

---

# **El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya 2011-2014**



---

**Direcció:**

Carles Constante

**Autors:**

Carles Blay

Carmen Cabezas

Joan Carles Contel

Assumpció González-Mestre

Albert Ledesma

Marisa Martínez

Carme Planas

Montse Puigdollers

Anna Schiaffino

Corinne Zara

**Gestió Administrativa:**

Marta Mercader

Carme Petitbò

**Alguns drets reservats**

© 2015, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

**Edita:**

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

**1ª edició:**

Barcelona, juliol de 2015

**Assessorament lingüístic:**

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

---

# Sumari

<b>Introducció .....</b>	<b>5</b>
<b>Processos clínics integrats .....</b>	<b>8</b>
<b>Protecció, promoció, prevenció .....</b>	<b>11</b>
<b>Autoresponsabilització i autocura .....</b>	<b>16</b>
<b>Alternatives assistencials en sistema integrat .....</b>	<b>19</b>
<b>Atenció a pacients amb complexitat clínica .....</b>	<b>21</b>
<b>Ús racional del medicament .....</b>	<b>24</b>
<b>Altres assoliments del PPAC .....</b>	<b>29</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>31</b>



## Introducció

El Departament de Salut, de manera conjunta amb el Departament de Benestar Social i Família, ha desenvolupat el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC), per manament expressat en l'Acord de Govern 108/2011, de 5 de juliol de 2011, publicat en el DOGC núm. 5915, de 7 de juliol del mateix any.

La finalitat del Programa és aportar un nou model d'atenció social i sanitària per a tots els ciutadans de Catalunya, capaç de respondre al repte que representen la cronicitat i la dependència, potenciant la promoció de la salut i la prevenció dels factors de risc i de les malalties cròniques de més impacte i desplegant l'atenció des de les fases més incipients fins als estadis de més complexitat.

El PPAC parteix d'una estratègia interdepartamental, una visió poblacional, una voluntat modernitzadora i una ambició transformadora del model assistencial.

Per tant, s'adreça a tota la població mitjançant actuacions integrades, coordinades, planificades, factibles i proactives, amb els objectius següents:

- Promoure estils de vida saludables en la ciutadania.
- Fomentar l'autonomia de les persones en el procés de tenir cura de la seva salut.
- Reconèixer el paper de les persones cuidadores i de la família dels malalts, aollint-los com a tals i donant-los suport per evitar-ne la claudicació.
- Millorar el control i la gestió clínica de les condicions cròniques de salut.
- Donar resposta adequada a les necessitats complexes de salut i socials de les persones amb patologies cròniques.
- Contribuir a la sostenibilitat i a l'eficiència del sistema de salut.

El PPAC es fa operatiu com a línia 2 del Pla de salut de Catalunya 2011-2015, i desplega sis projectes estratègics de treball:

- 2.1. Implantar processos clínics integrats.
- 2.2. Promoure els programes de protecció i promoció de la salut i prevenció de les malalties cròniques.
- 2.3. Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients i cuidadors. Fomentar l'autocura.
- 2.4. Desenvolupar alternatives assistencials en un sistema integrat.
- 2.5. Desplegar programes territorials d'atenció als pacients amb complexitat clínica.
- 2.6. Fomentar l'ús racional del medicament.

El PPAC pretén actuar com a facilitador i catalitzador del procés d'adaptació del sistema assistencial sanitari i social, per tal de poder garantir la millor atenció a les persones amb malalties cròniques o dependents i, alhora, construir un model assistencial eficient i sostenible per a tots els ciutadans.

Tal com es desprèn de la documentació referent del Programa, els elements que caracteritzen la formulació del PPAC són:

- **Enfocament poblacional**, que promou i garanteix l'equitat.
- **Visió des de la salut**, per a la ciutadania en general i, **des de les necessitats**, per a les persones amb problemes relacionats amb la cronicitat, i amb un èmfasi especial per als pacients crònics complexos o amb malalties avançades.
- Els **ciutadans** com a **primers responsables de tenir cura de la seva salut**.
- **Model d'atenció integrada**, tant des d'un vessant clínic com assistencial.
- Identificació de diferents grups amb **nivells de necessitats diferenciades** i que requereixen **models d'atenció també diferents**.
- **Atenció 7x24**, que garanteixi la capacitat de resposta adequada i proactivitat en l'atenció els set dies de la setmana, al llarg de les 24 hores del dia, especialment per als ciutadans més vulnerables.
- Acció de govern impulsada pels **diferents departaments implicats**, mitjançant actuacions transversals.
- **Òptica territorial i poblacional**, promovent les iniciatives de professionals i proveïdors, a través d'estratègies multipalanca, és a dir, exercint simultàniament diferents accions per a una mateixa població sobre un mateix territori.
- **Comunicació** entre tots els agents amb el suport de les noves tecnologies (TIC en salut) com a vector principal de transformació.
- L'**avaluació** com a instrument permanent d'adaptació i millora, amb un enfocament de triple visió, que intenta aportar una valoració equilibrada i multidimensional pel que fa a millorar en els resultats en salut, sostenibilitat i experiència de les persones ateses.
- **Noves fórmules de pagament adaptades** i conseqüents amb els objectius del model d'atenció.
- **Lideratges clínics i directius a escala local apoderats**, que impulsin accions a l'àmbit territorial i local, i amb alineació de les regions sanitàries del Servei Català de la Salut.

Des del punt de vista operatiu, els objectius que es planteja el PPAC és resumeixen en la taula següent:

**Taula 1: Objectius del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat**

	<b>2012</b>	<b>2015</b>
<b>2.1 Implantar processos clínics integrats</b>	Implantar les guies de pràctica clínica i les rutes assistencials locals per a les 4 patologies: diabetis mellitus 2, insuficiència cardíaca, MPOC, depressió.	Implantar les guies de pràctica clínica i les rutes assistencials locals en els 10 processos clínics integrats de més impacte pel que fa a malalties cròniques a tot el territori i integrar-ne els registres a l'HCCC.
<b>2.2 Promoure els programes de protecció i promoció de la salut i prevenció de les malalties cròniques</b>	Definir i contractar amb l'Agència de Salut Pública de Catalunya els 5 programes prioritaris: exercici-dieta, tabac, alcohol, vacunes i infància.	Tenir els 5 programes prioritaris de prevenció i promoció implantats a tots els territoris.
<b>2.3 Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients i cuidadors. Fomentar l'autocura</b>	<p>Incloure 2.000 pacients en el Programa Pacient Expert Catalunya®: IC, TAO, MPOC, DM2, FM, deshabitació del tabac, ansietat.</p> <p>Desenvolupar continguts per a la carpeta personal de salut (CPS) i Canal Salut amb un especial focus en l'alfabetització per a la salut.</p> <p>Revisar el model d'educació grupal i definir-ne el procés d'avaluació.</p> <p>Definir el model d'atenció no presencial per a més ampli accés de la ciutadania al sistema social i de salut.</p>	<p>Estendre el Programa Pacient Expert Catalunya® en 5 malalties cròniques a tot el territori català i assolir una xifra de 5.000 pacients incorporats als diferents grups de malalties.</p> <p>Dissenyar continguts per a CPS i Canal Salut amb criteris d'alfabetització per a la salut i d'acord amb els resultats de l'ESCA.</p> <p>Finalitzar el document del model d'educació grupal i del procés d'avaluació.</p>
<b>2.4 Desenvolupar alternatives assistencials en un sistema integrat</b>	<p>Redactar un document de modalitats assistencials per als malalts crònics i haver-ne iniciat la implantació.</p> <p>Introduir incentius a la no-hospitalització en més del 30% d'ABS de cada regió sanitària.</p>	Disminuir un 15% els ingressos urgents i els reingressos a trenta dies dels pacients crònics complexos (PCC) en hospitals d'aguts.
<b>2.5 Desplegar programes territorials d'atenció als pacients amb complexitat clínica</b>	Dissenyar i implementar un model d'identificació de PCC associat a un model d'atenció proactiva a tots els territoris i cobrir 2.000 PCC.	Disposar d'un model de gestió de casos per a PCC a tots els territoris i rutes assistencials definides i cobrir 25.000 PCC.
<b>2.6 Ús racional del medicament</b>	Disposar de la metodologia i les eines de suport que permetin implantar i avaluar la revisió i conciliació dels plans de medicació i aplicació en els projectes d'atenció als PCC.	Revisar i conciliar el 100% dels tractaments farmacològics integrant tots els àmbits assistencials, i millorar el compliment del tractament.

