



FÒRUM DE LA PROFESSIÓ MÈDICA. ÀMBIT TERRITORIAL

Jornada "Lideratge clínic i territori"

Junta comarcal del Bages. 18 de maig de 2012

CONCLUSIONS DELS GRUPS DE TREBALL

Benvolguts,

La Junta Comarcal del Bages del COMB valora de forma molt positiva la jornada de treball i les aportacions dels diferents grups. El COMB com organitzador vol agrair la col·laboració del Col·legi d'Infermeres i Infermers, l'aportació dels professionals del SEM, del camp del Treball Social, doncs aquest fet ha permès que més de 150 professionals dividits en dotze taules de treball, hagin reflexionat per trobar solucions i continuar oferint una assistència de qualitat i integral a la nostra població.

Com a fet positiu, aquesta jornada ha permès que els professionals es trobin i es coneguin, i tenim l'esperança que aquestes trobades es repeteixin sempre que es cregui necessari, fent un seguiment del procés de canvi i observant-ne els resultats.

La participació dels representants de les nostres Institucions, l'Administració i sobretot el marc professional que ofereix el COMB va ser aprofitat per tots els participants i ens ajuda a créixer com persones i professionals. Creiem que aquesta és una de les raons de ser del COMB, oferir un marc relacional professional.

Gràcies a tots per la voluntat de treballar en xarxa i establir col·laboracions.

A continuació us facilitem les conclusions íntegres de totes les taules de treball, destacant abans sis punts que els components de la Junta comarcal hem resumit com les línies mestres de cada grup de treball.

1. Els professionals de les nostres comarques proposen i entenen el treball com inter-disciplinar, amb unitats funcionals orientades a processos en col·laboració, tant de institucions com de nivells assistencials del territori.
2. Es proposen variacions en els protocols de recursos pensats en clau de àrea metropolitana, per millorar el seu funcionament a les nostres comarques.



3. En l'àmbit de la prevenció, es proposa la creació d'un grup de promoció de la Salut a nivell territorial, que vetlli i coordini la comunicació amb el ciutadà a nivell dels mitjans de comunicació. A la vegada, es valora promoure una jornada territorial de projectes comunitaris per tal de donar-los a conèixer.
4. La coordinació i comunicació entre els diferents recursos i institucions, és un element fonamental en els processos assistencials.
5. Cal afavorir la creació de grups de treball operatius amb participació de Primària, Sociosanitària, UFISS, PADES, SEM, Hospital de dia i Hospitalització (inclòs a Domicili), i Residències, amb rutes assistencials i guies terapèutiques dissenyades pels mateixos professionals.
6. Es demana al COMB coordinar taules de treball que facilitin i clarifiquin la relació entre la medicina pública i la privada.

Com sempre, restem a la vostra disposició per qualsevol aportació que creieu oportuna. Aquest és un exercici continu i obert, i és per aquest motiu que totes les propostes hi seran benvingudes.

Atentament,

Dr. Pere Bonet i Dalmau
President Junta comarcal del Bages del COMB



Grup 1: Atenció urgent al territori (atenció continuada, SEM, CUAP's).
Coordina: Dra. Dolors Comet

Taula 1a – Coordina Dra. Dolors Comet.

Problemes amb que es troben a urgències:

- Falta de coordinació entre proveïdors d'atenció sanitària.
- Desconeixement del que es fa en els diferents nivells assistencial.
- Manca de comunicació entre els diferents nivells.
- Existeix mala utilització dels recursos, tant per banda dels professionals com dels usuaris, així com duplicitat de recursos, excés d'oferta.
- Manca d'informació a la població dels recursos de que disposa.
- Manca de formació específica en urgències (especialitat medicina-infermeria). Professionals que fan guàrdies amb falta de formació específica en urgències.
- Fragilitat en dispositius interterritorials. Falta de recursos, equipament (per exemple vehicles medicalitzats a comarques).
- El model està pensat en clau metropolitana, és difícil d'aplicar a comarques.
- El model està pensat per aguts quan les necessitats de la població han canviat. L'envelliment poblacional ha multiplicat exponencialment els malalts crònics.
- Els professionals d'atenció primària se senten poc valorats pels dels hospitals.
- Cal millorar la gestió de les urgències a les residències per a gent gran. Mala derivació, mala gestió de les patologies. Poc control dels malalts.
- Manca de coneixement del suport familiar i social dels malalts.

