
Resultats de l'avaluació del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat

Tres anys de funcionament (2011-2014)



Direcció:

Carles Constante

Autors:

Carles Blay

Marisa Martínez-Muñoz

Anna Schiaffino

Xavier Costa

Albert Ledesma

Revisors:

Santaeugènia González, Sebastià J.

Contel Segura, Joan Carles

González Mestre, Assumpció

Amil Bujan, Paloma

Gil Sánchez, Esther

Vila Palomero, Laura

Mir Labalsa, Victòria

Amblàs Novellas, Jordi

Alguns drets reservats

© 2018, 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

Primera edició:

Barcelona, setembre de 2015

Primera edició:

Barcelona, setembre de 2018

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL: http://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Articles/05_documentacio

Sumari

1.	Introducció	11
1.1.1.	Epidemiologia de la cronicitat	11
1.1.2.	Epidemiologia de la complexitat	12
1.1.3.	L'atenció a la cronicitat a Catalunya	13
2.	Objectius	14
3.	Avaluació	17
3.1.1.	POBLACIÓ CRÒNICA COMPLEXA TEÒRICA	18
3.1.1.1.	Categorització clínica de pacients a partir del constructe de complexitat	18
3.1.1.1.1.	Distribució de la població de Catalunya segons el grup de risc clínic i la gravetat l'any 2013 ..	21
3.1.1.1.2.	Distribució dels indicadors de mortalitat i ús dels serveis sanitaris segons el grup de risc clínic i la gravetat l'any 2013	22
3.1.1.1.3.	Categoritzacions clíniques plantejades per al constructe de complexitat teòric	24
3.1.1.1.4.	Constructe de complexitat teòric	26
3.1.1.2.	Característiques generals i territorials de la població de crònics complexos teòrics	27
3.1.1.2.1.	Característiques de la població crònica complexa teòrica	30
3.1.1.2.2.	Variabilitat territorial de les característiques de la població crònica complexa teòrica	34
3.1.2.	POBLACIÓ CRÒNICA COMPLEXA REAL	36
3.1.2.1.	Característiques generals i territorials de la població de crònics complexos reals	36
3.1.2.1.1.	Característiques de la població crònica complexa real	36
3.1.2.1.2.	Variabilitat territorial de les característiques de la població crònica complexa real	40
3.1.2.2.	Sistemàtica d'identificació desenvolupada pel PPAC	42
3.1.2.3.	Característiques de les persones identificades segons el tipus d'identificació (PCC o MACA)	47
3.1.3.	COMPARACIÓ DE LA POBLACIÓ CRÒNICA COMPLEXA TEÒRICA I LA POBLACIÓ CRÒNICA COMPLEXA REAL 52	
3.1.3.1.	Població crònica complexa teòrica: característiques dels identificats respecte als no identificats .	55
3.1.3.1.1.	Descripció de les característiques	55
3.1.3.1.2.	Perfil de les persones cròniques complexes teòriques que han estat identificades	57
3.1.3.1.3.	Variabilitat territorial segons el sector sanitari	57
3.1.3.1.4.	Taula resum	60
3.1.3.2.	Població crònica complexa real: característiques dels que no compleixen el constructe respecte als que sí que el compleixen	61
3.1.3.2.1.	Descripció de les característiques	61
3.1.3.2.2.	Perfil de les persones cròniques complexes reals que no compleixen el constructe	63
3.1.3.2.3.	Variabilitat territorial segons el sector sanitari	64
3.1.3.2.4.	Taula resum	66
3.2.1.	Selecció de les fites	69
3.2.1.1.	Projecte estratègic 2.1	71
3.2.1.2.	Projecte estratègic 2.2	72
3.2.1.3.	Projecte estratègic 2.3	73
3.2.1.4.	Projecte estratègic 2.4	74
3.2.1.5.	Projecte estratègic 2.5	75
3.2.1.6.	Projecte estratègic 2.6	76
3.2.2.	Assoliment de les fites	77
3.2.2.1.	Projecte estratègic 2.1	79
3.2.2.1.1.	Resum territorial de les fites assolides	99
3.2.2.1.2.	Canvi entre el 2011 i el 2014 d'alguns indicadors relacionats	107



3.2.2.2. Projecte estratègic 2.2	108
3.2.2.2.1. Resum territorial de les fites assolides	112
3.2.2.2.2. Canvi entre el 2011 i el 2014 d'alguns indicadors relacionats	118
3.2.2.3. Projecte estratègic 2.3	119
3.2.2.3.1. Canvi entre el 2011 i el 2014 d'alguns indicadors relacionats	121
3.2.2.4. Projecte estratègic 2.4	123
3.2.2.4.1. Alternatives assistencials disponibles	128
3.2.2.4.2. Resum territorial de les fites assolides	131
3.2.2.5. Projecte estratègic 2.5	134
3.2.2.5.1. Qualitat dels PIIC	139
3.2.2.5.2. Canvi entre el 2011 i el 2014 d'alguns indicadors relacionats	152
3.2.2.5.3. Resum territorial de les fites assolides	154
3.2.2.5.4. Ruta assistencial de complexitat: disseny, implementació i qualitat interna	157
3.2.2.6. Projecte estratègic 2.6	169
3.2.2.7. Resum de l'assoliment de les fites	172
3.2.3. Avaluació qualitativa del procés d'identificació i atenció als PCC-pacients amb MACA a atenció primària	174
3.2.3.1. Objectius	174
3.2.3.2. Metodologia	174
3.2.3.3. Tècnica d'estudi. Sistemàtica d'obtenció i anàlisi de les dades	174
3.2.3.4. Mostreig teòric	174
3.2.3.5. Aspectes generals	180
3.2.3.6. El model d'atenció	182
3.2.3.7. El model d'organització	200
3.2.3.8. El posicionament polític i estratègic	223
4. Annexos	230
1. Dates importants	293
2. Trucada telefònica	296
3. Treball previ a l'entrevista personal	297
4. Entrevista per recollir les dades	299
5. Introducció de les dades recollides	301
5. Referències bibliogràfiques	347

Índex de taules

Taula 1. Indicadors de mortalitat, ús dels serveis sanitaris i despesa en farmàcia (distribució en quintils corresponents a l'any 2013)	20
Taula 2. Distribució de la població catalana segons el grup de risc clínic i la gravetat (any 2013) ..	21
Taula 3. Distribució dels indicadors de mortalitat, ús dels serveis sanitaris i despesa en farmàcia segons el grup de risc clínic i la gravetat (2013).....	22
Taula 4. Agrupacions segons el seu percentatge sobre la població total de Catalunya	26
Taula 5. Ús dels serveis sanitaris durant el 2013.....	32
Taula 6. Indicadors de variabilitat entre sectors de la població crònica complexa teòrica.....	35
Taula 7. Ús dels serveis sanitaris durant el 2013.....	38
Taula 8. Indicadors de variabilitat entre sectors de la població crònica complexa real	42
Taula 9. Indicadors que componen el constructe de bona identificació dels PCC i els pacients amb MACA	43
Taula 10. Qualitat de la identificació segons si han estat identificats com a PCC o com a pacients amb MACA	45
Taula 11. Qualitat de la identificació segons si han estat identificats com a PCC o com a pacients amb MACA i segons el grup d'edat	46
Taula 12. Ús dels serveis sanitaris durant el 2013 segons el tipus d'identificació	50
Taula 13. Resum de les característiques amb un percentatge més alt segons el tipus d'identificació	52
Taula 14. Distribució de l'ús de recursos sanitaris i la despesa en farmàcia segons la identificació.....	55
Taula 15. Indicadors de variabilitat entre sectors de la població crònica complexa teòrica segons la identificació.....	59
Taula 16. Resum del perfil de les persones identificades de la població crònica teòrica complexa.....	60
Taula 17. Distribució de l'ús de recursos sanitaris i despesa en farmàcia de la població crònica complexa real segons si compleixen el constructe de complexitat proposat pel PPAC	63
Taula 18. Indicadors de variabilitat entre sectors de la població crònica complexa real segons si compleixen el constructe	66
Taula 19. Resum del perfil de les persones que NO compleixen el constructe de la població crònica complexa real	67
Taula 20. Objectius plantejats pel PPAC segons el projecte estratègic.....	68
Taula 21. Consens i prioritització de les fites seleccionades del PE 2.1	71
Taula 22. Consens i prioritització de les fites seleccionades del PE 2.2	72
Taula 23. Consens i prioritització de les fites seleccionades del PE 2.3	73
Taula 24. Consens i prioritització de les fites seleccionades del PE 2.4	74
Taula 25. Consens i prioritització de les fites seleccionades del PE 2.5	75
Taula 26. Consens i prioritització de les fites seleccionades del PE 2.6	76
Taula 27. Territoris naturals segons la regió sanitària.....	78
Taula 28. Distribució de les rutes assistencials en els territoris i cobertura poblacional segons les malalties a què fan referència.....	80
Taula 29. Percentatge de respostes afirmatives dels aspectes relacionats amb el marc genèric del concepte i el disseny de la ruta assistencial segons la patologia	82
Taula 30. Percentatge de participació en el grup redactor de cada un dels àmbits segons la patologia.....	82
Taula 31. Agrupació d'àmbits assistencials en el grup redactor de la ruta segons la patologia	83
Taula 32. Percentatge de respostes afirmatives sobre la inclusió d'un paquet d'indicadors segons la patologia.....	83
Taula 33. Percentatge de respostes afirmatives d'obtenció de resultats del paquet d'indicadors segons la patologia.....	85
Taula 34. Percentatge de respostes afirmatives de tramesa als professionals dels resultats segons la patologia.....	85



Taula 35. Mitjana de puntuació sobre el grau d'implementació segons la patologia	86
Taula 36. Accions concretes realitzades per a la implementació de la ruta assistencial de l'ICC....	87
Taula 37. Accions concretes realitzades per a la implementació de la ruta assistencial de l'MPOC	90
Taula 38. Accions concretes realitzades per a la implementació de la ruta assistencial de la depressió	93
Taula 39. Accions concretes realitzades per a la implementació de la ruta assistencial de la DM2	96
Taula 40. Resum de les respostes de la ruta assistencial de l'ICC	99
Taula 41. Resum de les respostes de la ruta assistencial de l'MPOC.....	101
Taula 42. Resum de les respostes de la ruta assistencial de la depressió	103
Taula 43. Resum de les respostes de la ruta assistencial de la DM2	105
Taula 44. Percentatge de variació dels principals indicadors relacionats amb les patologies (2011-2014)	107
Taula 45. Distribució i cobertura poblacional de les activitats de promoció de la salut.....	108
Taula 46. Resum de les respostes dels programes de promoció de l'alimentació saludable	112
Taula 47. Resum de les respostes dels programes de promoció de l'activitat física.....	114
Taula 48. Resum de les respostes dels programes de prevenció del consum de tabac	116
Taula 49. Percentatge de variació dels principals indicadors relacionats amb els programes de promoció (2011-2013)*	118
Taula 50. Proveïdors de salut on s'ha iniciat el PPE-CAT	119
Taula 51. Nombre de grups, nombre de pacients participants, nombre de pacients experts i nombre de proveïdors segons les patologies tractades	120
Taula 52. Descripció, cobertura i tipus de RAC segons les agrupacions territorials.....	124
Taula 53. Informació disponible per a cada agrupació territorial	125
Taula 54. Avaluació dels ítems sobre un model de garantia 7 x 24 en el territori.....	127
Taula 55. Avaluació dels ítems sobre el model d'atenció domiciliària integrada en el territori ...	127
Taula 56. Avaluació dels ítems sobre el model d'atenció en residències en el territori	127
Taula 57. Avaluació dels ítems sobre el model d'atenció a les transicions en el territori.....	128
Taula 58. Distribució territorial dels dispositius assistencials alternatius orientats a millorar l'atenció de la cronicitat en el territori	129
Taula 59. Resum dels ítems usats per a l'avaluació de les fites prioritzades per a cada agrupació territorial	131
Taula 60. Percentatge d'identificació dels PCC i ràtio de PCC sobre MACA en les agrupacions territorials RAC	135
Taula 61. Puntuacions mitjanes dels factors possiblement relacionats amb el procés d'identificació	137
Taula 62. Factors més importants per explicar la identificació dels PCC i els pacients amb MACA	138
Taula 63. Mida mostral teòrica i definitiva segons el sector sanitari.....	140
Taula 64. Criteris de qualitat del PIIC	142
Taula 65. Diferència en la mida mostral segons el sector sanitari	143
Taula 66. Puntuacions mitjanes dels factors possiblement relacionats amb la realització dels PIIC de qualitat.....	149
Taula 67. Factors més importants per explicar la realització de PIIC de qualitat	150
Taula 68. Avaluació dels ítems sobre què cal fer en cas d'exacerbació	150
Taula 69. Resum de l'avaluació dels ítems usats per avaluar les fites prioritzades per a cada agrupació territorial amb RAC disponible	154
Taula 70. Puntuacions mitjanes dels factors possiblement relacionats amb el procés de disseny de la RAC	159
Taula 71. Factors més importants per explicar el procés de disseny de la RAC	159



Taula 72. Resum dels ítems usats per avaluar el disseny de la RAC per a cada agrupació territorial amb RAC disponible.....	160
Taula 73. Resum de l'avaluació dels ítems usats per avaluar la implementació de la RAC per a cada agrupació territorial amb RAC disponible	163
Taula 74. Puntuacions mitjanes dels factors possiblement relacionats amb la implementació de la RAC	166
Taula 75. Factors més importants per explicar la implementació de la RAC	167
Taula 76. Elements de qualitat de la RAC i nombre d'agrupacions territorials on les seves RAC els consideren	167
Taula 77. Qualitat de la RAC segons les agrupacions territorials	167
Taula 78. Evolució del percentatge d'implementació de la recepta electrònica segons l'àmbit assistencial	171

Índex de figures

Figura 1. Àmbits d'avaluació	15
Figura 2. Característiques sociodemogràfiques de la població crònica complexa teòrica.....	30
Figura 3. Percentatge de persones que pateixen els trastorns crònics més rellevants per explicar la cronicitat complexa	31
Figura 4. Distribució de les agrupacions segons el grup de risc clínic.....	32
Figura 5. Ús dels serveis sanitaris durant l'any 2013	33
Figura 6. Població crònica complexa teòrica segons el sector sanitari (any 2013)	34
Figura 7. Característiques sociodemogràfiques de la població crònica complexa teòrica.....	37
Figura 8. Percentatge de persones que pateixen els trastorns crònics més rellevants per explicar la cronicitat complexa	38
Figura 9. Distribució de les agrupacions segons el grup de risc clínic.....	39
Figura 10. Ús dels serveis sanitaris durant l'any 2013.....	40
Figura 11. Població crònica complexa real segons el sector sanitari (any 2013)	41
Figura 12. Ràtio de PCC sobre pacients amb MACA de la població identificada segons el sector sanitari.....	46
Figura 13. Característiques sociodemogràfiques segons el tipus d'identificació	48
Figura 14. Percentatge de persones que pateixen cada un dels trastorns crònics segons el tipus d'identificació	49
Figura 15. Distribució de les agrupacions segons el grup de risc clínic i el tipus d'identificació	50
Figura 16. Distribució de la població complexa real i teòrica	53
Figura 17. Característiques sociodemogràfiques de la població crònica complexa teòrica segons la identificació.....	55
Figura 18. Característiques dels trastorns crònics principals de la població crònica complexa teòrica segons la identificació	56
Figura 19. Característiques diferencials de les persones identificades.....	58
Figura 20. Percentatge d'identificació en la població complexa teòrica segons el sector sanitari..	59
Figura 21. Característiques sociodemogràfiques de la població crònica complexa real segons si compleixen el constructe de complexitat proposat pel PPAC.....	61
Figura 22. Característiques dels trastorns crònics principals de la població crònica complexa real segons si compleixen el constructe de complexitat proposat pel PPAC	62
Figura 23. Característiques diferencials de les persones identificades.....	64
Figura 24. Percentatge de persones que no compleixen el constructe en la població complexa real segons el sector sanitari.....	65



