies a la setmana, 24 hores al dia).
- Evitar duplicitats en les visites i en les exploracions complementàries a què el pacient és sotmès.
- Racionalitzar l'ús de recursos, incloses les estades a urgències i les hospitalitzacions evitables.
- Aconseguir que no s'ometin accions assistencials importants.
- Oferir una referència completa i inequívoca de com cal gestionar els diferents escenaris en què, previsiblement, es pot trobar un pacient amb una patologia determinada.
- Facilitar un marc transparent d'avaluació dels serveis i els circuits en l'atenció de les condicions de salut incloses.
- Adaptar els continguts de la ruta, de forma flexible i evolutiva, en funció dels canvis que es produeixen en els coneixements biomèdics o a l'entorn on aquests s'apliquen.

El disseny d'una RA es basa en els mateixos valors que els de la bona pràctica clínica, atès que l'una i l'altra són termes indistingibles.

En aquest sentit, les RA impliquen un compromís ètic per part dels que les dissenyen i les apliquen. També impliquen un vincle entre les parts que, pel seu impacte en el model assistencial, ha d'incorporar-se a les polítiques de qualitat i d'incentius, així com als processos de compra de serveis.

En aquest context, les RA neixen de la cooperació entre proveïdors i s'aixopluguen sota la tutela del CatSalut, sense que se'n puguin determinar propietats o lideratges exclusius del seu desenvolupament i implantació.

Les RA han de ser, doncs, coherents amb el model assistencial derivat del Pla de salut 2011-2015 i, en conseqüència, han de situar la cronicitat i la capacitat resolutiva (sobretot de l'atenció primària) com a arguments centrals.

Les RA tenen sentit i caràcter territorial. Així, han de ser dissenyades, implementades i avaluades des d'una òptica local, descrivint el pacte entre aquells professionals que comparteixen l'atenció a la mateixa població i els circuits per on els pacients *transiten*.

Des d'un punt de vista terminològic, i per molt que descriptius com *circuits clínics*, *protocols* o *trajectòries* poden tenir un significat similar, la denominació **ruta assistencial** és la denominació de referència.

De la mateixa manera, els continguts operatius que defineixen una ruta assistencial han de ser els que s'especifiquen en aquest document.

Cal evitar la confusió conceptual que sovint hi ha entre RA i GPC:

- Les GPC es basen en la millor evidència i exposen *QUÈ cal fer* per dur a terme una bona pràctica.
- Les RA es basen en la realitat territorial i en els moments evolutius de la malaltia, i disposen *COM ens organitzarem* per fer allò que la GPC aconsella.

Finalment, en les estratègies de disseny de RA cal tenir en compte el següent:

- El pacient és el centre d'interès inequívoc: d'alguna manera, la RA ha de ser una expressió empàtica dels circuits assistencials.
- Els professionals són qui està en millor disposició per poder-ne establir els continguts, dotant-los de sentit pràctic.
- Atès el seu potencial com a palanca de canvi cultural, les RA es poden dissenyar i implantar de manera progressiva, per tal de permetre l'aclimatació progressiva dels agents implicats.
- El millor marc genèric d'una RA és aquell que permet que sigui:
  - o **Comprensible** per a tothom que l'hagi d'utilitzar.
  - o **Factible**: aplicable a qualsevol territori.
  - o **Adaptable** a les diferents realitats i circumstàncies temporals.
  - o **Respectuosa** amb les altres RA i iniciatives d'èxit dirigides a l'ordenació assistencial ja existents al territori.
- Les RA han de promoure les noves utilitats de comunicació entre professionals i entre professionals i pacients, mitjançant la HCCC, models d'interconsulta no presencial, consultes en línia, accessibilitat telefònica, procediments de missatgeria segura, etc.
- El disseny de RA és una bona ocasió perquè els territoris es plantegin la possibilitat d'obrir nous circuits d'interconsulta amb la incorporació de serveis específics (per exemple, rehabilitació respiratòria per a pacients amb MPOC).

Aquest marc conceptual ha de promoure, en conseqüència, la generació de RA dissenyades amb criteris de qualitat, simplicitat, flexibilitat i eficiència.

### 3. Estructura mínima comuna de les RA

En aquest apartat descrivim l'estructura comuna en format i contingut que es proposa per a totes les RA del territori català basant-nos en quatre elements:

- **Dades generals de la RA:** dades de filiació.
- **Procés d'atenció als pacients:** com cal atendre els pacients inclosos.
- **Indicadors:** com s'ha d'avaluar la pròpia ruta i els seus resultats.
- **Annexos:** informació addicional d'interès.

**Taula 2: Continguts de l'apartat «Dades generals» de la proposta d'estructura mínima comuna per a RA.**

ÀMBIT	COMENTARIS
<b>Nom de la ruta</b>	Nom del problema de salut i àmbit territorial on s'aplica.
<b>Data del document</b>	Data d'elaboració del document, número de la versió, dates de la darrera actualització i de la següent revisió prevista.
<b>Grup de treball multidisciplinari</b>	Noms, estament i lloc de treball dels autors i dels revisors.
<b>Definició de ruta</b>	Comuna a totes les rutes de tots els territoris (annex 1).
<b>Objectius principals i secundaris</b>	Comuns a cada problema de salut per a tots els territoris (descrita a l'annex 1). Pot incorporar algun objectiu específic territorial.
<b>Criteris d'inclusió i exclusió</b>	Comuns a cada problema de salut per a tots els territoris, i pot incorporar alguna particularitat territorial (annex 1).
<b>GPC en què es basa la ruta</b>	Documents clínics en què es basa el pacte de bona pràctica. L'annex 2 mostra les GPC proposades als grups de disseny.
<b>Població de referència</b>	Municipis que inclou i població total (referint-se a població assignada). Caldrà emplenar-ho amb el suport de l'àmbit territorial de CatSalut corresponent.
<b>Població diana</b>	Expressada d'acord amb la prevalença teòrica de la malaltia i la prevalença real segons la història clínica. Caldrà emplenar-ho amb el suport de l'àmbit territorial de CatSalut corresponent.
<b>Dispositius assistencials del territori</b>	Llistat de tots els dispositius del territori que tenen implicació directa en la gestió del problema de salut. Caldrà incorporar dades de contacte i horaris de prestació de serveis. S'ha d'emplenar amb el suport de l'àmbit territorial de CatSalut corresponent.
<b>Definició del problema clínic</b>	Inclou els criteris diagnòstics, classificacions pròpies del problema que siguin d'interès. S'ha d'emplenar basant-se en la GPC que s'empra com a referència.

**Codificacions incloses** Comuna a cada problema per a tots els territoris. Inclou els diagnòstics mèdics i d'infermeria segons CIM 10, CIE 9, NANDA, NOC o NIC i serà facilitada centralment pel PPAC.

