

## Grup 5B

### ORGANITZACIÓ - L'HOSPITAL EN EL MODEL SANITARI

Carmen Gomar Sancho (coordinació)  
Roser Garcia Guasch (coordinació)

Francisco Carlos Agatón Bonilla  
Jaume Canet Capeta  
Josep Anton Capdevila Morell  
M<sup>a</sup> Rosa Coll Colell  
Josep Oriol Estrada Cuxart  
Francesca Fullana Sastre  
Pere Gascón Vilaplana  
Josep Maria Gris Martínez  
M<sup>a</sup> Luisa Iglesias Lepine  
Antonio López Pousa  
Míriam de Nadal Clanchet  
Rosa Maria Nogués Monclús  
Miquel Nolla Salas  
Pere Obiols Arderius  
Francesc Planas Comes  
Ramon Pujol Farriols  
Albert Tomàs Torrelles  
Rosa M<sup>a</sup> Villalonga Vadell

**INTRODUCCIÓ**

Després del treball del grup s'aporta al Fòrum d'hospitals:

- 1- Document amb el pla de mesures d'estalvi amb enunciat, argumentació i les accions i mesures a prendre per a cada enunciat.
- 2- Un resum de les mesures que s'haurien de prendre pel que fa a: impacte en la despesa, facilitat d'implementació i temps necessari per a complir-ho.
- 3- Comentaris addicionals.

**RESUM DE MESURES D'ESTALVI**

Mesura	Impacte en la despesa	Facilitat de Implementació	Temps necessari	Comentaris
Actualització del mapa sanitari català sectoritzant-lo en "territoris sanitaris" que continguin tots els nivells assistencials.	A	A	A	S'entén que un territori sanitari inclou els hospitals propis de l'ICS i la xarxa d'hospitals d'utilització pública (XHUP)
Història clínica única per tota l'assistència pública.	A	B	B	Sense unificació de la informació no hi ha possibilitat d'eficiència
Xarxa de comunicació entre centres i nivells assistencials, almenys entre el mateix territori sanitari.	A	B	B	Sense comunicació on line dins del sistema no hi ha possibilitat d'eficiència.
Definició de cartera de serveis del "territori sanitari".	A	A (una vegada definit el "territori")	B	Facilitaria l'ordenació del terciarisme i de les urgències.

El procés de salut-malaltia com a centre de l'organització sanitària.	B	B	B	Precisa la definició de guies clíniques per experts professionals i l'acceptació dels gestors i polítics. L'Administració i els equips assistencials han d'estar al servei dels processos definits.
Guies clíniques consensuades per experts, societats científiques i gestors.	A	A (per les malalties més prevalents i més costoses)	B	Facilitaria transparència en saber el cost real i just d'un procés en cada territori. L'activitat privada concertada ha de seguir les mateixes guies clíniques en els processos concertats.
El metge ha de ser el protagonista del procés de salut-malaltia.	B	B	B	El metge ha d'assumir-la amb expertesa en gestió clínica. S'ha de recuperar el reconeixement del metge com a part essencial de la qualitat i sostenibilitat.
Definició del rols professionals dintre d'un equip assistencial de metges, infermeres amb els serveis de suport. Definició clara del professional responsable del treball de l'equip	A	B	C	Amb la proposta d'equips per autogestionar unitats amb un responsable metge es podria reduir l'estructura organitzativa, sobretot en càrrecs intermitjos amb un efecte immediat en la despesa.
La docència i la recerca dels centres amb assistència pública han d'organitzar-se de manera coherent amb l'organització assistencial en forma de "comitès territorials".	B	A	B	La sectorització en "territoris" permetria aprofitar millor el recursos formatius i de recerca/innovació i fer les condicions de desenvolupament professional més homogènies i equitatives entre professionals de diferents centres. És necessari protegir la formació MIR de les conseqüències de la situació actual i la sectorització ho facilitaria.