D'acord amb el que preveu l'Acord del Govern que crea el PPAC, l'objectiu d'aquest document és revisar els assoliments del Programa al cap de tres anys de l'inici de la seva activitat.

## Assoliments 2.1. Processos clínics integrats

### Assoliments 2.1: IMPLANTAR PROCESSOS CLÍNICS INTEGRATS

Fronts: guies de pràctica clínica i rutes assistencials.

S'ha redactat un **marc genèric** per al disseny i la implementació de rutes assistencials.

S'ha dut a terme una **estratègia de formació** presencial sobre disseny de rutes assistencials, que ha estat implementada al 100% dels territoris del país.

S'ha donat **suport** permanent –presencial i remot– per part del PPAC al 100% dels grups responsables de rutes a tots els territoris.

El 100% dels grups de disseny han estat formats per **líders referents del territori**.

La taula següent resumeix els assoliments en les rutes assistencials referides a les malalties que s'han incorporat fins al moment en l'estratègia de processos clínics integrats:

**Taula 2: Assoliments en les rutes assistencials incorporades als 3 anys de l'inici del PPAC**

	ECP	GPC	COMAPC	% terr.	% pob.	% res.
<b>Diabetis tipus 2</b>	sí	sí <sup>1</sup>	sí	95	97	62,1
<b>Insuficiència cardíaca</b>	sí	sí <sup>1</sup>	sí	100	100	69,2
<b>Bronquitis crònica</b>	sí	sí <sup>1</sup>	sí	100	100	71,8
<b>Depressió</b>	sí	sí <sup>1</sup>	sí	100	100	48,0
<b>Malaltia renal crònica</b>	sí	sí <sup>2</sup>	en producció			
<b>Demència</b>	sí	sí <sup>3</sup>	en producció			
<b>Fibril·lació auricular</b>	sí	sí <sup>3</sup>	inici implantació			

ECP: s'han definit els elements clau del procés (vegeu Marc genèric per a informació addicional).

GPC: s'han definit les guies de pràctica clínica recomanades per a la ruta. 1: selecció GPC feta per l'AQuAS, 2: selecció feta per consens de societats científiques, 3: selecció feta per Pla director sociosanitari –demència- o Pla director de les malalties de l'aparell circulatori –fibril·lació auricular.

COMAPC: es disposa d'un document d'harmonització farmacoterapèutica definit per l'AQuAS.

% terr.: % de territoris que tenen la ruta dissenyada i implementada.

% pob.: % de població catalana coberta per la ruta assistencial.

% res.: % de rutes que disposen de resultats relacionats amb la seva implantació.

La participació dels diferents actors en el disseny de les rutes fins ara implementades ha estat la següent:



**Taula 3: Participació dels diferents actors en el disseny de les rutes assistencials**

	<b>AP</b>	<b>AE/CSMA</b>	<b>Sociosan.</b>	<b>061</b>	<b>Res.</b>
<b>Diabetis tipus 2</b>	93,3	96,7	33,3	30	20
<b>Insuficiència cardíaca</b>	94,7	97,4	38,5	25,6	10,3
<b>Bronquitis crònica</b>	94,9	97,4	35,9	23,1	15,4
<b>Depressió</b>	96,3	92,6	22,2	14,8	11,1

AP: percentatge de proveïdors de primària que hi han participat.

AE/CSMA: percentatge d'hospitals d'aguts que hi han participat; en cas de depressió, inclou el CSMA.

Sociosan.: percentatge de centres sociosanitaris que hi han participat.

061: percentatge de rutes on ha participat activament el 061.

Res.: percentatge de rutes en què ha participat activament algun centre residencial referent.

Algunes dades referides a malalties amb rutes assistencials són les següents:

**Taula 4: Principals indicadors relacionats, rutes assistencials 2011-2015**

	<b>Principals indicadors relacionats acumulats des de 2011</b>
<b>Diabetis tipus 2</b>	Increment d'un 10% de pacients ben controlats Reducció del 25% de les complicacions agudes i a llarg termini
<b>Insuficiència cardíaca</b>	Reducció en un 5% de les hospitalitzacions evitables Reducció en un 6% de la mortalitat
<b>Bronquitis crònica</b>	Reducció en un 13% de les hospitalitzacions evitables

S'ha dut a terme una estratègia sistemàtica de **grups de discussió** amb líders clínics implicats en les rutes com a informants, en la qual han participat referents del 100% de territoris i 100% de rutes implementades. D'aquesta experiència s'identifiquen els elements clau d'èxit següents en la implementació de les rutes:

## Taula 5: Elements clau d'èxit en la implementació de les rutes assistencials

### Elements clau d'èxit en la implementació de les rutes assistencials

- Unificació de criteris (terminològics, diagnòstics, terapèutics i d'interacció entre professionals).
- Complicitat dels equips directius amb l'estratègia de rutes.
- Actuacions formatives *ad hoc*.
- Promoció dels lideratges clínics territorials.
- *Feedback* i *benchmarking* entre territoris i equips.
- Identificació clara dels referents clínics de la ruta.
- Respecte a les singularitats de cada territori .
- Orientació als problemes concrets que cal resoldre localment.
- Implicació de tots els agents assistencials.
- Adequació i implementació de les TIC i de solucions de relació no presencial entre professionals.
- Redacció clara, concisa i que determini explícitament qui fa què.
- Compromís del Servei Català de la Salut que el que es preveu a la ruta acabi passant.
- Planificació idònia de la seva difusió i implementació.
- Redisseny dels equips assistencials en el que exigeixi la ruta.

## Assoliments 2.2. Protecció, promoció, prevenció

### Assoliments 2.2: PROMOURE ELS PROGRAMES DE PROTECCIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT I PREVENCIÓ DE LES MALALTIES CRÒNIQUES

Fronts: activitat física i alimentació saludable, tabaquisme, alcohol, vacunes, infància.

#### Prevenció i control del tabaquisme

Cada any moren a Catalunya més de 9.000 persones per malalties relacionades amb el tabac: una mort cada hora. Malgrat que la tendència és a disminuir i el consum de tabac ha disminuït del 28,5% al 26,5% entre el 2011 i 2013, a Catalunya encara una de cada quatre persones adultes fuma. La venda de cigarretes ha disminuït un 21,21% entre el 2011 i el 2013.

A Catalunya, 70.000 persones deixen de fumar anualment ateses pels diferents nivells assistencials, principalment per l'atenció primària de salut. El Pla de salut proposa el repte de coordinar aquest treball entre els diferents nivells, des de la prevenció en l'àmbit comunitari a l'ajuda als diferents nivells assistencials. Aquests programes comunitaris territorials s'han posat en marxa al Vallès Oriental i a Lleida. També s'ha potenciat el treball en xarxa a la Catalunya Central.

Continua el desplegament dels programes d'atenció primària, hospitals i embaràs sense fum amb cobertures superiors al 90%. La formació en línia dels programes "Infància sense fum" i "Atenció primària sense fum", pionera a l'Estat, ha arribat a més de 3.900 professionals.

En el programa "Classe sense fum", de prevenció de l'inici del tabaquisme, hi participen anualment al voltant de 4.000 alumnes, i s'ha ampliat amb el projecte "Entorns sense fum" a Girona i el Vallès Oriental.