Propostes de solució a aquests problemes:

- Crear grups de treball multi-disciplinars, de diferents nivells i diferents comarques.
- Cal gestionar la coordinació de recursos des del propi territori, tenint en compte la ruralitat i dispersió.
- Cal que tots els professionals tinguin coneixement de la cartera de serveis i capacitats dels diferents nivells assistencials.
- Aplicar filtres previs imprescindibles sempre abans d'arribar a l'hospital, a través del 112 o l'atenció primària.
- Fixar un copagament als usuaris per la inadequació de la demanda, és a dir per mala utilització dels recursos d'urgències. Derivació inversa en els casos no justificats o que acudeixen de forma espontània, sense un criteri que ho justifiqui.
- Millorar el grau de coneixement dels recursos per part dels pacients, els professionals els hi han d'explicar el funcionament dels circuits correctes.



- Garantir la formació en urgències a tots els professionals que treballen en qualsevol punt d'atenció urgent.

Taula 1b – Coordina Dr. Joan Quintana.

Aquest grup ha identificat els següents problemes i solucions:

- Manca de continuïtat en el procés assistencial, que deriva en manca de coordinació entre proveïdors, de coneixement de recursos, i que genera desconfiança entre nivells.

Propostes de millora:

- Canal telefònic entre atenció primària i cap de guàrdia/ psiquiatre de guàrdia.
- Doble informe. En el moment de l'alta, realitzar un informe dirigit al metge de capçalera.
- Plataforma informàtica compatible i compartida.
- Discrepància dels criteris i del filtratge del servei 112.

Propostes de millora:

- Els professionals de l'AP haurien de millorar el coneixement de la plataforma 112. Potser seria bo anar a veure com funciona.
- Recolzament ferm als gestors del 112 i les seves decisions. Recolzar la resposta de la gestió de la central de coordinació fonamentada en protocols establerts.
- Recolzar l'activitat dels tècnics en emergències sanitàries, en l'aplicació de protocols consensuats i seguir fomentant la millora de la seva formació.
- Mal ús dels recursos sanitaris per part dels pacient.

Propostes de millora:

- Millorar l'educació sanitària per tal de desmedicalitzar la malaltia no greu.
- Establir el sistema de triatge invers imposat: si un procés assistencial no correspon al que demanda l'usuari, se'l remet al nivell assistencial procedent, sense donar opció a l'usuari.
- Responsabilització dels usuaris del mal ús dels nivells assistencials a través del pagament del servei (no una quota simbòlica, sinó la totalitat del cost), com a penalització a la utilització de recursos no adients.



Grup 2: Promoció de la salut, prevenció de la malaltia. Educació sanitària.
Coordina: Dra. Elisabeth Descals

Taula 2a – Coordina Dra. Elisabeth Descals.

Principals temes tractats:

- Factors de risc
- Modificacions d'hàbits de vida no saludables
- Vacunacions
- Cribatge de neoplàsies
- PAPPS

Què cal millorar?

Falla l'estratègia de promoció de la salut a nivell polític. No es fa un bon ús de la prevenció, que massa sovint depèn de decisions polítiques. S'ha d'intentar educar la població des d'atenció primària i consultes externes:

- Cal canviar l'ús dels recursos consumits: optimitzar els recursos.
 - o En aquests moments "només es tapen forats".
 - o Mala utilització dels recursos per part dels pacients, cal educar-los.
 - o Aprofitar la crisi per introduir canvis.
- Cal consensuar una estratègia conjunta a nivell de tot el sector sanitari per potenciar la promoció i prevenció:
 - o Pediatria: programa del nen sa, s'estan creant visites de revisió innecessàries.
 - o Vacunes
- PAPPS:
 - o Registre de factors de risc
 - o Vacunes
 - o Promoció d'estils de vida saludables.
 - o Antitabac
- Educació dels ciutadans per una utilització adequada dels recursos:
 - o Obesitat dels nens: s'hauria d'educar els pares primer i després els nens. A les escoles, campanyes de menjar saludable als menjadors.