Recollida única i fiable de les dades dels processos, amb registre adequat de l'activitat. Comptabilitat analítica real. Informació suficient als responsables metges de l'assistència.	A	B	C	Sense una informació completa, els caps de servei i unitats no podran aplicar mesures d'eficiència.
La definició de les condicions i característiques dels recursos humans, assistencials i no assistencials han de ser clars i transparents. 1) La designació de càrrecs ha fer-se amb transparència d'acord a mèrits. 2) Els càrrecs i representants en òrgans decisoris han de signar un compromís ètic amb la seva funció i institució; 3) Els programes d'incentivació del rendiment professional han de ser clars, transparents i universals.	B	A	A	

### **Comentaris**

1. Els cost social s'ha d'analitzar globalment i amb la seva interrelació. El cost de les baixes laborals per manca o retard de tractament, el cost de l'atur del personal sanitari per reduir l'activitat i el cost de l'activitat sanitària surten del mateix fons. La sostenibilitat sanitària està relacionada amb la sostensibilitat general del sistema.

2. En absència de recursos suficients s'ha de definir, de manera consensuada i amb criteris mèdics, les prioritzacions de l'assistència sanitària. Aquest procés és més complicat que les simples retallades.

3. El missatge que ha de rebre la ciutadania ha de ser clar respecte al que és necessari per la salut del que no ho és. Hem passat de recomanar mesures preventives i procediments com a indispensables per deixar de fer-les uns mesos després.

<b>Grup 5B- ORGANITZACI3-MODEL CAMP 1: ORGANITZACI3 HOSPITALÀRIA/SANITÀRIA</b>				
ENUNCIAT	Coordinaci3 dels nivells d'assistència i dels procediments en un mateix malalt			
ARGUMENTACI3	Actualment, el malalt passa sovint de nivell a nivell i de centre a centre com un nou procés cada vegada. La manca de comunicaci3 i de coneixement dels professionals de cada nivell assistencial produeixen criteris d'ingrés, tractament, agressivitat terapèutica massa diversa. Aix3 afecta els costos, l'equitat i la qualitat. Evitar duplicitat de serveis i dirigir m3s adequadament als pacients. Obliga a revisar MAPA SANITARI per3 amb acord de centres i professionals, que passa per guies clínicas i informaci3 compartida.			
	Accions	Mesures	Eines	Comentaris addicionals
1	Pacient en un únic circuit sanitari que tingui tots els nivells assistencials connectats i amb accés a la mateixa informaci3 en temps real	Sectoritzaci3 en "territoris sanitaris" que continguin tots els nivells assistencials.	Actualitzaci3 del mapa sanitari català.	S'entén que un territori sanitari inclou els hospitals propis de l'ICS i la xarxa d'hospitals d'utilitzaci3 pública (XHUP). El pacient ha de tenir identificat un circuit complet des de primària a sociosanitari amb contacte real entre els professionals implicats, incloent tots els serveis relacionats.
2	Guies clínicas (malalties prevalents i costoses) consensuades per experts, societats científiques i gestors incloent la prevenci3 i individualitzaci3 de tractaments per evitar esforços terapèutics desproporcionats.	Participaci3 dels professionals dels diferents nivells i especialitats implicades, incloent serveis de farmàcia i proves complementàries.	Unificar criteris entre centres amb el compromís dels professionals i gestors. Han funcionat bé les experiències com el codi infart de miocardi, el codi ictus...	Començar per malalties més prevalents, més costoses i que afecten més nivells sanitaris. Una vegada acordades les guies clínicas han de ser eines d'aplicaci3 prioritària a centres públics i privats a l'assistència que hagin concertat.

3	Ordenació de l'activitat assistencial i del mapa sanitari en funció de criteris objectius i d'estratègia sanitària. Revisió territorial de la cartera de serveis de la sanitat pública.	Cal definir l'assignació de recursos als centres. Disminuir processos burocràtics interns de les organitzacions.	Crear grups d'experts que comptin amb l'encàrrec i l'empara del poder legislatiu.	L'assignació de recursos als centres en funció de: necessitat assistencial, resultats clínics, mesura de cost-eficiència, expertesa professional, equilibri territorial. Facilitaria transparència al saber el cost real i just d'un procés en cada territori. És important definir els criteris d'ingrés als diferents nivells, des d'urgències, i dels trasllats secundaris a unitats especials.
4	Establir temps d'espera d'atenció sanitària pels procediments (proves diagnòstiques i tractament) perquè no afecti la qualitat de la salut.	Acord entre els professionals que coneixen la malaltia .	Fer-ho d'acord amb el punt 2.	Aplicar-ho per cada pas d'un procés (de la guia clínica), no solament pel punt final.
5	Aproximar la medicina pública a la privada en forma de guies clíniques i informació en els procediments que es concerten.	Compromís del centre privat concertat de seguir les guies clíniques acordades i consensuades.	L'activitat privada concertada ha de seguir les mateixes guies clíniques en els processos concertats.	En el concert amb centres privats s'han de garantir els mateixos nivells de qualitat assistencial.