Figura 25. Moment de la inclusió del paquet d'indicadors segons la patologia de la ruta assistencial	84
Figura 26. Finalitat de la inclusió del paquet d'indicadors segons la patologia de la ruta assistencial	84
Figura 27. Disseny i/o reformulació dels programes de promoció de la salut que existeixen en les diferents agrupacions territorials (%).....	110
Figura 28. Avaluació dels programes de promoció de la salut implementats en les diferents agrupacions territorials (%)	111
Figura 29. Reagrupació dels territoris naturals segons les RAC.....	123
Figura 30. Full de recollida de dades de la qualitat dels PIIC.....	141
Figura 31. Qualitat dels PIIC segons cada un dels apartats avaluats	144
Figura 32. Qualitat dels PIIC en cada un dels apartats avaluats segons el sexe i el grup d'edat...	144
Figura 33. Qualitat dels PIIC segons cada un dels apartats avaluats estudiats i el tipus d'identificació	146
Figura 34. Qualitat dels PIIC segons cada un dels ítems estudiats i el sector sanitari	147
Figura 35. Existència i característiques d'un model col·laboratiu entre els serveis sanitaris i els serveis socials	152
Figura 36. Nombre d'agrupacions territorials amb presència en el grup redactor de la RAC segons els diferents àmbits assistencials.....	158
Figura 37. Grau d'implementació subjectiu d'elements relacionats amb la RAC	162
Figura 38. Etapes del procés de conciliació de la medicació	169
Figura 39. Etapes del procés de revisió de la medicació	170



Agraïments

Volem expressar el nostre sincer agraïment a totes les persones que, desinteressadament, han fet que aquesta avaluació hagi estat possible.

Al doctor Xavier Gómez-Batiste, que, des de la Càtedra ICO/UVIC/CCOMS de Cures Pal·liatives, ha donat suport metodològic a aquesta avaluació.

Al Servei Català de la Salut (CatSalut) i en especial a la Divisió d'Anàlisi de la Demanda i d'Activitat, per posar a la nostra disposició la base de dades de la morbiditat poblacional de l'any 2013. En particular a la seva cap, la doctora Montserrat Bustins, per facilitar-nos-en l'accés, i al senyor Emili Vela i la senyora Montserrat Clèries, per la feina prèvia amb la base de dades, sense la qual no hauria estat possible realitzar l'avaluació de les necessitats.

A l'àmbit dels sistemes d'informació i concretament al doctor Francesc Garcia-Cuyàs, al doctor Miquel González i al doctor Òscar Solans, de la Història Clínica Compartida de Catalunya (HCCC), per facilitar-nos l'accés a la informació del Pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC).

L'avaluació dels PIIC ha estat possible gràcies a la senyora Laura Vila i al doctor Josep Ortega, que van revisar la qualitat de tots els PIIC treballats.

A l'Institut Català de la Salut i de manera especial a la doctora Núria Gutiérrez, per la seva col·laboració en la coordinació i la realització del treball de camp per copsar les opinions sobre les rutes assistencials recollides en el territori.

Als setze referents territorials del CatSalut, que ens van aportar la informació fonamental per poder realitzar bona part de l'avaluació d'implementació.

L'avaluació qualitativa d'aquest Programa no hauria estat possible sense la col·laboració dels 59 professionals sanitaris (metges, professionals d'infermeria i treballadors socials) dels 30 EAP que van participar aportant les seves inestimables experiències.

A les persones que formen part o que col·laboren de manera habitual amb el PPAC i concretament al doctor Albert Ledesma, al senyor Joan Carles Contel, a la senyora Assumpció González-Mestre, a la senyora Paloma Amil, a la doctora Carmen Cabezas, a la doctora Montserrat Puigdollers i a la doctora Corinne Zara, pels seus comentaris i les seves aportacions en els diferents apartats de què consta l'avaluació realitzada.

Finalment, volem donar les gràcies a la doctora Carme Planas i a la senyora Elena Calvo, que han impulsat i han facilitat tot el procés des de l'inici.



PREFACI

L'any 2011, el Govern de la Generalitat de Catalunya va acordar crear **el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC)**, adscrit a la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris del Departament de Salut -en l'actualitat Direcció General de Planificació en Salut-, amb la finalitat d'impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions a dur a terme per millorar el procés d'atenció a la cronicitat.

Amb la perspectiva del temps, resulta evident la feina feta i el camí recorregut durant tots aquests anys. També esdevé necessari retre comptes dels resultats obtinguts i avaluar les accions realitzades, amb l'objectiu de potenciar-ne les fortaleses, però també de replantejar o redissenyar les línies estratègiques, objectius i accions amb marge de millora. Efectivament: el **Pla de Salut 2016-2020**, propugna l'**avaluació** de les actuacions com una eina indispensable per garantir la qualitat de les actuacions poblacionals; també advoca per implicar els ciutadans en la planificació i avaluació de les polítiques sanitàries, i aprofundir en les dinàmiques de les decisions compartides.

En aquest context, el PPAC es reafirma amb el compromís de transparència i avaluació de resultats des d'una perspectiva *triple aim* -millora de salut de les persones, millora de l'experiència d'atenció i sostenibilitat / eficiència del sistema-, fent també especial èmfasi en l'avaluació de l'experiència dels professionals.

Els autors i revisors del document volem agrair el compromís, la constància i la meticulositat dels tots els professionals en el registre de la informació durant aquests darrers anys, que ha permès poder presentar avui aquest document d'avaluació quantitativa del període 2011-2014, com a primera fita d'un procés d'avaluació de resultats que realitzarem quinquenalment.



1. Introducció

1.1. Context

1.1.1.1. Epidemiologia de la cronicitat

La població de Catalunya s'ha envellit en les darreres dècades de manera considerable i totes les projeccions apunten al fet que aquest envelliment cada vegada serà més notori.¹ No solament està augmentant el percentatge de persones més grans de 65 anys en la població, sinó també l'índex d'envelliment, que mesura la quantitat de persones més grans de 65 anys respecte al nombre de persones de menys de 15 anys. Les estadístiques de població de l'Idescat² mostren que el percentatge de persones més grans de 65 anys es va incrementar un 23% de l'any 1991 al 2011 i que l'índex d'envelliment va augmentar de 85 a 108. L'any 2013 (última dada disponible), el percentatge de persones més grans de 65 anys en el conjunt de la població de Catalunya va augmentar fins al 17,95%.

Aquest envelliment de la població comporta, entre altres efectes, un increment del nombre de persones grans que pateixen algun trastorn crònic o alguna discapacitat, ja que la morbiditat de la població es concentra en les edats avançades. Segons l'Organització Mundial de Salut, l'any 2008, 36 milions de persones van morir d'una malaltia crònica, de les quals la meitat eren dones i més del 70% tenien més de 60 anys d'edat. Les malalties cardíaques, els infarts, el càncer, les malalties respiratòries i la diabetis són les principals causes de mortalitat al món i són responsables del 63% de les morts.³ Les dades disponibles de la darrera Enquesta nacional de salut d'Espanya de l'any 2012 mostren que el 42% de les persones més grans de 15 anys pateixen un problema de salut crònic. Aquest percentatge augmenta fins al 73% en el cas de les persones més grans de 65 anys i fins al 81% en aquelles que tenen 85 anys o més.⁴ A Catalunya, i segons les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2013,⁵ el 38,6% de la població general pateix alguna malaltia o problema de salut crònic (el 35,4% dels homes i el 41,7% de les dones). El percentatge de població que pateix algun trastorn crònic augmenta a mesura que ho fa l'edat, i passa del 16,6% en la població de 0 a 14 anys al 78,5% en la població de 75 anys i més. Cal destacar que el percentatge és superior en les dones en tots els grups d'edat (excepte en el cas de les persones de menys de 15 anys), en les persones que pertanyen a classes socials més desfavorides i en les persones amb estudis primaris o sense estudis. L'ESCA també mostra que, en les dones més grans de 65 anys, els dos principals trastorns crònics són l'artrosi, l'artritis o reumatisme i la hipertensió arterial. En canvi, entre els homes de 65 a 74 anys, els dos trastorns crònics principals són la hipertensió arterial i la hipercolesterolèmia, i en els de 75 anys i més ho són la hipertensió i les cataractes.

A Catalunya, la càrrega de morbimortalitat més important es deu a problemes crònics de salut. L'any 2009, les malalties de l'aparell circulatori, els tumors, les malalties de l'aparell respiratori, les malalties del sistema nerviós i les malalties mentals representaven el 78% de les defuncions. A més, l'impacte de les malalties cròniques és molt elevat quant al consum de recursos del sistema sanitari. Per això, s'estima que més del 50% dels recursos estan dedicats al tractament de malalties cròniques o als episodis aguts que s'hi associen.⁶

1.1.1.1.2. Epidemiologia de la complexitat

L'envelliment i l'augment de l'esperança de vida fan que, a mesura que avança l'edat, les persones acumulin més problemes crònics, la qual cosa configura la situació de multimorbiditat o morbiditat associades. Aquesta situació es caracteritza per l'associació de múltiples malalties que no tenen cura, l'evolució natural de les quals és el deteriorament progressiu, amb una disminució gradual de l'autonomia i de la qualitat de vida i amb un alt risc de patologies interrelacionades. L'atenció de les persones en aquesta situació té importants repercussions econòmiques, en forma de consum de recursos i de costos socials.⁷

Aquests últims anys, moltes organitzacions han desenvolupat amb èxit models d'excel·lència i solucions innovadores, que han orientat el sistema sanitari cap a l'atenció de les persones amb malalties cròniques o amb risc de patir-les. Els models d'atenció a les persones amb malalties cròniques o en risc de patir-les no es poden implantar amb intervencions aïllades.

Per assegurar l'èxit del projecte calen estratègies multipalanca, que concentrin actuacions múltiples i abordatges interdisciplinaris. Aquestes estratègies comporten la implementació d'un conjunt integrat d'accions simultànies en un mateix territori, que desencadenen un triple efecte sinèrgic i multiplicador pel que fa a l'impacte dels resultats en salut, la utilització de serveis i la satisfacció de l'usuari.

Durant els últims anys s'han desenvolupat models d'innovació per a l'atenció de malalts crònics. Tots tenen en comú la posada en marxa de diverses estratègies d'actuació per afavorir el contínuum assistencial, fomentar l'autocura, reforçar la coordinació entre nivells assistencials i incorporar els recursos comunitaris i l'ús de noves tecnologies.

Concretament, Kaiser Permanente ha constituït un model paradigmàtic i d'excel·lència en la innovació i la configuració d'una organització que opera des del punt de vista de la integració clínica i amb una clara orientació a l'atenció al pacient crònic. Aquesta organització presta serveis en nou estats dels Estats Units, sobre una població total de gairebé nou milions d'habitants. En relació amb la cura de les persones amb malalties cròniques, el model de Kaiser Permanente es basa en l'anàlisi, la segmentació i l'estratificació de la població segons la complexitat i les necessitats d'atenció. Es basa en el principi que no totes les persones amb problemes de salut crònics són iguals ni tenen les mateixes necessitats. És un model piramidal en què es poden distingir tres segments de població sobre els quals es duen a terme abordatges diferenciats:

1. A la base de la piràmide es troben les persones a les quals s'han d'implementar estratègies de prevenció i promoció de la salut dirigides a població sana. El 80% dels pacients crònics són capaços de cuidar-se de la seva malaltia en el context d'una bona estratègia de foment de l'autocura (*self-management*).
2. Un altre grup, prop del 15%, requerirà models de gestió de la seva malaltia que impliquin interaccions d'atenció entre proveïdors de diferents àmbits assistencials: rutes assistencials, trajectòries clíniques transversals.



3. Finalment, entre un 3 i un 5% estaria en una situació o tindria un perfil de complexitat clínica definit per la concurrència de diverses malalties cròniques, múltiples ingressos urgents o no programats i/o visites a urgències, polimedicació o dificultats per fer algunes activitats de la vida diària. Aquest últim grup exigeix una estratègia de gestió de casos proactiva per a la millora dels resultats en salut i qualitat de vida i per disminuir la utilització de serveis d'alt cost, com ara l'hospitalització urgent.

1.1.1.1.3. L'atenció a la cronicitat a Catalunya

El Pla de Govern 2011-2014 fa palès que les necessitats sanitàries de la població evolucionen i que el model d'atenció assistencial ha d'adaptar-s'hi i reforçar el valor de l'atenció integral a les persones i de l'eficiència i la qualitat del model prestacional, i estableix, entre els seus objectius, definir i implementar el Pla de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya i promoure l'encaix dels serveis sanitaris i els serveis socials.

En definitiva, la creació d'un marc de prevenció i atenció a la cronicitat es presenta com una oportunitat per fer un canvi de paradigma, en què cal comptar amb la implicació de tots els agents del sistema de salut i del sistema social, per establir un marc d'actuació integral des d'una perspectiva poblacional.

Aquest nou paradigma comportarà una reordenació del sistema sanitari a fi de reorientar-lo a la resolució de les necessitats de les persones que pateixen o es troben en situació de patir processos crònics. Un sistema elaborat a partir del coneixement dels professionals, amb la participació integral de tots els actors implicats en l'àmbit de la salut i els serveis socials, que tindrà en compte l'equitat i la sostenibilitat.