- Anticonceptius d'urgència.
- Hi ha plans com "Salut i escola" que la seva implementació no funciona i caldria millorar. Falla la captació, no se sap arribar a l'adolescent.
- Cal endurir l'estratègia de reducció del consum del tabac, més implicació i prohibició en el Pla de Salut 2011-2015.
- Falten més campanyes antidrogues i millorar els recursos d'aquestes.
- S'ha de promoure l'autocura dels pacients. S'ha creat una dependència de l'usuari amb els serveis sanitaris.
- Millorar les campanyes de comunicació a través dels mitjans: TV, ràdio, diaris, web...
- Cribatge de neoplàsies: optimitzar recursos i que sigui cost-efectiu
 - Els screenings en neoplàsies s'han de potenciar quan redueixen la incidència de casos, com en el cas del cribatge de càncer de mama.
 - El cribatge de neo de pròstata no està provat que sigui cost-efectiu.
 - Cal revisar el cribatge de càncer de coll uterí, sobretot ara que tenim la vacuna contra el VPH.
 - No deixar de fer el cribatge de càncer colo-rectal.

Propostes

- Implicar més els agents en la gestió dels sistemes sanitaris i els seus recursos com els ajuntaments.
- Cal reduir la burocràcia al màxim.
- Millorar "Sanitat Respon" en la gestió d'informació sanitària i de donar hores.
- Creació de grups més interdisciplinaris amb la participació de diferents òrgans de la comunitat.
- Crear un grup de promoció de la salut a nivell de territori, que vetlli per la comunicació amb el ciutadà a nivell de mitjans de comunicació: TV, ràdio, diaris. Organitzar reunions periòdiques cada 3 ó 4 mesos tractant temes de prevenció com tabac, exercici, ETS, salut pública, i que derivin en actuacions a nivell de la comunitat. Aquest grup hauria de ser interdisciplinari (metges, infermeres, treballadores socials, llevadores, odontòlegs...).
- Crear un grup de treball antitabac per la comunitat a nivell de territori amb professionals formats de l'ICS, Althaia. S'ha de disminuir la taxa de fumadors.
- Crear programes per les treballadores del sexe.



- Crear programes de Skype per embarassades psiquiàtriques.
- Millorar l'accessibilitat del programa "Salut i Escola".

Taula 2b – Coordina Dr. Josep Vidal.

Aquest grup qüestiona si cal continuar fent el mateix. No es veuen prou els resultats en educació sanitària. Per modificar conductes cal treballar més en creences i valors:

- Implicació dels ciutadans. Cal responsabilitzar la població perquè es faci responsable de la seva salut, i aquest és un fet que els professionals han de promoure.
- Incidir ja en els nens i fer-ho a través dels pares.
- Les campanyes basades en la por emocional no funcionen.

Què s'està fent ara amb bons resultats?

- Programes que funcionen: "Salut i escola", "pacient expert", programa Valentí Fuster. Programes com "Salut als barris" s'haurien d'estendre a tot el territori.
- Grups psicoeducatius: es busca que els pacients acceptin millor la seva malaltia i es responsabilitzin d'ella.
- Pacient expert. Funciona bé, millor que l'educació sanitària feta pels professionals. Els pacients accepten millor la seva malaltia.
- Programa SHE a Cardona. Bona acollida entre la població. Es treballa conjuntament amb l'AP.

Propostes de millora

- Educar sanitàriament a la població, no han de venir per refredats. Cal que els professionals tornem els problemes de salut banals als pacients i no els medicalitzem, potenciant el pacient expert i els grups psicoeducatius.
- Crear el programa "nen expert" per potenciar l'autoestima dels nens.
- Cal que els serveis sanitaris es deixin de finançar per activitat i es faci per resultats de salut. Una bona educació sanitària podria reduir l'activitat assistencial. Potser caldria invertir més recursos en un primer moment o una redistribució de recursos.
- A nivell dels ajuntaments, caldria apostar per les xarxes socials de salut, amb un únic missatge.
- Potenciar els processos comunitaris. Els professionals han de sortir del CAP, acostar-se a la població, conèixer les conseqüències dels mals estils de vida, veure què passa a la comunitat. Cal començar a deixar de donar respostes sanitàries i donar respostes socials: banc de temps, fer



gimnàs/caminar per aprimar-se. Cal que les solucions surtin de la pròpia comunitat.

- En alimentació cal educar en com menjar sense que sigui més car. Cal que la gent torni a cuinar (és més barat que comprar-ho fet).
- Els projectes de promoció han de tenir continuïtat, no poden dependre de persones individuals.
- Millorar la formació en la promoció de la salut.
- Promoure una jornada territorial de projectes comunitaris amb l'objectiu de donar a conèixer el que es fa.



Grup 3: Atenci3 integral al malalt cr3nic. Integraci3 de xarxes, recursos i entitats.

