informes CAMFiC

reptes de futur de l'Atenció Primària

01

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària

biblio III capçalera

Informes CAMFiC /01 Projecte de maquetació coordinat per la vocalia de comunicació de la CAMFiC.

ISBN: 978-84-09-26720-0

(C) Copyright Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).
Barcelona, 2020.
Tots els drets reservats. Queda prohibida la reproducció total o parcial del material del present Document de Reptes pels drets de propietat intel·lectual, el seu ús de qualsevol forma, per qualsevol mitjà, ja sigui electrònic o mecànic, incloent fotocòpies, enregistraments, transmissions, o qualsevol altra sistema d'emmagatzematge i recuperació d'informació, sense el permís explícit i per escrit de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

CAMFiC societat catalana de medicina familiar i comunitària

biblio III capçalera

continguts

1 Redactors 05

2 Justificació 06

3 Metodologia 07

4 Resultats 19

Les 10 idees més votades i les 10 idees de més consens 21

Accessibilitat, continuïtat i interrelació amb altres nivells assistencials 23

Autonomia organitzativa i de gestió. Cartera de Serveis 26

Docència (Universitat i MIR), recerca i innovació 29

Salut Comunitària 32

Qualitat i Seguretat 35

5 Recomanacions essencials 38

6 Participants 41

7 Referències 42

Informe derivat de la jornada de reflexió sobre **Medicina Familiar i Comunitària: Reptes de futur,** celebrat a la seu de la CAMFiC amb la participació de més de 100 referents de l'especialitat. Podeu accedir a la nota de premsa:

http://www.camfic.cat/Actualitat.aspx?id=3768&tp=Noticias

foto: @ialarconb

foto: @spemartn7

1/ Redactors

Dr. Antoni Sisó Almirall
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
President de la CAMFiC
CAP les Corts, Barcdelona (Barcelona)

Dr. Jordi Mestres Lucero
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Vicepresident segon de la CAMFiC
CAP Rambla, Sant Feliu de Llobregat (Barcelona)

Dra. Yolanda Ortega Vila
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Vicesecretària de la CAMFiC
CAP Salou (Tarragona)

Dra. Mónica Solanes Cabús
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Vocal primera de la CAMFiC
CAP Once de Setembre, Lleida (Lleida)

Dr. Jordi Monedero Boado
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Cap de servei d'urgències i emergències de l'Hospital d'Igualada, Consorci Sanitari de l'Anoia (Barcelona)

Dra. Carmina Poblet Calaf
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
CAP Horts de Miró de Reus (Tarragona)

Dr. Josep Basora Gallisà
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Vicepresident primer de la CAMFiC
IDIAP Jordi Gol i Gurina

Dr. Joan Deniel Rosanas
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Secretari de la CAMFiC
UD Multiprofessional d'AFiC Catalunya Central. CAP Manlleu (Barcelona)

Dr. Joaquim Fernández Pérez
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Tresorer de la CAMFiC
EAP Ramon Turró, Barcelona (Barcelona)

Dra. Iris Alarcón Belmonte
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Vocal segona de la CAMFiC
CAP Passeig Sant Joan, Barcelona (Barcelona)

Dr. Xavier Bayona Huguet
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Coordinador del Grup de Gestió CAMFiC

Dra. Montserrat Gens Barberà
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Coordinadora del GdT Qualitat CAMFiC
Directora de qualitat de la gerència del camp de Tarragona ICS

2/ Justificació

Catalunya va viure de 26 al 30 de novembre del 2018 una vaga a l'Atenció Primària mai vista. La paraula clau sobre la que pivotà: dignitat. El carrer Balmes, la Gran Via de Les Corts Catalanes, el Passeig de Gràcia, la Travessera de Les Corts, La Diagonal o fins la Ronda de Dalt de la ciutat de Barcelona van ser tallades per milers de bates de metgesses i metges de família, arribant fins i tot a les portes del Parlament de Catalunya. Mentre el sindicat majoritari convocant la desconvocava el dijous 29, un bon nombre de Centres i Professionals la van seguir l'endemà dia 30, en un clam clar de que els pactes no van agradar a tothom: - no era això – és el que apareixia a nombroses xarxes socials. Una vaga que va concloure sense autèntiques transformacions que, de planificar-se, podrien proveir al Sistema Nacional de Salut d'una viabilitat sostenible, de major qualitat i proximitat. I és que finalment la vaga va convertir-se en una mena de purificació de les passions i de l'estat d'ànim que provoca en molts professionals contemplar el deteriorament del sistema sanitari en l'àmbit de l'atenció primària.

Molt s'ha escrit de les causes que van conduir a una vaga d'aquesta intensitat, catarsi necessària per dues dècades de manca d'inversió i conseqüent descapitalització de l'atenció primària (1). El moment actual insta a fer propostes de transformació en el marc d'una estratègia que sigui moderna, modèlica, exportable i co-creada per les organitzacions professionals que sempre han demostrat compromís amb el caràcter universal, públic i gratuït del sistema sanitari. Serà imprescindible que aquesta estratègia transformi el sistema sanitari sencer i les relacions entre àmbits assistencials: atenció primària, hospitals i centres sociosanitaris. Sense visibilitat i reconeixement recíproc d'aquests àmbits, el compromís dels professionals serà fugaç.

Quin model d'atenció primària és el que volem pel futur? A quins reptes hauran de donar resposta tant l'administració com els professionals? Ens caldrà una nova atenció primària reorganitzada, resolutiva, equitativa, comunitària i social, orientada als determinants socials de la salut (que per si sols expliquen la major part de desigualtats en salut) i amb un paper molt important en la seguretat del pacient i en la prevenció quaternària (2).

Davant aquesta realitat la Junta Directiva de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) va iniciar un procés de reflexió que va culminar el passat 25 de Març de 2019 amb la celebració d'una Jornada amb el mateix títol, on l'objectiu fou oferir propostes creatives, factibles i d'aplicació a curt i mig termini sorgides per part d'un nombrós grup de professionals compromesos amb l'Atenció Primària.

3/ Metodologia

La Junta Directiva de la CAMFiC va designar 100 professionals especialistes en Medicina Familiar i Comunitària que van ser distribuïts en 5 grups de reflexió. Els professionals van ser designats per la Junta en base als criteris següents: ser soci de la CAMFiC, pertinença a Juntes Directives anteriors de la CAMFiC, membres actius de Grups de Treball o directors de programes, representants d'algunes plataformes (FoCAP i Rebelión Primaria) i compromís amb la CAMFiC i amb la medicina familiar i comunitària en la trajectòria professional assistencial, docent i investigadora.

Es van definir els següents grups:

A Accessibilitat, continuïtat i interrelació amb altres nivells assistencials.

B Autonomia organitzativa i de gestió. Cartera de Serveis

C Docència (Universitària i MIR), recerca i innovació

D Salut Comunitària

E Qualitat i Seguretat

Cada grup incorporava un guió elaborat per la Junta Permanent de la CAMFiC i els coordinadors i dinamitzadors que contextualitzava als participants per tal que aquests poguessin aportar les seves idees segons el grup al que van estar assignats. Cada grup desenvolupava 3 reptes, de manera que globalment tots els grups van abordar 15 reptes.

Es detallen a continuació els guions de contextualització que defineixen els reptes de cada grup:

A Accessibilitat, continuïtat i interrelació amb altres nivells assistencials.

descripció del repte

A1 Busquem idees per a millorar l'accessibilitat a l'Atenció Primària i especialment al metge de família. Propostes que no passin exclusivament per l'augment lineal de professionals sinó per una reordenació de les tasques a desenvolupar per l'EAP, què no fer?, què poden fer altres professionals?, què hem de fer que no fem?, que podem fer d'una altra forma, no presencial, grupal...?, quina tecnologia necessitem que permeti al professional planifica la demanda?, com identificar demanda induïda inadequada?

1) En l'actualitat, existeixen experiències que intenten millorar la gestió de la demanda però no estan prou esteses ni amb una visió global del procés d'atenció, es limiten a la demanda aguda, no incorporen eines de planificació de la demanda ni desenvolupen completament les competències dels professionals de l'EAP, no existeixen espais de discussió clínica compartida entre professionals.

2) En l'actualitat, existeix la possibilitat de e-consulta però no està prou desenvolupada, hauria d'incorporar la possibilitat d'atenció sincrònica per a pacients crònics en atenció domiciliària, la informació de variables pel pacient, la participació activa de la comunitat, etc.