6	Ús massiu de noves modalitats d'hospitalització alternativa.	Incrementar l'hospitalització a domicili, alternatives a l'hospitalització.	Potenciar aquestes alternatives amb anàlisi transparent de l'estalvi en cost sanitari i qualitat assistencial. Suport clar dels polítics sanitaris a aquestes modalitats.	La relació entre professionals dels diferents nivells d'un territori sanitari facilitarà la corresponsabilització del procés del pacient en qualsevol nivell on es trobi. Aquestes modalitats s'han de considerar en el seu potencial d'estalvi, ja que provocaran altres canvis en les característiques de l'hospitalització convencional. L'única forma de reduir llits sense afectar la qualitat és potenciar alternatives reconegudes a l'hospitalització convencional.
PROCEDIMENT PER DUR A TERME	<p>Sectoritzar els circuits d'assistència integral incloent la privada concertada redefinint el mapa sanitari global. El "territori" és l'element clau de l'organització sanitària eficient i ha de tenir una gestió comuna i identificable per cada circuit, treballant en xarxa.</p> <p>L'actualització del mapa sanitari ha de poder preveure la possibilitat de centres especialitzats o monogràfics, si cal, a part dels diferents nivells d'atenció segons recursos adaptats a la complexitat que atenen.</p> <p>L'organització sanitària necessita la integració de nivells assistencials en un sol territori amb una cartera de serveis ben definida, econòmicament ben avaluada i equitativament organitzada dintre del territori.</p> <p>En el mapa sanitari s'han d'incorporar les àrees d'influència tant docents com de recerca si es vol assolir una integració de la docència i la recerca dintre del procés sanitari i produir un canvi en la cultura massa immobiliària dels metges.</p> <p>La prioritització del que es pot fer amb els recursos disponibles s'ha de fer consensuadament per professionals i gestors a cada especialitat.</p> <p>Les decisions han de ser preses des de comissions d'experts professionals amb suport polític.</p> <p>Elaborar guies clíniques: les societats científiques de diferents especialitats i de diferents professions podem arbitrar el procés. Si es fa només des d'uns centres específics serà difícil tenir un consens de compliment..</p> <p>Dintre de les guies clíniques s'ha de fer constar el temps d'espera de cada procediment en termes de seguretat, i definir indicadors qualitius i estàndards.</p>			



AVANTATGES	<p>Abaratir el costos per procés i malalt.                  Donar una assistència de més qualitat per estar més cohesionada.                  Corresponsabilitat dels professionals i gestors per destinar recursos apropiats per a cada procés.                  Arribar a aclarir el cost real per procés en la nostra sanitat i ajustar pressupostos disponibles per garantir la qualitat.                  Millorar l'equitat en els diversos circuits d'assistència.                  Millorar la relació entre els professionals del sistema.                  Educar els professionals a treballar més obertament dintre dels processos i no dintre de les "parets" del seu centre.                  Educació dels metges a analitzar el que fan d'acord amb els criteris establerts i avaluats pels seus companys</p>							
INCONVENIENTS	<p>No existeix una xarxa per a connectar els diferents centres.                  No existeix una història clínica única.                  Darrerament s'ha invertit molt en sistemes informàtics propis de centres sense connexió amb altres.                  L'organització sanitària ha d'anar dirigida al procés de salut, des de la prevenció fins a les últimes cures. Administració orientada al procés assistencial, no el metge orientat a la missió dels deures immediats de l'Administració.                  No hi ha cultura d'integració de la medicina privada, però, si treballa per el sistema públic, s'han d'arribar a acords assistencials.                  No hi ha integració del sector privat en el sistema ni en el mapa sanitari. S'hauria de revisar aquesta realitat.</p>							
VALORACIÓ	A	B	C					
IMPACTE EN LA DESPESA	1-2-	3-5	4					
FACILITAT D'IMPLEMENTACIÓ	1,2,4	1-3	1-5	1: diverses fases de la sectorització total				
TEMPS NECESSARI	1,2,4	1-3,5	1	1: diverses fases de la sectorització total				