**Bibliografia** Si escau, cal explicitar les referències utilitzades.

### Procés d'atenció als pacients

Comporta la descripció de COM s'atenen els pacients, seguint els criteris de la GPC escollida, aplicats a diferents moments evolutius de la malaltia:

**Taula 3: Continguts de l'apartat «Procés d'atenció als pacients» de la proposta d'estructura mínima comuna per a RA.**

MOMENT EVOLUTIU	COMENTARIS <sup>1</sup>
<b>Nou diagnòstic</b>	Revisar el procés diagnòstic i les accions que es deriven d'haver-ho fet.
<b>Pacient estable</b>	<p>Establir, de forma orientativa, cada quan ha de ser visitat, on i qui ha de fer els controls mentre la situació clínica pugui ser atesa des dels EAP.</p> <p>Fer una breu referència a les accions que cal fer en cada visita, posant l'èmfasi en aquells àmbits que hom consideri més importants (per exemple: preventius).</p>
<b>Aguditzacions</b>	<p>Per a cada agudització previsible, caldrà determinar el següent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si l'agudització pot ser atesa per l'EAP, interconsultar sense necessitat de derivació o si ha de ser <b>derivada per via urgent</b>.</li> <li>• El lloc (centre i servei) de derivació i els criteris de derivació a cada centre o servei (CUAP, diferents serveis i nivells hospitalaris a l'abast, etc.).</li> <li>• Les directrius sobre la informació clínica que cal adjuntar en cas de derivació.</li> </ul> <p>Incloure instruccions sobre la qualitat dels informes de retorn.</p>
<b>Dificultats de gestió</b>	<p>Identificar les situacions en què calgui <b>interconsultar de forma no urgent</b> a altres professionals.</p> <p>En cada cas, determinar el següent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definició clínica bàsica de la interconsulta.</li> <li>• Centre i servei on cal consultar.</li> <li>• Mode de derivació: incloent les interconsultes a altres centres i altres opcions (interconsulta presencial, o telemàtica, correu electrònic, etc.).</li> <li>• Directrius sobre la informació clínica que s'ha d'adjuntar.</li> <li>• Preferència, entesa com els temps d'espera màxims acceptables per accedir al professional consultat i per disposar d'informació de retorn.</li> </ul>

	Ha d'incloure instruccions sobre les condicions i la qualitat dels informes de retorn.
<b>Planificació d'altres</b>	Establir les directrius que es creguin més importants sobre les condicions d'alta de pacients ingressats. Per exemple: antelacions, comunicació interpersonal, comunicació escrita, gestió de cas, conciliacions terapèutiques, etc.
<b>Entorn de complexitat</b>	Descriure el marc general de decisions i gestió quan el pacient està en situació de malaltia complexa o avançada (vegeu l'annex 3).

(\*) Comporta la descripció de les visites dels professionals, proves complementàries i derivacions que es duen a terme en cada àmbit / moment evolutiu del pacient, explicant QUÈ (es fa, es demana), QUI (ho fa o ho pot fer), COM (s'ha de fer), QUAN (temps màxim considerat raonable) i ON (es fa, es deriva).

No hi ha una norma concreta de com plasmar-ho en la RA: cal explicitar la informació amb el grau de detall que permeti que tots els professionals implicats en la gestió del cas ho entenguin a l'hora d'aplicar-ho a la pràctica assistencial. Amb fidelitat a allò que marca la GPC, però podent expressar-se de forma redactada / descriptiva mitjançant algorismes o de la manera que cada grup redactor trobi més adient.

En tot cas, els experts consultats fan èmfasi que la descripció dels diferents àmbits ha de fer especial referència al següent:

- La garantia del criteri 7x24 (atenció adequada els 7 dies de la setmana, les 24 hores del dia).
- El rol que tenen els professionals d'infermeria en cada moment.
- L'espai que ocupen alternatives assistencials com ara el pacient expert o altres formes d'educació sanitària.
- Els aspectes d'indicació de fàrmacs o de prescripció de proves complementàries d'aquells àmbits on aquests temes puguin ser crítics o d'especial interès.
- Els aspectes d'indicació de mesures no farmacològiques que puguin estar indicades.

**Als apartats 4 (sistema de treball) i 5 d'aquest document es donen orientacions per aconseguir una descripció útil i eficient del pacte clínic per a cada moment evolutiu.**

## Indicadors

Seguint els criteris exposats a l'apartat específic (vegeu l'apartat 6), incloent-hi:

- Indicadors generals de totes les RA a tots els territoris.
- Indicadors específics de cada RA però comuns a tots els territoris.
- Indicadors particulars de cada territori.



## Annexos

Poden incorporar com un annex, segons preferència de cada territori i dissenyat pels autors «locals»:

- Text o enllaç de la GPC pactada.
- Exemples d'altres RA o documents que es considerin rellevants.
- Documents comuns que cal lliurar al pacient (dites, informació, etc.).
- Catàleg de propostes organitzatives per als equips que han d'implantar la ruta.

## 4. Recomanacions per al disseny de rutes

### Composició del grup de treball

No hi ha una composició estàndard. La composició de membres pot variar en funció de cada àmbit clínic i territorial.

Fonamentalment, el grup ha d'estar format per clínics *reals*: que atenguin pacients, que representin el dia a dia assistencial en què es vol incidir i que tinguin el respecte dels seus col·legues.

Han de representar tots els estaments, tots els proveïdors i tots els àmbits que intervenen en l'atenció clínica del problema concret de salut.

Cal incloure els farmacèutics/farmacòlegs de referència quan la RA posi èmfasi en aspectes terapèutics.

Cal plantejar la incorporació d'un tècnic de salut del territori, si escau.

En termes de *governabilitat*, els grups no han d'ultrapassar els 15 membres.

Si es considera oportú, els membres es poden incorporar en diferents moments de l'elaboració de la RA i es poden plantejar reunions parcials o subgrups de treball.

Idealment, tots han d'haver rebut una mínima formació en RA.

Més enllà del coneixement tècnic, les actituds de preferència per part dels membres són: motivació, compromís, flexibilitat ideològica, cooperació i sentit eficient de la feina.

### Lideratges

Orientativament, es proposa que cada grup sigui coliderat per un professional (metge/essa o infermer/a) de primària i un altre d'especialitzada.

Aquests professionals han de gaudir d'ascendent, credibilitat i habilitats en comunicació i conducció de grups.

Els líders han de tenir un coneixement avançat del que el procés de RA comporta, dins l'estratègia del Pla de salut.

### Sistemàtica de treball

Es pretén una combinació òptima de component presencial (obligat en fases inicials i finals) i de teletreball.