3) És necessari incorporar en la pràctica habitual la planificació de la demanda, noves modalitats de relació amb la persona atesa, espais de discussió clínica dins de l'equip i que aportin valor i permetin la presa de decisions compartides.

descripció del repte

A2 Necessitem idear models de treball que permetin garantir i millorar la interrelació amb altres agents de salut i nivells del sistema sanitari.

1) En l'actualitat, existeixen experiències de rutes assistencials entre AP i Hospital per a determinades patologies que han demostrat la seva bondat per a l'atenció de pacients afectes de patologies cròniques específiques però estan massa orientats a patologia concreta i no a les necessitats del pacient i en les seues gènesis a disminuir el reingrés hospitalari i a perpetuar l'estructura hospitalocentrista.

2) En l'actualitat, existeixen algunes experiències de models d'atenció especialitzada comunitària que faciliten la relació de professionals d'Atenció primària i hospitalària amb una clara visió de complementarietat, capacitació de l'atenció primària i amb la voluntat que l'atenció sigui centrada en la persona i en la seva comunitat per a les patologies d'alta prevalença.

3) És necessari incorporar en la pràctica habitual l'accés ràpid, senzill i per diferents mitjans a l'especialista comunitari, la generació d'espais de discussió i planificació de casos, sincrònic o asincrònics, entre els professionals que atenen el pacient i amb el lideratge del professional de referència d'AP per a la presa de decisions garantint que l'atenció se centri en les necessitats biopsicosocials del pacient i la realitat del seu entorn.

descripció del repte

A3 Necessitem idees per a millorar la continuïtat assistencial que precisen els pacients crònics complexos, amb necessitats d'atenció complexes o en situació de malaltia crònica avançada.

1) En l'actualitat, existeixen experiències diverses per a garantir la continuïtat assistencial que requereixen aquests pacients, gran part d'elles fonamentades en recursos hospitalaris o amb gran dèficit de coneixement de les possibilitats d'atenció primària i sensem el concurs dels professionals que coneixen al pacient i entorn en la presa de decisions. Escassa visió longitudinal.

2) La voluntat que la continuïtat assistencial d'aquests pacients recaigui en professionals d'atenció primària no comporta la desaparició de recursos actuals però si la seva necessària reorientació cap a la complementarietat i no a la substitució de serveis i el seu redimensionament.

3) És necessari incorporar professionals i metodologies de treball en els equips d'atenció primària per a garantir aquesta continuïtat i extensió de l'atenció, i així poder garantir un veritable lideratge, que no sempre atenció directa, de l'abordatge d'aquests pacients facilitant la interacció diària amb altres recursos sanitaris i/o socials, que precisi el pacient.

B Autonomia Organitzativa i de Gestió. Cartera de Serveis

descripció del repte

B1 Descripció del repte: Busquem idees que permetin adaptar situacions avantatjoses que puguin estendre's als EAP de les diferents organitzacions per a avançar en la seva efectivitat, eficiència i satisfacció professional.

En l'actualitat, la gestió dels EAP està influïda i supeditada a les regles i estratègies de les organitzacions a les quals pertanyen.

Les bases jurídiques de les organitzacions tenen un gran pes en els EAP: ICS (80% de l'AP de Catalunya), Consorcis públics amb hospital, consorcis públics sense hospital, entitats privades i EBAs són els diferents models d'organització.

Existeixen pistes que l'autonomia de gestió entesa com aquella situació en què els EAP poden decidir plantilles i organització de forma autònoma, sense supeditació hospitalària augmenten tenen millors resultats i els seus professionals estan més satisfets.

descripció del repte

B2 Busquem idees per a augmentar el valor afegit de la prestació de serveis (gestió clínica) i disminució de la burocràcia dels EAP, amb l'objectiu de guanyar temps per a realitzar l'important i deixar de fer allò que no aporta valor al ciutadà.

En l'actualitat es coneix que aproximadament el 30% de l'activitat realitzada en la consulta no aporta valor i només aporta malbaratament de recursos (temps i diners) que podria ser aprofitat per a augmentar el valor de l'atenció i dedicar més temps a aspectes de gran transcendència com a cronicitat i atenció domiciliària. La medicina basada en l'evidència hauria de ser la gran motivació de les pràctiques assistencials i de l'organització de l'AP. Pel seu costat la burocràcia (només la necessària derivada de l'obligació per la normativa vigent) hauria de ser la mínima i imprescindible i hauria de gestionar-se pel professional i en l'espai que siguin més cost-efectius amb l'ajuda de les TIC.

descripció del repte

B3 Busquem idees per a adequar la cartera de serveis de l'AP, en funció d'efectivitat i eficiència del primer nivell assistencial amb el reconeixement pressupostari corresponent

Actualment l'AP desenvolupa una cartera de serveis àmplia que ha millorat la resolució del primer nivell assistencial que hauria de ser reconeguda i actualitzada, a partir de la definició d'una cartera de serveis bàsica (la que tothom hauria de proveir) i una avançada de caràcter opcional i voluntari, que tingués el seu reconeixement financer. El desenvolupament de les carteres de serveis dels diferents EAP estan clarament influenciats per la disponibilitat de recursos financers, professionals motivats per al seu desenvolupament i la voluntat de l'estructura directiva del territori on el EAP desenvolupa les seves funcions, més enllà del que el CatSalut pugui decidir en moltes ocasions.

C Docència (Universitària i MiR), Recerca i Innovació.

descripció del repte

C1 Busquem idees per a millorar la recerca pròpia en Atenció Primària, potenciant la seva excel·lència però alhora aconseguit una major socialització i accés per part de tots els professionals, busquem una recerca que resolgui preguntes de recerca d'atenció Primària i traslladi els seus resultats en millors pràctiques.

1) En l'actualitat, la recerca en Atenció Primària ha tingut un desenvolupament incremental en publicacions i factor bibliogràfic amb augment del finançament competitiu però molt lluny del finançament que obtenen els projectes hospitalaris o universitaris per a resoldre projectes de recerca bàsics.

2) En l'actualitat, a Catalunya hi ha una Institució de Recerca d'Atenció Primària en el Institut Català de la Salut (IDIAP Jordi Gol i Gurina) que proporciona amb estructures d'Unitats Territorials (suport amb beques de capacitació, alliberament, i per projectes) i altres estructures integrades en altres organitzacions dependents d'Instituts de Recerca Hospitalaris. No obstant això, aquestes estructures no poden accedir a tots els fons competitius, ni als grans recursos de les xarxes d'excel·lència de l'Institut Carles III

i fons europeus.

3) És necessari per a créixer, per a poder investigar més temps dels professionals en una organització molt bolcada a l'assistència per problemes bàsicament de demanda i falta de professionals.

descripció del repte

C2 Necessitem idear un pla per a incorporar la Medicina de Família de forma definitiva a la Universitat, amb la creació d'estructures pròpies dins de la universitat, potenciant l'assignatura de Medicina de Família en totes les Universitats Catalanes i professors titulars o agregats de Medicina de Família.

1) En l'actualitat, la Medicina de Família està present en totes les Universitats Catalanes, encara que aquesta presència no és uniforme en el pla d'estudis i en cap d'elles hi ha estructures pròpies de Medicina de Família.

2) En l'actualitat, en les universitats catalanes hi ha molts professors associats de Medicina de Família, de forma excepcional tres professors titulars. No hi ha molts exemples d'implicació en càrrecs de gestió, ni en planificació docent.

3) Per a poder-se acreditar com a professor titular i poder optar a una plaça universitària cal passar un procés d'acreditació molt estricte per una agència d'acreditació (Autonòmica o Estatal) amb criteris d'excel·lència en recerca i docència a l'abast de pocs professionals clínics generalistes assistencials.

descripció del repte

C3 En l'actualitat a Catalunya es formessin 320 Metges Residents de Medicina de Família, una xifra pròxima al 24% dels residents totals, molt lluny de les recomanacions de l'OMS pròximes al 50%. Necessitem propostes per a incrementar el seu número i fer de la nostra especialitat un atractiu d'elecció

1) En l'actualitat, els residents es formen en Centres d'Atenció Primària i Hospitals acreditats pel Ministeri de Sanitat, hi ha una estructura d'organització per a aquesta docència que és la Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària formada per un Cap d'Estudis, tutors, tècnics de salut, una Comissió de Docència i una Subcomissió d'Infermeria. Es formen metges i infermeres. Hi ha diversitat segons la

provisió de serveis i estan agrupades en la nostra comunitat.

2) Durant aquests anys, no hi ha hagut un procés de fidelització, més aviat s'han ofert contractes precaris per part dels proveïdors, els residents extracomunitaris no han pogut ser contractats. No han crescut el nombre total de places de MF ni al nivell de l'estat, ni a Catalunya de forma proporcional a la demanda poblacional

3) Es qüestiona l'atractiu de la Medicina de Família enfront d'altres especialitats, hi ha recirculació de residents que opten per començar una altra especialitat.