<b>Grup 5B- ORGANITZACIÓ-MODEL CAMP 2: RECURSOS HUMANS, INCLOENT RESIDENTS</b>				
ENUNCIAT	<p>La <u>situació actual porta al</u> desencís dels metges de plantilles i riscos en la formació dels MIR.                      Diferents models d'incentivació i poca definició.                      Risc per a la sostenibilitat del sistema per l'escassa participació dels metges.                      Remuneració per sota del mercat i de responsabilitat dels professionals i rebaixes actuals.</p>			
ARGUMENTACIÓ	<p>S'observa:                      Manca de protagonisme del metge en la sanitat pública i de participació en les decisions i organització del propi treball.                      Diferències entre el mèrits exigits en les places assistencials del metges i les dels gestors que acaben definint el treball del metge.                      Manca de transparència en els criteris de gestió i de designació dels càrrecs.                      Manca de sous justos, sous marcats per hores de guàrdia o hores extres, abaixada real del sou efectiu.                      Desequilibri en els criteris de carrera professional en els diferents centres que integren el mapa sanitari.                      Manca de reconeixement a la persona del metge, manca d'un entorn digne i recursos. Greuge comparatiu amb l'Administració.                      Desigualtats de les condicions professionals entre centres. Sistema pèndol en la definició de necessitats d'especialistes.                      Manca de planificació.                      Manca d'aplicació dels equips assistencials tal como ho defineix la LOPS.                      Incomprensió davant de les polítiques sanitàries i destinació dels recursos i pressupost.                      Escassa definició dels rols dels diferents integrants del procés assistencial i dels equips de suport.</p>			
	<b>Accions</b>	<b>Mesures</b>	<b>Eines</b>	<b>Comentaris addicionals</b>
1	Transparència en la designació dels càrrecs	Designació basada en mèrits professionals i personals.	CV visible. Mèrits declarats. Compromís ètic referent als interessos per tots el càrrecs.	El canvi de gestors no ha d'implicar canvi de gestió en salut.

2	Autogestió organitzativa dels serveis i unitats. Multidisciplinarietat en l'organització	Establir equips de treball de metges, infermeres i administradors sota un responsable metge que organitza les tasques i acorda els objectius amb el seu centre i els membres del seu equip.	Mantenir el personal en els llocs de tasques. Això és important en el cas de infermeres integrades a equips. No es pot delegar tasques si no hi ha confiança en la competència.	Es tracta d'aplicar la LOPS.
	Participació dels professionals en la gestió del model sanitari.	Definició de model, cartera de serveis, mapa sanitari i gestió assistencial.	Reunions de directors generals, gerents i experts professionals per estudiar com reconduir la situació actual.	El metge ha de sentir-se partícip en la gestió de recursos: autonomia de gestió. El metge amb responsabilitat en la gestió ha de tenir coneixements suficients en gestió clínica.
3	Redefinició dels rols de metges, infermeres i gestors.	Crear equips de treball assistencial amb l'Administració com a suport de les tasques assistencials.	Redefinir en termes de cost, qualitat, satisfacció i implicació dels professionals.	El personal sanitari ha de fer les tasques en funció de la seva formació i responsabilitat.

4	<p>La formació dels MIR s'ha de preservar adaptant-la als canvis pressupostaris. La manca de sortida professional és artificialment per raons pressupostàries.</p>	<p>Sectorització de la docència en àrees territorials. La FMC també es beneficiaria d'aquesta sectorització.</p>	<p>Comunicació i coneixement de totes les estructures a dintre d'un mateix circuit sanitari per ser aprofitat per la formació.</p>	<p>Estudi de les necessitats d'especialistes, anàlisi de les oscil·lacions i les seves conseqüències. La formació de MIR en "territori" obriria la mentalitat del metge a treballar més obertament com a professional i augmentaria la qualitat docent per exposar el MIR a la realitat clínica global i no a la d'un sol centre.</p>
5	<p>Corregir les grans diferències entre els centres en les carreres professionals i les oportunitats de formació. Transparència en l'organització de la recerca en centres sanitaris. Promoure la innovació en l'assistència i la docència dintre d'un territori.</p>	<p>Planificació feta conjuntament per caps d'estudis i directores de recerca de diversos centres de forma oberta i no tancada per a cada institució.</p>	<p>S'ha de treballar de nou.</p>	<p>La concertació amb centres privats s'ha de fer amb les mateixes regles de qualitat assistencial. Per utilitzar eficientment cada nivell assistencial d'un circuit, els professionals corresponents han de tenir la formació adequada per fer l'activitat per la complexitat que demana la part del procés que han d'atendre.</p>