La dinàmica interna de cada grup és lliure, sempre que s'assoleixin els terminis i les fites que l'estratègia de disseny imposa i que han de quedar perfectament establertes.

L'objectiu final és aconseguir un pacte entre professionals en aquells aspectes de la gestió de cada malaltia.

L'important és aconseguir que el pacte sigui útil i, des d'aquesta visió, pot ser prescindible escriure a la RA les coses que ja s'estan fent bé.

La ruta pretén donar solucions a problemes i, per tant, és molt més interessant i pràctic centrar el pacte en aquells aspectes de gestió en què:

- Es mostren discrepàncies entre professionals.
- S'apliquen criteris diferents.
- Es deixa de fer coses que s'haurien d'estar fent.
- Pacients i professionals solen queixar-se de mal funcionament.

Així, els col·lidors del grup que dissenya la ruta han de facilitar que es vagin identificant aquests aspectes per a cadascun dels moments evolutius abans descrits (nou diagnòstic, estabilitat, agudització, etc.).

Un cop identificats, cal pactar entre els membres del grup com es gestiona cada situació:

- A la llum de la recomanació de la GPC escollida.
- Tenint en compte l'assoliment dels elements clau de procés –ECP– (annex 4).
- Garantint la bona atenció 7x24.

El recull de tots els pactes constitueix la ruta assistencial, per a aquella malaltia i en aquell territori.

Es proposa, en conseqüència, que com a mínim les rutes reflecteixin els pactes per a aquells aspectes discrepants i aquells que cal assegurar (ECP). La resta d'ítems de gestió podrien obviar-se. Centrar-se en aquests mínims és la millor estratègia d'èxit en la seva redacció.

També és una bona estratègia treballar sobre una base progressiva de disseny: no és estrictament necessari que tota la ruta estigui dissenyada des d'un bon començament. Si hi ha aspectes on no és possible establir un pacte inicial, aquest es pot posposar per a la següent revisió de la ruta (sovint es necessita temps perquè l'evidència científica es consolidi en l'àmbit professional). Des d'aquesta visió adaptable s'aconsegueix que un aspecte en el qual hi ha desacord no malmeti la resta de pactes que sí que són possibles.

### **Presa de decisions**

Les decisions es prenen per consens. En cas que no sigui possible, CatSalut arbitrarà una sortida de l'atzucac.

### **Revisió de les rutes**

Es proposa que les RA siguin revisades (amb indicadors actualitzats):

- Inicialment, als 6 mesos de la implantació.
- Posteriorment, cada 1-2 anys.
- Quan hi hagi algun esdeveniment del procés clínic o de la seva implantació que obligui a reconsiderar-ne els continguts.

### **Paper de CatSalut en el procés de disseny**

CatSalut és qui monitora el procés de disseny de rutes. Les seves funcions són les següents:

- Establiment dels cronogrames i dels resultats esperats.
- Composició dels grups de treball.
- Facilitació de dades de caràcter territorial.
- Presència institucional en la fase de constitució del grup i en la d'elaboració de conclusions finals.
- Arbitratge en cas de conflictes dins el grup o de manca de consens.
- Validació de la qualitat del producte final.
- Gestió del manteniment i de les revisions de la RA.

Un cop dissenyada la ruta, CatSalut s'erigeix com el garant de la seva implantació, la qual cosa implica:

- Facilitar la incorporació a la HCCC dels ítems que convingui.
- Gestionar la política de difusió i implantació.
- Dissenyar i fer l'avaluació periòdica.

### **Paper dels proveïdors en el procés de disseny**

- Proposta i facilitació de l'assistència dels membres per als grups de treball territorials.
- Presència institucional en la fase de constitució del grup i d'elaboració de conclusions finals.
- Suport a CatSalut en allò que aquest organisme consideri oportú.

### **Paper del PPAC**

- Disseny del marc genèric i del prototip formatiu.
- Proposta d'indicadors.
- Formació al territori.
- Suport metodològic continu, a petició de CatSalut i dels grups de treball.

### **Paper dels pacients**

Una bona estratègia pot ser la incorporació de pacients al llarg del procés de disseny de RA, particularment al final (a fi de validar-ne les propostes).

Els pacients poden estar presents a títol individual, representant associacions d'afectats o triats pel grup de pacients experts de la patologia.

## 5. Recomanacions per a l'èxit de la implantació

- Establir la composició del grup de treball basant-se en lideratges sòlids, amb ascendent clínic vers la resta de professionals.
- Construir els grups de disseny sobre altres experiències d'èxit i de base professional en aquelles patologies que puguin existir en el territori (*bottom up*).
- Assegurar, molt especialment, la capacitat de lideratge dels referents de cada grup.
- Facilitar que els experts que participen en el disseny de la ruta tinguin totes les facilitats d'assistència a reunions i d'utilitats logístiques durant el procés.
- Fer visible l'autoria de base professional, minimitzant l'autoria institucional (tot assegurant-ne, però, la presència i el suport).
- Promoure el sentit clínic, de bona praxi i d'òptima atenció al pacient que comporta la RA.
- Presentar les RA com una estratègia idònia per identificar i solucionar problemes en els circuits de base territorial. Això implica centrar-ne els continguts, fonamentalment, en els aspectes discrepants i en l'assoliment dels ECP.
- Abans de la presentació i de la implantació d'una ruta, caldrà validar-la amb una exposició a revisors de confiança. Caldrà afavorir també que els pacients puguin opinar.
- Explicar la RA com una acció d'entesa constructiva entre professionals i entre proveïdors.
- Incorporar autors i revisors com a *apòstols* del producte. En aquest context, els colíders ocupen un rol preferent com a difusors dels continguts de la ruta.
- Disposar d'una bona xarxa de referents, adaptada a les característiques i les necessitats de cada territori:
  - Referent territorial de RA en general.
  - Referent territorial de la RA d'una patologia específica.
  - Referent EAP de la RA de cada patologia.
  - Referent de cada patologia en cada dispositiu especialitzat.
- Planificar acuradament els actes de presentació, incloses jornades de base territorial i memòries. S'ha de realitzar almenys una acció informativa per equip assistencial.
- Promoure accions de comparació (*benchmark*) i fòrums d'intercanvi amb grups equivalents d'altres territoris.
- Donar publicitat a l'avaluació de la seva implantació de forma transparent i incorporar-la en contractes i polítiques d'incentius.