En aquest front, el compliment de la llei continua sent òptim a l'hora de protegir la salut de la majoria dels ciutadans de Catalunya.

Davant l'aparició en el mercat de les cigarretes electròniques, s'ha donat suport a un posicionament de la xarxa hospitalària i la d'atenció primària en contra del seu ús als centres sanitaris i s'ha fet una instrucció en què se'n prohibeix l'ús en aquests centres, que després ha estat amplificada per una normativa estatal que en prohibeix el consum en tota l'Administració. S'ha fet també una jornada internacional sobre això. Aquestes iniciatives han ajudat a frenar l'ús d'aquests dispositius. A Catalunya només un 1,6% de la població adulta fuma cigarretes electròniques (juliol de 2014).

També, el Grup de Treball Tabac i Salut Mental ha elaborat una guia d'actuació, pionera a l'Estat espanyol, pel que fa als pacients fumadors hospitalitzats amb problemes de salut mental.

## Promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable

Actualment a Catalunya una de cada dues persones adultes i tres de cada deu infants presenten excés de pes (ESCA 2013), amb una tendència a l'estabilització de les xifres.

Des del 2006 al 2013 el sedentarisme ha disminuït a Catalunya en un 15%, d'un 23,9% a un 20,3%. Això vol dir que hi ha 135.000 persones actives més i equival a un estalvi en despesa sanitària anual de trenta milions d'euros.

El Pla integral de promoció de la salut a través de l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS) és un pla intersectorial que inclou més de 65 actuacions en 4 àmbits: educatiu, comunitari, sanitari i laboral.

Està en consonància amb l'[Estratègia NAOS](#) (Estratègia per a la nutrició, l'activitat física i la prevenció de l'obesitat) de l'AECOSAN (Agència Espanyola de Consum, Seguretat Alimentària i Nutrició) i l'Estratègia sobre dieta, activitat física i salut de l'OMS. Tal com es recomana a l'àmbit internacional i també estatal, el Pla incorpora actuacions sobre els dos principals determinants de l'obesitat: l'alimentació i l'activitat física. El PAAS arriba a més de 800.000 persones de totes les edats. Cal esmentar-ne les actuacions següents:

Per promoure l'alimentació saludable a l'etapa infantil, s'han dut a terme:

- Més de 2.800 revisions de menús escolars realitzades.
- Més de 170.000 escolars en el programa de promoció del consum de fruita "A l'escola la fruita entra sola" (Generalitat de Catalunya i UE).
- Guies d'alimentació saludable en les etapes escolar i preescolar, piràmides d'alimentació i activitat física, fullets, videocàpsules i altres materials.

Per promoure l'alimentació saludable a totes les edats:

- Més de 53.000 comensals en 335 establiments de restauració AMED, promotors de l'alimentació mediterrània en 92 municipis, que és un projecte pioner a Europa.

Per promoure l'activitat física saludable:

- Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES), amb la Secretaria General de l'Esport, en col·laboració amb municipis i altres entitats. Les persones que tenen un factor de risc cardiovascular, com ara hipertensió, diabetis i obesitat, són aconsellades pels seus professionals d'atenció primària (metges i infermers) perquè augmentin l'activitat física, principalment perquè caminin en les rutes saludables que hi ha planificades a tot Catalunya. El programa està implantat a tota l'atenció primària, amb 694 referents formats, més de 516.000 persones aconsellades i més de 2.500 km en 786 rutes saludables planificades en 250 municipis.
- En el marc del PAFES, el Dia Mundial de l'Activitat Física s'han organitzat 515 esdeveniments per tot Catalunya, on hi han participat més de 203.000 persones

Per promoure-ho a l'entorn laboral:

- Projecte "Escala", de promoció de l'ús de les escales implantat als centres sanitaris i altres.
- Guia de l'Empresa Saludable, amb la Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona.

Per promoure un envelliment actiu i saludable:

- Document de bases elaborat i consensuat.
- Actuacions de promoció de l'envelliment saludable tant per a la població general com per a la institucionalitzada.

Per actuar en el cas de persones i col·lectius en situació de vulnerabilitat:

- Col·laboració de l'Agència de Salut Pública de Catalunya amb entitats del tercer sector.
- Projectes de col·laboració amb entitats de cooperació i distribució d'aliments amb finalitat solidària, concretament amb la Creu Roja, el Banc dels Aliments i Nutrició sense Fronteres. L'ASPCAT col·labora amb aquestes entitats oferint suport tècnic al contingut de diferents projectes d'intervenció pel que fa a la seguretat alimentària i l'equilibri nutricional. Durant aquest període i en el marc d'un conveni amb Creu Roja Catalunya, s'han concretat els documents següents:
  - Decàleg de consells i indicacions per a les famílies sobre com fer una compra d'aliments equilibrada ajustant al màxim el pressupost i proposta de menú setmanal amb la llista de la compra associada al cost estimat.
  - [Cuidar-se és una bona inversió! Deu consells per fer salut a bon preu, a partir dels 65 anys.](#)
- Col·laboració i suport a projectes comunitaris de diverses fundacions i entitats: Thao, TAS, Nereu, Xarxa d'Universitats Saludables, etc.
- Jornades PAAS i Premis PAAS (2014: VII Jornada i III Premis).
- Participació en projectes europeus: Pegaso, We Love Eating, Credits 4 Health, etc.

### **Consum d'alcohol**

S'ha definit un model de qualitat en l'atenció al consum de risc d'alcohol i els problemes associats que garanteixi un contínuum que va des de la detecció precoç al tractament (atenció primària - serveis socials - centre d'atenció a les drogodependències - hospital) i una millor evolució de les malalties cròniques prioritzades, i que posa l'èmfasi en la hipertensió arterial i la depressió.

S'ha organitzat formació específica per a referents d'atenció primària en alcohol, hipertensió arterial i altres malalties cròniques (maig de 2013).

---

S'han continuat aplicant les estratègies d'intervenció breu i detecció precoç a l'àmbit sanitari (programa "Beveu menys"). El març de 2013 s'ha creat una nova plataforma per relacionar els professionals en la qual participen 6.000 professionals d'atenció primària i 600 referents en alcohol.

S'ha promogut la prevenció del consum d'alcohol i drogues en l'àmbit laboral a través de:

- Protocol de bones pràctiques a partir d'experiències a Catalunya i les recomanacions del projecte European Workplace and Alcohol, EWA (desembre de 2012).
- Programa "A la feina, alcohol 0,0", a l'Agència de Salut Pública de Catalunya (juliol-desembre de 2013).

S'han desplegat els programes "Nits Q" per a la prevenció del consum d'alcohol als locals i les zones d'oci nocturn. En aquests programes hi participen 9 ciutats de 6 comarques diferents i 36 locals d'oci tenen el distintiu Q de qualitat. De gener a juny de 2013 s'han realitzat 4 cursos de formació on han participat 48 professionals de l'oci nocturn. També s'ha donat formació a 53 persones que participen en les barres de les festes locals de 3 municipis.

S'ha conferit impuls a les estratègies educatives per disminuir els riscos associats al consum de drogues (alternatives a la sanció administrativa, ASA): elaboració d'una [Guia de recomanacions ASA](#) i difusió.

### **Cobertures vacunals**

Cada any s'administren tres milions de dosis de vacunes a 1,4 milions de persones en 1.300 centres de vacunació. S'estima que s'han evitat més de 900.000 casos de malalties en 25 anys. Les cobertures vacunals són adequades i estan estabilitzades.

S'ha implantat el sistema d'informació de vacunes, que permet fer una gestió logística acurada en tots els centres de vacunació. S'ha aconseguit la certificació ISO 9001 per al procediment de distribució de vacunes.