6	Definició clara dels programes d'incentivació d'acord amb objectius clars.	Establir uns criteris clars i universals d'incentius i complements.	Eines per als càrrecs mèdics per posar en evidència les diferències. Cert grau d'autoorganització del treball dintre dels equips assistencials sempre complint els objectius i sense dificultar els dels altres.	Creació d'incentius a la innovació, recerca i docència i orientació a la formació continuada i a la qualitat en la pràctica clínica.
PROCEDIMENT PER DUR A TERME	<p>Transparència en el nomenaments de càrrecs i en els mèrits para accedir a un lloc. Assegurar manca de conflicte d'interessos dels càrrecs.</p> <p>Creació d'equips assistencials segons la LOPS, que defineixin els membres dels equips i el responsable. Permetre l'autoorganització amb compliment d'objectius ben definits.</p> <p>Redefinir el rol de cadascun.</p> <p>Sectoritzar els nivells assistencials per garantir la formació MIR i la FMC.</p> <p>Criteris clars i universals de carrera professional i incentivació. L'Administració ha de ser un suport de la tasca assistencial.</p> <p>El centre de l'organització ha de ser el procés assistencial, però, el professional centre del procés és el metge amb expertesa en gestió clínica.</p> <p>Donar suport i formació als circuits extrahospitalaris perquè puguin assumir l'activitat que li pertoqui per nivell en el processos assistencials.</p>			

AVANTATGES	<p>Manteniment de la col·laboració del metge en el sistema.                  Millora de la dedicació del metge si es considera responsable.                  Millora de l'eficiència del suport administratiu a la tasca assistencial.                  Millor eficiència del procés assistencial (menys visites, més possibilitat de contactar amb el pacient per via no presencial, menys proves complementàries per a un millor coneixement del malalt i de tots els que el tracten).                  Disminució dels cos administratiu amb menys passes intermitges en cada decisió.                  Disminució de l'absentisme d'infermeria al sentir-se més identificada amb una tasca i equip.                  Amb la proposta d'equips per autogestionar unitats amb un responsable metge es podria reduir l'estructura organitzativa sobretot càrrecs intermitjos amb un efecte immediat en la despesa.</p>							
INCONVENIENTS	<p>No existeix una cultura de formar equips de metges-infermeres.                  Hi ha molt càrrecs híbrids entre personal sanitari i administració.                  Els sous baixos dificulten l'exigència. Els administradors actuals no estan preparats per fer suport a la tasca assistencial, només per controlar-la.                  No existeix una història clínica única on quedi reflectida la tasca de l'equip. Perill d'empitjorar la parcel·lació de l'assistència.                  Hi ha massa diferències en tota la gestió i orientació del professionalisme del metge en cada institució.</p>							
VALORACIÓ	A	B	C					
IMPACTE EN LA DESPESA	2-3-6	1	4,5					
FACILITAT D'IMPLEMENTACIÓ	1-3-6	2-3-4-5	4	3 i 4: diverses fases				
TEMPS NECESSARI	1-2-3-6	4	5	1: diverses fases de la sectorització total				