## 6. Indicadors i estratègia d'avaluació

Com a criteris generals:

- Els indicadors hauran de mesurar i reflectir la implantació i l'impacte de les RA en el territori i en el conjunt del país.
- Han de ser els mínims possibles i el màxim de descriptius.
- Sempre que es pugui han de pertànyer a ítems incorporats a la HCCC i permetre'n l'avaluació des d'aquesta plataforma.
- La seva avaluació ha de ser centralitzada, liderada per CatSalut i ha de disposar de monitoratge i comunicació/actualització trimestral.
- Tots els indicadors han de ser de base poblacional, la qual cosa comporta l'explotació combinada de la informació des de la HCCC o des de les històries clíniques dels diferents nivells assistencials.
- Alguns indicadors útils en RA ja es mesuren actualment i caldria revisar-ne la definició, ajustant-ne la mesura a la població assignada per gestionar apropiadament la inclusió de pacients ATDOM o institucionalitzats.

Cada ruta haurà de tenir en compte el següent:

- **Indicadors generals comuns:** indicadors d'implantació que han d'acomplir totes les RA. Establerts centralment, proposats inicialment per un grup expert i revisats/confirmats posteriorment pel comitè de referents de les regions sanitàries.
- **Indicadors específics del procés clínic:** indicadors que han d'acomplir totes les rutes assistencials d'una determinada malaltia. Establerts centralment, d'inici seran proposats pel grup expert i revisats/confirmats posteriorment pel comitè de referents de les regions sanitàries. En aquest àmbit caldrà tenir en compte el procés d'identificació d'elements clau del procés (vegeu la pàg. 4 i l'annex 4) com a focus de mesura.
- **Indicadors específics de l'entorn:** indicadors d'interès particular. Establerts per sectors i proveïdors del territori. Referits a especificitats locals pel que fa a aspectes organitzatius o altres derivats de la malaltia mateixa.

L'estratègia d'avaluació es té en compte des d'una visió progressiva. Així, l'any 2012 s'avaluaran aspectes bàsics de cobertura de les rutes, de qualitat intrínseca del seu format i d'assoliment dels ECP de cada procés.

A partir de 2013 el marc d'avaluació s'anirà ampliant sobre la base de l'experiència acumulada i de la reorientació que es vagi produint en el procés d'implantació de rutes.

Es descriu, a continuació, la proposta d'indicadors per a 2012.

## Indicadors generals comuns per a 2012

**Taula 4: Marc d'avaluació el 2012.**

Tipus	Indicador
<b>Indicadors de cobertura</b> (mesurats a escala de regió sanitària i sector)	% de RA previstes en el període en què han estat dissenyades.  % de població coberta per una RA implantada* per a cada patologia determinada.
<b>Qualitat intrínseca</b>	Mitjana en la puntuació de verificació ( <i>checklists</i> ) de qualitat de disseny de RA (annex 5).
<b>Assoliment ECP</b>	Consulteu l'annex 4.

(\*) S'entén com a *ruta implantada* en una ABS aquella que: 1) està ja dissenyada, 2) ha estat explicada a l'EAP, i 3) els membres de l'EAP tenen un professional clínic referent per a aquesta patologia (de dins o de fora de l'equip).

Les rutes assistencials en què es basen els pactes de gestió territorial haurien de ser accessibles des de la HCCC.

### Indicadors específics de procés clínic per a 2012

Són indicadors opcionals que cada regió sanitària es pot plantejar avaluar.

Es proposa aquest grup d'indicadors, comuns a totes les patologies però que cal mesurar per a cadascuna d'elles.

**Taula 5: Marc d'avaluació per a 2012 proposat per a cada patologia prioritzada.**

Tipus	Indicador
<b>Detecció</b>	% de la prevalença esperada que cobreix la detectada per a cada patologia.
<b>Qualitat de registre</b>	% d'acompliment dels registres clínics obligatoris consensuats per a cada patologia (exemples: NYHA, grau de severitat de MPOC, complicacions de diabetis mellitus, tipologia de depressió, etc.).
<b>Precisió diagnòstica</b>	% de pacients en què consten procediments diagnòstics de cada procés (eco, PFR, analítica).
<b>Qualitat de derivacions</b>	Desviació respecte a la norma en derivació de primeres visites.  Desviació respecte a la norma en ràtio primeres/segones visites.
<b>Acompliment d'esperes</b>	Desviació de les esperes i els retorns reals respecte a allò pactat.
<b>Acompliment de circuits</b>	Valoració, per enquesta de satisfacció als professionals, de l'acompliment dels circuits previstos per a la ruta assistencial.

## ANNEX 1: Informació comuna per a les dades generals

Es tracta de la informació bàsica necessària per completar les dades requerides segons la proposta de la taula 2.

### Definició de ruta

Una ruta assistencial (RA) és la conseqüència del pacte –escrit i formal– entre proveïdors i professionals per donar resposta pràctica a determinades situacions de salut que, previsiblement, afecten els pacients i que és necessari ordenar i expressar de forma explícita.

De fet, el que la RA ha d'establir és **com s'organitzen** els professionals d'aquests proveïdors per aplicar la millor praxi clínica.

### Objectius principals i secundaris

#### Objectius principals

Millorar l'atenció a les persones amb XXXX, a través de la col·laboració entre professionals, la coordinació entre proveïdors, l'establiment i l'optimització dels circuits assistencials i la promoció de la bona pràctica.

Contribuir a la reducció de la mortalitat i la morbiditat de les persones afectades de XXXX, de manera que millorin els seus resultats en salut i qualitat de vida.

#### Objectius secundaris

Assegurar que l'atenció als pacients es basa en criteris de seguretat, qualitat i efectivitat mitjançant l'aplicació de la GPC de referència al territori, tot disminuint la variabilitat de la pràctica.

Establir i garantir la fluïdesa, la cronologia apropiada i l'efectivitat dels circuits, tot assegurant el contínuum assistencial 7x24 (7 dies a la setmana, 24 hores al dia).

Evitar duplicitats en les visites i en les exploracions complementàries a què el pacient és sotmès.

Aconseguir que no s'ometin accions assistencials importants.

Oferir una referència completa i inequívoca de com cal gestionar els diversos escenaris en què, previsiblement, el pacient amb una determinada patologia es pot trobar.

Facilitar un marc transparent d'avaluació dels serveis i circuits en l'atenció de les condicions de salut incloses.

Adaptar els continguts de la ruta de forma flexible i evolutiva, en funció dels canvis que es produeixin en els coneixements biomèdics o en l'entorn on aquests s'apliquen.

### **Criteris d'inclusió**

Els pacients que s'inclouen d'acord amb els criteris de pacte clínic que la ruta té en compte són:

- Aquells amb criteris diagnòstics de XXXX segons GPC de referència.
- Els inclosos en contingents d'atenció primària dins l'àmbit territorial on s'aplica la ruta.
- Els que resideixen actualment i de forma habitual al territori.
- Les persones incloses en el programa ATDOM, ingressades en centres d'aguts o socio-sanitaris, ingressades en unitats de llarga estada o residències.