El 2014 s'ha elaborat i aplicat un nou calendari de vacunacions:

- S'ha actualitzat el calendari de vacunacions (Decret 95/2014, d'1 de juliol) per adaptar-lo al calendari comú, però mantenint-hi especificitats quant al virus del papil·loma humà (VPH) i l'hepatitis B (HB).
- S'hi ha incorporat la vacunació contra l'hepatitis A a l'edat d'1 any i als 6 anys de vida, una vegada finalitzat el programa pilot de vacunació contra les hepatitis A i B.

S'han inclòs quatre vacunes a l'Acord marc de compra centralitzada de vacunes del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (MSSSI). En tots els casos els preus aconseguits en la compra de vacunes per Catalunya són similars o menors respecte als de l'Acord marc.

S'està finalitzant la gestió amb l'MSSSI per establir un encàrrec de gestió dels centres de vacunació internacional.

Des de gener de 2014 hi ha en marxa un programa, pioner a l'Estat, de vacunació contra la tos ferina per a les dones embarassades, per evitar-ne els casos en els nadons, que són especialment greus. La cobertura estimada del programa durant el primer semestre és del 56,2%, que supera l'objectiu previst (50%).

S'està enllestint una aplicació mòbil amb el calendari de vacunacions.

### Salut maternoinfantil

S'ha donat un impuls molt important al programa de cribratge neonatal a Catalunya. Des de febrer de 2013 es fa el cribratge de 22 malalties, conjuntament amb el cribratge neonatal de la hipoacúsia, recerca que permet detectar 200 casos anuals de malalties minoritàries el pronòstic de les quals millora força quan són detectades a l'inici de la vida.

S'ha elaborat el Pla de promoció de la salut afectiva i sexual en col·laboració amb la Universitat de Barcelona.

S'ha elaborat el nou protocol d'atenció a la prematuritat.

S'ha detectat un nombre més elevat de sospites de maltractaments infantils registrades pels hospitals en el Registre unificat de maltractaments infantils (RUMI). Des de desembre de 2009 fins al primer trimestre de 2013, hi ha 1.413 casos de sospites de maltractaments infantils declarats al RUMI per 42 hospitals (9 de cada 10 casos notificats a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència estan inclosos al RUMI).

Dels fronts referenciats pel Pla de salut, el PPAC ha prioritzat de manera singular els relacionats amb l'alimentació saludable, la promoció de l'exercici físic i la lluita contra el tabaquisme. L'extensió territorial de les activitats relacionades és la següent:

**Taula 6: L'extensió territorial de les activitats relacionades amb la protecció, promoció i prevenció**

	<b>Prog.</b>	<b>AP</b>	<b>Aval.</b>
<b>Alimentació saludable</b>	90,9	72,7	50,0
<b>Activitat física</b>	100	86,4	81,8
<b>Tabaquisme</b>	100	90,9	81,8

Prog.: % de territoris que disposen d'un programa específic.

AP: % de territoris on la primària participa activament en el disseny de programa.

Aval.: % de territoris que han avaluat el programa

## Assoliments 2.3. Autoresponsabilització i autocura

### Assoliments 2.3: POTENCIAR L'AUTORESPONSABILITZACIÓ DELS PACIENTS I CUIDADORS. FOMENTAR L'AUTOCURA

Fronts: Programa Pacient Expert de Catalunya® i carpeta personal de salut.

#### Programa Pacient Expert Catalunya® 2011-2014

L'activitat del PPE-CAT® per a les patologies relacionades amb l'àmbit 2.1 del PPAC ha estat la següent:

**Taula 7: Activitat del Programa Pacient Expert Catalunya® 2011-2014**

	Proveïdors	Grups	Pacients
<b>Insuficiència cardíaca</b>	9	33	335
<b>MPOC-asma</b>	13	64	634
<b>Tractament anticoagulant oral (TAO)</b>	5	66	703
<b>Diabetis</b>	8	65	784
<b>Fibromiàlgia</b>	5	11	103
<b>Deshabitució del tabac</b>	1	15	148
<b>Ansietat</b>	1	3	37

Proveïdors: nombre de proveïdors diferents que ha organitzat grups PPECAT.

Grups: nombre de grups per patologia.

Pacients: nombre total de pacients que hi ha participat activament.

El nombre de professionals sanitaris que han actuat com a observadors de grups de PPE-CAT® és el següent:

Total	Metges	Infermers	Treballadors socials
800	215	538	47

Com a altra activitat referent a malalties incloses al Pla de salut cal esmentar:

**Taula 8: Activitat referent a malalties incloses al Pla de salut relacionades amb el PPE-CAT®**

	Doc.	Guia	Edu.	Pilot
<b>Obesitat</b>	sí	sí	sí	gener 2015
<b>Depressió</b>	sí	sí	sí	gener 2015
<b>Càncer de mama (superv.)</b>	sí	sí	sí	sí

Doc.: existeix un document amb el model de pacient expert.

Guia: es disposa d'una guia.

Edu.: es disposa de material educatiu.

Pilot: se n'ha realitzat una edició pilot.



S'ha obert una nova línia en el Programa Cuidador Expert Catalunya® 2012-2014 amb tres branques:

**Taula 9: Programa Cuidador Expert Catalunya® 2012-2014**

	<b>Doc.</b>	<b>Guia</b>	<b>Edu.</b>	<b>Pilot</b>
<b>Pacient crònic complex</b>	sí	sí	sí	gener 2015
<b>Pacient crònic complex amb demència</b>	sí	sí	sí	gener 2015
<b>Infants amb malalties cròniques</b>	sí	sí	sí	gener 2015

Doc.: existeix un document amb el model de cuidador expert.

Guia: es disposa d'una guia.

Edu.: es disposa de material educatiu.

Pilot: se n'ha realitzat edició pilot.

### **Educació grupal**

S'ha realitzat una anàlisi exhaustiva de les experiències en cadascuna de les set regions sanitàries, per tal de conèixer el treball en educació grupal (EG) que s'estava fent en els diferents àmbits assistencials a Catalunya.

S'han recopilat **1.304 activitats** emmarcades com a EG en les línies assistencials d'atenció primària, atenció hospitalària, atenció a la salut mental i addiccions, atenció sociosanitària i atenció a la salut sexual i reproductiva. Els models aplicats d'EG han estat molt heterogenis, tant pel que fa al nombre de sessions realitzades com pel que fa al nombre de participants inclosos, personal que realitza l'EG, etc.

Després d'acordar uns criteris mínims d'inclusió en l'estudi, es van analitzar **902 activitats** que s'agrupaven en sis blocs temàtics: atenció a la cronicitat, prevenció i promoció d'hàbits saludables, atenció a la infància i adolescència, atenció a la salut sexual i reproductiva, salut mental i addiccions i altres.

De totes les experiències, es van avaluar, entre altres ítems, l'existència d'un procés d'avaluació, el perfil dels professionals que realitzaven la formació, si era formació compartida entre els nivells assistencials o si existia una selecció prèvia d'inclusió dels participants.

Les conclusions d'aquest estudi previ mostren que l'EG és una intervenció incorporada en els diferents àmbits assistencials de Catalunya i que és molt satisfactòria per a les persones que hi participen. Per contra, els models són molt heterogenis, i per això es fa necessària una definició de criteris metodològics que conformin un model unificat. Aquests criteris han de preveure aspectes com la formació mínima i el perfil dels professionals, els condicionants del participants i els indicadors de procés i avaluació, tot això amb la finalitat de dissenyar una eina objectiva que marqui unes pautes comunes mínimes en qualsevol programa d'educació grupal.

Una vegada finalitzada aquesta anàlisi, el PPAC va crear un grup de treball multidisciplinari, que, durant el 2013 i fins a l'actualitat, s'encarrega d'elaborar un document marc que defineixi i homogeneïtzi el que ha de ser l'EG i el seu procés d'avaluació. L'objectiu d'aquest document és facilitar una eina per desenvolupar qualsevol

---

intervenció educativa grupal. Aquest document es troba en l'actualitat en fase de revisió i tancament definitiu.