Coordina: Dra. J3lia Saura

Taula 3a – Coordina Dra. J3lia Saura.

Es considera el pacient cr3nic com un pacient en que la seva assist3ncia recau sobretot en el metge de capçalera i l'equip d'atenci3 prim3ria, que en fa un seguiment longitudinal. Ocasionalment el pacient presenta processos aguts que fan que sigui at3s de forma puntual per altres equips sanitaris, com pot ser l'especialista hospitalari o el sociosanitari.

Es detecten els seg3ents problemes i solucions en l'atenci3 al malalt cr3nic:

Manca de comunicaci3 entre els diferents 3mbits:

1. Recomanem fer guies unificades entre diferents nivells (atenci3 especialitzada (AE), atenci3 prim3ria (AP)) com ja s'est3 efectuant en diverses societats cient3fiques, col·laborant les societats de medicina de fam3lia amb altres especialitats. De forma general per3 sobretot interdisciplin3ries i aplicades al nostre territori. I se n'ha de fer difusi3.

2. Falta la possibilitat de comentar pacients amb els especialistes, propostes de millora:

- Incrementar la comunicaci3 telem3tica, no nom3s per interconsultes puntuals si no tamb3 per informar ECG, RX (demandes concretes al nostre territori) , o fer preguntes concretes sobre pacients des de la prim3ria cap a l'especialista que el controla.

- Tenir un espai de temps reservat perqu3 ens puguem comunicar (en persona, telef3nicament o amb TIC) directament AP i AE per comentar casos, aix3 s'evitarien visites i s'incrementar3 la formaci3 dels metges d'AP.

- Que en l'3mbit hospitalari hi hagi uns referents per al metge d'AP de les diferents especialitats per poder consultar r3pidament.

- Respecte la confidencialitat, que hi hagi opci3 no nom3s de veure els informes ja tancats si no la hist3ria cl3nica del pacient als diferents 3mbits.

3. L'equip d'AP necessita organitzar-se quan un pacient 3s alta de l'hospital. 3s necess3ria la comunicaci3 de l'alta al seu equip d'atenci3 prim3ria, resolt amb les "pre-altes". Comenta la taula que aquest 3s un sistema que entre hospitals Althaia i l'ICS est3 funcionant b3 amb un missatge via e-mail a tres persones de l'3rea, nom3s amb el CIP del pacient: coordinador, administrativa i infermera. S'ha comentat que dins dels centres Althaia hi ha m3s dificultats, d'aqu3 es reuniran infermeria dels diferents prove3dors per unificar i millorar el procediment.



4. Aprofitar més els recursos que les TIC ens ofereixen.
5. Comunicació AP amb Sociosanitari (SS).
 - Es demana que l'equip d'atenció primària tingui coneixement de quan un pacient ambulatori ingressa directament del domicili al centre SS (per descans familiars, psicogeriatria...), per exemple comunicació via e-mail. En quant a les altes, no hi ha problemes tal com s'està fent fins ara.
 - També se sol·licita, a l'igual que amb l'AE la possibilitat de compartir la història clínica.
 - Agilitzar els informes de dependència o altres de tipus social, fer-los de forma informatitzada i aprofitant les dades que ja es tenen. Actualment s'han de fer a mà i repetir moltes de les informacions. Aniria bé una plantilla única informàtica.
 - El treball social (TS) ha de ser reconegut com una part important de l'atenció al pacient, suggerim que es puguin fer interconsultes a TS igual que a un especialista.
6. Crear una BBDD del pacient crònic, i especialment el crònic complex, en la que participi tot l'equip: treball social, atenció primària, infermeria i atenció especialitzada, posant en comú un perfil del pacient que es pugui detectar com "pacient estrella" directament des de la història clínica informatitzada. Malalt compartit.

Formació continuada:

Promocionar les rutes assistencials, es destaca l'exemple de les 4 patologies que s'estan treballant actualment des del SCS. Consta d'un curs de formació per metges d'AP, des de l'AE per capacitar aquests metges a fer de pas intermig entre els seus companys de AP i l'AE, formant alhora als companys d'AP.

Polifarmàcia:

El problema se centra en la diferència del tipus de prescripció entre especialistes i atenció primària, que serà solucionat quan la recepta electrònica estigui estesa a tots els serveis.

En el moment que el pacient ingressa intentar unificar criteris de tractaments, i respectar en la mesura que sigui possible la prescripció prèvia del pacient a l'alta.