### **Criteris d'exclusió**

- Pacients atesos habitualment en dispositius assistencials de l'àmbit privat.
- Pacients que, malgrat residir al territori, habitualment són atesos per dispositius d'altres indrets.
- Pacients itinerants, desplaçats o que habitualment no resideixen en el territori.

El criteri d'exclusió no comporta en absolut la desatenció dels pacients, sinó únicament la no-vinculació al pacte assistencial establert per als pacients inclosos. Els professionals adaptarien l'atenció de forma individualitzada a les condicions i a les necessitats concretes de cada cas.



## ANNEX 2: Guies de pràctica clínica (GPC) recomanades

Els processos de consens endegats pel PPAC amb grups d'experts de cada patologia permeten oferir un llistat prioritzat (amb les opcions per ordre de preferència) de les GPC de referència, que són les que s'esmenten a continuació.

Es citen només les GPC per a les patologies prioritzades el 2012 en el Pla de salut 2011-2015 i, dins d'aquestes, només les que han rebut referència mínimament present (no aquelles que han estat proposades per un grup reduït d'experts).

Aquest llistat és una referència per als autors de les RA territorials. No obstant això, i mentre l'Oficina de GPC de l'AIAQS no determini quina és la GPC única de referència al país, els grups locals són sobirans per triar sobre la base de quina GPC estableixen els pactes de la RA.

Taula 6: GPC recomanades a Delphi Experts PPAC 2012

<b>INSUFICIÈNCIA CARDÍACA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. European Society of Cardiology: <a href="http://www.secardiologia.es">www.secardiologia.es</a></li> <li>2. ICS: <a href="http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/">www.gencat.cat/ics/professionals/guies/</a></li> <li>3. ACCF/AHA: <a href="http://my.americanheart.org/professional/index.jsp">http://my.americanheart.org/professional/index.jsp</a></li> <li>4. NICE: <a href="http://guidance.nice.org.uk/">http://guidance.nice.org.uk/</a></li> </ol>
<b>DM2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NICE: disponible a <a href="http://guidance.nice.org.uk/">http://guidance.nice.org.uk/</a></li> <li>2. GEDAPS: <a href="http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/guias/guia_gedaps_practica_cinica-2010.pdf">http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/guias/guia_gedaps_practica_cinica-2010.pdf</a></li> <li>3. American Diabetes Association: <a href="http://professional.diabetes.org/CPR_search.aspx">http://professional.diabetes.org/CPR_search.aspx</a></li> <li>4. ICS: <a href="http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/">www.gencat.cat/ics/professionals/guies/</a></li> </ol>
<b>DEPRESSIÓ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PLAN NACIONAL: <a href="http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf">http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf</a></li> <li>2. AIAQS: <a href="http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/adaptacio_gpc_depressio_aiaqs_2010ca.pdf">http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/adaptacio_gpc_depressio_aiaqs_2010ca.pdf</a></li> <li>3. NICE: <a href="http://guidance.nice.org.uk/">http://guidance.nice.org.uk/</a></li> <li>4. American Psychiatric Association: <a href="http://www.psychiatry.org/practice/clinical-practice-guidelines">http://www.psychiatry.org/practice/clinical-practice-guidelines</a></li> </ol>
<b>MPOC</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. GOLD: <a href="http://www.goldcopd.org/">http://www.goldcopd.org/</a></li> <li>2. ICS: <a href="http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/">www.gencat.cat/ics/professionals/guies/</a>,</li> <li>3. SEPAR: <a href="http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_468_EPOC_AP_AE.pdf">http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_468_EPOC_AP_AE.pdf</a></li> <li>4. GESEPOC: <a href="http://www.gesepoc.com/">http://www.gesepoc.com/</a></li> </ol>

## ANNEX 3: Orientacions per a un pacte en situació de complexitat

### Definir el pacient crònic complex (PCC)

Els PCC presenten dos grans perfils clínics:

- Presència de diverses malalties cròniques de manera concurrent (perfil o situació de multimorbiditat).
- Presència de malaltia d'òrgan específic en situació clínica greu, que cursa amb insuficiència o claudicació d'òrgan o sistema (insuficiència cardíaca, MPOC, insuficiència renal crònica, demència, esquizofrènia, depressió).

També s'hi ha d'incloure un determinat grup de pacients que, sense complir els criteris anteriors, presenten situacions per les quals requereixen ser considerats dins del perfil «pacients en situació de complexitat clínica», com ara:

- Trastorn mental sever (TMS), esquizofrènia i disfunció intel·lectual amb trastorn de conducta.
- Demència evolucionada.
- 

Els PCC estan acompanyats de trets i característiques definitòries específiques i diferenciadores:

- Alta probabilitat de presentar crisis en l'evolució natural de les malalties que pateixen, amb presència de molta simptomatologia i mal control d'aquesta.
- L'evolució de la situació es dinàmica i requereix seguiment i vigilància en el temps; per tant, cal adaptar la intensitat de l'atenció a cada moment.
- Alta utilització de serveis d'hospitalització urgent amb diferents episodis d'ingrés durant un mateix any i d'utilització de visites a urgències.
- Molt sovint, la situació de la malaltia és progressiva, avançada i amb pronòstic de vida limitat.
- Utilització d'un elevat consum de recursos i fàrmacs, no sempre indicats i amb freqüents efectes secundaris i risc d'interaccions.
- Normalment, l'atenció d'aquests pacients requereix la participació de més d'un professional. Amb freqüència es generen situacions en què el professional clínic pot tenir dubtes i necessitar compartir diferents punts de vista en la presa de decisions.
- Necessitat d'activar i gestionar l'accés als diferents dispositius i recursos que requereix en el seu procés d'atenció, especialment en situació d'agudització o crisi. Cal establir vies preferents d'atenció, d'intensitat modulable, com a capacitat de resposta a situacions de crisi.
- Pot estar acompanyat d'una fragilitat de base, amb risc de pèrdua funcional o prediscapacitat i/o d'un model de fragilitat amb cúmul de dèficit.
- Alta probabilitat que es produeixi una davallada aguda funcional o cognitiva.
- Síndromes geriàtriques de nova aparició.
- Situacions psicosocials adverses.

Un pacient crònic és complex quan el professional que el porta considera que ho és. És a dir: els PPC s'identifiquen mitjançant el criteri clínic dels professionals que els atenen d'acord amb les característiques abans descrites, però, finalment, la decisió d'incloure'ls en aquest grup depèn del facultatiu referent.

En aquesta identificació són útils i complementaris els models d'estratificació de pacients i de predicció de riscos, que aporten llistats de pacients amb alta probabilitat de complexitat.