### **Alfabetització sanitària**

Per tal de dissenyar i desenvolupar els continguts de la carpeta personal de salut (CPS), del Canal Salut i d'altres materials educatius adreçats als ciutadans i adequats als seus coneixements, es feia necessari conèixer el seu grau d'alfabetització per a la salut per tal d'adaptar els documents a les necessitats identificades. És per aquest motiu que l'any 2014 l'ESCA va incloure un mòdul específic de la versió en català i castellà del qüestionari resumit de l'Enquesta Europea d'Alfabetització per a la Salut (European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q16). Aquest qüestionari, amb 16 ítems, és una versió reduïda del qüestionari HLS-EU-Q47 elaborat per l'European Health Literacy Consortium en el projecte europeu d'HLS 2009-2012. Està previst enquestar una mostra de 2.400 ciutadans de Catalunya. Fins ara se n'han implementat dues onades de 2.000 ciutadans i la tercera es realitza l'any 2015, després de la qual s'analitzaran els resultats i s'estratificaran per edat, gènere i nivell socioeconòmic.

L'anàlisi dels resultats d'alfabetització sanitària és el punt de partida per identificar àrees de millora i permet dissenyar intervencions dirigides als diferents segments de la població adaptades a les necessitats de salut i expectatives de serveis de cadascun dels segments. L'objectiu final del disseny d'aquestes actuacions de foment de l'alfabetització per a la salut, d'acord amb la definició de l'OMS, és assolir unes millors habilitats cognitives i socials que determinin la motivació i la capacitat de les persones d'accedir, comprendre i utilitzar adequadament la informació per tal de promoure el seu bon estat de salut i mantenir-lo.

### **Model d'atenció no presencial**

Amb l'objectiu de promoure i facilitar un grau més elevat d'accessibilitat dels pacients crònics, els cuidadors i la ciutadania en general al sistema social i de salut es treballa conjuntament amb la Fundació TicSalut en el disseny i desenvolupament del que ha de ser el model d'atenció no presencial (MANP).

A partir de la constitució de dos grups d'experts, un de l'àmbit tecnològic i l'altre de l'àmbit clínic, s'han definit conjuntament al llarg del període 2013-2014, d'una banda, quines han de ser les plataformes que en l'àmbit tecnològic han de sustentar aquest model i, de l'altra, quina ha de ser la cartera de serveis que respongui a les necessitats dels pacients. En l'actualitat ja es disposa del document de bases conceptuals del **MANP 2013-2016** i el Govern en va comunicar l'aprovació en la sessió del 4 de març de 2014.

### **Cat@Salut La Meva Salut (LMS) com a canal personal de salut per a la ciutadania**

El segon semestre del 2013 el Servei Català de la Salut ha posat en marxa la prova pilot del canal d'accés a l'HCCC per part de la ciutadania. En aquesta primera fase, i abans de fer-ne l'obertura definitiva a tota la població, es fa una prova pilot a 31 equips d'atenció primària de tot el territori català.

## Assoliments 2.4. Alternatives assistencials en sistema integrat

### Assoliments 2.4: DESENVOLUPAR ALTERNATIVES ASSISTENCIALS EN UN SISTEMA INTEGRAT

Fronts: atenció domiciliària, xarxa socio sanitària, hospitals d'aguts, salut mental.

Mitjançant consensos d'experts i líders professionals del sector, potenciant l'atenció intermèdia com a alternativa assistencial a l'hospitalització convencional, s'han generat els documents següents amb la voluntat que siguin referents en la transformació del model:

- Reordenació de la xarxa de salut mental.
- Redefinició del rol de l'hospital d'aguts i l'atenció especialitzada en l'atenció a la cronicitat.
- Reordenació de la xarxa socio sanitària.
- Models d'atenció domiciliària, residencial i 7x24 als malalts crònics.
- Criteris de planificació sobre hospitalització i alternatives assistencials en l'atenció a la cronicitat.

Hores d'ara, el percentatge de territoris amb dispositius d'atenció intermèdia per a pacients complexos és el següent:

Unitats de subaguts	Unitats de postaguts	Hospitals de dia	Altres unitats expertes en complexitat
68%	74%	80%	72%

L'any 2013 es van contractar 4.288 altes de subaguts i 2.355 l'any 2014.

Amb relació a l'atenció domiciliària i residencial, en el 60% dels territoris s'han definit i es desenvolupen diferents iniciatives orientades a millorar l'atenció als col·lectius dels malalts crònics més discapacitats i conseqüentment més dependents.

El quadre següent mostra la distribució territorial del dispositius assistencials alternatius i la seva relació amb la implantació del PPAC.

**Taula 10: Distribució territorial del dispositius assistencials alternatius**

Regió sanitària	Territoris naturals	Subaguts	Postaguts	Hospital de dia per a PCC	Unitats expertes de suport AP	Altres
Camp de Tarragona	Alt Camp i Conca de Barberà					Unitat de Geriatria d'Aguts
	Baix Camp i Priorat					Unitat de Geriatria d'Aguts
	Tarragonès ICS					UFISS, Unitat de Curta Estada Joan 23, unitats d'infermeria expertes en cures
	Tarragonès Santa Tecla					Unitats d'infermeria, expertesa cures de pacients PCC
	Baix Penedès					
Girona	Gironès-Pla de l'Estany					
	Selva Interior					
	Baix Empordà					
	Alt Empordà					
	Ripollès					
	Garrotxa					
	Alt Maresme-Selva Marítima					
Alt Pirineu-Aran	Pallars					
	Aran	no RAC				
	Alt Urgell	no RAC				
	Cerdanya					
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages					PADES Territorial
	Osona					Hospitalització a domicili
	Anoia					UGA per abordatge ràpid de pacients amb fractura de fèmur
Lleida	Lleida					Projecte APCICA
Terres de l'Ebre	Terres de l'Ebre					Hospitalització a domicili
Barcelona	Alt Penedès					EAR ICS
	Garraf					EAR ICS
	Vallès Oriental Central					
	Baix Vallès					
	Baix Montseny					
	Maresme Central					
	Badalona					
	Santa Coloma	no RAC				
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi					
	Baix Llobregat Centre-L'Hospitalet Nord					
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans					
	El Prat i Hospitalet Sud					
	Baix Llobregat Nord					
	Vallès Occidental Est					CUAP Sant Fèlix i Cerdanyola han condicionat l'espai
	Vallès Occidental Oest					
	Barcelona Dreta					Hospital de dia i HADO
	Barcelona Esquerra					
	AIS Litoral Mar					CUAP
	Barcelona Nord					CUAP

**Llegenda**

No en disposa	Existència prèvia	Existència però amb canvis arran del PPAC	Existència gràcies al PPAC
---------------	-------------------	---	----------------------------

## Assoliments 2.5. Atenció a pacients amb complexitat clínica

### Assoliments 2.5: DESPLEGAR PROGRAMES TERRITORIALS D'ATENCIÓ ALS PACIENTS AMB COMPLEXITAT CLÍNICA

Fronts: identificació, atenció proactiva, atenció pal·liativa, atenció col·laborativa de serveis sanitaris i socials

Mitjançant el consens d'experts referents s'han redactat i difós els documents de referència següents:

- Projecte de programa d'atenció als pacients crònics complexos.
- Procediment per a la identificació i l'atenció de persones amb malalties cròniques avançades i necessitats d'atenció pal·liativa a l'atenció primària i serveis de salut.
- Propostes d'acció per a un model col·laboratiu entre serveis sanitaris i serveis socials bàsics.
- Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat.
- Recomanacions i proposta de bones pràctiques en la redacció de plans d'intervenció individualitzats i compartits.
- Reflexions sobre l'ètica en la identificació, el registre i la millora de l'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada (PCC i MACA)

El 100% de la població catalana està estratificada sota criteris homogenis quant al cúmul de morbiditat (CRG) i el risc d'ingrés, i aquesta informació es publica de manera automàtica i periòdica en la seva història clínica i a la HCCC. Més del 90% de la ciutadania està coberta per sistemes d'història clínica que disposen de funcionalitats avançades per identificar i seleccionar proactivament poblacions amb riscos més elevats.