D Salut Comunitària

descripció del repte

D1 Facilitar l'orientació comunitària dels Equips d'atenció primària, tant en l'atenció individual i familiar com en les activitats grupals i en el conjunt de l'Àrea Bàsica de salut.

Segons el document "Estratègia transversal per abordar projectes de salut comunitària (SC)" del ENAPISC (Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut comunitària), el concepte mínim i bàsic per a treballar en SC és: el treball conjunt de l'àmbit de l'atenció primària de salut (quan assumeix la responsabilitat de l'atenció a la població assignada) i dels serveis de Salut Pública (quan aquesta actua localment), juntament amb els ens locals, dirigit als problemes o necessitats prioritaris de salut i els seus determinants de la comunitat, amb la participació dels sectors implicats en aquests problemes, i de la mateixa comunitat, sense deixar de fer les seves activitats ordinàries.

A més les activitats ordinàries dels EAP i SP hagueren d'adquirir un enfocament salutogénic i promotor de salut necessari per a evitar la iatrogènia i medicalització.

Existeix tant un marc teòric basat en multitud d'evidència científica que demostra que l'estratègia de SC contribueix a millorar l'estat de salut de la població amb mesures eficients de promoció de salut.

En el context de Catalunya hi ha experiències d'implantació d'aquesta estratègia en el si dels equips d'AP des de fa anys que han fet eclosió en el projecte COMSALUT. La ENAPISC considera aquest projecte com una via vàlida per a mostrar la pertinència i la

factibilitat del model de SC i com un pas previ per a estendre el model al conjunt de les ABS de Catalunya.

En l'àmbit de l'Estat espanyol i internacionalment existeixen multitud d'experiències d'èxit que poden servir com a referència per a la implantació d'aquest model.

La formació específica en SC ha de generalitzar-se en el sistema de salut. Especialment en qui pren les decisions en les diferents funcions essencials: la governança, la planificació, la gestió, el finançament i la provisió. El SC també s'aprèn practicant-la, però hi ha una base necessària per a dominar amb rigor el marc conceptual i els mètodes de treball.

descripció del repte

D2 Promoure espais de treball en xarxa: en l'àmbit d'ABS creació de grups motors interdisciplinaris i intersectorials on hi hagi participació efectiva de membres del EAP (medicina, infermeria, treball social i GIS), dotant als EAP d'un pressupost econòmic i un espai temporal per a fer-lo possible per a evitar el voluntarisme dels professionals, permetent la flexibilitat horària, cobrint tota la resta d'activitat ordinària.

En aquest moment, l'activitat comunitària dels EAPs es realitza en gran part pel voluntarisme dels professionals, els qui dediquen hores del seu temps personal i moltes vegades, recursos materials propis per a realitzar aquestes activitats: reunions fora d'hores laborals no compensades, comprar material per a activitats sense que existeixi un pressupost propi els equips destinat a aquest efecte, creació de xarxes i sinergies amb altres agències i municipals fruit de les relacions interpersonals dels professionals que formen part .... Creiem necessari que es promoguin espais de treball en xarxa, dotant als EAPs d'un pressupost econòmic i d'un espai de temps flexible per a fer-lo possible i sense que aquest depengui del sobreesforç de tot l'equip. La implantació d'aquesta estratègia requereix disposar de recursos específics que permetin que aquells professionals de EAP i SP membres del grup motor, és a dir aquell que impulsa, orienta, coordina i dóna suport a el desenvolupament de la salut comunitària en les ABS, rebin la formació i disposin del temps per a desenvolupar aquest treball específic sense detriment de l'activitat assistencial o altres tasques ordinàries dels equips d'AP i Salut Pública.

Aquesta és actualment en els EAP una activitat "elegible", però sense cap mena de contraprestació quan es duu a terme l'opció de desenvolupar-la. Per tant en els processos de contractació per part del CatSalut als proveïdors, s'hagués de tenir en compte la compra específica d'aquest servei que hagués d'estar present en la cartera

de serveis de tots els EAP de Catalunya.

descripció del repte

D3 Treballar en xarxa amb els diferents recursos i actius comunitaris a nivell d'ABS i municipal per a millorar les condicions de vida de les comunitats i promovent una participació ciutadana efectiva, i especialment consideració d'aquelles persones en situació o risc d'exclusió social. El EAP i Salut pública es deguessin converteixi en un recurs valuós per a aquest treball en xarxa. En aquest sentit caldria dotar als equips del suport necessari per a seguir metodologies científiques tant en la realització de les intervencions, com en l'avaluació d'aquestes.

La potència creixent dels sistemes d'informació permet conèixer la situació de salut amb més rigor i facilitar la tasca d'identificació i selecció de problemes i necessitats, i els seus determinants en l'àmbit comunitari. Aquest recurs aportat per EAP i Salut pública és, en aquest context, una oportunitat per al treball intersectorial i per a la disminució de les desigualtats.

Existeixen suficients cercadors, així com documents i guies que permeten l'aplicació de metodologia científica tant en la planificació com implementació i avaluació de les intervencions.

Existeixen diversos documents operatius basats en experiències reals avaluades que ens poden permetre a més promoure una participació comunitària efectiva, arribant a aquelles persones amb major risc d'exclusió social.

E Qualitat i Seguretat

descripció del repte

E1 ACREDITACIÓ DELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA Com socialitzem entre els professionals l'Acreditació dels centres segons el model català d'acreditació d'Equips d'Atenció Primària definit pel Departament de Salut i participat per CAMFIC? Com evolucionarà aquest model en el futur?

El model d'Acreditació d'Equips d'Atenció Primària es va definir pel Departament de

Salut. Al juliol 2014 s'aprova el decret 86/2014 on estableix el sistema d'acreditació dels EAP a Catalunya. Tots els EAP han passat pel procés d'acreditació (últims EAP a l'estiu de 2017) i actualment s'estan preparant per a la re acreditació.

Aquest procés d'acreditació, pretén impulsar al conjunt de professionals dels equips d'atenció primària de Catalunya a analitzar la seva organització i incidir en la millora de la qualitat assistencial prestada al ciutadà.

Els estàndards van ser elaborats l'any 2009-10 per un grup tècnic de professionals experts en qualitat i de la camfic. El Treball s'inicia a partir d'un model d'estàndards per als EAP d'autonomia de gestió del ICS, model d'acreditació d'hospitals, model EFQM i Joint Commission International. Finalment es realitza una prova pilot en 30 EAP i s'elabora el manual definitiu. Aquesta manual actualment consta de 9 criteris, 34 subcriteris i 379 estàndards.

Ha creat una dinàmica de treball participatiu mitjançant la identificació de responsable de qualitat i Seguretat del pacient, creació de
comissions de qualitat, creació d'equips de millora potenciant el treball compartit i consensuat.

És necessari revisar el model d'acreditació (confluència amb altres models del Departament de salut, nivells progressius d'acreditació, cadència, organismes acreditadors, ponderació dels estàndards, nivell d'exigència, avançar en els resultats cap a tendències, comparacions i consecució d'objectius,...)

descripció del repte

E2 Com traslladem la cultura de seguretat del pacient a tota l'organització i s'establi un clima en els professionals que adoptin en totes les practiques estàndards de seguretat del pacient

Conèixer la cultura de seguretat d'una organització és el pas previ per a la seva millora. Les recerques en cultura de seguretat s'han orientat fonamentalment a avaluar el clima de seguretat (actituds i percepcions que sobre seguretat tenen els professionals).

A Catalunya l'any 2011, es defineix un pla d'acció per a implantar les Unitats Funcionals de Seguretat del pacient. Entre les diferents activitats a desenvolupar es mesura la cultura de la Seguretat del Pacient entre els professionals d'Atenció Primària. Mitjançant el qüestionari MOSPS.

També inclou l'autoavaluació del model de Seguretat del pacient, estàndards integrats en el model d'acreditació anteriorment descrit.

Pla formatiu orientat a millorar la cultura de Seguretat, per a sensibilitzar als professionals i donar-los eines per a desenvolupar en la seva pràctica diària.

descripció del repte

E3 Reactiva en gestió del risc. Com promovem la notificació dels incidents en seguretat del pacient, l'aprenentatge dels incidents notificats i som capaços de dissenyar estratègies per a millorar la seguretat del pacient?