Taula 3b – Coordina Dr. Joan Carles Rodríguez.

En el sistema sanitari en el qual desenvolupem la nostra tasca observem:

- Manca de coneixement per part dels professionals del propi sistema sanitari.
- Manca de comunicació interprofessional (per exemple, un especialista amb el metge de capçalera).
- Manca de confiança entre professionals.



- Plurimediació en els pacients, que comporta greus dificultats d'adherència.
- Duplicació de serveis i unitats especialitzades.
- Sensació que en un pacient repetim sempre la feina: un pacient en quantes consultes diferents ha de tornar a referir tot el seu llistat d'antecedents patològics, perquè el professional cada cop ha de perdre molta estona de temps apuntant-los al seu ordinador?
- Seguiment per massa professionals quan no estan clars els criteris de perquè ha de fer seguiment amb un i amb l'altre.
- Diferències territorials: un habitant del Solsonès no té un accés tant ràpid a certes unitats especialitzades com un habitant del Bages, per posar un exemple.

Davant d'aquestes constatacions, apuntem les següents solucions:

- La informació i formació sobre el propi sistema sanitari, milloraria la relació entre professionals i pacients.
- Cal promoure les guies clíniques i protocols mitjançant les TIC, per tal de millorar-ne l'eficiència.
- Les noves tecnologies han de permetre una única plataforma amb històrica clínica compartida, que recolliria els antecedents patològics, evitaria la duplicació entre serveis, la variabilitat en recursos i d'accessibilitat en el territori.
- La gestió hauria de ser més propera als professionals.
- Cal millorar l'adherència als plans terapèutics dels professionals.
- Cal uniformar les pastilles amb principis terapèutics idèntics, per millorar la seguretat dels pacients.
- Cal revisar l'ús de fàrmacs combinats, que milloren l'acompliment terapèutic.

Taula 3c – Coordina Dr. Javier Boné.

- Aquest grup parteix de la base que els recursos són suficients però no s'utilitzen bé, hi ha una manca de coneixement per part de pacients i professionals. Es recomana prendre mesures encaminades en aquest sentit, ordenant els recursos i millorant-ne la gestió. Dedicar temps i espai suficient a l'intercanvi d'experiències, opinions i difusió de coneixements i recursos entre els professionals. Reactivar fòrums i fomentar trobades i iniciatives com aquesta jornada, que serveixin com impulsors de projectes d'avaluació i millora continua de la qualitat.
- Donada la variabilitat en els procediments, caldrien fomentar la uniformitat amb protocols consensuats, per equips multidisciplinaris i interdisciplinaris,



afavorint la coordinació entre l'AP i la sociosanitària. Cal consensuar rutes clíniques des del territori.

- La descoordinació entre nivells i entre diferents disciplines hospitalàries també és un aspecte a millorar. Cal potenciar la figura del metge d'atenció primària com el referent pel malalt crònic, el metge de primària ha de ser el gestor del pacient. Cal millorar la coordinació entre AP, AE i PADES consensuant circuits i criteris de derivació.
- La història clínica compartida és una eina fonamental, cal fomentar i estimular el seu desenvolupament per agilitzar l'atenció del pacient crònic, facilitar la comunicació i la col·laboració interdisciplinària i entre els diferents recursos i nivells assistencials.
- Cal superar els problemes de la interconsulta virtual, però alhora promoure que s'aprofiti la proximitat. La intranet no pot ser una eina única, cal potenciar el coneixement personal.



Grup 4: Atenció al malalt crònic complex. Relació entre els nivells assistencials i atenció integral.
Coordina: Dr. Jordi Aligué.

Taula 4a – Coordina Dr. Jordi Aligué.

Les propostes d'aquest grup es concreten en:

Farmàcia:

- La conciliació farmacèutica: Quan es dóna una alta hospitalària en malalts crònics polimedcats, cal gestionar des de primària o sociosanitari com reduir la medicació, si aquest fet és possible. En moltes ocasions, quan el pacient ingressa, es retiren alguns dels fàrmacs no imprescindibles (bifosfonats, antimuscarínics,...). Posteriorment, a l'alta, el pacient els torna a rebre. Caldria revisar si realment alguns d'aquests fàrmacs, tenint en compte l'estat basal del pacient, es podrien retirar.
- Hem de fer un esforç des dels diferents nivells assistencials per a intentar disminuir la polifarmàcia. Possiblement, els llocs més adequats on es pot retirar medicació és a AP i als centres sociosanitaris.
- En la llista de fàrmacs realitzada pel metge de capçalera, seria convenient que sempre hi hagués el nom comercial i el nom genèric per no crear confusió al pacient.
- Els comprimits d'un mateix principi actiu, encara que siguin d'un laboratori diferent, haurien de ser del mateix color i forma per a facilitar el compliment.