Tot pacient identificat com a PCC ha de ser codificat com a tal a la seva història clínica i, en un futur, aquesta condició haurà de ser observable a la HCCC.

En context de complexitat, la **proactivitat** de l'atenció és un element cabdal. Això implica que:

- El pacient, el cuidador i/o la família disposaran d'un referent que garantirà l'atenció en qualsevol moment al domicili del pacient. El més factible és oferir un telèfon de contacte.
- El pacient, el cuidador i/o la família hauran rebut formació i informació que els permeti detectar descompensacions i signes d'alarma des de l'inici i així poder posar-se en contacte amb el seu referent.
- La família disposarà per escrit d'un pla de visites, programades en fase d'estabilitat, al centre i/o al domicili. S'actualitzarà segons l'evolució del procés però, en tot cas, sempre estarà planificat.

La complexitat és, doncs, una condició clínica genèrica que es manifesta de manera força individualitzada en cada pacient, la qual cosa impedeix establir recomanacions precises i de valor universal.

### **Aspectes dels PCC que cal considerar en el disseny de RA**

El grup d'experts del projecte estratègic 2.5 ha elaborat un document sobre PCC que inclou el marc conceptual, la valoració (*checklist*) que estableix els continguts clau d'una RA sobre PCC i, finalment, el paquet d'indicadors que aquesta ruta comporta.

El mateix procediment s'ha fet per als pacients en situació de malaltia crònica avançada (MACA).

Sobre les recomanacions d'aquest grup, **cada sector ha de fer una ruta genèrica per als PCC i MACA** (és probable que tingui sentit fer una RA comuna per a totes dues condicions).

Així, les RA específiques de cada patologia han de referir-se a aquestes rutes genèriques (PCC-MACA) a l'hora d'establir el pacte d'atenció a la complexitat.

Sobre aquesta referència genèrica, la RA específica ha d'establir els elements complementaris de pacte, específics del problema de salut concret.

## ANNEX 4: Elements clau del procés

### Què és un ECP (element clau del procés)?

Entenem per **elements clau del procés (ECP)** aquells aspectes més importants en la gestió de les persones afectades per una de les malalties cròniques prioritzades pel Pla de salut 2011-2015.

Els ECP fan referència al següent:

- Els objectius assistencials relacionats amb aquesta situació clínica i que tenen més impacte en la salut i en la qualitat de vida dels pacients afectats.
- Són objectius en què hauríem d'incidir perquè hi podem actuar de forma efectiva.
- Per tant, suposa emfasitzar objectius que han de ser garantits i assolits arreu i a tots els dispositius que atenen pacients afectats pels processos clínics prioritzats pel Pla de salut 2011-2015.

D'alguna manera, els ECP són aquelles activitats o fites clíniques que cal assolir en qualsevol circumstància en relació amb l'atenció de la malaltia concreta.

Els ECP tenen a veure tant amb els aspectes de gestió clínica com amb aquells altres relacionats amb l'àmbit organitzatiu (sistemes de registre, circuits assistencials, organització interna o interrelació entre organitzacions i centres assistencials).

Cada ECP incorpora una proposta d'indicadors per a la seva avaluació.

La proposta actual es fa sobre la base dels ECP consensuats entre el PPAC i els ens referents de cada patologia en data 24 de juliol, amb el vist-i-plau de la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris.

Per a les quatre patologies considerades prioritàries per a 2012, els ECP recomanats són els següents:

### Diabetis mellitus 2

1. Els territoris han de tenir rutes assistencials sobre DM2 definides i implantades.

Avaluació: % de població coberta per RA de DM2, segons definició en marc genèric específic.

2. Els territoris han de tenir comunicació per missatgeria electrònica segura (o mètode equivalent) entre professionals de diferents nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats de DM2.

Avaluació: % de territoris de la RS amb dispositiu de comunicació

3. Malgrat que tots els professionals han d'estar capacitats per a la gestió bàsica de la DM2, els EAP han de tenir un infermer/a i un metge/essa referents d'aquest problema de salut.

Avaluació: % d'EAP amb infermer/a i metge/essa referent

4. Els pacients diabètics han d'abandonar el tabac.

Avaluació: % de diabètics 2 amb tabaquisme actiu

5. Els pacients diabètics han de tenir la TA ben controlada segons criteris de la GPC de referència al territori.

Avaluació: % de diabètics amb TA ben controlada

6. Les RA dels territoris han de fer constar els criteris de bon control de l'Hb glicosilada des d'una visió individualitzada.

Avaluació: % de RA amb esment al criteri de bon control de l'HbA<sub>1</sub> de base individual

7. Els territoris han de disposar d'accés a càmeres no midriàtiques amb dades adequades de cobertura i gestió d'aquest servei.

Avaluació: % de diabètics amb cribratge ocular actualitzat

8. Els territoris han de tenir circuits de referència d'atenció al peu diabètic, expressats en la ruta assistencial.

Avaluació: % de territoris de la RS que tenen RA amb menció específica

9. Cal assegurar que les pacients diabètiques en edat fèrtil tinguin un bon control metabòlic en el moment de quedar embarassades.

Avaluació: % de diabètiques en edat fèrtil amb bon control metabòlic en el moment de quedar embarassades

10. Els equips assistencials han de disposar d'accés a la HCCC amb dades actualitzades sobre resultats analítics, pautes terapèutiques i complicacions (fons d'ull, microalbuminúria i control de peus).

Avaluació: % de pacients amb totes les dades bàsiques a la HCCC

11. Els equips assistencials han de poder accedir als cursos clínics dels diferents professionals implicats en l'atenció dels pacients.

Avaluació: % de pacients amb HCCC amb cursos interoperables

12. Els EAP han de disposar d'una dotació pactada de tires reactives, ajustada a les seves condicions demogràfiques i de prevalença.

Avaluació: dades de consum de tires

13. Les GPC o les RA han de fer esment dels criteris d'ús de tires reactives ajustats a la millor evidència disponible.

Avaluació: % de sectors de la RS amb RA incloent menció específica

14. Cal millorar l'adequació i la seguretat associada a l'ús dels medicaments (antidiabètics, antihipertensius i hipolipemians), d'acord amb la GPC de referència al territori.

Avaluació:

- % de pacients diabètics tractats amb antidiabètics orals que porten metformina sola o associada a sulfonilurees
- % de pacients diabètics amb risc cardiovascular elevat tractats amb estatines
- % de pacients diabètics amb nefropatia tractats amb IECA o ARA II

### **Insuficiència cardíaca**

1. Els territoris han de tenir rutes assistencials sobre IC definides i implantades.

Avaluació: % de població coberta per RA d'IC segons definició en marc genèric específic

Avaluació: taxa d'hospitalitzacions evitables per IC

Avaluació: taxa de reingressos als 30 dies de pacients amb IC com a diagnòstic principal

2. Els territoris han de tenir comunicació per missatgeria electrònica segura (o mètode equivalent) entre professionals de diferents nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats d'IC.