En el projecte de les UFSP del Departament de Salut, entre les activitats inclou el fomentar la notificació com una eina per a disseminar la cultura de seguretat del pacient. El Departament de Salut, posa a disposició el sistema de notificació incidents TPSC_cloud en tota Catalunya. És tot un repte com aprenem dels incidents notificats com dissenyem un procés de reflexió, redisseny del procés i el desenvolupament de mesures correctives per a minimitzar riscos posteriors.

Hi ha Unitats Funcionals de Seguretat del pacient que abasten Atenció Primària i també Atenció Hospitalària, fins i tot amb treball interproveïdor. Existència d'unitats de suport a les segones i terceres víctimes

foto: @ireneveganzones

foto: @spemartn7

Per al desenvolupament del procés de reflexió s'utilitza la metodologia design thinking (DT). Es tracta d'una metodologia líder a nivell mundial que ajuda a produir solucions o idees innovadores a desafiaments complexos relacionats amb comunitats específiques. Torch és un sistema fundat a Silicon Valley que complementa el DT i accelera els seus processos aplicant eines tecnològiques i exercicis d'ideació multidisciplinaris i multisensorials específics. Torch complementa els processos naturals del DT. Amb tot, l'objectiu del procés de reflexió fou produir idees innovadores per ajudar a dur a terme la transició a un nou model Sanitari amb l'Atenció Primària com a eix vertebrador.

Es va posar a disposició dels participants la plataforma https://torch4ideas.com

Torch proporciona una eina tecnològica en el núvol que no requereix d'instal·lació i es pot accedir des d'Android, iPhone, iPAD, MAC o PC. La plataforma complementa els processos de DT proporcionant:

- Un interfície d'ideació multidisciplinar alimentada per potents bases de dades que permeten estimular el pensament creatiu del participant amb estímuls multisensorials que es combinen a través d'un sistema de targetes dinàmiques.

- Un sistema de mètriques i tracking que permet valorar i mesurar diferents paràmetres del procés d'ideació i del rendiment dels participants (nivell d'innovació vs nivell de practicitat / factibilitat de les idees, rang de multidisciplinarietat, temps invertit, rang de skills creatives i d'ideació, etc).

- Un sistema de gestió de reptes i idees que permet comentar-les, compartir-les, votar-les, projectar-les, generar rànquings automàtics, etc.

- Un panell de control per als organitzadors per analitzar les estadístiques globals del procés.

Els participants van poder interaccionar amb la plataforma des d'una setmana abans de la celebració de la Jornada, amb l'objectiu d'aportar idees transformadores. El mateix dia de la Jornada, i també organitzats en grups, van poder aportar un major nombre d'idees i posar a debat les proposades. L'evolució en el procés d'aportació d'idees es mostra a la Figura 1.

Figura 1. Procés d'aportació d'idees (solucions) des del 15 de març fins el 25 de març

Posteriorment a la jornada, els participants van poder votar totes les idees durant una setmana en base als esmentats criteris de creativitat i factibilitat. Els vots registrats van ser únics, és a dir, la plataforma detecta vots de cada usuari de manera que un únic usuari no pugui reiterar el vot en més d'una ocasió.

La recopilació de dades va ser efectuada per la consultora EQ & Torch Innova. L'anàlisi estadística i priorització d'idees en base als resultats ha estat efectuada per l'equip redactor del present informe.

4/ Resultats

Es van registrar 97 usuaris, dels quals 3 eren organitzadors; per tant el nombre de participants oficial fou 94. El valor d'innodinàmica, el qual mesura el percentatge de les solucions i reptes on s'han involucrat als usuaris rebent idees i / o vots, és del 99%. A part d'aquest valor principal, el 88% dels participants van usar la plataforma, el 82% ha creat almenys 1 idea, el 81% va crear més d'una idea, i el 69% van crear idees en el mètode avançat.

En la figura 2 s'expressen diverses mètriques reportades per la plataforma Torch: d'una banda el perfil creatiu dels participants, decantat cap a l'àmbit científic en primer lloc, i la escriptura en segon lloc, quan es compara amb altres empreses o institucions que han utilitzat la plataforma. Per altra banda, es detallen les habilitats en innovació del grup de reflexió (en vermell) que supera el nivell estàndard (en blau)

registrat per la plataforma en totes les dimensions avaluades: emprenedoria, creativitat, implantació i networking.

Figura 2. Mètriques d'àmbit creatiu i habilitats en innovació dels participants.

S'han generat un total de 761 idees amb la següent distribució: 193 al grup A, 184 al grup B, 146 al grup C, 141 al grup D i 97 al grup E. Els vots emesos a totes les idees en la setmana posterior a la Jornada va ser de 9.137. En la figura 3 es mostra un diagrama de punts on figuren totes les idees. El tamany de cada punt indica el consens (numero de vots) rebut, de manera que els punts de major tamany corresponen a les idees més votades en les dimensions de creativitat i facilitat d'implementació. S'observa una major quantitat d'idees al quadrant superior dret (marcat en verd) que correspon a les idees més creatives i més fàcilment factibles.

Figura 3 Núvol d'idees generades i puntuació obtinguda de cada idea.

A/ Les 10 idees més votades i les 10 idees de més consens

En la següent taula 1 es resumeixen les 10 idees amb més punts i 5 o més vots.

IDEA	PUNTUACIÓ MITJANA
Llançar-se en la microgestió de la consulta, no delegar-la en els superiors. Decidir què va aquí i que no. Què puc gestionar a distància i què no. Què és sanitari i què no. Ser selectius en base a la nostra professió.	5
Medicina de Família en positiu. Els tutors han d'inspirar positivitat i creure en la medicina de família. Les UUDD han de donar a conèixer totes les seves bondats i capacitats. I entre tots treballar perquè els assegurin un futur laboral digne en acabar.	4,9286
Ha de desaparèixer el visat de les prescripcions mèdiques. No aporta cap valor i qüestiona immerescudament el criteri professional	4.9286
Formar tots els professionals en l'autogestió de la consulta: anticipació, planificació i solucions per a cada tipus de demanda (administrativa, previsible, evitable ...)	4.9167
Al metge de família cal exigir-li dues coses: accessibilitat i resultats assistencials. Com gestioni el seu temps i la seva agenda per aconseguir-ho, és cosa seva	4.8824
Un dia a la setmana dedicat a revisar què hem fet en els dies previs i si ha aportat valor a l'equip i als pacients. Aprendre de l'experiència i de l'evidència	4.875
A la cadena de muntatge (formació residents) depèn més dels tutors que de l'estructura: un tutor pot ensenyar fora d'ella	4.875
La Medicina de família ha de ser una especialitat vista com a model d'èxit a la nostra societat, no com un col·lectiu que sempre s'està queixant i que s'ha de protegir. Tots els alumnes haurien de desitjar ser MF	4.8571
Crear la INTERCONSULTA "dels" metges hospitalaris "als" metges de família. Per aquells pacients que estan a urgències, o ingressats a qualsevol servei el qual es pugui beneficiar de la informació que disposa del seu metge de referència.	4.8333
El pressupost de l'atenció bàsica: atenció primària, proves complementàries, farmàcia i assistència hospitalària (no ingressos) ha d'estar en atenció primària, realitzant aquesta la gestió.	4.8333

En la següent taula 2 es resumeixen les 10 idees amb més vots (més consens). Aquest consens pot ser positiu quan la puntuació supera 3 punts de mitjana, o negatiu quan la puntuació és menor de 3.

IDEA	VOTS	PUNTUACIÓ MITJANA
APP on els pacients trobin resposta a les necessitats de salut mitjançant algoritmes intel·ligents que els orientin en la conducta a seguir. (des de consells de salut, tractaments, serveis on dirigir-se, inclús realització IT automàtiques)	32	4
Personal administratiu altament qualificat	30	3.2667
Autonomia TOTAL del professional per definir la seva agenda i gestionar-la per tancament, obertura, etc	29	4.3103
Cada pacient en risc té assignat un administratiu sanitari que l'atén de forma personalitzada i assigna contactes amb els seus professionals de referència	29	3.8966
El metge de família, com a professor universitari, hauria de tutoritzar de manera contínua un petit grup d'alumnes des de 1r fins al 6è Curs, garantint un contacte assistencial continu.	28	3.9643
Programa de gestió de cites amb GIS format, incentivat i reconegut x endreçar la demanda. Inclouria un període d'adaptació al sistema per a l'usuari, acostumat a la cita directa.	28	3.4643
Temes burocràtics treure de la consulta i fer-los allà on toca	27	2.7037*
Tots els estudiants de medicina haurien de fer l'especialitat de MFiC i posteriorment decidir si volen fer una altra especialita	27	2.5556*
L'especialista en medicina familiar i comunitària és el professional idoni per incorporar valors del professionalisme en el grau universitari: lideratge, proximitat, honradesa, lleialtat al pacient, rigor, prudència, dedicació i compromís	26	4.3462
La docència de grau ha d'estar basada a l'AP cóm a eix troncal d'un aprenentatge basat en problemes.	26	4.2692

*Consens negatiu, és a dir, votada com a idea valorada negativament.