Per tot això, el Govern de la Generalitat de Catalunya va acordar crear el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat, adscrit a la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris del Departament de Salut, amb la finalitat d'impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions que cal dur a terme per millorar el procés d'atenció a la cronicitat. Aquest acord va ser publicat al DOGC número 5915, de 7 de juliol de 2011 (Acord de Govern 108/2011, de 5 de juliol de 2011). La finalitat del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat és l'impuls, la planificació, la coordinació i l'avaluació de les actuacions dutes a terme per millorar el procés d'atenció a la cronicitat, per desplegar un model interdepartamental d'atenció a la cronicitat que abordi els problemes derivats de les malalties cròniques de manera integral i multidisciplinària.⁸



1.2. Estratègia d'avaluació

La Comissió Europea defineix l'avaluació com la valoració de les intervencions dels organismes públics segons els seus productes i impactes, amb relació a les necessitats que pretenen satisfer, i orientada a proveir d'informació rigorosa, basada en evidències, per a la presa de decisions.⁹ La provisió d'informació rigorosa basada en evidències exigeix l'ús de tècniques de recerca que tinguin en compte que les intervencions proposades són complexes i es produeixen en entorns no controlats.^{10,11}

Tota intervenció pública està motivada per l'existència d'un problema, sobre el qual aquesta intervenció induirà canvis que el mitigaran o el milloraran, i que té associada una teoria anomenada per alguns autors *teoria del canvi*¹² i per d'altres *model conceptual d'impacte*.¹³

La teoria del canvi és la cadena d'hipòtesis sobre com s'espera mitigar o millorar el problema amb els recursos assignats a la intervenció (avaluació de necessitats). Aquestes hipòtesis permeten dur a terme unes activitats que produeixen uns determinats productes o resultats (avaluació de la implementació) que, alhora, generen un impacte o efecte, és a dir, beneficis a curt, mitjà i llarg termini (avaluació d'impacte i avaluació d'eficiència). Qualsevol política pública pot ser concebuda com una hipòtesi causal: "Si duem a terme una determinada política, solucionarem un determinat problema". De fet, validar aquesta hipòtesi és l'objecte últim de l'avaluació de polítiques públiques.

En aquest informe es presenta l'avaluació del PPAC als tres anys de la creació, d'acord amb la metodologia d'ús per a l'avaluació de polítiques i programes públics. Tenint en compte que el recorregut en el temps del PPAC és curt, les avaluacions que es proposen són de necessitats^{14,15} — amb relació a la població crònica complexa a Catalunya, a partir de la quantificació d'aquesta població i la intervenció proposada— i d'implementació^{16,17} —a partir de l'anàlisi de les dades d'activitat en els territoris i les tècniques qualitatives—, fet que constitueix una innovació en el nostre entorn.

2. Objectius

L'avaluació que es presenta a continuació té com a finalitat generar informació que:

- Permeti millorar el nou model d'atenció sanitària que planteja el PPAC.
- Generi evidència sobre els seus resultats preliminars.

El PPAC es fa operatiu desplegant sis projectes estratègics (PE) amb uns objectius concrets:

PE 2.1. Implantar processos clínics integrats per a deu malalties.

PE 2.2. Potenciar els programes de protecció i promoció de la salut i prevenció de les malalties cròniques.

PE 2.3. Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients o dels cuidadors amb la seva salut i fomentar l'autocura.

PE 2.4. Desenvolupar alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat.

PE 2.5. Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos.

PE 2.6. Implantar programes d'ús racional dels medicaments.

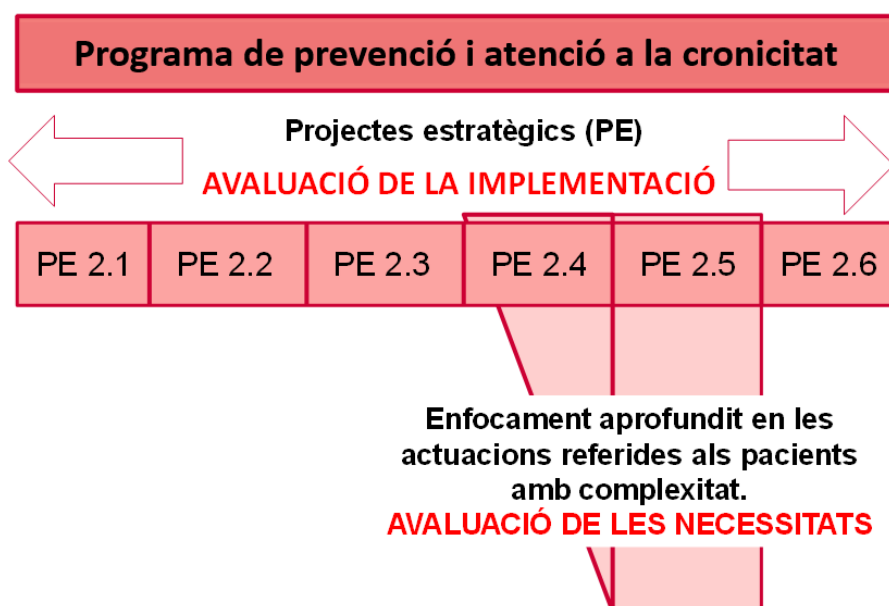


En primer terme es planteja una avaluació en general del PPAC amb els objectius següents:

- 1) Estructurar conceptualment l'acció del PPAC des de l'òptica de l'avaluació sistemàtica dels programes públics de salut.
- 2) Descriure multidimensionalment els assoliments nuclears del PPAC.

En segon lloc, l'avaluació es planteja en dues parts: una avaluació de necessitats i una avaluació d'implementació.

Figura 1. Àmbits d'avaluació



Per a cada un dels àmbits es defineixen els objectius específics següents:

Objectius específics per a l'avaluació de necessitats

1. Desenvolupar una categorització clínica de pacients a partir del constructe de complexitat que proposa el PPAC.
2. Obtenir la població diana, mitjançant la descripció epidemiològica dels grups de pacients inclosos en aquesta categorització, a partir de les fonts de dades existents.
3. Comparar les identificacions i les característiques d'aquesta població diana amb les de les persones identificades com a pacients crònics complexos (PCC) o amb malalties cròniques avançades (MACA) amb data 5 de juliol de 2014.
4. Comparar la qualitat dels PIIC realitzats amb els criteris establerts al document *Recomanacions i proposta de bones pràctiques en la redacció de plans d'intervenció individualitzats i compartits*, amb data 5 de juliol de 2014.
5. Descriure quantitativament i qualitativament per territoris:

- La identificació de la població identificada com a PCC o amb MACA.
- La realització de PIIC.
- La qualitat interna i grau d'implantació de rutes assistencials de la complexitat (RAC) mitjançant un qüestionari dissenyat *ad hoc* i emplenat per a cadascun dels territoris.
- El desenvolupament i la implantació d'alternatives assistencials mitjançant un qüestionari dissenyat *ad hoc* i emplenat per a cadascun dels territoris.

Objectius específics per a l'avaluació de la implementació

1. Identificar per consens les fites més importants que s'haurien d'haver assolit per a cada un dels PE.
2. Descriure el grau d'assoliment de les fites consensuades mitjançant un qüestionari dissenyat *ad hoc* i emplenat per cadascun dels territoris.

3. Avaluació

3.1. Avaluació de les necessitats

Aquesta avaluació consta dels apartats següents:

1. Descripció de la població crònica complexa teòrica.
2. Descripció de la població crònica complexa real.
3. Comparació de la població crònica complexa teòrica i de la població crònica complexa real.

Cada apartat conté diversos subapartats i en cada un s'hi defineix la metodologia emprada i s'hi mostren els resultats obtinguts.

Font d'informació

La font d'informació usada ha estat la base de dades de la morbiditat. Des de la Divisió d'Anàlisi de la Demanda i d'Activitat del CatSalut, se'ns va facilitar la base de dades de la morbiditat poblacional de tot l'any 2013. Tal com expliquen els autors, és una base de dades que integra la morbiditat recollida en els diferents sistemes d'informació sanitaris. La finalitat és poder classificar els pacients correctament en diferents grups de risc en funció de l'estat de salut, amb els objectius de: *a)* poder determinar polítiques específiques preventives que ajudin a fer més eficient el sistema sanitari; *b)* disminuir la despesa; *c)* crear sistemes de pagament amb base territorial ajustats a les necessitats.¹⁸ De tot això se'n desprèn que aquesta font d'informació no ha estat dissenyada específicament per complir l'objectiu plantejat en aquest informe.

Aquesta base de dades conté la informació dels 7,7 milions de persones de la població de Catalunya i es nodreix de la informació recollida en els registres següents:

- Registre central d'assegurats (RCA).
- Registre del conjunt mínim bàsic de dades dels hospitals d'aguts (CMBD-HA).
- Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària (CMBD-AP).
- Registre del conjunt mínim bàsic de dades dels recursos socio-sanitaris (CMBD-RSS).
- Registre del conjunt mínim bàsic de dades dels hospitals de la xarxa de salut mental (CMBD-SMH).
- Registre del conjunt mínim bàsic de dades dels centres ambulatoris de la xarxa de salut mental (CMBD-SMA).
- Registre d'activitat de farmàcia: receptes mèdiques facturades.
- Registre d'activitat de farmàcia: medicació hospitalària de dispensació ambulatoria.

Concretament, aquesta base de dades disposa, entre d'altres, de la informació següent:

- Dades sociodemogràfiques: sexe, edat, mortalitat, nacionalitat, àrea bàsica de salut (ABS), equip d'atenció bàsica (EAP), agrupació de gestió assistencial (AGA), sector sanitari (SS), regió sanitària (RS) i índex de renda territorial ajustada per edat i sexe.

- Trastorns crònics (absència/presència): diabetis *mellitus* de tipus 2, insuficiència cardíaca congestiva, malaltia pulmonar obstructiva crònica, hipertensió arterial, insuficiència renal crònica, síndrome de la immunodeficiència humana, asma, demència, cirrosi, depressió, trastorn mental greu, accident vascular cerebral, cardiopatia isquèmica, neoplàsies, malalties del sistema locomotor, osteoporosi, artrosi, artritis, dolor crònic.
- Grup de risc clínic (GRC) i gravetat.
- Utilització dels serveis sanitaris: nombre de visites a atenció primària, nombre d'hospitalitzacions i d'hospitalitzacions urgents, mitges i llargues estades a sociosanitari, unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS), programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES), nombre de visites a salut mental d'atenció primària i d'hospitalària, nombre de visites a urgències i nombre de visites a consultes externes.
- Despesa en receptes farmacèutiques d'atenció primària i despesa en receptes de medicació hospitalària de dispensació ambulatoria.

S'ha treballat amb les dades del 2013, perquè a l'hora de fer l'avaluació eren les dades més recents que estaven disponibles.

3.1.1.1.1. POBLACIÓ CRÒNICA COMPLEXA TEÒRICA

3.1.1.1.2. Categorització clínica de pacients a partir del constructe de complexitat

METODOLOGIA

Disseny i context: el constructe de complexitat que defineix la població crònica complexa teòrica es va establir mitjançant el consens de sis experts de diverses categoritzacions clíniques plantejades. Aquests experts eren coneixedors del sistema d'estratificació poblacional que actualment s'està usant a Catalunya. Segons la literatura existent, el percentatge de població crònica complexa se situa al voltant del 5% de la població total. Es van plantejar diverses categoritzacions que intentaven assolir aquest 5% de referència.

Participants: es va treballar amb la informació disponible de totes les persones de la població de Catalunya que l'any 2013 constaven en els diferents registres que componen la base de dades de la morbiditat.

Variables i indicadors: la base per definir les diferents categoritzacions clíniques va ser la distribució de la població de Catalunya l'any 2013 segons els grups de risc clínic (GRC),^{18,19} en funció de la gravetat (valorada entre 1 i 6, on 1 és la més lleu i 6 és la més greu).

Breument, l'agrupació en GRC utilitza dades dels sistemes d'informació sanitaris per assignar a cada persona de la població una categoria de risc mútuament exclouent. Aquesta assignació es basa en la patologia històrica associada atesa, tant en atenció primària com en atenció especialitzada, i en les característiques demogràfiques. Cadascuna d'aquestes categories és clínicament rellevant i es pot



utilitzar per predir el consum de recursos sanitaris, ja que cada categoria té associada un consum de recursos o pes mitjà relatiu.¹⁸

Les diferents categories d'agrupació són:

- Població no usuària
- Població sana
- GRC 1: parts
- GRC 2: trastorns aguts
- GRC 3: una malaltia crònica menor
- GRC 4: més d'una malaltia crònica menor
- GRC 5: una malaltia crònica greu
- GRC 6: dues malalties cròniques greus
- GRC 7: més de dues malalties cròniques greus
- GRC 8: neoplàsies complexes
- GRC 9: necessitats sanitàries elevades

A més, per a cada una d'aquestes categories es disposa de la gravetat que indica el nivell de gravetat clínica com a conseqüència de la comorbiditat.

Una altra eina usada per definir les diferents categoritzacions clíniques fou la distribució de sis indicadors de mortalitat, l'ús dels serveis sanitaris i la despesa en farmàcia segons els GRC. Els indicadors usats van ser, d'una banda, els mateixos que s'havien fet servir en una anàlisi realitzada prèviament per la Divisió d'Anàlisi de la Demanda i d'Activitat del CatSalut21 i, de l'altra, els que es van considerar com a rellevants i no havien estat inclosos en aquesta anàlisi prèvia. Els indicadors finalment emprats i la distribució en quintils es mostren a la taula 1.

Finalment, a l'hora de definir algunes de les categoritzacions clíniques es va determinar que perquè una persona fos considerada pacient crònic complex havia de complir una sèrie de condicions:

- Tenir 85 anys o més.
- Patir demència.
- Patir trastorn mental greu.
- Tenir una despesa de farmàcia en primària més gran de la mitjana +1 desviació estàndard. L'any 2013, aquest valor és 721,83 €. Finalment, per a aquest any, s'ha considerat tenir una despesa més gran de 700 €.
- Haver tingut més de dues hospitalitzacions urgents.
- Haver usat el PADES.
- Tenir discapacitat física.
- Tenir discapacitat intel·lectual.
- Patir una malaltia neurològica greu.

La informació de les tres darreres variables no estava disponible i, per tant, no es va poder tenir en compte.



Taula 1. Indicadors de mortalitat, ús dels serveis sanitaris i despesa en farmàcia (distribució en quintils corresponents a l'any 2013)

	Q ₁	Q ₂	Q ₃	Q ₄	Q ₅
Taxa de mortalitat (per 1.000 h.)	< 10	10-49	50-100	100-149	≥ 150
Mitjana de contactes amb atenció primària	< 12	12-14	15-17	18-23	≥ 24
Taxa d'hospitalitzacions (per 100 h.)	< 20	20-49	50-74	75-149	≥ 150
Taxa d'hospitalitzacions urgents (per 100 h.)	< 10	10-24	25-74	75-99	≥ 100
Mitjana de despesa en receptes farmacèutiques (€)	< 500	500-749	750-999	1.000-1.499	≥ 1.500
Mitjana de despesa en receptes de medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (€)	< 500	500-999	1.000-1.499	1.500-2.999	≥ 3.000

La distribució per quintils de cada indicador està disponible a l'aplicació MSIQ.²⁰

Limitacions i biaixos: com ja s'ha comentat, la font d'informació usada no va estar dissenyada *ad hoc* per contestar l'objectiu plantejat i, per tant, manquen variables rellevants per tenir la categorització òptima, ja que només es disposa de la informació que es recollia en aquesta base de dades. Per exemple, no es van poder avaluar totes les condicions que es van establir com a determinants perquè una persona fos considerada crònica complexa.