S'ha iniciat, i s'ha habilitat a la HCCC, des de gener de 2013, la possibilitat de dur a terme un marcatge *ad hoc* de les condicions de pacient crònic complex (PCC) i de pacient del model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA). Hores d'ara, han estat identificats els pacients amb complexitat clínica següents:

**Taula 11: Distribució territorial de la idnetificació de pacients amb complexitat clínica**

Regió sanitària	Marcatges		Total
	MACA	PCC	
Alt Pirineu i Aran	300	1.262	1.562
Barcelona	12.747	57.482	70.229
Camp de Tarragona	1.304	9.103	10.407
Catalunya Central	2.665	8.687	11.352
Girona	2.437	9.114	11.551
Lleida	1.109	5.914	7.023
Terres de l'Ebre	546	3.475	4.021
Catalunya	21.108	95.037	116.145

S'ha dissenyat i implementat el **Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC)**, el qual és elaborat i generat pels professionals clínics en l'àmbit local i transferit a la HCCC amb l'objectiu de compartir informació rellevant i crítica quan hi accedeix qualsevol professional clínic que hagi d'intervenir en la presa de decisions sobre els pacients, en qualsevol moment i amb una visió d'accés 7x24. Això inclou l'activació i l'avís proactiu sobre els sistemes d'informació locals del 061 CatSalut Respon.

El 82% de les persones identificades disposen d'informació bàsica al PIIC, que està publicada a la HCCC.

El 92% de territoris disposen de rutes assistencials per atendre les persones amb complexitat (RAC).

Els continguts i qualitat interna de les RAC es defineixen segons els criteris de la taula següent:

**Taula 12: Rutes assistencials de la cronicitat**

Rutes assistencials de la cronicitat	%
RAC que esmenten garanties 7x24	100
RAC que descriuen un model d'atenció domiciliària per a pacients complexos	13,6
RAC on el model d'atenció domiciliària descriu la distribució i coordinació de tasques	6,8
RAC que vinculen l'atenció 7x24 domiciliària a les garanties 7x24 territorials	63,5
RAC que descriuen un model d'atenció a les residències	40,9
RAC on el model d'atenció a les residències inclou gestió de la farmàcia	5
RAC que esmenten atenció a les transicions	72,7
RAC on l'atenció a les transicions inclou alertes entre proveïdors	9,1
RAC que descriu l'organització entre agents en cas de crisi	90,9
RAC que descriu la resposta de cada agent en cas de crisi	86,4
RAC que descriuen pactes territorials d'identificació PCC/MACA	95,5
RAC que descriuen pactes territorials sobre elaboració de PIIC	40,9

Actualment es treballa conjuntament amb el Pla director de salut mental en la modelització de l'atenció als pacients crònics complexos en salut mental, desenvolupant estratègies d'atenció compartida a escala territorial.

En relació amb l'àmbit 2.5, cal remarcar la disminució d'hospitalitzacions urgents relacionades amb ingressos per agudització en processos crònics generadors d'un alt consum de recursos. Concretament es disposa de la informació següent:

- Disminució d'un 8% de les hospitalitzacions urgents relacionades amb ingressos per un conjunt de malalties cròniques (MPOC, insuficiència cardíaca, cardiopatia isquèmica, asma, complicacions de la diabetis) per al període 2011-2013. Resta pendent el resultat del tancament de l'any 2014.

- Disminució d'un 13% de les hospitalitzacions urgents relacionades amb ingressos per MPOC per al període 2011-2013.
- Disminució d'un 3% de les hospitalitzacions urgents relacionades amb ingressos per insuficiència cardíaca per al període de final de 2011 a final de 2013, entenent que hi havia hagut un increment del 25% durant període 2006-2011.

S'han dut a terme nou projectes col·laboratius entre serveis de salut i socials amb la distribució dels nivells assistencials implicats que es mostra a la taula següent. L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) ha fet una avaluació de l'impacte i significats dels projectes:

**Taula 13: Impacte i significats dels projectes**

Model	Nivells assistencials implicats							
	Serveis socials bàsics	ATDOM	Dependència	CAP	Hospital	Socio-sanitari	Salut mental	Residències
Alt Penedés-Garraf	X		X	X	X	X		
Gironès-Salt	X		X	X	X	X	X	
La Garrotxa	X	X	X	X	X		X	X
Lleida	X	X		X				
Mancomunitat de la Plana-Tona	X		X	X				X
Mataró	X	X	X	X	X	X		
Sabadell	X	X	X	X				
Reus	X	X	X	X	X	X	X	
Vilanova i la Geltrú	X	X	X	X	X		X	

La població a la qual s'ha dirigit els projectes es mostra a la taula següent:

**Taula 14: Població a la qual s'ha dirigit els projectes**

Model	Població diana a la que es dirigeix						
	Qualsevol població susceptible d'intervenció comú	Cronicitat (*)	Dependència	Violència i maltractament	Salut mental i drogues	Cuidadors	Altres
Alt Penedés-Garraf		✓	✓			✓	
Gironès-Salt		✓	✓			✓	
La Garrotxa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Lleida		✓	✓	✓			
Mancomunitat de la Plana-Tona		✓	✓	✓	✓		
Mataró		✓	✓			✓	
Sabadell	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Reus	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Vilanova i la Geltrú	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

## Assoliments 2.6. Ús racional del medicament

### Assoliments 2.6: ÚS RACIONAL DEL MEDICAMENT

**Fronts: seguiment i revisió, filtres de prescripció, conciliació de la medicació i promoció de l'ús racional del medicament.**

#### **Millorar el procés de seguiment i revisió de la prescripció**

Per tal d'avaluar la revisió clínica de la medicació s'ha elaborat un informe que recull el resultat de **10 indicadors de seguretat i ús racional del medicament** considerats incidències de prescripció. S'hi recull el nombre de pacients PCC per cada incidència i es calcula la taxa d'incidències respecte del total de PCC identificats a la HCCC.

Els pacients identificats com a PCC a desembre de 2013 a tot Catalunya presentaven una taxa de 36 incidències/100 PCC el mes de gener de 2013. A desembre de 2013 se n'havia reduït la taxa en un 15% fins a 30/100 pacients.

Durant l'any 2014 s'han comparat dos talls de pacients PCC a desembre de 2013 respecte del juny de 2014. La taxa d'incidències a Catalunya s'ha mantingut estable en 30/100 PCC en els dos períodes.

El mes de desembre 2013, el 52% de les àrees de gestió assistencial (AGA) tenia una taxa menor o igual a 30/100 PCC (rang entre 18/100 - 67/100) i el mes de juny de 2014 era d'un 63% (rang entre 25/100 - 47/100). D'altra banda, un 66% de les AGA ha reduït o mantingut el nombre d'incidències/100 PCC. En canvi, un 33% (15 AGA) l'han augmentat.

#### **Consens i publicació de la instrucció sobre requeriments i criteris comuns mínims**

Per a l'assoliment d'un model d'assistència centrat en el malalt crònic, la implantació de programes d'ús racional del medicament orientat a la cronicitat té una importància rellevant. L'existència i utilització d'un procediment amb relació a la prescripció, revisió i renovació de tractaments crònics mitjançant recepta és un indicador de la qualitat de la pràctica clínica necessària en el marc de la relació contractual entre el Servei Català de la Salut i les entitats proveïdores de serveis sanitaris, que facilita l'optimització i racionalització dels tractaments de finançament públic. Per aquest motiu, l'11 de juny de 2012 es va publicar la instrucció del Servei Català de la Salut 4/2012, sobre requeriments i criteris comuns mínims per a la prescripció, revisió i renovació de tractaments crònics mitjançant recepta (CCM).