**Grup 5B- ORGANITZACIÓ-MODEL CAMP 3: EFICIÈNCIA ASSISTENCIAL DE L'HOSPITAL**

ENUNCIAT	<p>L'eficiència s'ha d'avaluar en costos, però també en qualitat. La reducció simple de costos no indica obligatòriament més eficiència.</p> <p>Definir clarament els criteris de qualitat per avaluar l'eficiència.</p> <p>No estan definits els criteris d'atenció sanitària a cada nivell assistencial.</p>
ARGUMENTACIÓ	<p>Fins ara tenim dades sobre la reducció de costos, però no la repercussió sobre la qualitat.</p> <p>La manca d'implicació actual dels metges en la gestió clínica fa que no puguem donar dades de qualitat. Tampoc hi ha una estructura definida que controli la qualitat en el nostre sistema.</p> <p>La manca d'utilització màxima dels recursos disponibles creant-ne de nous augmenten el cost real i disminueix l'eficiència.</p> <p>Una bona organització de la sanitat i una implicació dels professionals milloraria l'eficiència.</p> <p>L'hospital està repetint processos fets a la primària o urgències de primària per manca d'informació.</p> <p>A urgències dels hospitals s'estan fent procediments de malalts que haurien de ser totalment atesos a primària o en socio-sanitaris per manca de formació específica dels professionals.</p> <p>L'assistència d'urgències i la resta de l'hospital estan insuficientment coordinades.</p> <p>Les urgències hospitalàries estan saturades per manca de llits i per ús inadequat o abús de la població.</p> <p>El manteniment del cost de l'atenció a urgències és excessiu per una mala organització sanitària i per estar desintegrada de l'assistència hospitalària interna.</p> <p>Els circuits ambulatoris d'assistència a l'hospital estan infrautilitzats per manca de cohesió multidisciplinària i d'organització. També la manca d'autogestió d'unitats dificulta la responsabilització de l'equip assistencial en el procés ambulatori.</p> <p>L'hospital eficient és alguna cosa més que un edifici. L'hospital és un element de cura d'un procés assistencial que no s'ha d'equiparar a una estructura física concreta.</p> <p>Ús inapropiat de gairebé totes les estructures: cures intensives, quiròfans, urgències, altes hospitalàries, trasllats secundaris d'altes, etc.</p>

	Accions	Mesures	Eines	Comentaris addicionals
1	Autogestió real del serveis, equips i unitats	Dotar els responsables d'informació de manera suficient per tenir eines de gestió. Aquesta informació ha de ser àgil i actualitzada. Transparència en les dades dels costos dels processos en els diferents centres i "territoris".	Incloure en la gestió les despeses i resultats tant pel que fa a l'assistència interna com a la que li correspongui d'urgències. Definir el cost "promig" d'un procés amb la qualitat estàndard.	L'Administració ha de perdre la por a la transparència informativa. S'ha de trobar un equilibri entre l'excessiva intromissió i l'exigència de l'eficiència. L'Administració ha de treballar la informació amb transparència per poder dotar als metges d'eines de gestió.
2	Informació única i accessible sobre els pacients	Historia clínica única. Xarxa de comunicació entre els nivells i especialitats del sistema.		



3	Implementar els processos ambulatoris	Autogestió dels serveis assistencials amb responsabilització de l'equip assistencial sobre el pacient. Comunicació fluida entre els diferents nivells d'assistència que intervenen.	Xarxa de comunicació dins el sistema. Comunicació amb el pacient mitjançant TIC.	El processos ambulatoris poden gestionar-se des d'una llista única a Catalunya. Quants més processos ambulatoris es facin més factible serà la llista única i per tant l'eficiència.
4	No repetir proves i procediments	Historia clínica única	Xarxa de comunicació amb dades "on-line" immediates.	Guies clíniques ben consensuades entre totes el nivells assistencials.
5	Utilització dels recursos estructurals i instrumentals al 100%. No fer noves estructures fins que no funcionin totes.	L'hospital ha de funcionar de 8 a 21 h en dies laborables, incloses les urgències. De nit i festius només emergències.	La distribució de l'horari del personal ha d'estar consensuat.	

6	Definir els nivells de complexitat assistencial i els criteris d'ingrés a cada nivell	Definir les característiques estructurals de funcionament i de personal de tots els dispositius d'un hospital.	Establir criteris de bon ús dels dispositius.	Pedagogia del personal sanitari. Confiança dels metges en la informació transparent de l'Administració.
7	Definició dels criteris de qualitat		Agència d'avaluació independent	L'avaluació ha de ser de tot el procés assistencial i a totes les institucions.
PROCEDIMENT PER DUR A TERME	<p>Història clínica única. Xarxa de comunicació en tot el sistema. Control de qualitat amb la contenció de costos. Dades clares i transparents dels costos. Autogestió dels serveis amb eines adequades. Ambulatorització i interacció dels diferents nivells per fer procediments. Llista única per a procediments ambulatoris. Definició de dispositius assistencials i criteris d'ingrés.</p>			
AVANTATGES	<p>Manteniment de la col·laboració del metge en el sistema. Millora de la qualitat de l'assistència a urgències. Millora de l'eficiència dels dispositius assistencials costosos. Millora de les llistes de molts procediments. Disminució de costos de molts procediments. Humanització de la medicina. Millora de l'assistència al malalt en tot el procés assistencial.</p>			