L'eina principal usada per desenvolupar les diferents categoritzacions clíniques fou la distribució de la població de Catalunya segons els GRC. La informació per calcular els GRC també té associada una sèrie de deficiències,¹⁸ com ara que la codificació dels diagnòstics realitzada mitjançant la CIM-9-MC o la CIM-10 en alguns casos fou poc sensible i específica per classificar adequadament la gravetat i la complexitat. Es podria donar tant una infranotificació de diagnòstics com una heterogeneïtat en la notificació de l'hospitalització, que comportaria menys detecció de morbiditats i, per tant, una agrupació incompleta. Per intentar reduir aquest biaix, des del registre del CMBD-HA es porta a terme una recodificació del tipus d'assistència, a fi de garantir l'homogeneïtat de la informació notificada pels hospitals.

Anàlisi estadística: es van plantejar fins a nou categoritzacions diferents basant-se en els GRC segons la gravetat. Aquestes categoritzacions clíniques es basaven en criteris únicament clínics i en criteris clínics i mètrics. En el primer cas es va usar la informació de la distribució de la població segons el GRC i la gravetat i en el segon cas es va usar la distribució dels sis indicadors de mortalitat, ús dels serveis sanitaris i despesa en farmàcia segons el GRC i la gravetat. En algunes categoritzacions únicament clíniques, també es va tenir en compte el compliment d'algunes de les condicions de cronicitat abans mencionades.

Per a cada categorització, es va calcular el percentatge de població associat amb la finalitat que s'aproximés al 5% que la literatura mostra. Amb els resultats obtinguts de les nou categoritzacions clíniques, els experts es van reunir i per consens van decidir quina era la categorització més òptima que definia el constructe de complexitat teòric basat únicament en la càrrega de malaltia. Aquest



construït, aplicat a la població total de Catalunya, va definir la població de crònics complexos teòrics.

RESULTATS

3.1.1.1.3. Distribució de la població de Catalunya segons el grup de risc clínic i la gravetat l'any 2013

Es disposa de la distribució dels 7.753.482 catalans segons el grup de risc clínic (GRC) i la gravetat. Aquesta informació es mostra a la taula següent:

Taula 2. Distribució de la població catalana segons el grup de risc clínic i la gravetat (any 2013)

GRC		Gravetat						Total
		1	2	3	4	5	6	
Població no usuària	n	1.653.092						1.653.092
	%	21,3%						21,3%
Població sana	n	2.414.249	102.917					2517166
	%	31,1%	1,3%					32,5%
CRG 1 Parts	n	27578	27377					54955
	%	,4%	,4%					,7%
CRG 2 Trastorns aguts	n	186795	92242					279037
	%	2,4%	1,2%					3,6%
CRG 3 1 MC menor	n	272819	85221					358040
	%	3,5%	1,1%					4,6%
CRG 4 Més d'1 MC menor	n	29981	4744	32910	14713			82348
	%	0,4%	0,1%	0,4%	0,2%			1,1%
CRG 5 1MC greu	n	865630	209399	53737	12016	5993	1292	1148067
	%	11,2%	2,7%	0,7%	0,2%	0,1%	0,0%	14,8%
CRG 6 2 malalties cròniques greus	n	632.029	258.207	228.258	160.531	71.819	9.578	1.360.422
	%	8,2%	3,3%	2,9%	2,1%	0,9%	0,1%	17,5%
GRC 7 Més de 2 malalties cròniques greus	n	27.422	26.123	64.817	22.285	19.965	10.269	170.881
	%	0,4%	0,3%	0,8%	0,3%	0,3%	0,1%	2,2%
GRC 8 Neoplàsia complexa	n	7.639	24.751	27.316	24.823	7.126		91.655
	%	0,1%	0,3%	0,4%	0,3%	0,1%		1,2%
GRC 9	n	2.302	16.615	7.490	7.356	1.932	2.124	37.819

Necessitats sanitàries elevades	%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,5%
Total	n	6.119.536	847.596	414.528	241.724	106.835	23.263	7.753.482
	%	78,9%	10,9%	5,3%	3,1%	1,4%	0,3%	100,0%

S'observa que prop del 36% de la població catalana l'any 2013 patia com a mínim una malaltia crònica greu.

3.1.1.1.4. Distribució dels indicadors de mortalitat i ús dels serveis sanitaris segons el grup de risc clínic i la gravetat l'any 2013

Una altra eina a disposició dels experts fou la distribució d'indicadors de mortalitat, ús dels serveis sanitaris i despesa en farmàcia segons els grups de risc clínic (GRC) i la gravetat. Aquesta distribució, segons els quintils dels indicadors, es mostra a la taula següent:

Taula 3. Distribució dels indicadors de mortalitat, ús dels serveis sanitaris i despesa en farmàcia segons el grup de risc clínic i la gravetat (2013)

		Mortalitat	Atenció primària	Hospitalitzacions	Hospitalitzacions urgents	Receptes	MHDA
No usuaris		3,66					
Sans	grav	1 0,44	4,10	1,19	0,4	9,93	5,94
		2 17,05	5,05	15,05	7,02	37,46	13,46
GRC 1 Parts	gravetat	1 0,11	6,49	87,91	77,97	29,00	0,95
		2 0,22	9,60	96,49	82,34	99,99	39,39
		3					
		4					
		5					
		6					
GRC 2 Trastorns aguts	gravetat	1 0,16	7,57	6,25	2,95	17,80	3,11
		2 3,07	7,59	18,53	11,3	75,46	13,11
		3					
		4					
		5					
		6					
GRC 3 1 malaltia crònica menor	gravetat	1 0,54	5,95	6,45	1,15	62,77	21,92
		2 1,03	7,32	12,38	3,91	128,48	16,76
		3					
		4					
		5					
		6					
GRC 4 +1 malaltia crònica menor	gravetat	1 0,50	7,19	10,53	1,43	95,84	18,61
		2 0	8,40	12,73	1,43	94,16	14,60
		3 0,46	8,43	11,97	2,18	176,75	21,81
		4 0,34	10,12	15,01	3,14	310,19	21,46

		5						
		6						
GRC 5 1 malaltia crònica greu	gravetat	1	2,38	6,29	4,71	0,97	118,94	58,116
		2	2,02	8,84	9,94	3,88	211,04	140,11
		3	6,44	8,84	18,47	9,8	457,70	270,11
		4	13,48	11,16	28,53	19,68	403,03	732,65
		5	35,21	12,03	32,27	19,52	391,01	1.086,73
		6	22,45	9,21	29,57	20,36	1.688,65	178,17
GRC 6 2 malalties cròniques greus	gravetat	1	5,23	9,55	9,55	1,99	322,43	68,48
		2	10,69	12,01	17,82	5,6	542,43	156,81
		3	14,04	13,65	21,45	7,63	724,50	216,83
		4	27,63	16,75	36,13	18,65	848,59	272,37
		5	63,01	20,34	65,81	44,03	1.031,50	257,19
		6	89,79	25,96	107,49	79,29	1.274,12	323,48
GRC 7 +2 malalties cròniques greus	gravetat	1	40,22	13,99	12,13	4,16	914,69	110,82
		2	103,05	15,02	29,55	18,51	1.029,45	220,39
		3	79,72	19,86	48,66	33,71	1.228,63	234,55
		4	115,10	24,86	87,77	68,16	1.351,82	234,99
		5	152,57	29,51	144,91	118,05	1.483,65	328,91
		6	162,04	29,78	163,15	129,56	1.651,77	664,94
GRC 8 Neoplàsies complexes	gravetat	1	19,77	8,89	27,82	4,36	319,35	389,68
		2	83,07	10,11	41,56	14,15	464,02	1.062,22
		3	131,50	14,13	62,88	29,73	807,32	1.241,81
		4	279,70	20,14	134,23	87,23	1.197,75	1.614,61
		5	479,37	20,37	195,31	134,68	1.150,16	1.942,21
		6						
GRC 9 Necessitats elevades	gravetat	1	34,75	6,56	12,29	4,74	142,08	378,20
		2	11,62	6,81	14,97	6,33	321,64	4.366,08
		3	24,70	11,07	36,09	19,29	746,25	4.394,91
		4	57,91	13,91	78,87	47,84	1.329,05	4.403,79
		5	134,58	12,00	129,19	89,08	792,29	7.725,09
		6	156,31	21,80	287,05	165,96	1.810,68	2.877,15

Els colors dels diferents valors indiquen en quin quintil se situen seguint el que s'ha definit a la taula 1. S'observa que, excepte en el cas dels parts, els valors dels indicadors situats als darrers quintils es corresponen amb els GRC amb més càrrega i, dins de cada GRC, es corresponen amb les gravetats més elevades.

3.1.1.1.5. Categoritzacions clíniques plantejades per al constructe de complexitat teòric

Les diferents categoritzacions que es plantejaren es mostren a continuació i s'endrecen segons si es van basar en criteris únicament clínics o en criteris clínics i mètrics.

Únicament criteris clínics

CATEGORITZACIÓ 1: tenir com a mínim una malaltia crònica greu. En cas de tenir menys de tres malalties cròniques greus, cal que siguin de gravetat 5 o 6:

- GRC 5 amb gravetat 5 o 6
- GRC 6 amb gravetat 5 o 6
- GRC 7 amb qualsevol gravetat
- GRC 8 amb qualsevol gravetat
- GRC 9 amb qualsevol gravetat

CATEGORITZACIÓ 2: tenir com a mínim una malaltia crònica greu. En cas de tenir una malaltia crònica greu, cal que sigui de gravetat 6. En cas de tenir dues malalties greus, cal que siguin de gravetat 5 o 6:

- GRC 5 amb gravetat 6
- GRC 6 amb gravetat 5 o 6
- GRC 7 amb qualsevol gravetat
- GRC 8 amb qualsevol gravetat
- GRC 9 amb qualsevol gravetat

CATEGORITZACIÓ 3: tenir com a mínim una malaltia crònica greu. En cas de tenir una malaltia crònica greu, cal que tingui gravetat inferior a 6 i com a mínim tres de les condicions explicades anteriorment (pàgina 19). En cas de tenir dues malalties cròniques greus, cal que tinguin gravetat inferior a 5 i com a mínim tres de les condicions. En cas de tenir més de dues malalties cròniques greus, cal que tinguin una gravetat superior a 1. En cas de patir neoplàsia complexa, cal que tingui gravetat superior a 2. Finalment, en cas de tenir necessitats sanitàries elevades, cal que tinguin gravetat superior a 3:

- GRC 5 amb gravetat 1, 2, 3, 4 o 5 i amb compliment de tres condicions
- GRC 5 amb gravetat 6
- GRC 6 amb gravetat 1, 2, 3 o 4 i amb compliment de tres condicions
- GRC 6 amb gravetat 5 o 6
- GRC 7 amb gravetat 2, 3, 4, 5 o 6
- GRC 8 amb gravetat 3, 4, 5 o 6
- GRC 9 amb gravetat 4, 5 o 6

CATEGORITZACIÓ 4: tenir com a mínim una malaltia crònica greu. En cas de tenir una malaltia crònica greu, cal complir dues de les condicions. En cas de tenir dues malalties greus o més, cal que tinguin gravetat inferior a 5 i, a més, complir com a mínim una condició:

- GRC 5 amb qualsevol gravetat i amb compliment de dues condicions
- GRC 6 amb gravetat 1, 2, 3 o 4 i amb compliment d'una condició



- GRC 6 amb gravetat 5 o 6
- GRC 7 amb gravetat 1, 2, 3 o 4 i amb compliment d'una condició
- GRC 7 amb gravetat 5 o 6
- GRC 8 amb qualsevol gravetat
- GRC 9 amb qualsevol gravetat

Criteris clínics i mètrics

CATEGORITZACIÓ 5: tenir valors de qualsevol dels indicadors de la taula 3 situats en el tercer o el quart quintil.

- GRC 5 amb gravetat 6
- GRC 6 amb gravetat 5 o 6
- GRC 7 amb gravetat 2, 3, 4, 5 o 6
- GRC 8 amb gravetat 3, 4, 5 o 6
- GRC 9 amb gravetat 2, 3, 4, 5 o 6

CATEGORITZACIÓ 6: tenir valors de qualsevol dels indicadors de la taula 3 situats en el tercer o el quart quintil o tenir dos indicadors situats en el segon quintil.

- GRC 5 amb gravetat 5 o 6
- GRC 6 amb gravetat 4, 5 o 6
- GRC 7 amb gravetat 2, 3, 4, 5 o 6
- GRC 8 amb gravetat 2, 3, 4, 5 o 6
- GRC 9 amb gravetat 2, 3, 4, 5 o 6

CATEGORITZACIÓ 7: tenir valors de qualsevol dels indicadors de la taula 3 situats en el segon, el tercer o el quart quintil.

- GRC 5 amb gravetat 5 o 6
- GRC 6 amb gravetat 4, 5 o 6
- GRC 7 amb gravetat 1, 2, 3, 4, 5 o 6
- GRC 8 amb gravetat 2, 3, 4, 5 o 6
- GRC 9 amb gravetat 2, 3, 4, 5 o 6

CATEGORITZACIÓ 8: tenir una mitjana dels indicadors superior a 2. Per a cada indicador, es donen puntuacions tal com segueix: valors inferiors al primer quintil = 1; valors entre el primer i el segon quintil = 2; valors entre el segon i el tercer quintil = 3; valors entre el tercer i quart quintil = 4, i valors superiors al quart quintil = 5.

- GRC 5 amb gravetat 6
- GRC 6 amb gravetat 4, 5 o 6
- GRC 7 amb gravetat 2, 3, 4, 5 o 6
- GRC 8 amb gravetat 3, 4, 5 o 6
- GRC 9 amb gravetat 4, 5 o 6

CATEGORITZACIÓ 9: tenir una mitjana dels indicadors superior o igual a 2.

- GRC 5 amb gravetat 5 o 6
- GRC 6 amb gravetat 4, 5 o 6
- GRC 7 amb gravetat 2, 3, 4, 5 o 6
- GRC 8 amb gravetat 3, 4, 5 o 6



- GRC 9 amb gravetat 4, 5 o 6

A continuació es mostren les nou agrupacions gràficament i endreçades de menys a més percentatge de persones que representa sobre el total de la població (taula 4).

Taula 4. Agrupacions segons el percentatge sobre la població total de Catalunya

		Categoritzacions clíniques									
		3	5	2	1	8	9	6	7	4	
GRC 5 1 malaltia crònica greu	gravetat	1	3 cond. *							2 cond. *	
		2									
		3									
		4									
		5									
		6									
GRC 6 2 malalties cròniques greus	gravetat	1	3 cond. *							1 cond. *	
		2									
		3									
		4									
		5									
		6									
GRC 7 +2 malalties cròniques greus	gravetat	1								1 cond. *	
		2									
		3									
		4									
		5									
		6									
GRC 8 Neoplàsies complexes	gravetat	1									
		2									
		3									
		4									
		5									
		6									
GRC 9 Necessitats elevades	gravetat	1									
		2									
		3									
		4									
		5									
		6									
% sobre la població		3,97	4,14	4,94	5,02	5,90	5,98	6,53	6,96	10,1	

* Condicions: tenir 85 anys o més, patir demència, patir trastorn mental greu, tenir una despesa de farmàcia en atenció primària més gran de la mitjana +1 desviació estàndard, haver tingut més de dues hospitalitzacions urgents, haver usat PADES, tenir discapacitat física, tenir discapacitat intel·lectual, patir una malaltia neurològica greu.