B/ Millors idees segons grups de reflexió.

A continuació (taules 3 a 7 i figures 4 a 8) es detallen les 25 millors idees expressades a la plataforma, diferenciades per cada grup de reflexió, ja que cada grup aborda temàtiques diferents que mereixen d'una anàlisi individualitzada.

A Accessibilitat, continuïtat i interrelació amb altres nivells assistencials.

Taula 3

	DESCRIPCIÓ	PUNTUACIÓ CREATIVITAT	PUNTUACIÓ PRACTICITAT
1ª	Crear la INTERCONSULTA "dels" metges hospitalaris "als" metges de família. Per aquells pacients que estan a urgències, o ingressats a qualsevol servei el qual es pugui beneficiar de la informació que disposa del seu metge de referència.	10,00	8,33
2ª	ENAPISC requereix de 100 metres quadrats al Pavelló Ave Maria ... i altres 100 al pavelló Olímpia	8,13	8,13
3ª	Assegurar cuidador capaç que asseguri cures bàsiques (neteja, alimentació, comoditat...) i presa correcta de medicació... ¿Qui ho proveeix?	7,50	8,57
4ª	Una capacitació dels administratius sanitaris; més en línia del "medical assistants" de US podria ser útil en moltes tramitacions amb alta càrrega administrativa que ara per ara fem a les consultes	8,00	7,78
5ª	Flexibilitzar contractació de serveis per incentivar competència entre especialitzada	7,08	8,33
6ª	Possibilitat de modificar les agendes dels professionals de manera fàcil	8,13	7,14
7ª	Es podria suprimir la necessitat de presentar IT en processos de molt curta durada. Stop a la feina burocràtica que no reporta millores en salut.	8,13	8,89
8ª	APP mòbil que combina intel·ligència artificial amb qüestionaris dinàmics per connectar al pacient crònic amb metge de família i assistència necessària de manera adaptada a la realitat del pacient en cada moment	8,75	6,25

9ª	Crec que estaria molt bé preguntar fora del sistema, potser el innovador és preguntar a gent jove amb noves idees com hauríem atendre'ls, cal sortir del bucle. Els joves no contaminats del dia a dia poden ajudar-nos.	8,64	5,91
10ª	La primària a l'hospital (decisions sobre funcionament circuits, la metgessa als comitès de decisió sobre el pacient)	7,78	6,67
11ª	Lliure elecció de proveïdors, des de cada EAP, que fomenti la competència per oferir el millor servei possible. Pressupost assignat a l'hospital vinculat als serveis que presta a AP.	7,00	7,00
12ª	Crear la PROPOSTA D'ALTA de Consultes Externes quan considerem que no cal l'altre facultatiu el segueixi visitant. De la mateixa manera que demanem valoració d'un altre servei i li expliquem al pacient, podem fer-ho a l'inrevés.	8,33	5,56
13ª	Confiar en la població. Que deixin de ser necessàries les ILT per processos banals i curts.	5,00	8,89
14ª	Les interconsultes virtuals haurien de ser àgils, i permetre diàleg si cal. Sempre haurien de ser tancades pel metge de família (qui les origina). Mai haurien de ser un sistema de denegació de visita.	5,91	7,50
15ª	Responsabilitzar els pacients de l'accessibilitat mitjançant eines tecnològiques que permetin prendre decisions compartides	5,91	7,27
16ª	Autonomia TOTAL del professional per definir la seva agenda i gestionar-la per tancament, obertura, etc	4,64	8,33
17ª	Accés als llits de subaguts a tots els territoris des de l'AP.	4,58	8,64
18ª	Document validat i consensuat d, ús per part de tots els agents de salut i social del pacient amb accés directe i online amb ítems predictors (algoritmes intel·ligents) de necessitats per afavorir proactivitat	6,82	6,00
19ª	Incloure dins l'equip que s'enten com UBA (medicina + infermeria) una persona de referència capacitada per fer les tasques administratives per tal de desburocratitzar la consulta de forma efectiva.	4,58	7,92
20ª	L'organització de serveis hospitalaris ha de canviar radicalment. El " hospitalist "hauria de ser l'interlocutor del MFiC quan el pacient ingressa	6,25	6,25

21ª	Reordenació de tasques: un jove metge/ssa de família no hauria de fer exactament el mateix que un metge de família de 60 o més anys: Revisió de les Carreres Professionals	4,09	8,18
22ª	AP amb pressupost propi que permeti contractar serveis: laboratori, radiologia, consultes a especialistes hospitalaris, farmàcia, proves complementàries, etc i deixar dependència hospitals referència	5,56	6,67
23ª	Gestors de casos de pacients de tràmits complicats que no de pacients complexes	5,71	6,25
24ª	En algunes comunitats autònomes s'ha creat la figura del director de continuïtat que és un metge de família situat a l'Hospital, redissenyant processos i realitzant advocacia del pacient i del metge de família	5,56	6,11
25ª	La Continuïtat assistencial salva vides (Evidència classe A). La Continuïtat requereix de sistemes d'informació (història clínica), o bé únics, o bé amb una interfície que els permeti comunicar-se, i en temps real.	4,55	6,82

En la figura 4 s'observa la distribució de punts obtinguda en aquest grup de reflexió, altament tendent cap a idees creatives i factibles (quadrant superior dret).

Figura 4.
Grup A. Accessibilitat, continuïtat i interrelació amb altres nivells assistencials.

B Autonomia organitzativa i de gestió. Cartera de Serveis

Taula 4

	DESCRIPCIÓ	PUNTUACIÓ CREATIVITAT	PUNTUACIÓ PRACTICITAT
1ª	Llançar-se en la microgestió de la consulta, no delegar-la en els superiors. Decidir què va aquí i que no. Què puc gestionar a distància i què no. Què és sanitari i què no. Ser selectius en base a la nostra professió.	10,00	10,33
2ª	Ha de desaparèixer el visat de les prescripcions mèdiques. No aporta cap valor i qüestiona immerescudament el criteri professional	9,29	10,00
3ª	Formar tots els professionals en l'autogestió de la consulta: anticipació, planificació i solucions per a cada tipus de demanda (administrativa, previsible, evitable ...)	9,17	10,00
4ª	Al metge de família cal exigir dues coses: accessibilitat i resultats assistencials. Com gestioni el seu temps i la seva agenda per aconseguir-ho, és cosa seva	10,00	8,89
5ª	El pressupost de l'atenció bàsica: atenció primària, proves complementàries, farmàcia i assistència hospitalària (no ingressos) ha d'estar en atenció primària, realitzant aquesta la gestió.	9,17	9,17
6ª	Ser honestos amb nosaltres mateixos i omplir les agendes amb consultes que només el metge pugui solucionar. La resta delegar-les en altres professionals o en el propi pacient.	9,17	9,17
7ª	Rusc d'abelles: unes quantes surten a buscar les millors flors i tornen amb la informació al rusc, els equips poden enviar a professionals a conèixer altres formes de fer (expedicionaris)	9,38	8,75
8ª	Incorporació de l'administratiu sanitari a la Gestió clínica	9,00	9,00
9ª	La burocràcia directament relacionada amb el control de la despesa ha d'impregnar tot el sistema sanitari, no només AP: cal redistribuir-la	8,00	10,00
10ª	Els professionals parlen poc entre ells: i cada vegada menys. Els EAP necessiten crear espais de trobada, diàleg, de compartir objectius i identificar lideratges	8,57	9,29