Avaluació: % de territoris de la RS amb dispositiu de comunicació

3. Els pacients amb IC han de rebre una prescripció adequada d'IECA.

Avaluació: % de persones amb IC i en tractament actual amb IECA o ARA II del total de persones amb diagnòstic d'IC esperat.

4. Els pacients amb IC han de rebre una prescripció adequada de betablocadors.

Avaluació: % de persones amb IC en tractament actual amb betablocadors del total de persones assignades amb diagnòstic d'IC esperat.

5. Els equips assistencials han de disposar d'accés a la HCCC amb dades bàsiques i actualitzades del pacient sobre resultats ecogràfics i pautes terapèutiques.

Avaluació: % de pacients amb les dades referides, actualitzades a la HCCC

6. Els equips assistencials han de poder accedir als cursos clínics dels diferents professionals implicats en l'atenció dels pacients.

Avaluació: % de pacients amb HCCC amb cursos interoperables

7. Els EAP han de tenir un protocol, avaluat anualment, per a l'autocura del pacient amb IC que, com a mínim, ha d'incloure l'autocontrol del pes i les actuacions que es deriven de desviacions ponderals.

Avaluació: % d'EAP amb protocol avaluat anualment

### Depressió

1. Els professionals de tots els nivells han de tenir una orientació integral, uns criteris i uns procediments diagnòstics comuns i expressats a la ruta assistencial corresponent, la qualitat dels quals s'ha d'avaluar periòdicament.

Avaluació: % de RA explicitant criteris diagnòstics + audit. història clínica

2. Als pacients amb malalties cròniques (diabetis, IC, MPOC, etc.) se'ls ha d'aplicar un cribratge anual de depressió.

Avaluació: % de pacients amb malaltia crònica i amb cribratge anual de depressió

3. Els territoris han de tenir rutes assistencials sobre depressió definides i implantades.

Avaluació: % de població coberta per RA de depressió segons definició en marc genèric específic

4. El territoris han de disposar de sistemes d'interconsulta (presencial o telemàtica) àgils i satisfactoris per als professionals, i curosos amb la confidencialitat de la informació.

Avaluació: % de territoris de la RS amb dispositiu d'interconsulta

5. Els pacients amb depressió han de tenir accés a atenció psicològica o psicoeducativa d'acord amb les recomanacions de bona pràctica i evidència. Aquest accés ha de quedar explicitat a la ruta assistencial.

Avaluació: % de territoris de la RS amb RA amb esment específic a atenció psicològica o psicoeducativa

6. Les rutes assistencials han de fer esment a la sistemàtica d'exploració i gestió del risc de suïcidi.

Avaluació: % de territoris de la RS amb RA amb esment específic del risc de suïcidi

7. El diagnòstic de depressió i l'exploració del risc de suïcidi ha de disposar d'un espai específic en la història clínica del pacient. Aquest espai ha d'estar emplenat i ser accessible a la HCCC.

Avaluació: % de pacients amb registre específic a la HCCC

8. Els territoris han d'explicitar un pacte farmacoterapèutic sobre depressió, que ha de ser avaluat i acomplert.

Avaluació: % de territoris de la RS amb pacte establert dins RA

Avaluació: % de fàrmacs prescrits que no preveu el pacte farmacoterapèutic

9. El equips assistencials han de disposar d'un referent d'infermeria que atengui el pacient amb depressió.

Avaluació: % d'EAP amb infermera referent



**MPOC**

1. Els territoris han de fer espirometries amb qualitat garantida.

Avaluació: % de pacients amb espirometria de qualitat

2. Els pacients amb MPOC han de disposar d'espirometria feta, diagnòstica i actualitzada.

Avaluació: % de pacients amb espirometria actualitzada diagnòstica

3. Les espirometries han de ser consultables des de la HCCC.

Avaluació: % de pacients amb espirometria a la HCCC

4. El consum de tabac ha d'estar actualitzat a la història clínica del pacient i ha de ser accessible a la HCCC.

Avaluació: % de pacients amb dades sobre consum de tabac actualitzades a la HCCC

5. Sempre que un pacient amb MPOC fumador estigui ingressat, cal iniciar la deshabitució tabàquica durant l'ingrés.

Avaluació: % de pacients en tractament deshabitador en el moment de l'alta

6. Els EAP han de tenir un protocol, avaluat anualment, de deshabitució tabàquica en el pacient amb MPOC fumador.

Avaluació: % d'EAP amb protocol anual avaluat

7. Els territoris han de disposar de GPC i rutes assistencials que descriguin la gestió de les aguditzacions.

Avaluació: % de territoris de la RS amb ítem previst dins la RA

8. Els territoris han de disposar de rutes assistencials que descriguin l'atenció precoç del pacient un cop donat d'alta després d'una agudització.

Avaluació: % de territoris de la RS amb ítem previst dins la RA

9. L'índex de reingressos de cada territori ha d'ajustar-se a l'esperable.

Avaluació: taxa d'hospitalitzacions evitables per MPOC

Avaluació: taxa de reingressos als 30 dies de pacients amb MPOC com a diagnòstic principal

10. Els territoris han de disposar de prestacions àmplies de tractament no farmacològic de la MPOC, accessibles, basades en la millor evidència i de qualitat.

Avaluació: % de territoris de la RS amb ítem previst dins la RA

11. Cal garantir l'ensinistrament en l'ús dels inhaladors dels pacients amb MPOC.

Avaluació: % de pacients amb MPOC amb registre a la història clínica d'ensinistrament tècnic dels inhaladors

12. Cal millorar l'adequació i la seguretat dels tractaments farmacològics.

Avaluació: % de pacients amb MPOC amb tractament adequat segons l'estadiatge

13. Els territoris han de tenir una ruta assistencial que estableixi els criteris amb base territorial de l'abordatge multidisciplinari i integrat de la MPOC en situació de cronicitat complexa.

Avaluació: % de territoris de la RS amb ítem previst dins RA

14. Els territoris han de tenir una ruta assistencial que estableixi i permeti revisar els criteris d'indicació de l'oxigenoteràpia domiciliària.

Avaluació: % de territoris de la RS amb ítem previst dins RA i avaluat periòdicament.

15. Els pacients amb MPOC tenen dret a rebre dels professionals informes clínics complets i veraçs respecte de la seva situació clínica i funcional.