#### **Sistemes i filtres de qualitat i eficiència de la recepta electrònica**

El sistema de recepta electrònica compta amb **filtres i ajudes per a la gestió eficient de la prescripció electrònica**. Alguns d'aquests filtres (dosis màximes/altes, nombre d'envasos per interval, etc.) alerten els professionals en el moment de la prescripció, de manera que tenen l'opció de decidir canviar o no la prescripció original sobre la base del seu criteri clínic.



---

L'any 2014 s'ha realitzat un estudi sobre la utilització dels filtres optatius per part de les diferents entitats proveïdores. Com a resultat, s'ha dissenyat un pla d'acció per tal de millorar-ne l'ús, que ha inclòs sessions informatives monogràfiques adreçades a les entitats proveïdores i la implementació de millores tècniques en els filtres.

Els estudis comparatius que s'han realitzat després d'aquestes actuacions obtenen uns resultats positius, amb una reducció dels filtres forçats d'aproximadament el 45%, la qual cosa mostra la millora en la utilització del sistema d'ajudes del sistema de recepta electrònica.

### **Disseny del pla de millora de sistemes d'alertes automatitzades: duplicitats i alertes de seguretat**

El nou mòdul de seguretat a la recepta electrònica té com a objectiu millorar la seguretat clínica dels pacients mitjançant la prevenció d'efectes adversos lligats a l'ús de medicaments. Inicialment, els continguts clínics es basen en la **detecció d'interaccions farmacològiques, duplicitats terapèutiques, fàrmacs desaconsellats en geriatría, dosis màximes i medicaments teratògens**.

Aquest projecte es realitza amb la col·laboració de l'AQuAS, que s'encarrega d'elaborar els continguts clínics que alimenten el mòdul i compta amb la col·laboració d'un grup d'experts clínics. Durant el primer semestre de 2014 s'ha dut a terme el pilotatge de la prova de concepte. En aquesta etapa se n'han detectat millores a implementar (continguts, processos, etc.). Es preveu que en el segon trimestre de 2015 les entitats proveïdores puguin disposar del mòdul de seguretat clínica a la recepta electrònica. En fases posteriors es definiran noves alertes de seguretat. La informació s'anirà revisant i actualitzant.

### **Definició de la metodologia dels processos de revisió i conciliació de la medicació**

S'ha elaborat un document que recull la metodologia d'optimització dels tractaments farmacològics en els pacients crònics mitjançant la implantació de processos interdisciplinaris de conciliació i revisió de la medicació i de millora del compliment del tractament centrats en els pacients i les seves necessitats i no en l'organització, el nivell assistencial o els col·lectius professionals. Aquesta metodologia defineix els mínims que s'han d'aplicar per garantir la qualitat i la continuïtat dels tractaments farmacològics a tot el sistema sanitari. El document esmentat es denomina [Ús racional de medicaments. Maneig de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència](#) (darrera actualització de juliol de 2014).

### **Disseny i implementació d'un pla de formació per als processos de revisió, conciliació i compliment del tractament dels pacients polimedicats**

El curs en línia sobre el maneig de la medicació en el pacient crònic (MMPC) és una activitat inclosa en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015, i que s'ha dissenyat amb l'objectiu de fomentar l'adquisició dels coneixements i les habilitats necessàries per implementar aquests processos. El curs inclou una part teòrica i una de pràctica, de

resolució de casos clínics. També disposa d'un fòrum que permet un entorn de debat sobre el temes plantejats.

A la primera edició es va limitar la inscripció a 200 alumnes, dels quals 194 van acabar el curs. Actualment se n'ha finalitzat la segona edició, que es va ampliar a 220 persones. En l'enquesta de satisfacció de la primera edició, més del 80% dels alumnes van considerar molt o bastant adequats els continguts de totes les unitats temàtiques, i els marcs teòrics de la revisió i desprescripció i els casos pràctics de desprescripció van ser els millor valorats. Se'n continuaran oferint noves edicions al llarg de l'any 2015.

D'altra banda, en l'edició 2014 del programa de formació per a professionals sanitaris de l'atenció primària denominat "Pràctica clínica diària i ús racional dels medicaments", que es realitza en conveni amb la CAMFiC, s'ha inclòs un bloc dedicat a l'ús racional dels medicaments orientat a la cronicitat, que ofereix cursos sobre:

- Conciliació i revisió de la mediació crònica.
- Ús racional del tractament farmacològic en pacients fràgils polimedicats.
- Millora del compliment dels tractaments.

Es preveu que, en total, es realitzaran 35 sessions de formació sobre aquests temes, d'un total de 225, dirigides als equips d'atenció primària que els hagin sol·licitat.

### **Garantir l'accés al pla de medicació des de la carpeta personal de salut**

Per tal d'afavorir la coresponsabilització dels ciutadans en la cura de la seva salut, accedint a Cat@Salut La Meva Salut els pacients tenen la possibilitat de reimprimir el seu pla de medicació vigent. Així mateix, des d'aquest espai els pacients poden consultar la informació relativa a les properes dispensacions disponibles.

D'altra banda, es treballa per ampliar i millorar els continguts als quals es dona accés als pacients a través de Cat@Salut La Meva Salut.

**Taula 15: Incorporació de l'atenció especialitzada al pla de medicació**

<b>Grau d'implantació de la recepta electrònica (r. electrònica/total receptes)</b>			
<b>Àmbits</b>	<b>Desembre 2012</b>	<b>Desembre 2013</b>	<b>Juliol 2014</b>
<b>XHUP (*)</b>	60%	58%	74%
<b>XSM</b>	—	48%	72%
<b>Sociosanitari</b>	—	—	61%
<b>ASSIR</b>	—	—	46%

(\*) Des de l'inici del desplegament el 2012 fins a la consolidació al llarg de 2014, el nombre de centres de la XHUP ha augmentat. Aquest fet n'explica el decrement des de desembre de 2012 al de 2013.

## Implantar programes per promoure l'ús racional del medicament

S'ha dut a terme un projecte de sensibilització en l'ús dels medicaments dirigit a la ciutadania. Aquest projecte ha culminat en la campanya "Medicament 360: m'agrada saber el que prenc", amb la intenció de promocionar l'ús correcte dels medicaments. Inclou tretze vídeos amb una durada d'entre 1 i 3 minuts. Les temàtiques han estat diverses:

- Informació general: beneficis i riscos, medicament de marca i genèrics, prospectes, etc.
- Conceptes tècnics bàsics sobre medicaments: principi actiu, com prendre'ls, contraindicacions, interaccions, efectes adversos.
- Sostenibilitat en l'ús de medicaments: medicaments a casa, eines de memòria, conservació i eliminació segura.
- Comportaments coresponsables: medicaments, sempre?, n'informeu el metge?.

El material ha estat posat a disposició dels proveïdors de serveis de salut, tant de l'àmbit mèdic com farmacèutic, de manera que es pugui descarregar i difondre'l en els centres i oficines de farmàcia (<http://www.videosalut.cat>). Els vídeos es troben a la web del Departament de Salut (<http://medicaments.gencat.cat/ca>) i es poden veure a YouTube.

S'ha avaluat la campanya per tal de saber si la visualització d'aquests vídeos promou canvis en els comportaments o les opinions. S'ha portat a terme un estudi de casos i controls amb estudi de la permanència de l'efecte de la campanya al cap de quatre mesos.

En general, la visualització dels vídeos de "Medicament 360: m'agrada saber el que prenc" produeix una millora significativa en el coneixement de conceptes bàsics sobre medicaments. La campanya no ha mostrat millores atribuïbles pel que fa al canvi de comportaments i opinions, tot i que l'estudi de subgrups sí que mostra una millora en el grup de baix nivell d'estudis amb alguna malaltia crònica.