11ª	Experiències "en les sabates de l'altre" dins l'equip. Observar la feina dels altres per conèixer-la millor i imbricar-la amb allò que cada estament fa. Permet millorar el funcionament dels circuits interns. Igual d'interessant seria entre EAPs.	8,57	9,29
12ª	Incloguem nous professionals, noves disciplines que ajudin a resoldre problemes de salut. L'organització dels EAP no ha canviat en 35 anys!	8,75	8,75
13ª	Reconèixer la cartera complementària o avançada i desviar pressupost hospitalari a tot aquell programa d'AP que redueixi ingressos o disminueixi visites hospitalàries	8,89	8,33
14ª	Creem Consells de pacients a cada EAP que ens ajudin a detectar les opcions de millora i coneixerem de primera mà les seves propostes	8,50	8,50
15ª	Dietistes, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals i psicòlegs clínics: nous professionals en els EAP, però condicionats a dependència funcional i jeràrquica de l'EAP (baix pressupost de l'EAP).	9,00	8,00
16ª	Fomentar la consultoria virtual, entre professionals i metge-pacient. Fer difusió en la comunitat dels recursos disponibles més enllà de la visita presencial	7,50	8,75
17ª	El despatx mèdic: un espai de treball al marge de la consulta, amb ordinadors per a realitzar consultoria virtual, comentar casos clínics entre companys, compartir articles científics i fomentar el treball en equip	7,22	8,89
18ª	Les cooperatives de professionals i les empreses d'economia social tenen molt recorregut en el nostre Sistema Sanitari Públic de Salut	9,00	7,00
19ª	Re-educar la població en la demanda, ser ferms i clars amb els circuits i no atendre presencialment el que ha de ser atès de forma virtual, o urgentment allò que pot ser diferit	6,00	10,00
20ª	Filtre d'osmosi inversa= professional que únicament deixa passar les activitats mèdiques, les altres les soluciona altres estaments o ell mateix.	8,00	8,00
21ª	Donar solucions a ciutadans de tràmits i papers, exclusivament amb eines i plataformes digitals (potenciar aplicacions a LMS)	4,09	8,18

22ª	Promoure més espais de compartir problemes, situacions, dubtes... obertes per a tots els professionals amb persones que ajudin a dirigir i coordinar aquestes sessions (com el mètode d'Aprenentatge basat en problemes), els adults aprenem així.	6,88	8,57
23ª	Formar degudament al personal administratiu sobre el que ha de ser atès presencialment a consulta i el que es pot resoldre de forma telemàtica, i proporcionar-los feedback periòdic de la seva actuació i treball	5,00	10,00
24ª	S'ha d'explorar i implementar de forma radical la capacitat real de compra dels serveis per part de l'AP	7,50	7,50
25ª	Molt més important que el nombre de visites per dia, els minuts per visita o els cupos, és mesurar la qualitat del que resolem	7,00	8,00

En la figura 5 s'observa la distribució de punts obtinguda en aquest grup de reflexió, altament tendent cap a idees creatives i factibles (quadrant superior dret) però de manera més clara que el Grup A.

Figura 5.
Grup A. Accessibilitat, continuïtat i interrelació amb altres nivells assistencials.

C Docència (Universitària i MIR), recerca i innovació

Taula 5

	DESCRIPCIÓ	PUNTUACIÓ CREATIVITAT	PUNTUACIÓ PRACTICITAT
1ª	Medicina de Família en positiu. Els tutors han d'inspirar positivitat i creure en la MFiC. Les UUDD donar a conèixer totes les seves bondats i capacitats. I entre tots treballar perquè els assegurin un futur laboral digne en acabar.	10,00	9,29
2ª	La Medicina de família ha de ser una especialitat vista com a model d'èxit a la nostra societat, no com un col·lectiu que sempre s'està queixant i que s'ha de protegir. Tots els alumnes haurien de desitjar ser MF.	8,57	10,00
3ª	S'ha de formar menys en els hospitals. És la única especialitat que passen menys temps en el propi "servei" que en altres (hospital)	9,00	9,00
4ª	Si un tutor deixa de treballar en un centre docent, per què ha de deixar de ser tutor?	9,00	9,00
5ª	Crear una nva imatge del metge de família	7,86	10,00
6ª	Per què els estudiants comencen la carrera estudiant anatomia? Invertim l'ordre i que el primer contacte dels estudiants sigui una consulta d'Atenció Primària. Primera assignatura de la carrera "Observació participativa en un centre d'AP" 5 dies	9,17	9,17
7ª	Acreditar territoris sencers com a Unitats Docents (no només centres concrets) per poder fer servir tots els recursos i per tenir més tutors.	7,86	9,29
8ª	Per fer més atractiva la nostra especialitat als futurs residents: organitzar un festival entre les UUDD i CAMFIC amb líders en comunicació de l'AP amb videos emocionals I música	9,38	7,50
9ª	Per a que els estudiants que acabin vulguin optar per a una plaça MFIC, cal protegir els centres docents, fer que les sortides professionals prioritzin atenció primària (enfront urgències) i "premiar" romandre a primària	8,33	8,33
10ª	Millorar el programa formatiu de l'Especialitat de Medicina Familiar i Comunitària, basant-se en competències i no en rotacions.	7,50	8,75

11ª	Si ens tries, t'assegurem un pla de futur: plaça estable i bones condicions	7,78	8,33
12ª	Parlar obertament amb els tutors: si vols ser tutor, no pots tenir una experiència laboral verbalitzant constantment cansament i fastigueig. És dur, però cal transmetre elements positius, si no, que no se sigui tutor	8,75	8,75
13ª	Per part de les institucions i administració hi hauria d'haver un missatge continu a la societat sobre la importància de l'AP i la tasca primordial del MF. No ha de ser una campanya publicitària, ni semblar una discriminació positiva.	7,50	8,33
14ª	La investigació precisa de grups col·laboratius. Els grups de recerca si busquen "companys de viatge " enriqueixen l'estudi, asseguren que sigui factible i faciliten que la investigació arribi a més professionals.	7,50	8,33
15ª	PAPPS, comunitària, entrevista clínica, sobrediagnòstic, ètica, prevenció quaternària, MBE, domiciliària, qualitat assistencial, seguretat clínica i moltes més quotidianitats de l'AP haurien de transmetre en el Grau	6,88	8,75
16ª	La capacitat docent per formar metges de família ha de deixar de dependre de la capacitat docent dels hospitals. L'Atenció Primària pot assumir més períodes de formació docent, la qual cosa permetria incrementar les places per a residents de MFiC.	7,50	8,75
17ª	Crear una Universitat de Medicina amb una majoria de professors que siguin MF	9,00	6,00
18ª	Promoure una Xarxa d'Innovació Docent centrada en la Medicina de Família de la que en siguin membres els professors associats MF i que permeti visibilitzar la nostra aportació a la docència universitària...o una associació de MF professors associats	6,67	8,33
19ª	Impulsar que els projectes fi de grau es puguin desenvolupar en l'àmbit de l'Atenció Primària.	7,92	6,82
20ª	A cada alumne se li podria adjudicar un tutor durant tota la carrera que fos un MF, que el guiés en l'aprenentatge de l'ofici de ser metge en la seva vessant més transversal.	9,09	5,45
21ª	Una revolucionària assignatura de Medicina de Família	8,33	6,11

22ª	La fidelització passa per més diners per primària: millors condicions laborals i més atractiva.	6,43	7,86
23ª	Tenir els instruments organitzatius i de l'administració per fer un nou programa de l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària basat en competències i en l'atenció primària;	5,83	8,33
24ª	Exigir que se'ns inclogui com a docents en seminaris i classes teòriques (i no només com a tutors de pràctiques)	5,00	9,00
25ª	Per socialitzar la investigació en Atenció Primària; seria bo definir uns camps prioritaris mitjançant enquestes d'opinió; Aquests camps s'haurien de centrar en les pràctiques i reptes assistencials	6,00	8,00

En la figura 6 s'observa la distribució de punts obtinguda en aquest grup de reflexió altament tendent cap a idees creatives i factibles (quadrant superior dret) de manera similar a la del Grup A.

Figura 6.
Grup C. Docència (Universitària i MiR), recerca i innovació.