Informàtica:

- Actualment, als CAP's de l'ICS i de MUTUAM (no als de Althaia) només es poden visualitzar els informes tancats d'altres hospitalàries, biòpsies, proves d'imatge, ... però no els cursos clínics realitzats durant l'ingrés, ni els que realitzen els especialistes durant les visites de consultes externes. Seria important que tots els CAP's poguessin veure aquests cursos clínics, que en moltes ocasions impliquen canvis de medicació o sol·licitud de proves complementàries.
- Mentre això no sigui possible, cal insistir als especialistes hospitalaris que imprimeixin els cursos que realitzin durant la visita a consulta externa.

Protocol de circuit del pacient crònic complex:

- Cal establir vies/rutes assistencials del pacient crònic complex per a millorar la connexió entre AP i l'hospital d'aguts. Possiblement, en funció de la descompensació, cal enviar el pacient a hospital de dia (si aquest ja és conegut pel servei o bé si la descompensació és subaguda) o a Urgències (edema agut de pulmó, AVC, ...) . Caldria prioritzar tractaments a hospital de



dia o a la Unitat d'Hospitalització a Domicili, on disminueixen les complicacions intrahospitalàries.

- Tant a nivell d'hospital, com d'Atenció Primària, potenciar la utilització del servei de la UFISS, que a través d'un metge i una infermera, pot reubicar el pacient en funció de les seves necessitats (convalescència, U. de Llargada Estada, residència, U. Pal·liatiu, PADES, ...).
- Es va proposar realitzar una presentació conjunta dels diferents serveis assistencials orientats a l'àmbit geriàtric de la zona per a fer-ne difusió, sobretot a nivell dels CAP's.

Potenciar la formació dels cuidadors de pacients crònics:

- Caldria reforçar els coneixements dels cuidadors de pacients crònics complexos, a fi de millorar l'assistència domiciliària i disminuir el risc de descompensacions.

Definició de les voluntats anticipades del pacient/família:

- Els pacients crònics complexos tenen alt risc d'ingrés hospitalari. És important que des del propi pacient i la família, es pugui definir un sostre terapèutic. Si un pacient es deriva a l'hospital, hauria de constar un informe realitzat per la família i el metge de capçalera, on es definís aquest sostre terapèutic (per exemple: és candidat a drogues vasoactives i a ventilació no invasiva, però no a intubació orotraqueal).
- Aquest problema és detectat sovint a nivell de les residències, on caldria fer un esforç per fer unes voluntats anticipades de tots els usuaris, a fi de facilitar el treball dels equips d'atenció urgent domiciliària i del servei d'urgències hospitalari.

Residències:

- Els últims anys ha anat augmentat la complexitat dels pacients de les residències, que possiblement no s'ha acompanyat d'un augment del suport sanitari a les mateixes. La mitjana d'edat i la pluripatologia ha augmentat, i habitualment no es disposa d'un servei d'infermeria les 24 hores. Caldria potenciar el bon control d'aquests pacients, així com millorar la connexió amb l'hospital d'aguts a través de l'hospital de dia.

Taula 4b – Coordina Dra. Dolors Cubí.

És important i necessari que cada territori disposi d'un programa de pacients crònics complexos, amb un sistema clar d'identificació de pacients, rutes assistencials definides, i una bona coordinació entre atenció primària, hospitalària i serveis socials:

1. Identificació i selecció dels pacients.



Caldria identificar i seleccionar a la població segons el seu nivell de risc. La identificació i selecció s'hauria de fer de forma proactiva.

Es pot arribar als usuaris a partir de dades d'Atenció primària (factors de risc), hospital (nombre d'ingressos hospitalaris, consultes externes, hospital de dia), serveis socials, serveis d'urgències (SEM).

2. Millorar la comunicació entre els diferents nivells assistencials.

Definició de circuits i rutes assistencials. Creació de grups de treball protocols i guies comuns.

3. Optimització dels recursos sanitaris.

Eliminar les duplicitats de serveis.