3.1.1.1.6. Constructe de complexitat teòric

Finalment i després de diverses reunions, el grup d'experts va decidir per consens que el millor constructe de complexitat era el que proporcionava la categorització clínica número 5. La seva decisió es va basar en el fet que era la categorització que obtenia un percentatge més proper a 5 i que, alhora, es podia objectivar mètricament. Les categoritzacions 1 i 2, tot i estar més properes al 5%, no tenien en compte cap criteri mètric. Per tant, la proposta del concepte de complexitat basat en els GRC basat únicament en la càrrega de la malaltia fou:

- GRC 5 amb gravetat 6
- GRC 6 amb gravetat 5 o 6
- GRC 7 amb gravetat 2, 3, 4, 5 o 6
- GRC 8 amb gravetat 3, 4, 5 o 6
- GRC 9 amb gravetat 2, 3, 4, 5 o 6

La nostra població crònica complexa teòrica es definirà per les persones recollides a la base de dades de morbiditat de l'any 2013 que compleixin els criteris de GRC abans mencionats.

3.1.1.1.7. Característiques generals i territorials de la població de crònics complexos teòrics

METODOLOGIA

Disseny i context: per descriure les característiques de la població de crònics complexos teòrics es va usar un disseny transversal. Es van incloure les 7.753.482 persones de la població de Catalunya que l'any 2013 constaven en els diferents registres que componen la base de dades de la morbiditat.

Participants: es van seleccionar les 320.390 persones que complien el constructe de complexitat teòric proposat pel PPAC i que estaven registrades a la base de dades de la morbiditat explicada anteriorment.

Variables: les variables amb les quals s'ha treballat s'agrupen en quatre blocs, que són les característiques sociodemogràfiques, els trastorns crònics, l'ús dels serveis sanitaris i la despesa en farmàcia. A continuació s'expliquen les variables que conformen cada un d'aquests blocs.

Característiques sociodemogràfiques

- Sexe: home/dona.
- Grup d'edat: 0-14, 15-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85-94 i > 94.
- Ser immigrant: sí/no.
- Mortalitat: sí/no.
- Renda territorial ajustada per edat i sexe (IRDA): s'elabora a partir del percentatge de residents amb rendes anuals superiors als 100.000 € i del percentatge de residents amb rendes anuals inferiors als 18.000 €. Té cinc categories: molt alta, alta, moderada, baixa i molt baixa.²¹
- Sector sanitari: Catalunya està distribuïda en 29 sectors sanitaris.

Trastorns crònics

Dinou trastorns crònics, tots mesurats com a presència/absència:

- Diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2)
- Insuficiència cardíaca crònica (ICC)
- Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)
- Hipertensió arterial (HTA)
- Insuficiència renal crònica (IRC)
- Virus de la immunodeficiència humana (VIH)



- Asma
- Demència
- Cirrosi hepàtica (CH)
- Depressió
- Trastorn mental greu (TMG)
- Accident vascular cerebral (AVC)
- Cardiopatia isquèmica (CI)
- Neoplàsies
- Malalties del sistema locomotor
- Osteoporosi
- Artrosi
- Artritis
- Dolor crònic

GRC amb cinc categories: GRC 5 (una malaltia crònica greu), GRC 6 (dues malalties cròniques greus), GRC 7 (més de dues malalties cròniques greus), GRC 8 (neoplàsies complexes) i GRC 9 (necessitats sanitàries elevades). A més a més, es recull la gravetat de fins a 6 de cada una de les categories (on 1 és la més lleu i 6 és la més greu).

Ús dels serveis sanitaris durant tot l'any 2013

- Nombre de visites a l'atenció primària
- Nombre d'hospitalitzacions
- Nombre d'hospitalitzacions urgents
- Llargues estades als serveis socio-sanitaris: sí/no
- Mitges estades als serveis: sí/no
- Unitats funcionals interdisciplinàries socio-sanitàries (UFISS): sí/no
- Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES): sí/no
- Nombre de visites a salut mental d'atenció primària
- Nombre de visites a salut mental hospitalària
- Nombre de visites a urgències
- Nombre de visites a consultes externes

Despesa en farmàcia acumulada durant tot l'any 2013

- Despesa en receptes d'atenció primària
- Despesa en receptes de medicació hospitalària de dispensació ambulatòria (MHDA)

Tractament específic d'algunes variables

- Insuficiència orgànica crònica avançada (IOCA)

A partir de les variables ICC, MPOC, IRC i CH, es va generar una nova variable que recollia el nombre de malalties d'òrgans (IOCA) que patia cada persona. La nova variable té quatre categories que recullen el nombre de malalties associades: cap, una, dues, més de dues.

- Ús dels serveis sanitaris

Totes aquelles variables d'ús dels serveis sanitaris que es recollien com a nombre de visites s'han categoritzat com a variables ordinals seguint els punts de tall que es mostren al MSIQ20. Concretament, s'ha treballat amb els punts de tall següents:

- Visites a atenció primària: 0-11, 12-14, 15-17, 18-23, > 23
 - Hospitalitzacions: 0, 1, 2, > 2
 - Hospitalitzacions urgents: 0, 1-2, > 2
 - Visites a salut mental d'atenció primària: 0, 1, 2, > 2
 - Visites a salut mental hospitalària: 0, 1, > 1
 - Visites a urgències: 0, 1, 2, > 2
 - Visites a consultes externes: 0, 1-3, 4-7, > 7
- Despesa en farmàcia

Les variables s'han categoritzat com a variables ordinals seguint els punts de tall que es mostren al MSIQ.²⁰ Concretament s'ha treballat amb els punts de tall següents:

 - Despesa en receptes d'atenció primària (€): 0-499, 500-749, 750-999, 1.000-1.499, > 1.499
 - Despesa en receptes de MHDA (€): 0-499, 500-999, 1.000-1.499, 1.500-2.999, > 2.999

Limitacions i biaixos: com ja s'ha comentat, la font d'informació usada no va estar dissenyada *ad hoc* per contestar l'objectiu plantejat i, per tant, manquen variables rellevants per poder descriure totes les característiques rellevants de la població crònica complexa teòrica.

De les 7.753.482 persones de la població de Catalunya, 1.653.092 (21,3%) han estat classificades en els GRC com a població no usuària i, per tant, no es disposa d'informació sobre les característiques.

Anàlisi estadística: per descriure les característiques dels pacients crònics complexos teòrics, s'ha fet una anàlisi descriptiva de cada una de les variables explicades anteriorment. Per a les variables qualitatives s'han calculat els percentatges i els intervals de confiança (IC) i, per a les variables quantitatives, s'han calculat les mitjanes amb els IC corresponents, així com les medianes amb el rang interquartil (RI).

Per descriure les característiques segons els sectors sanitaris, s'han calculat els mateixos estadístics esmentats anteriorment però de les variables considerades com a més rellevants sexe, edat, immigració, visites a atenció primària, hospitalitzacions urgents, despesa en farmàcia, patir demència, patir trastorn mental greu, patir neoplàsia i patir malalties d'insuficiència orgànica crònica avançada. Complementàriament, s'ha calculat la variabilitat entre sectors mitjançant tres tipus d'indicadors: a) percentatge de sectors amb un percentatge de canvi respecte al total (s'han fet dos escenaris: el 80% dels sectors tenen un percentatge de canvi inferior al 20% i el 75% dels sectors tenen un percentatge de canvi inferior al 25%); b) raó de variabilitat més gran que 2 (s'han fet tres escenaris: variabilitat dins del 90% central, variabilitat dins del 80% central i variabilitat dins del 50% central); c) coeficient de variació ponderat més gran que 0,2 (s'ha usat el ponderat per tenir en compte les diferents mides poblacionals de cada sector).



Per raó de la gran quantitat de persones de les quals disposem d'informació, s'ha treballat en totes les anàlisis amb un nivell de significació de 0,001. S'han usat els paquets estadístics SPSS v18.0 i Stata v11.

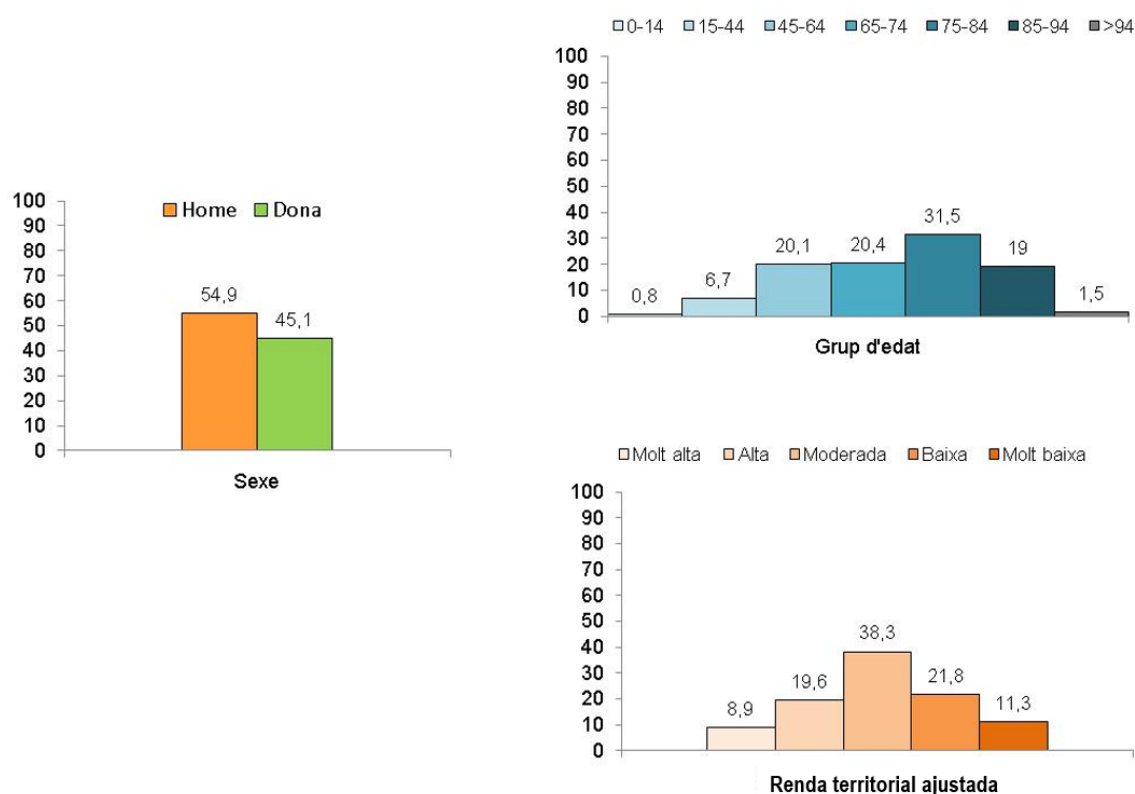
RESULTATS

3.1.1.1.8. Característiques de la població crònica complexa teòrica

Sobre el total de la població (7.753.482) de Catalunya de l'any 2013, 320.930 persones (4,14%) compleixen el concepte proposat pel PPAC i conformen la població crònica complexa teòrica. A continuació, es mostren les característiques que tenia aquesta població l'any 2013.

A la figura 2 es mostren les característiques sociodemogràfiques i s'observa que un 54,9% són homes, un 52% tenen més de 74 anys i una persona de cada tres viu en territoris amb una renda territorial ajustada baixa o molt baixa. Respecte a la nacionalitat, un 3,5% han nascut fora del territori espanyol i, respecte a la mortalitat, se n'han mort durant el 2013 un 11,2%.

Figura 2. Característiques sociodemogràfiques de la població crònica complexa teòrica



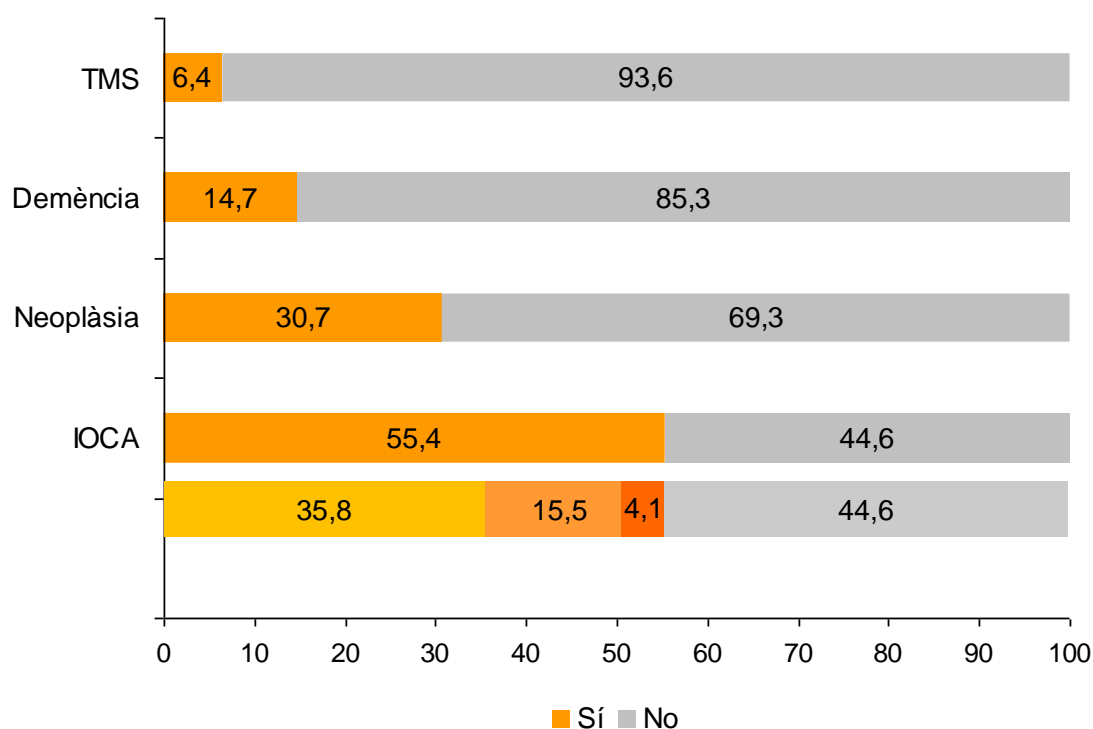
El trastorn crònic que pateix més freqüentment aquesta població és la hipertensió arterial (82,2%), seguit de la diabetis *mellitus* de tipus 2 (50,2%) i de malalties del sistema locomotor (47,9%). Prop d'un terç d'aquesta població pateix cardiopatia isquèmica (34,7%), artrosi (32,6%) i neoplàsia (30,7%), i prop d'un quart pateix MPOC (27,7%), accident vascular cerebral (24,5%), insuficiència



cardíaca crònica (24,2%), depressió (23,2%) i insuficiència renal crònica (22,3%). Menys del 15% de la població pateix demència (14,7%), osteoporosi (11,6%), asma (7,4%), VIH (7,2%), artritis (6,2%), trastorn mental greu (6,4%), cirrosi (5,5%) i, en darrera posició, dolor crònic (1%). De mitjana, la població estudiada pateix cinc trastorns crònics, però cal tenir en compte que només se'n recullen dinou. El 20% de la població en pateix prop de sis o més, i el 10%, set o més. Només una persona en pateix quinze, que és el màxim (cap persona no pateix els dinou trastorns crònics dels quals es disposa d'informació).