Avaluació: audit. d'història clínica

## Annex 5: Llistat de verificació (*checklist*) de la qualitat de les RA

### Dades generals

	SÍ	NO
La data d'actualització de la ruta està consignada degudament?		
Hi consta la forma i l'horari de contacte <u>a tots</u> els dispositius assistencials referits?		
Hi consten les GPC de referència?		

### Procés d'atenció

La RA fa menció de les garanties 7x24?		
En cas d'agudització i en cas de derivació no urgent, hi consten el lloc (centre i servei) de derivació i les directrius sobre la informació clínica que cal adjuntar?		
Hi consten el criteris clínics, les preferències i els tempos en cas de derivació no urgent?		
Inclou instruccions sobre les condicions i la qualitat dels informes de retorn després d'estada a urgències, d'interconsulta i de postalta?		
Especifica la gestió de la complexitat?		

### Indicadors

Esmenta els tres tipus d'indicadors (generals, específics i particulars)?		
S'hi adjunta un annex amb propostes organitzatives per als equips?		

Puntuació total (sobre 10 punts possibles)	
--	--

## Annex 6: Recomanacions d'estil en la redacció d'informes clínics

### Punt de partida

Qualsevol informe clínic –i, més especialment, els informes d'interconsulta– és un instrument de comunicació entre professionals i, en conseqüència, ha de complir els preceptes fonamentals de les relacions assistencials (taula 1) i de la redacció científica (taula 2).

L'objectiu de l'informe no és altre que garantir que la transacció d'informació entre clínics estigui del tot centrada en els interessos de salut del pacient, tot adequant-se als objectius específics que han generat la interconsulta.

### Recomanacions generals dels informes clínics:

1. Tenir cura de les **fórmules bàsiques de cortesia**. Depenent de cada cas, cal tenir en compte el següent:

- Salutació al company a qui s'adreça.
- Personalització de la informació, en cas que la comunicació s'estableixi entre persones conegudes.
- Fórmules formals de comiat.
- Fórmules de *predisposició*: per oferir informació complementària que es necessiti o de restar a la disposició del col·lega per a allò que s'estimi oportú.

2. Fer constar els **antecedents mèdics**, considerant:

- Constatar els antecedents de qualsevol mena, però només aquells rellevants per a la comprensió apropiada i la gestió clínica correcta del cas. Evitar informació supèrflua.
- En informes no automatitzats, els antecedents només han d'anar codificats quan això sigui pertinent.
- La informació sobre els antecedents ha de ser clara i inequívoca en la seva presentació, i ha d'evitar les confuses descripcions dels catàlegs de classificació nosològica i les abreviacions/sigles/acròstics que l'altre pot no comprendre.

3. Pel que fa a la **malaltia actual**, la informació ha de contenir, de forma concisa, les dades apropiades, incloses les reflexions clíniques més rellevants, les proves realitzades i els tractaments fets.

4. És recomanable que el «remitent» especifiqui, de forma sistemàtica, **l'objectiu de la derivació**. És a dir: cal especificar què s'espera del company a qui es deriva el pacient.

5. En una mateixa derivació el pacient pot ser remès a l'especialista hospitalari per més d'un motiu de consulta, sempre que aquests compleixin criteris de derivació.

### Recomanacions específiques per als retorns

1. El facultatiu consultat ha de **respondre sempre** amb un informe al facultatiu remitent, el qual ha de partir dels mateixos preceptes abans esmentats, tenint, a més, en compte que:

- La resposta ha de referir-se, de manera principal, a l'objectiu de la derivació que ha especificat el remitent.
  - Per descomptat, es pot ampliar amb la informació diagnòstica o de gestió que el consultor estimi oportuna.
  - És millor fer propostes genèriques de prescripció al remitent que no pas indicar una prescripció tancada, i sempre seguint les indicacions de les GPC d'ús habitual.
  - Si el cas ho fa aconsellable, cal explicitar les condicions de nova derivació segons l'evolució del pacient.
2. L'informe de retorn ha d'estar sempre disponible als sistemes d'informació en el moment en què el metge o metgessa de capçalera rebí el pacient de tornada. Si això és així, es pot prescindir de l'informe en suport paper.
3. Tot pla farmacològic prescrit pel consultat ha de fer-se amb les receptes del CatSalut; en tot cas, és millor una proposta genèrica de tractament. Aquesta situació comporta que les característiques del tractament han de ser completes i donades per part del prescriptor (informació adequada per fer-ne viable l'acompliment).
4. El consultor ha de construir l'informe de retorn des de l'empatia envers el remitent, posant-se en el seu lloc, comprenent l'entorn des del qual es deriva el pacient i, en conseqüència, proposant mesures concretes, factibles i efectives.
5. Si el pacient necessita un nou control per part de l'especialista hospitalari abans d'un any, la citació és responsabilitat d'aquest.
6. Si el pacient necessita un nou control per part de l'especialista hospitalari i aquest ha de fer-se amb transport sanitari, la gestió d'aquest servei és responsabilitat del centre que farà la visita.

**Taula 1. Preceptes fonamentals de les relacions assistencials**

- Modals exquisits
- Voluntat d'atendre i de servir el col·lega
- Respecte personal
- Empatia
- Assertivitat
- Cordialitat
- Claredat expositiva (missatges curts, de construcció gramatical senzilla, terminologia comprensible per a les parts)
- Cal·ligrafia llegible (en l'excepcional cas d'informe escrit a mà)
- Ortografia curosa

**Taula 2. Preceptes fonamentals de la redacció científica**

- Ús apropiat de llenguatge científic clar
- Ordre
- Precisió
- Economia de temps i espai
- Senzillesa
- Rigor
- Aspectes que cal evitar:
  - o Epònims en esmentar semiologia o malalties
  - o Classificacions no universals
  - o Anglicismes d'ús no generalitzat
  - o Termes despectius, pejoratius o que comportin despersonalització o tracte inadequat vers el pacient

**Coordinació:**

Carles Blay. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC). Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Departament de Salut.

**Autors:**

Maria Llagostera. Institut Català de la Salut.

Pere J. Simonet. Institut Català de la Salut.

Dani Ferrer-Vidal. Institut Català de la Salut.

Joan Carles Contel. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.

**Revisors:**

Alejandro Allepuz. Institut Català de la Salut.

Montse Espuga. Institut Català de la Salut.

Imma Ferré. CatSalut - Institut Català de la Salut.

Assumpció González-Mestre. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.

Albert Ledesma. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.

Blanca Muntané. Divisió d'avaluació de serveis. CatSalut.

Josep Maria Pepió. CatSalut - Institut Català de la Salut.

Sònia Pérez. Consorci Sanitari i Social de Catalunya.

Isabel Ramon. Hospital General de Vic.