4. Paper dels professionals sanitaris.

La implicació de l'AP és bàsica com a porta d'entrada dels usuaris i com a canalitzadora de fluxos.

5. Innovació.

Hem de ser innovadors. Dediquem massa temps als malalts crònics no complexos. Hem de prioritzar el malalt crònic complex.

6. Formació dels pacients i/o cuidadors.

Caldria formar al malalt i/o cuidador amb l'objectiu que pugui identificar de forma precoç els símptomes i/o signes de descompensació.

7. Seguiment proactiu dels pacients.

Caldria planificar de forma anticipada les cures que precisen els pacients.

Taula 4c – Coordina Dra. Rosa Farrés.

Aquest grup proposa:

- Una definició consensuada en el territori del pacient crònic complex, des d'una vessant més clínica que administrativa.
- Formació en criteris d'identificació i abordatge pels professionals.
- Promoure l'elaboració d'un pla terapèutic interdisciplinar individualitzat, d'atenció integral i que s'adeqüi a la seva situació.
- Potenciar el treball en equips interdisciplinars i entre entitats en aquest tipus de malalts.
- Promoure la planificació futura de l'atenció conjuntament amb el pacient i la família. Treballar les voluntats anticipades i registrar els acords presos en algun tipus de document que sigui accessible pels professionals sanitaris que



hagin de intervenir, per exemple en cas d'urgència. Es proposa que podria deixar-se registrar a la història clínica, o en alguns casos en el mateix domicili (per exemple junt al llistat de la medicació).

- Facilitar la informació entre nivells assistencials de la identificació dels pacients i del pla d'atenció, a través d'una millora de comunicació entre les plataformes digitals. Que siguin sistemes de registre i d'accés a la informació àgils.
- Potenciar la comunicació entre nivells, a través de les noves tecnologies.
- Potenciar la comunicació entre nivells també per resoldre les situacions de crisi, de manera més adequada.

En el grup es recull la necessitat de poder tenir més espais de debat entre els professionals assistencials del territori, per treballar i avançar més en propostes que permetin millorar l'atenció a aquests pacients, la comunicació i la interdisciplinarietat.

Taula 4d – Coordina Dra. Concepció Medina.

En línia amb els dos grups anteriors:

- Insistir en la necessitat d'una bona identificació d'aquests malalts i es proposa un màxim de 10 malalts crònics complexos per metge d'AP.
- Es comenta també que s'han de donar a conèixer tots els recursos als professionals i es posa d'exemple la UGA com a recurs poc conegut.
- Promoure les guies d'actuació comunes pel maneig de les descompensacions dels malalts. Educació sanitària als cuidadors per un abordatge precoç de les descompensacions dels malalts.
- Millorar els sistemes de comunicació, sobretot entre recursos. Existència de la figura del "gestor de casos" per la comunicació entre AP i hospital de 8h a 20h.
- Elaboració de protocols i signes guia per derivar de primària a especialitzada o sociosanitari.
- Conèixer els recursos de la família i del malalt (a través de la història clínica compartida, per exemple). És molt important fer la valoració social mitjançant interconsultes per aquests aspectes.
- Incloure els pacients institucionalitzats per evitar que sempre vagin a urgències.



Grup 5: Pràctica lliure de la medicina i relacions amb la xarxa pública.
Coordina: Dr. Pere Carreras i Dr. Josep M. Badal

Taula 5 – Coordina Dr. Pere Carreras.

Aquest grup fa les següents propostes:

- Definir què és la medicina privada. Atenció privada també és atenció social.
- El territori és vist com una oportunitat per fer medicina privada.
- El pacient ha de ser el centre del model sanitari i ha de tenir opcions a triar.
- Qualsevol institució al territori ha de garantir un model a tots els metges.
- El Servei Català de Salut ha d'establir unes regles de joc clares per la medicina pública-privada, diferenciant medicina privada i privatització, i visualitzant-ho.
- La Delegació comarcal del Bages del COMB podria coordinar taules conjuntes per debatre la interrelació entre medicina privada i tota la resta de la medicina, i així evitar duplicitats i disfuncions.
- El COMB hauria d'elaborar un quadern de bona praxi en la medicina privada.
- S'han d'aplicar els mateixos coneixements en la medicina pública que en la privada.
- Millorar la relació entre professionals en el territori, entre comarques, és una oportunitat. Sigui el model que sigui ha de ser un model obert a tots els professionals.