INCONVENIENTS	<p>Els sous dels metges s'han basat en guàrdies i és difícil incorporar part d'aquesta eina en horari laboral normal. Manca d'incentivació dels metges per assolir responsabilitats.                  Hi ha grans diferències en la utilització de cada nivell assistencial entre centres.                  Hi ha moltes diferències en la definició dels dispositius assistencials. No hi ha hagut intervenció de les societats científiques ni de professionals. Hi ha manca d'intervenció dels gestors per definir dispositius assistencials.                  Problemes d'informació compartida (ja explicats).</p>							
VALORACIÓ	A	B	C					
IMPACTE EN LA DESPESA	1-2-3-4-5-6							
FACILITAT D'IMPLEMENTACIÓ	1-3-6	2-4-5						
TEMPS NECESSARI	2-3-5-6	1-4						

**Grup 5B- ORGANITZACIÓ-MODEL CAMP 4: ORGANITZACIÓ D'URGÈNCIES I GUÀRDIES.**

ENUNCIAT	<p>Crear lligams i coordinació entre l'assistència considerada reglada i la d'urgències. Trobar l'equitat en la qualitat assistencial.</p> <p>Regular o evitar la sobreutilització del serveis d'urgències, inclòs el transport sanitari, per resoldre problemes no greus.</p>			
ARGUMENTACIÓ	<p>Deficient definició dels tipus d'urgències.</p> <p>Manca d'accés a la informació entre els dispositius d'urgències.</p> <p>Manca d'estratificació de la gravetat i prioritització. Això afecta l'ús de llits de malalts crítics, els trasllats primaris i secundaris.</p> <p>L'organització del servei de transports és poc transparent i el seu ús no està definit per les necessitats clíniques reals.</p> <p>Els hospitals que han de fer trasllats secundaris es troben amb manca de resposta del sistema de transport i manca de llits de complexitat.</p> <p>Manca de definició de criteris de tractament del pacient greu.</p> <p>Manquen dispositius de cures intermitges o monitoritzades ben definides. Això comporta una mala utilització dels llits de crítics.</p> <p>L'organització racional de les guàrdies ha estat difícil perquè els sous dels metges s'han fet dependre de la remuneració de guàrdies.</p> <p>De l'organització d'urgències depèn molta part de la formació de MIR.</p> <p>El terciarisme no té una veritable connexió amb els dispositius que li envien urgències greus.</p> <p>No hi ha una cartera de serveis clara per les urgències hospitalàries internes.</p>			
	<b>Accions</b>	<b>Mesures</b>	<b>Eines</b>	<b>Comentaris addicionals</b>
1	Definició dels nivells d'urgències i dels dispositius proporcionats a cada nivell.			<p>Possibilitat d'atendre telefònicament la urgència no complexa.</p> <p>Cal una definició detallada en tots els centres dels costos dels nivells assistencials complexos .</p>

2	Informació en temps real de l'assistència en els diferents dispositius d'urgències pels que passa el pacient.	Xarxa de comunicació entre tots els dispositius d'urgències del sistema. Millorar l'adequació dels recursos al territori. Anàlisis de dades centralitzades on-line	Canvi cultural de les organitzacions.	La informació en temps real és important per no repetir proves i preveure el nivell de cures necessari. Sense informació compartida no es pot atendre d'urgència un pacient tractat en un altre hospital.
3	Definició de cartera de serveis d'urgències de cada institució.	Definir per urgències cartera de servei per centre.	Classificació segons la complexitat de la urgència externa. Definir la urgència interna no crítica.	La cartera de serveis d'urgències definirà el personal de guàrdia necessari.
4	Més equitat entre l'assistència d'urgències i la programada	L'hospital ha de funcionar normalment de 8 a 21 h.	Canvis en la cultura institucional i en el sistema de retribució.	Si es vol ampliar el funcionament normal de l'hospital no s'aconseguirà si això disminueix encara més el salari del metge.