De tots els trastorns que es recollien, s'han considerat com a trastorns crònics més rellevants per explicar la complexitat crònica la demència, el trastorn mental greu, les neoplàsies i la insuficiència orgànica crònica avançada (IOCA), que agrupa l'ICC, l'MPOC, l'IRC i la CH. Com es mostra a la figura 3, un 55,4% d'aquesta població pateix IOCA, un 30,7% neoplàsia, un 14,7% demència i finalment un 6,4% pateix un trastorn mental greu. Cal destacar que, quan es desglossa la variable "patir IOCA segons el nombre de patologies associades", s'observa que un 35,8% de la població en pateix una, un 15,5% en pateix dues i un 4,1% en pateix tres o quatre.

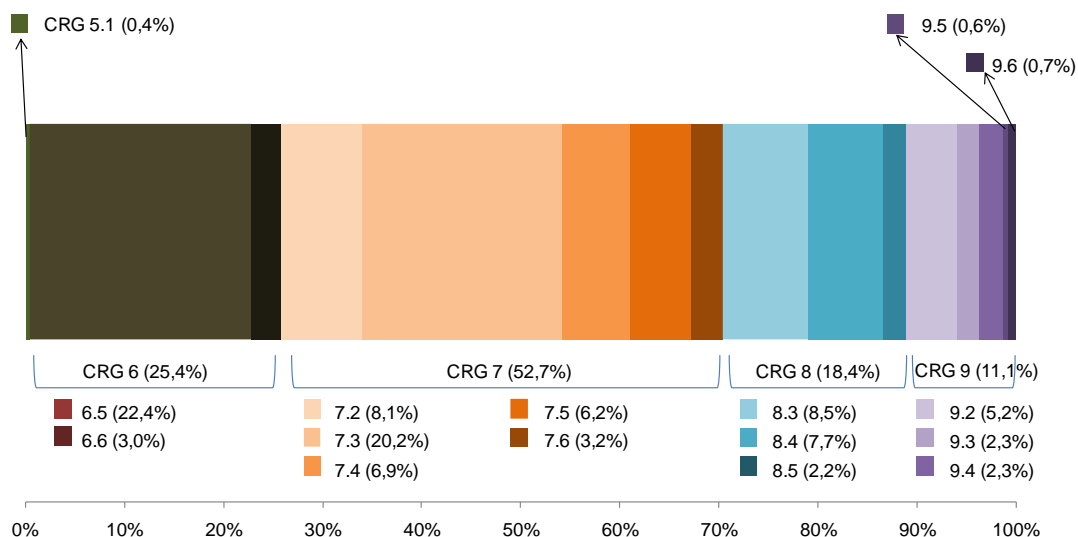
Figura 3. Percentatge de persones que pateixen els trastorns crònics més rellevants per explicar la cronicitat complexa



La distribució segons els GRC mostra que més de la meitat de la població (52,7%) queda agrupada en el GRC 7, que recull aquelles persones que tenen més de dues malalties cròniques greus; un quart de la població (25,4%) pateix dues malalties cròniques greus (GRC 6); un 18,4% pateix neoplàsies complexes (GRC 8), i un 11,1% té necessitats sanitàries elevades (GRC 9). Només un 0,4% pateix una única malaltia crònica (GRC 5). Quan a aquesta variable s'hi afegeix la gravetat (figura

4), s'observa que el 22,4% es posiciona en el GRC 6 gravetat 5, seguit del 20,2% que es posiciona en el GRC 7 gravetat 2.

Figura 4. Distribució de les agrupacions segons el grup de risc clínic



Dels diferents recursos a l'abast, la població crònica complexa teòrica fa un gran ús de l'atenció primària, amb una mitjana de prop de vint visites l'any, seguit de prop de sis visites l'any a consultes externes i 1,44 visites a urgències (taula 5). El 50% de la població fa com a mínim catorze visites a atenció primària, quatre visites a consultes externes i una visita a urgències. Fan menys d'una hospitalització l'any (tant urgents com no urgents) i de visites a salut mental (d'atenció primària i hospitalària).

Taula 5. Ús dels serveis sanitaris durant el 2013

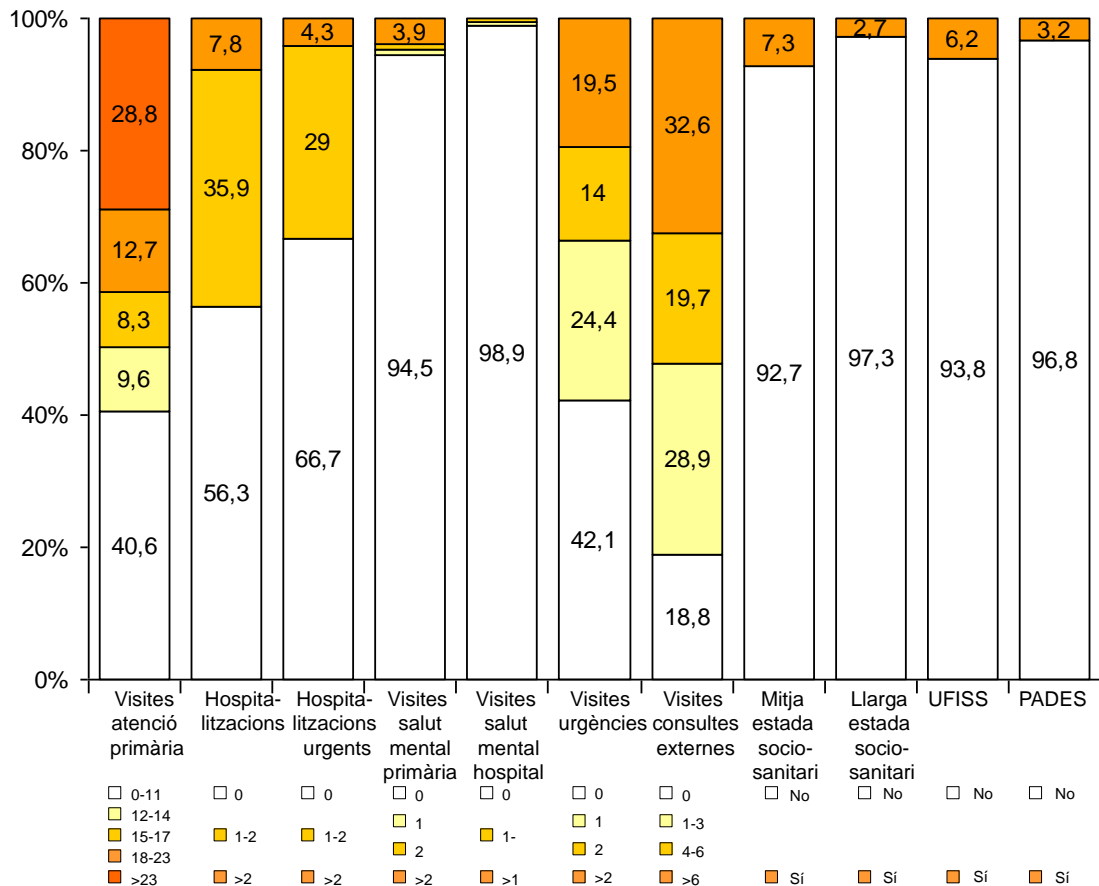
Nombre de	Mitjana	Mediana	Mínim	Màxim
Visites a atenció primària	19,47	14	0	515
Hospitalitzacions	0,77	0	0	28
Hospitalitzacions urgents	0,53	0	0	20
Visites a salut mental d'atenció primària	0,28	0	0	41
Visites a salut mental hospitalària	0,02	0	0	51
Visites a urgències	1,44	1	0	142
Visites a consultes externes	5,85	4	0	137

A la figura 5 es mostren els percentatges d'ús dels serveis sanitaris. S'observa que el 40,6% de la població crònica complexa teòrica fa menys d'onze visites a atenció primària durant l'any, mentre que gairebé un terç (28,8%) en fa 24 o més. Un 56,3% de les persones no han estat cap vegada hospitalitzades durant l'any 2013, un 35,9% ho han estat una o dues vegades i la resta, més de dues

vegades. Respecte a les hospitalitzacions urgents, prop d'un 34% de les persones han estat hospitalitzades alguna vegada durant l'any d'estudi. Més del 90% d'aquesta població no ha fet cap visita de salut mental ni d'atenció primària ni hospitalària, però cal destacar que prop d'un 4% ha fet més de dues visites a la salut mental d'atenció primària. Gairebé un 20% de les persones han estat més de dues vegades a urgències, en contraposició del prop del 40% que no hi han anat. Respecte a l'ús dels serveis socio-sanitaris, un 7,3% de la població ha fet una mitja estada durant el 2013 i un 2,7% una llarga estada. Finalment, un 3,3% de les persones han fet ús del PADES i un 6,6% han visitat una UFISS.

Tot i que un 38,5% d'aquesta població té una despesa en farmàcia anual inferior als 500 €, cal destacar que gairebé el mateix percentatge fa un consum de més de 1.000 €. Respecte a la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria, un 85% de les persones fan un consum anual inferior als 500 € i prop del 10% fan un consum anual superior als 3.000 €.

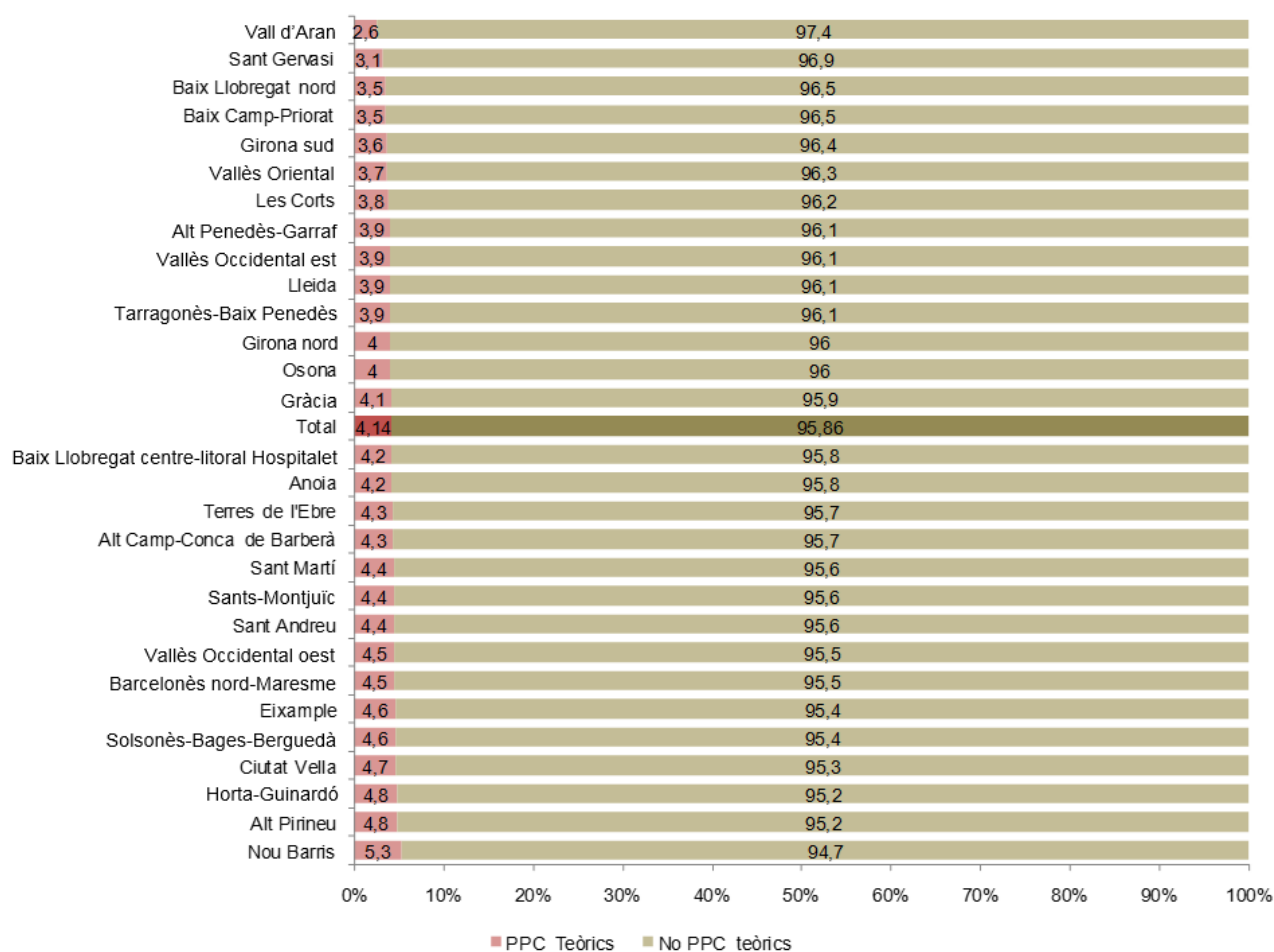
Figura 5. Ús dels serveis sanitaris durant l'any 2013



3.1.1.1.9. Variabilitat territorial de les característiques de la població crònica complexa teòrica

Tal com s'ha comentat, la població crònica complexa teòrica representa un 4,14% de la població total de Catalunya de l'any 2013. A la figura 6 es mostra aquest mateix percentatge per a cada un dels sectors sanitaris i s'observa que és força homogeni. També s'han fet les mateixes anàlisis descriptives descrites per a aquelles variables considerades més rellevants. Els resultats obtinguts (annex 1) mostren que no hi ha variabilitat en cap de les característiques treballades, excepte en el percentatge d'immigració. Per poder garantir aquesta homogeneïtat entre sectors, s'han calculat diversos indicadors de variabilitat per a cada una de les variables estudiades. Aquests resultats mostren que les possibles característiques amb variabilitat entre sectors són el percentatge d'immigració, el fet de patir trastorn mental greu i les visites a atenció primària. Tal com es mostra a la taula 6, si ens centrem en els resultats de la raó de variació del 80% central i del coeficient de variació ponderat, l'única variable que presenta variabilitat entre els diferents sectors és el percentatge d'immigració.