D Salut Comunitària

Taula 6

	DESCRIPCIÓ	PUNTUACIÓ CREATIVITAT	PUNTUACIÓ PRACTICITAT
1ª	Introduir en la formació de Grau (sobretot en medicina) l'assignatura de Medicina Social, abordant els determinats de la salut i les desigualtats en salut. Abordar el concepte de salut/malaltia com a fenomen social: solucions socials.	8,00	8,00
2ª	I si preguntem als professionals sobre les dificultats reals per obrir les portes de la consulta i sortir a la comunitat? És només el temps de consulta? El professional sent la necessitat, la motivació? Fer estudi sobre motivació/visió.	5,00	10,00
3ª	Persones de la comunitat amb important efecte d'altaveu per la població	6,00	8,00
4ª	Crear un espai físic comunitari acceptat i reconegut que permeti exposar necessitats sentides de salut, ser espai de trobada dels agents de salut del barri i servir com a punt d'informació sobre temes de salut (PAH)	6,43	6,43
5ª	La participació ha de aprendre's per la acció, sense esperar a directrius del sistema	4,29	7,86
6ª	TV3 fa una sèrie sobre APS i SC abordant el treball dins i fora dels centres i donant protagonisme a la comunitat: Gent Comunitària o altres. CAMFiC i Aificc participen en els guions.	8,57	3,57
7ª	Contacte directe i distès amb la resta d'actius en salut. Això vol dir també posicionar-se com un actor més dins de la comunitat amb dinàmica bidireccional (i no unidireccional). Fomentar el coneixement personal "directe", incloent espais lúdics?	7,86	9,29
8ª	Les comunitats estan vives: Cal veure el que la comunitat està fent ja per si mateixa i ser molt respectuós amb ella. A partir d'això aportar la nostra contribució com membres importants d'aquesta comunitat.	5,00	6,67
9ª	Crear una plataforma comuna per als agents de salut del grup on poder compartir informació de forma fluida: calendari amb activitats/planificació de reunions... compartir documents, fotos.... amb l'objectiu de COMPARTIR INFORMACIÓ	6,43	5,00

10ª	Incorporar equips "coach" (persones externes, empresa-visió externa) per a potenciar el canvi.	7,00	4,00
11ª	Millorar els canals d'informació amb la població i a les persones ateses al centre de les activitats que es duen a terme (exemples: murals informatius a l'entrada del CAP, bústia de suggeriments, pantalles TV de la sala d'espera...)	1,67	8,33
12ª	Web "Cuida't i Cuida'm"; informació amb vídeos, enllaços útils amb els recursos socials, i programes interdepartamentals que es facin de forma mensual.	5,00	5,00
13ª	Traslladar en els espais on es coguin relacions comunitàries, informació sobre els símptomes que captem a consultes per conjuntament analitzar les causes profundes i buscar abordatge salutogenics frescos, des de la cooperació.	6,00	4,00
14ª	Per crear xarxa cal contacte personal creant punts de trobada, encara que sigui per fer activitats lúdiques	3,33	6,11
15ª	Establir un perfil definit administratiu dins dels EAPs amb capacitat per a vehicular la comunicació amb agents, entitats, ciutadania, amb correu comunitari propi i amb funció d'organitzar i difondre la informació comunitària	4,17	5,00
16ª	Incorporar les activitats comunitàries a la cartera de serveis de primària amb recursos tant econòmics com de temps i espais per a realitzar-les. Fent activitats amb valor, amb evidencia provada de la seva efectivitat	4,00	5,00
17ª	Es hora de dimensionar el compromís comunitari de forma adequada: CAPiSC (Centre d'Atenció Primària i Salut Comunitària)	5,00	4,00
18ª	El metge de família com a líder en la formació d'altres metges en concepte de salutogènesi i salut comunitària	4,55	8,33
19ª	Crear dins de l'agenda dels professionals temps per dedicar a comunitària, com ja existeixen les agendes de ecografies o de cirurgia menor. Equilibrant les càrregues d'aquests professionals (càrrega de quota, GDA...) en relació a la resta de l'equip.	1,00	6,67
20ª	Canviar arquitectònicament els Centres de Salut, continuen sent ambulatoris, cal definir més espais oberts amb una integració amb altres espais de la comunitat. Aquests espais serien de treball multidisciplinari i en xarxa	5,83	2,00
21ª	"Taller de cuina" per a HTA, DM... a ABS per portar a la pràctica i afavorir, el canvi de conducta dels pacients amb participació de la família, fer receptes fàcils i saludables.	3,00	5,00

22ª	Per les zones amb menys participació ciutadana espontània pensem en les empreses que venen hamburgueses amb la participació dels ciutadans per fer-les al seu gust. Màrketing, enquestes, grups focals per identificar necessitats i activitats	4,00	4,00
23ª	En relació als espais de participació comunitària localitzats en llocs claus de la comunitat, es clau explicar-ho bé, implicar a líders i arribar als que son més difícils d'arribar (ATDOM, idioma, etc)	1,00	7,00
24ª	Utilitzar la DPO i la carrera professional per impulsar el canvi, atrevint-nos a impulsar equips que el promoguin	0,83	6,67
25ª	Formació en salut comunitària REAL als residents, per a això, formació també als tutors incentivant la visió COMUNITÀRIA. Incentivar la formació i la investigació dels residents a comunitària.	0,71	6,43

En el grup de Salut Comunitària s'observen de manera global puntuacions de creativitat i practicitat més baixes respecte els grups A, B i C. En la figura 7 s'observa la distribució de punts obtinguda, tendent cap a idees creatives i factibles (quadrant superior dret) de manera similar a la del Grup A i menys intensa que els grups B i C.

Figura 7.
Grup D. Salut Comunitària.

E Seguretat i Qualitat

Taula 7

	DESCRIPCIÓ	PUNTUACIÓ CREATIVITAT	PUNTUACIÓ PRACTICITAT
1ª	I si al final de cada pacient tinguéssim 3 minuts i un botó a ECAP on es preguntés directament: " ha detectat algun incident de seguretat?	8,64	8,18
2ª	CAMFIC. Formació específica inclosa en el programa MIR i EIR.	6,25	5,63
3ª	Difusió intensa i comprensible al ciutadà de l'essencial, tecnologies que no aportin valor... per tal d' evitar él sobre diagnòstic, sobre tractament i medicalització de la societat	7,50	4,17
4ª	CAMFIC. Incloure en la "visita d'acollida" dels professionals nous q s'incorporen al CAP el sistema de notificació.	3,00	6,82
5ª	CAMFIC cal fer un sistema de notificacions més àgil. TPSC cloud poc específic per AP.	4,00	5,00
6ª	Crear un sistema de reconeixement de veu a l'ordinador de consulta per notificar mentre visites.	8,57	3,57
7ª	Sistema de notificació àgil i ràpid	2,50	5,83
8ª	les 7 vides del gat: implantar la cultura de la seguretat en 7 passes.	6,43	1,43
9ª	Simplificar	1,88	5,00
10ª	Incorporar en la formació dels residents de MFiC el coneixement del sistema d'acreditació.	3,13	3,75
11ª	Una aplicació de fàcil maneig que utilitzi tant símbols com interpretació de veu per les notificacions	3,33	1,43
12ª	És millor donar missatges professionals en mitjans de comunicació d'educació sanitària	5,00	5,00
13ª	Crec que l'actual manual d'acreditació conté masses estàndards, molts d'ells apartats del dia a dia dels professionals d'AP cosa que fa que sigui poc atractiu i no facilita que aquests si mostrin receptius.	6,43	5,00
14ª	Crear sistemes alternatius de registres de dades (notificacions) a banda de l'estació clínica per garantir l'accés a la informació (app,...) compartides amb pacients	3,33	0,00

15ª	AQUAS o entitat similar (agencia d'avaluació de tecnologies...) emeti informes vinculants per tot el CatSalut respecte a activitats nocives o que no aportin valor. Independent, actualitzat, ràpid i amb participació imprescindible de la APiC	2,00	1,00
16ª	Visitar en un ambient tranquil, lliure d'interrupcions i/o de sorolls, permet major concentració en l'acte mèdic	1,00	2,00
17ª	Fer sessions periòdiques on es revisin les notificacions de seguretat realitzades i mirar amb l'equip com afrontar-les per evitar que tornin a passar	-0,50	3,00
18ª	Fer unes càpsules (vídeos màxim 30 segons), al acabar el dia, on es visualitzin exemples de notificacions i com ha millorat amb la seva notificació.	0,56	1,67
19ª	Promoure la notificació com s'ha promogut l'actuació homogènia en RCP: és bo per a les persones, entrenadors formats, reciclatge periòdic	-0,56	2,22
20ª	Informant a tots els professionals mitjançant "butlletins periòdics"; "Alertes sanitàries"	0,00	0,00
21ª	La notificació d'esdeveniments adversos pot ser promoguda que fan alguns jocs (guanyar punts per caminar). Caldria definir quin tipus punts necessitem: per exemple informació individualitzada que millori la pràctica, motivadora...	0,83	-0,83
22ª	Creant una "cultura Generativa": recerca activa informació, errors per aprendre i millorar el sistema, noves idees siguin benvingudes	0,00	0,00
23ª	Hauria d'establir un espai (lloc i temps establert) en el qual les persones puguin expressar els seus dubtes, propostes o notificacions. Similar a la sessió clínica. Amb periodicitat establerta (per exemple: cada setmana).	-3,33	1,67
24ª	I si els pacients també notificaran incidents de seguretat?. De manera fàcil i que arribi als mateixos que arriba quan els notifica un professional. Que esperi carta de resposta amb proposta de millora clara... sense cartes "generals"	0,00	-2,00
25ª	Donant la possibilitat d'acreditar de forma individual per a poder ser tutor docent	-1,00	-1,00

En el grup de Qualitat i Seguretat és on s'observen les puntuacions de creativitat i practicitat més baixes de tots els grups. En alguns casos les puntuacions són negatives, és a dir, es tracten d'idees que han estat valorades negativament ja sigui en factibilitat o en creativitat. Addicionalment en la figura 8 s'observa la distribució de punts obtinguda que contrasta clarament amb els grups anteriors, destacant una distribució tendent a la uniformitat, fet que implica la presència d'un volum similar d'idees valorades positivament com negativament.