5	Reorganització del transport sanitari	Transparència en la gestió. Adaptació a les necessitats clíniques. Territori (circuit) assistencial definit.	Sectorització en territoris ben comunicats que facilitin el trajecte del pacient entre els diferents nivells assistencials.	
6	Reorganització de les guàrdies	Analitzar la situació actual de les guàrdies. Definir l'horari de guàrdies i de funcionament normal de l'hospital.	Els professionals de guàrdia no poden estar totalment desconnectats de l'organització de l'hospital.	S'han d'adequar les plantilles d'urgències i horaris a la categoria de l'hospital segons cartera de serveis i actualització del mapa sanitari.
PROCEDIMENT PER DUR A TERME	<p>Actualització del mapa sanitari català.                  Història clínica única.                  Xarxa integral de comunicació.                  Definició de nivells i dispositius d'urgències.                  Aproximació de la qualitat de l'assistència d'urgències a la programada.                  Definició de les unitats d'assistència al malat greu.                  Disseny del sistema de transport sanitari d'acord amb les necessitats assistencials.                  Facilitació del transport secundari amb sectorització de l'assistència.                  Anàlisi i adaptació dels canvis sobre la formació MIR.</p>			

AVANTATGES	Evitar trasllats innecessaris. Estandardització dels procediments. Millora de la qualitat de l'assistència a urgències. Millora de l'eficiència dels dispositius assistencials costosos. Disminució de costos de molts procediments duplicats a urgències.							
INCONVENIENTS	No existeix una xarxa per connectar els diferents centres amb una central de dades. Canvi cultural important de les organitzacions. No hi ha integració del sector privat en el sistema ni en el mapa sanitari. El sous del metges s'ha basat en guàrdies i hi haurà resistència a canvis perquè s'acompanyen de baixada dels salaris. Els canvis d'horaris suposarà un esforç addicional als metges.							
VALORACIÓ	A	B	C					
IMPACTE EN LA DESPESA	1-2-3-4-5-6							
FACILITAT D'IMPLEMENTACIÓ	1-3-4	2-5	6					
TEMPS NECESSARI	1-3-4-5	2-6						

<b>Grup 5B- ORGANITZACIÓ-MODEL CAMP 5. COMUNICACIÓ</b>				
ENUNCIAT	Les eines de comunicació són l'eix bàsic i central de l'eficiència. Sense eines de comunicació no es pot organitzar la sectorització sanitària en "territoris".			
ARGUMENTACIÓ	Cap de les opcions de millora és possible sense una història clínica única i una xarxa de comunicació entre nivells, centres i professionals. L'assistència al pacient podria necessitar menys recursos si es desenvolupen TIC adequades que els metges puguin utilitzar.			
	<b>Accions</b>	<b>mesures</b>	<b>Eines</b>	<b>Comentaris addicionals</b>
1	Historia clínica única.			La història única dissenyada fa temps no s'ha posat en marxa.
2	Xarxa de comunicació àgil i en temps real.	Es pot establir primer per sectors o circuits sanitaris però amb la visió de crear una xarxa comuna a tot el sistema..		La medicina privada que treballa per la pública ha de compartir la part de xarxa que li correspongui per la concertació que hagi fet.
3	Xarxa de comunicació única per tot el sistema sanitari.			
PROCEDIMENT PER DUR A TERME	Historia clínica única. Xarxa de comunicació integral.			
AVANTATGES	Millora de l'eficiència i de la qualitat assistencial. Millora de la satisfacció dels metges i gestors. Millora de la qualitat percebuda pel pacient.			



INCONVENIENTS	<p>Hi ha moltes reticències a compartir informació. S'han fet grans inversions a tots els centres en sistemes d'informació propis i tancats. La protecció de la privacitat és un tema complicat.</p>							
VALORACIÓ	A	B	C					
IMPACTE EN LA DESPESA	1-2-3							
FACILITAT D'IMPLEMENTACIÓ	2	1-3						
TEMPS NECESSARI		2	1-3					