Figura 6. Població crònica complexa teòrica segons el sector sanitari (any 2013)



Taula 6. Indicadors de variabilitat entre sectors de la població crònica complexa teòrica

Variables estudiades	Percentatge de sectors amb un percentatge de canvi respecte al total inferior		Raó de variació (variabilitat central > 2)			Coeficient de variació ponderat
	al 20% (< 80% dels sectors)	al 25% (< 75% dels sectors)	90% central	80% central	50% central	
Sexe	100	100	1,07	1,05	1,02	0,03
Grup d'edat	96,43	96,43	1,19	1,14	1,07	0,06
Immigració	57,14	57,14	3,56	2,84	1,47	0,49
Demència	82,14	89,29	1,58	1,51	1,19	0,14
Trastorn mental greu	75,00	85,71	1,65	1,46	1,23	0,15
Neoplàsia	100	100	1,27	1,19	1,12	0,07
IOCA*	100	100	1,26	1,17	1,08	0,06
Visites a atenció primària	64,29	75,00	2,06	1,72	1,21	0,18
Hospitalització urgent	100	100	1,13	1,12	1,06	0,04
Despesa en farmàcia	96,43	96,43	1,24	1,21	1,11	0,08

* Insuficiència orgànica crònica avançada.

3.1.1.1.10. POBLACIÓ CRÒNICA COMPLEXA REAL

3.1.1.1.11. Característiques generals i territorials de la població de crònics complexos reals

METODOLOGIA

Disseny i context: per descriure les característiques de la població de pacients crònics complexos reals (PCC_R) es va usar un disseny transversal. Es van incloure les persones que van ser identificades com a PCC o amb MACA durant els primers onze mesos de marcatge i que l'any 2013 constaven en els diferents registres que componen la base de dades de la morbiditat.

Participants: es van seleccionar les 101.415 persones que constaven com a PCC o amb MACA a la història clínica compartida de Catalunya (HCCC) amb data 31 de desembre de 2013 i que estaven recollides a la base de dades de la morbiditat.

Variables: s'ha treballat amb les mateixes variables descrites per la població de pacients crònics complexos teòrics que s'agrupen en quatre blocs, que són característiques sociodemogràfiques, trastorns crònics, ús dels serveis sanitaris i despesa en farmàcia.

Limitacions i biaixos: com ja s'ha comentat, la font d'informació usada no va estar dissenyada *ad hoc* per contestar l'objectiu plantejat i, per tant, manquen variables per poder descriure totes les característiques rellevants de la població crònica complexa real. Una altra limitació és que una persona només consta com a identificada si el marcatge s'ha introduït a la història clínica compartida de Catalunya (HCCC). Es desconeix el nombre de persones que poden estar identificades pels professionals sanitaris, però que no estan registrades a l'HCCC.

Anàlisi estadística: per descriure les característiques de la població crònica complexa real, s'han fet les mateixes anàlisis descrites per a la població crònica complexa teòrica.

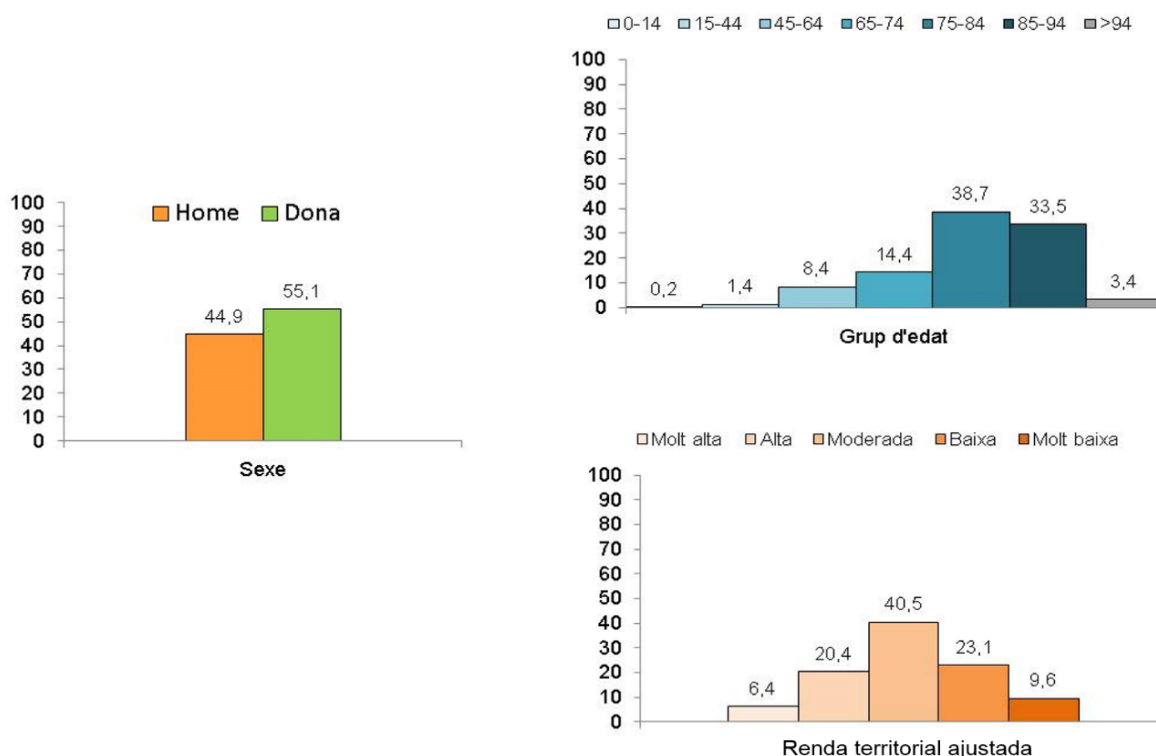
RESULTATS

3.1.1.1.12. Característiques de la població crònica complexa real

Sobre el total de la població (7.753.482) de Catalunya de l'any 2013, 101.415 persones (1,3%) han estat identificades com a PCC o amb MACA durant els primers onze mesos de la posada en marxa del sistema de marcatge. Del total de persones identificades, un 83% eren PCC i un 17% eren marcades com a MACA.

A la figura 7 es mostren les característiques sociodemogràfiques i s'observa que un 44,9% són homes, que tres de cada quatre persones marcades (75,6%) tenen més de 74 anys i que un 40,5% i un 32,7% viuen en territoris amb una renda territorial ajustada moderada o baixa, respectivament. Respecte a la nacionalitat, un 1,8% han nascut fora del territori espanyol i, respecte a la mortalitat, s'ha mort un 6,8% d'aquesta població durant el 2013.

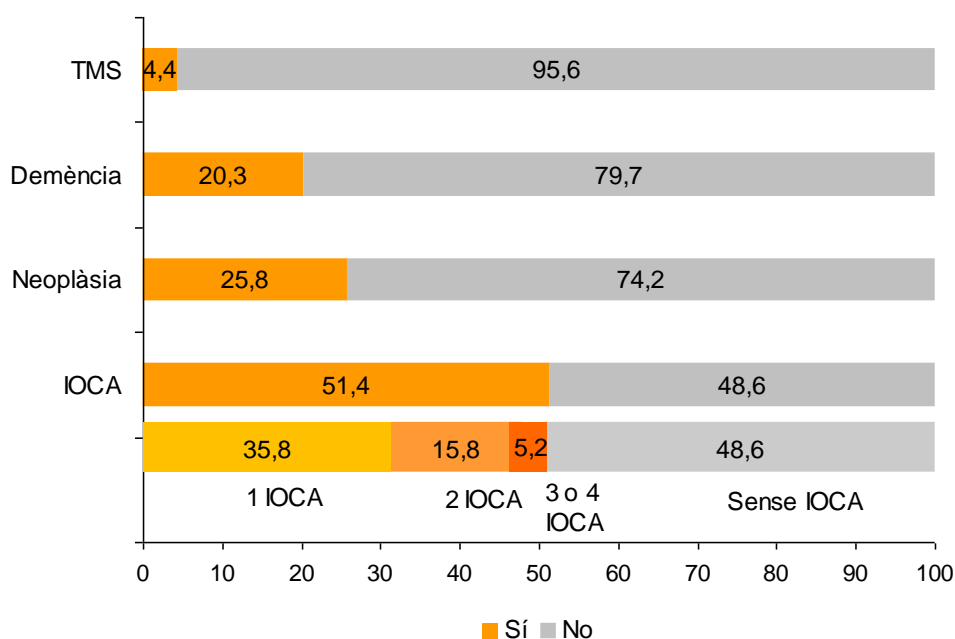
Figura 7. Característiques sociodemogràfiques de la població crònica complexa teòrica



El trastorn crònic que pateix més freqüentment la població identificada és la hipertensió arterial (89,3%), seguit de les malalties dels sistema locomotor (54,4%), la diabetis *mellitus* de tipus 2 (43,1%), l'artrosi (40,5%) i la cardiopatia isquèmica (30,6%). Prop d'un quart pateix MPOC (27,5%), insuficiència cardíaca crònica (26,5%) i neoplàsies (25,8%). Al voltant d'un 20% pateix depressió (21,9%), accident vascular cerebral (21,7%), insuficiència renal crònica (20,4%) o demència (20,3%). Menys del 15% de la població pateix osteoporosi (14,7%), asma (8,2%), artritis (6,1%), trastorn mental greu (4,4%), cirrosi (3,3%), dolor crònic (1,1%) i, en darrera posició, VIH (0,7%). De mitjana, la població estudiada pateix 4,6 trastorns crònics, tot i que cal recordar que només se'n recullen dinou. El 19,3% de la població identificada en pateix sis o més, i el 10%, set o més. Només una persona en pateix quinze, que és el màxim.

Dels trastorns considerats més rellevants (demència, trastorn mental greu, neoplàsia i IOCA que agrupa ICC, MPOC, IRC i CH), un 51,4% d'aquesta població pateix IOCA, un 25,8% neoplàsia, un 20,3% demència i, finalment, un 4,4% pateix un trastorn mental greu. Cal destacar que, quan es desglossa la característica "patir IOCA segons el nombre de patologies associades", s'observa que un 30,4% en pateix una, un 15,8% en pateix dues i un 5,2% en pateix tres o quatre.

Figura 8. Percentatge de persones que pateixen els trastorns crònics més rellevants per explicar la cronicitat complexa



La distribució segons els GRC mostra que gairebé la meitat de la població (47,8%) queda agrupada en el GRC 6, que recull aquelles persones que tenen dues malalties cròniques greus; un terç de la població (34,0%) pateix més de dues malalties cròniques (GRC 7), un 10,8% pateix neoplàsies complexes (GRC 8) i un 2,7% té necessitats sanitàries elevades (GRC 9). Sorprèn que un 3,4% pateix una única malaltia crònica (GRC 5). Quan a aquesta variable s'hi afegeix la gravetat (figura 9), s'observa que el 12,6% de les persones es posicionen en el GRC 6 gravetat 4, seguit de l'11,9% que es posicionen en el GRC 7 gravetat 3.

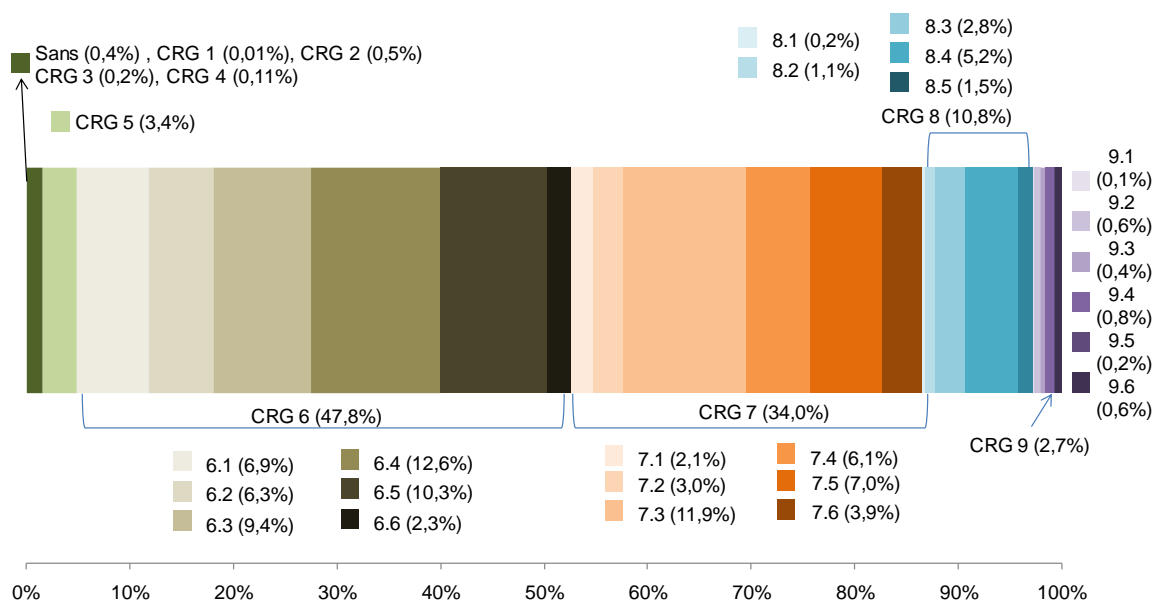
Dels diferents recursos a l'abast, la població crònica complexa real identificada fa un gran ús de l'atenció primària, amb una mitjana de prop de 28 visites l'any, seguit de prop de cinc visites l'any a consultes externes i 1,45 visites a urgències (taula 7). El 50% de la població fa com a mínim 22 visites a atenció primària, tres visites a consultes externes i una visita a urgències. Fa menys d'una hospitalització l'any (tant urgents com no urgents) i d'una visita a salut mental (d'atenció primària i hospitalària).