Figura 8.
Grup E. Qualitat i Seguretat.

foto: @CAMFiC

foto: @CAMFiC

5/ Recomanacions essencials

Al llarg del procés de generació d'idees algunes apareixen reiterades en grups de reflexió diferents, ja sigui perquè tenen relació directe amb els reptes o bé perquè es tracta d'idees que podrien aportar solucions transversals. Per aquest motiu i en base als resultats obtinguts de creativitat i factibilitat de cada grup de reflexió, l'equip redactor del present informe ha compilat les següents recomanacions que sintetitzen el procés d'ideació.

1

Aportar valor a la consulta mèdica

Aportar valor a la consulta mèdica desburocratitzant-la (especialment pel que fa referència a la IT i en l'extinció dels visats farmacèutics) i apoderar l'administratiu sanitari que necessàriament s'ha d'incorporar com una variable més de la fórmula clàssica d'UBA (metge i infermera).

2

Canvis en el model assistencial

Canvis en el model assistencial del Sistema Sanitari que permetin el reconeixement mutu i reciprocitat entre l'Atenció Primària i l'atenció hospitalària. Aquesta transformació hauria d'incloure l'accés directe a llits de subaguts per parts dels EAP, la interlocució amb els hospitalists (model d'organització desitjat per als hospitals), o la incorporació de metges de família als comitès hospitalaris on es prenen decisions rellevants pel pacient (p.ex. Comitès Oncològics).

3

Model relacional metge-pacient

Transformació del model relacional metge-pacient invertint en TiC, intel·ligència artificial, i consultories virtuals dins de l'Atenció Primària. Potenciar la LMS com elements de promoció de la salut, d'educació sanitària, i d'autocura.

4

Autonomia organitzativa i de gestió

Autonomia organitzativa i de gestió financera dels EAP amb el lideratge de metges de família, amb capacitat de compra de serveis (laboratori, radiologia, proves complementàries, atenció hospitalària que no impliqui ingrés, etc.), control de l'agenda, creació d'espais de diàleg interprofessional i contractació de noves professions (no noves especialitats) com ara fisioterapeutes, nutricionistes o psicòlegs clínics.

5

Governança dins del Departament de Salut

Creació d'infraestructura de governança dins del Departament de Salut que permeti la coordinació amb plans directors, ordenació, planificació i professionals, amb una aposta pel desenvolupament de l'Atenció Primària visible a ulls dels professionals. Desviar pressupost hospitalari a programes que poden ser realitzats a l'atenció primària de manera eficient i que redueixen ingressos.

6

Transformació dels plans d'estudi del Grau de Medicina

PAPPS, ètica, comunitària, valors professionals, entrevista clínica, comunicació, prevenció quaternària, sobrediagnòstic, atenció domiciliària, MBE, qualitat i seguretat clínica, determinants socials i desigualtats en salut, cronicitat, complexitat i final de vida (i molts més) són part del core acadèmic de la medicina de família. Tanmateix en el grau també es proposa impulsar projectes de fi de grau en atenció primària i assignar un tutor/a metge de família a un petit grup d'estudiants amb l'objectiu de realitzar un seguiment longitudinal al llarg de tots els cursos del grau. Per fer-ho cal ampliar clarament el nombre de professors metges de família i dotar-los d'una certa estructura (departament o unitat docent).

7

Impulsar una recerca transaccional

Impulsar una recerca transaccional a l'Atenció Primària que investigui sobre l'efectivitat de programes i tingui capacitat de generar innovació amb un retorn en el sistema nacional de salut. Instar a la col·laboració entre estructures de r ecerca hospitalàries i atenció primària. Realitzar

programes d'intensificació des del Departament de Salut per a especialistes en Medicina Familiar i Comunitària. Potenciar l'IDIAP Jordi Gol i Gurina com estructura descentralitzada de suport als investigadors que realitzen la seva pràctica assistencial en Atenció Primària. Realitzar convocatòries periòdiques per finançar projectes multicèntrics en Atenció Primària. Dotar-la de prestigi social inherent a un sistema de salut avançat.

8

Formació sanitària especialitzada (MIR)

En la formació sanitària especialitzada (MiR) la figura del Tutor és cabdal, transmetent positivisme i valors molt més que no pas coneixements clínics. Cal incrementar les rotacions en els EAP i reduir les rotacions hospitalàries, en un aprenentatge basat en l'adquisició de competències. La CAMFiC hauria de proveir una part de la formació transversal a tots els residents de Medicina Familiar i Comunitària de Catalunya. L'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària ha de ser desitjable ja des del Grau: els grans mitjans de comunicació tenen una responsabilitat molt important en projectar una imatge
nova del metge/ssa de família.

9

Salut Comunitària de veritat

Crear espais de diàleg per exposar necessitats de salut entre agents de salut de barri i les direccions dels EAP. Aquests espais d'intercanvi d'informació han de ser presencials, amb una plataforma digital de suport, i espais de priorització on cal incorporar persones de la comunitat que poden tenir un important efecte "altaveu". L'activitat comunitària, que pot tenir un component lúdic, ha de ser reconeguda dins la cartera de serveis.

10

Qualitat i Seguretat Clínica

La qualitat i seguretat clínica s'ha d'incloure en la formació dels MIR. Cal simplificar els sistemes d'informació i notificació: han de ser àgils i ràpids. La cultura de la qualitat i seguretat en l'EAP serà millor en funció de si fem difusió al ciutadà d'allò essencial, per tal d'evitar sobrediagnòstics i sobretractaments. Cal introduir la participació ciutadana també en la qualitat i seguretat clínica.

6/ Participants

Participants convocats als Grups de Reflexió (ordre alfabètic).

Carles Alsina
Anna Aran
Júlia Barberà
Montserrat Baré
Jaume Benavent
Carles Blay
Manel Borrell
Carles Brotons
Emili Burdoy
Carmen Cabezas
Juanjo Cabré
Núria Camprodon
Joseba Cánovas
F. Xavier Cantero
Cristina Carbonell
Ricard Carrillo
Albert Casasa
Montserrat Castellet
Laura Clotet
Joan Colom
Laura Conangla
Ferran Cordón
Josep Mª Cots
Antoni Dalfó
Jordi Daniel
Cinta Daufí
Blanca de Gispert
Mariam de la Poza
Ramon Descarrega
Belen Enfedaque
Àlex Escosa
Marta Expósito
Anna Fernández
Josep Figa
Bárbara Fernández
Daniel Ferrer-Vidal
Gonçal Foz
Gisela Galindo
Joan Gené
Antoni Iruela
Esther Limón
Mª Josep López-Dolcet
Josep Mª Magrinyà
Anna Manresa
Esperanza Martín
Paco Martín
Remedios Martín
Juantxo Mendive
Juantxo Montero
Sonia Moreno
Ramon Morera
Rosa Morral
Miguel Ángel Muñoz
Núria Nadal
Eugeni Paredes
Clara Pareja
Josep Mª Pepió
Antoni Peris
Judith Pertiñez
Albert Planes
Carme Riera
Laia Riera
Rosa Ripollès
Sara Rodríguez
Laura Romera
Carme Roca
Anna Rodríguez
Rafael Ruiz-Riera
Josep Mª Sagrera
Elisabet Salsench
Jaume Sanahuja
Mireia Sans
Josep Mª Segura
Jaume Sellarès
Ethel Sequeira
Mireia Serrano
Pascual Solanes
Pere Torán
Gemma Torell
Nani Vall-llosera
Irene Veganzones
Rosa Vilafàfila
Ernest Viñolas

7/ Referències

1/ Simó J. Salut, dinero y atención primaria. Las serpientes autonómicas. Publicat el 3 de juliol de 2017.

http://saludineroap.blogspot.com/2017/07/las-serpientesautonomicas_3.html

2/ Junta Directiva de la CAMFiC. L'Atenció Primària en el 2018: a propòsit de l'estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària. Publicat el 4 d'octubre de 2018.

http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_10456_EBLOG_3665.pdf

fotos: @CAMFiC

biblio III capçalera

informes CAMFiC

www.camfic.cat

www.twitter.com/camfic

reptes de futur

2020