L'anàlisi de permanència indica que l'aprenentatge produït per la campanya decreix amb el temps i es recomana una difusió contínua del material per tal de mantenir aquest efecte positiu.

El Programa d'educació sanitària sobre medicaments per a la gent gran (PESGG) és un projecte que consta de xerrades informatives realitzades per farmacèutics comunitaris adreçades a la gent gran. En aquest col·lectiu sovint es presenten casos de polimediació i, per tant, és un grup prioritari en la promoció del seu bon ús.

Les xerrades les coordinen els col·legis oficials de farmacèutics de les diferents províncies i se n'han previst unes 50 sessions (100 xerrades) per província.

---

Aquesta edició porta com a novetat un sistema d'avaluació que ha de permetre valorar la satisfacció de les sessions, així com l'aprenentatge dels participants.

En l'estudi de validació del contingut del material didàctic i validació del qüestionari s'han observat millores significatives en els coneixements de la gent gran participant.

El PESGG és fruit de la col·laboració amb el Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya (CCFC) i actualment és coordinat pel Servei Català de la Salut.

En l'edició de 2014 s'ha dissenyat una fase pilot per tal d'avaluar l'assoliment de coneixements sobre medicaments en el col·lectiu que ha rebut la formació. Atès que, en general, la gent gran ha assimilat bé els conceptes impartits, el disseny de les sessions es farà extensiu a la resta de xerrades que s'organitzaran en el marc d'aquest projecte (aproximadament 500 a tot Catalunya) i finalment se'n farà una avaluació global.

## Altres assoliments del PPAC

### Altres assoliments del PPAC

Altres actuacions del PPAC que mereixen ser destacades, atesa la seva influència en estratègies de futur, són les següents:

- Establiment del consens terminològic en cronicitat (*Terminologia de la cronicitat*), iniciativa pionera a Europa que permet la unificació i harmonització de les denominacions i conceptes relacionats amb la cronicitat. L'activitat s'ha realitzat conjuntament amb Termcat i, des de la publicació, genera una mitjana de 730 consultes mensuals del diccionari en línia.
- Amb la mirada posada en noves necessitats a incloure en el proper Pla de salut, inici del procés de modelització de les bones pràctiques en els àmbits següents:
  - Atenció a la fragilitat i prevenció de la discapacitat.
  - Atenció nutricional als pacients amb complexitat clínica o social.
  - Cronicitat complexa pediàtrica.
  - Atenció a la complexitat en el cas de pacients amb malaltia mental.
  - Model català de planificació de decisions anticipades.
  - Prestacions d'atenció intermèdia domiciliària amb component rehabilitador.
- Participació en el Comitè Operatiu del Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària, que desenvolupa els projectes següents:
  - Adequació i ordenació de la llarga estada sociosanitària i de salut mental.
  - Pràctica integrada social i sanitària en la xarxa de salut mental i addiccions.
  - Model català d'atenció a les persones que viuen en serveis residencials.
  - Pràctica integrada des de l'atenció primària social i sanitària.
  - Model català d'atenció integrada a domicili.
  - Model català d'atenció centrada en les persones.
  - Integració dels sistemes d'informació.
- Promoció del Fòrum ITSSSS com a espai de debat i generació de coneixement en noves fronteres d'atenció a la cronicitat, com són les pràctiques compartides, el redisseny d'equips assistencials o l'atenció centrada en les persones com a estratègia fonamental del sistema català d'atenció al benestar dels ciutadans.
- Participació permanent en fòrums internacionals de cronicitat i atenció integrada. El PPAC va liderar la organització del V Congrés Nacional d'Atenció Sanitària al Pacient Crònic l'any 2013.

- 
- Desenvolupament i implementació d'un mòdul de formació en línia sobre cronicitat i atenció a la complexitat. S'han dut a terme dues edicions del curs, amb l'assistència d'un total de 57 alumnes fins al moment. Desenvolupament d'un curs presencial de bases d'atenció a la cronicitat, amb col·laboració amb la CAMFiC, del qual se n'han fet deu edicions amb més de 200 alumnes.

## Bibliografia

### Bibliografia

Observacions:

(\*) Document elaborat pel [Programa de prevenció i atenció a la cronicitat](#).

(\*\*) Document elaborat pel [Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària](#).

Document conceptual. Versió 5.0, de 28.02.2012.(\*)

[Pla de salut de Catalunya 2011-2015](#). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2011.

Document operatiu. Versió de 10.04.2012.(\*)

Processos clínics integrats. Marc genèric per al disseny de rutes assistencials. Versió 8.1, de setembre de 2012.(\*)

Consensos per a la detecció d'elements clau de procés (ECP) i prioritització de guies de pràctica clínica (GPC) en depressió, diabetis mellitus 2, insuficiència cardíaca i MPOC. Versió 4.2, de setembre de 2012.(\*)

Modelos de coordinación en la atención a los pacientes con enfermedades avanzadas: rutas territoriales de atención a la complejidad. Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas. Ed. Elsevier. Barcelona, 2015.

Programa Pacient Expert Catalunya®: una estratègia per a potenciar l'autoresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura.(\*)

L'educació grupal a Catalunya. Informe intern del projecte estratègia 2.3. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.

Criteris de planificació sobre hospitalització i alternatives assistencials en l'atenció a la cronicitat. Febrer de 2014.(\*)

Models d'atenció domiciliària, residencial i 7x24 als malalts crònics. Versió 1.1, d'agost de 2012.(\*)

Reordenació de la xarxa sociosanitària. Versió 2.1, d'agost de 2012.(\*)

Redefinició del rol de l'hospital d'aguts i l'atenció especialitzada en l'atenció a la cronicitat. Versió 1.1, d'agost de 2012.(\*)

Reordenació de la xarxa de salut mental. Versió 1.1, d'agost de 2012.(\*)

Projecte de programa d'atenció al pacient crònic complex. Versió 1.1, d'agost de 2012.(\*)

---

Procediment per a la identificació i l'atenció de persones amb malalties cròniques avançades i necessitats d'atenció pal·liativa a l'atenció primària i serveis de salut. Versió 1.1, d'agost de 2012.(\*)

Propostes d'acció per a un model col·laboratiu entre serveis sanitaris i serveis socials bàsics. Versió 1.1, d'agost de 2012.(\*)

Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat. Versió 5.1, de 10.05.2013.(\*)

Recomanacions i proposta de bones pràctiques en la redacció de plans d'intervenció individualitzats i compartits. Versió 2.0, de 29.09.2013.(\*)

[Reflexions sobre l'ètica en la identificació, el registre i la millora de l'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada \(PCC i MACA\).](#)  
Comitè de Bioètica de Catalunya, 2013.

Ethical challenges of early identification of patients with advanced chronic conditions (PACCs) in need of palliative care and limited life prognosis in health and social services: the experience of Catalonia. Pall Med, 2015 (en premsa).

Atenent les persones amb trastorns mentals i addiccions, i complexitat: una proposta sistèmica d'atenció integrada en la comunitat. Pla director de salut mental i addiccions i Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Document intern, 2014.

Avaluació dels models col·laboratius d'atenció social i en salut. AQuAS. Document intern, 2014.

Ús racional de medicaments. Maneig de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència. Versió 1.2, d'abril de 2014.(\*)

La terminologia de la cronicitat. Denominacions, conceptes i estratègies assistencials. Annals de Medicina 2014;97:98-9.

Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Document de bases de l'atenció integrada social i sanitària a Catalunya.(\*\*)

Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Full de ruta 2014-2016. Resum executiu.(\*\*)

Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Projectes 2014-2015.(\*\*)

[Fòrum ITESSS: fòrum de la innovació, la transformació i excel·lència en els serveis socials i de salut.](#)