Taula 7. Ús dels serveis sanitaris durant el 2013

	Mitjana	Mediana	Mínim	Màxim
Visites a atenció primària	27,5	22	0	464
Hospitalitzacions	0,77	0	0	22
Hospitalitzacions urgents	0,58	0	0	19
Visites a salut mental d'atenció primària	0,13	0	0	23
Visites a salut mental hospitalària	0,01	0	0	30

Visites a urgències	1,45	1	0	67
Visites a consultes externes	5,01	3	0	139

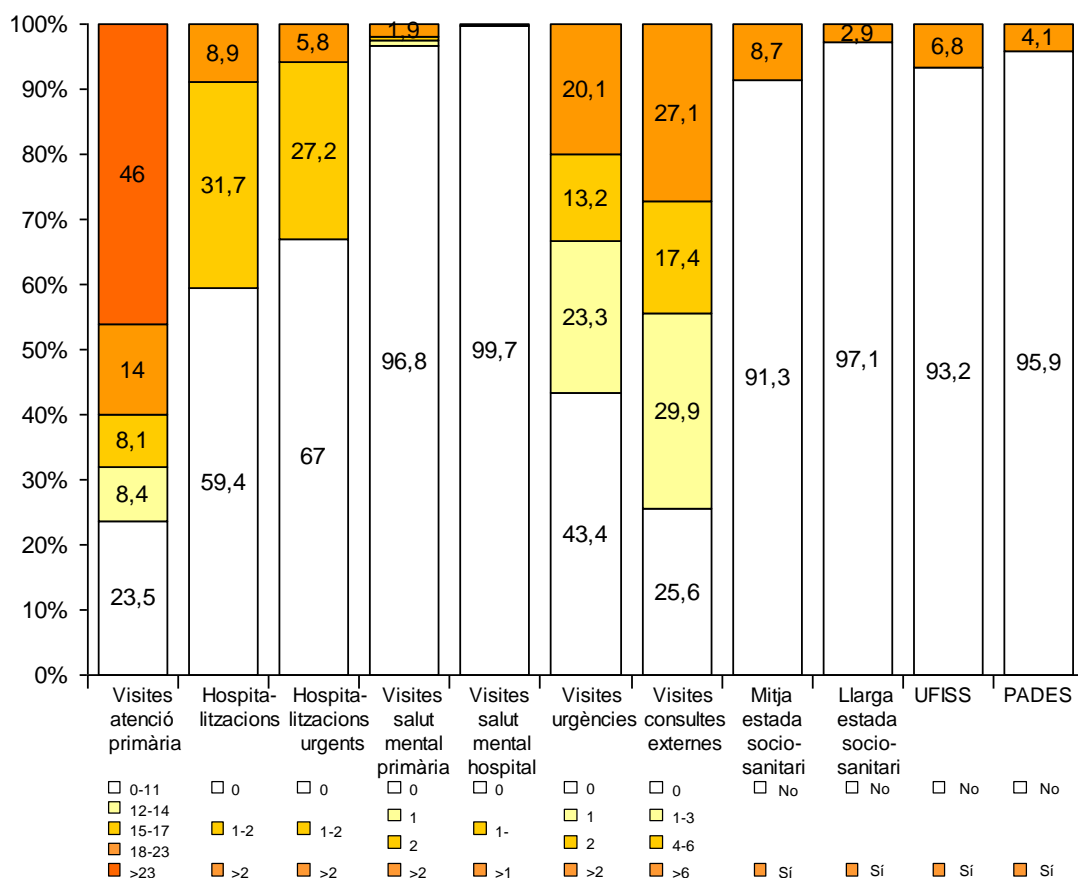
Figura 9. Distribució de les agrupacions segons el grup de risc clínic



A la figura 10 es mostren els percentatges d'ús dels serveis sanitaris de totes les variables disponibles. S'observa que el 23,5% de les persones fan menys d'onze visites a atenció primària durant l'any, mentre que gairebé la meitat (46%) en fan 24 o més. Un 59,4% no han estat mai hospitalitzades durant l'any 2013, un 31,7% ho han estat una o dues vegades i la resta, més de dues vegades. Respecte a les hospitalitzacions urgents, prop d'un terç de les persones han estat hospitalitzades de manera urgent alguna vegada durant l'any d'estudi i un 8,9% ho han estat més de dues vegades. Més del 95% d'aquesta població no ha fet cap visita de salut mental ni d'atenció primària ni hospitalària, però prop d'un 2% ha fet més de dues visites a salut mental d'atenció primària. Un 20% de les persones han estat més de dues vegades a urgències i prop del 45% no hi han anat. Respecte a l'ús dels serveis socio-sanitaris, un 8,7% de la població ha fet una mitja estada durant el 2013 i un 2,9%, una de llarga estada. Finalment, un 4,1% ha fet ús del PADES i un 6,8% ha visitat una UFISS.

Tot i que un 34,5% d'aquesta població té una despesa en farmàcia anual inferior als 500 €, cal destacar que el 27% fa un consum de més de 1.000 €. Respecte a la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria, un 91,6% de les persones fan un consum anual inferior als 500 € i prop del 4% fan un consum anual superior als 3.000 €.

Figura 10. Ús dels serveis sanitaris durant l'any 2013



3.1.1.1.13. Variabilitat territorial de les característiques de la població crònica complexa real

Tal com s'ha comentat, la població crònica complexa real, entesa com la que ha estat identificada i registrada a l'HCCC, representa un 1,3% de la població total de Catalunya de l'any 2013. Aquest percentatge s'ha assolit durant els primers onze mesos de posada en marxa del procés d'identificació. A la figura 11 es mostren els diferents ritmes d'identificació que té cada un dels sectors sanitaris. Així, els sectors pintats de verd estarien dins del que era previsible, els grocs estan per sota i els pintats de vermell estan molt per sota del que seria desitjable. S'observa que, dels 29 sectors sanitaris, 23 sectors (79,3%) estan dins dels límits d'identificació previsible (entre un 1 i un 5% d'identificació), cinc sectors estan una mica per sota (entre un 0,5 i un 1% d'identificació) i en un sector sanitari no hi consta cap persona identificada (Vall d'Aran). Dels 23 sectors situats a la franja verda, no n'hi ha cap dins de la franja d'excel·lència (entre un 3 i un 5% d'identificació), sis

Taula 8. Indicadors de variabilitat entre sectors de la població crònica complexa real

Variables estudiades	Percentatge de sectors amb un percentatge de canvi respecte al total inferior		Raó de variació (variabilitat central > 2)			Coeficient de variació ponderat
	al 20% (< 80% dels sectors)	al 25% (< 75% dels sectors)	90% central	80% central	50% central	
						> 0,2
Sexe	100	100	1,16	1,12	1,06	0,05
Grup d'edat	96,43	100	1,17	1,17	1,09	0,05
Immigració	14,29	25,00	5,08	3,45	1,81	0,83
PCC	100	100	1,20	1,12	1,05	0,05
Demència	71,43	82,14	1,75	1,54	1,25	0,18
Trastorn mental greu	64,29	82,14	1,81	1,66	1,38	0,21
Neoplàsia	96,43	100	1,39	1,32	1,15	0,11
IOCA*	85,71	89,29	1,58	1,39	1,18	0,14
Visites a atenció primària	46,43	64,29	2,36	1,82	1,48	0,23
Hospitalització urgent	96,43	96,43	1,33	1,30	1,16	0,09
Despesa en farmàcia	92,86	92,86	1,44	1,36	1,24	0,13

* Insuficiència orgànica crònica avançada.

3.1.1.1.14. Sistema d'identificació desenvolupada pel PPAC

METODOLOGIA

Disseny i context: una de les accions quant a equips recollides a la *Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat*²² és la identificació i la codificació separatament dels PCC i dels pacients amb MACA sota criteris compartits. Com ja s'ha comentat, aquesta identificació només és eficaç si es recull el marcatge a l'HCCC. En aquest apartat es mostra la validació de la identificació realitzada basada en un constructe de bona identificació generat *ad hoc* pel PPAC.

Participants: es van seleccionar les 84.150 persones identificades com a PCC i les 17.265 persones identificades com a pacients amb MACA a la història clínica compartida de Catalunya (HCCC) amb data 31 de desembre de 2013 i que estaven registrades a la base de dades de la morbiditat.



Font d'informació i variables: es va construir un constructe de validació *ad hoc* per avaluar la identificació realitzada. En l'elaboració d'aquest constructe es van tenir en compte quines eren les diferents característiques que definien les dues subpoblacions estudiades (PCC i pacients amb MACA) per separat. A la taula 9 es mostren els diferents indicadors avaluats per a cada un dels dos subgrups. En cada un dels indicadors, s'han generat quatre punts de tall que recullen la identificació excel·lent, òptima, regular i dolenta.

Taula 9. Indicadors que componen el constructe de bona identificació dels PCC i els pacients amb MACA

Característiques (indicador)	Tipus d'identificació			
	Excel·lent	Òptima	Regular	Dolenta
La ràtio PCC-pacients amb MACA és adequada (nre. de PCC / nre. de pacients amb MACA)	1-3	3-5	< 1 o 5-8	> 8
PCC				
Molt pocs són GRC ≤4 (% amb GRC ≤ 4)	< 25%	25-50%	50-75%	> 75%
Quan tenen GRC 5 o 6, la gravetat és elevada (nre. amb GRC 5 i gravetat 5 o 6 / nre. amb GRC 5) (nre. amb GRC 6 i gravetat 5 o 6 / nre. amb GRC 6)	> 50%	33-50%	25-33%	< 25%
Gran part dels identificats són GRC 7 (% amb GRC 7)	> 50%	33-50%	25-33%	< 25%
Molt pocs són GRC 8 (% amb GRC 8)	< 25%	25-50%	50-75%	> 75%
Mortalitat de PCC > mortalitat de la població general (taxa de mortalitat / taxa de mortalitat de la població general)*	> 1,5	1,33-1,5	1-1,33	< 1
Consum de fàrmacs dels PCC > població general (despesa mitjana en farmàcia / despesa mitjana en farmàcia població general)*	> 1,33	1,2-1,33	<1,2	-
Ingressos dels PCC > població general (mitjana d'hospitalitzacions urgents / mitjana d'hospitalitzacions urgents de la població general)*	> 2	1,5-2	1-1,5	< 1
MACA				
Gran part dels identificats són GRC 8 (% amb GRC 8)	> 33%	20-33%	10-19%	< 10%
Al PADES, els MACA són més habituals que els PCC (% de MACA que usen PADES / % PCC que usen PADES)	> 3,9	3,3-3,9	1-3,3	< 1
Els pacients amb MACA tenen més gravetat que els PCC (gravetat mitjana dels pacients amb MACA / gravetat mitjana dels PCC)	> 1,5	1,33-1,5	1-1,33	< 1
Mortalitat de MACA > mortalitat de PCC (taxa de mortalitat / taxa de mortalitat de la població general)*	> 1,75	1,5-1,75	1,2-1,5	< 1,2
Ingressos socio-sanitaris de MACA > PCC (% MACA de llarga estada / % PCC de llarga estada) (% MACA de mitja estada / % PCC de mitja estada)	> 1,5	1,33-1,5	1,2-1,33	< 1,2

* Per a cada un dels grups d'edat.

Tots aquests indicadors s'han calculat usant la informació continguda a la base de dades de la morbiditat poblacional de l'any 2013 explicada anteriorment.

Limitacions i biaixos: com ja s'ha comentat anteriorment, es desconeix el nombre de persones que poden estar identificades pels professionals sanitaris però que no estan registrades a l'HCCC. A aquesta limitació cal afegir que el disseny del constructe no s'ha basat en cap font documentada, sinó que ho ha fet en l'experiència i el consens del grup d'experts de referència del PPAC. De totes maneres, en el nostre medi no coneixem fonts documentals per fer aquesta validació de la identificació. A més, es recullen força indicadors diferents i si tots apunten cap a una direcció difícilment s'estarà fent una mala valoració.

Anàlisi estadística: s'han calculat tots els indicadors descrits a la taula 9 i s'han classificat seguint els punts de tall establerts. A més a més, la ràtio entre PCC i pacients MACA s'ha calculat per a cada un dels sectors sanitaris i s'ha representat gràficament en un mapa.

RESULTATS

Del total de les 101.415 persones identificades fins al desembre del 2013, un 83% han estat marcades com a PCC i un 17% com a MACA. A la taula 10 es mostra la qualitat de la identificació duta a terme dels pacients crònics complexos i s'observa que la majoria dels indicadors establerts se situen en els nivells d'excel·lència i alguns com a òptims, tant en les persones identificades com a PCC com en les persones identificades com a MACA. Malgrat això, quan les persones són identificades com a PCC i alhora classificades amb un GRC 5 o 6, tenen una gravetat inferior a l'esperada. Pel que fa a la gravetat, tot i que les persones identificades com a MACA tenen una gravetat superior, aquesta gravetat no difereix tant de la de les persones marcades com a PCC, com era de suposar.

A la taula 11 s'han desglossat alguns dels indicadors segons el grup d'edat i s'observa que gairebé tots els indicadors són excel·lents. Només en el cas de la taxa de mortalitat dels més grans de 74 anys identificats com a PCC no sembla que sigui més elevada que la taxa de mortalitat dels mateixos grups d'edat de la població general.

Finalment, a la figura 12 es mostra la ràtio dels PCC i els MACA segons el sector sanitari i s'observa que, dels 29 sectors sanitaris, dotze (41,4%) tenen una ràtio dins dels límits acceptables (entre un 1 i un 5), quinze sectors tenen una ràtio regular i dos sectors sanitaris tenen una ràtio dolenta entre PCC i MACA. Dels dotze sectors situats a la franja verda, tres estan dins de la franja d'excel·lència (entre un 1 i un 3) i nou sectors estan en ràtios de la franja òptima.



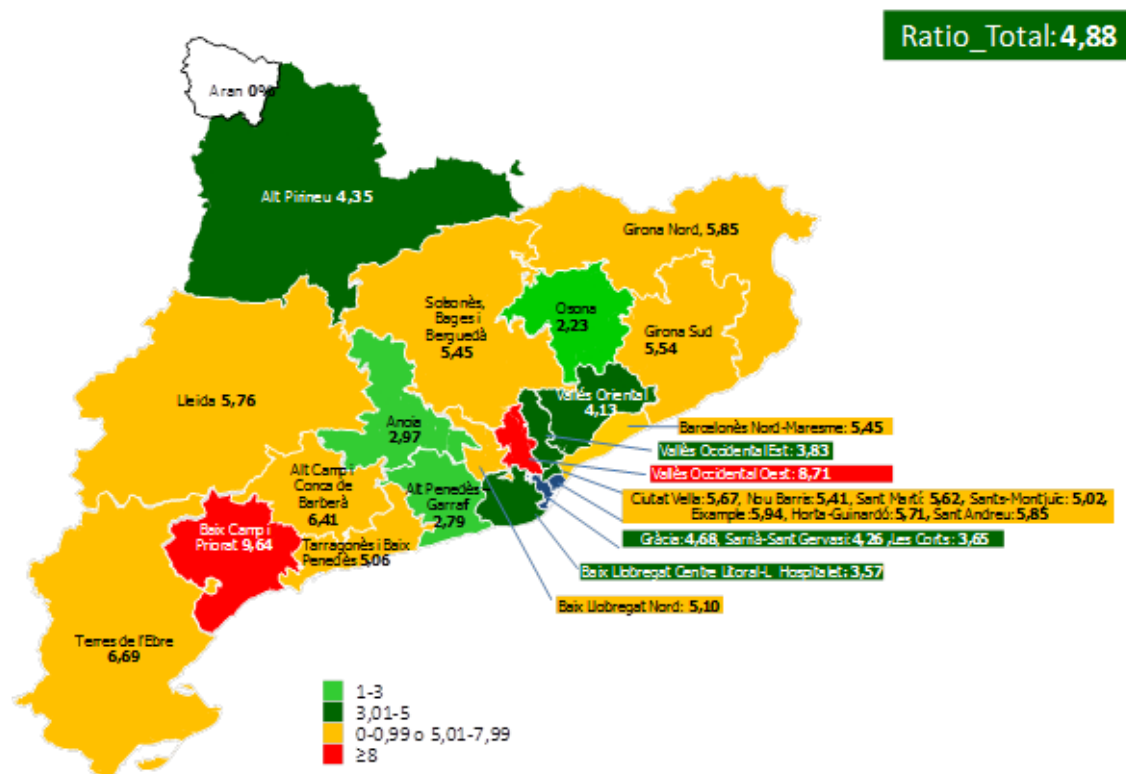
Taula 10. Qualitat de la identificació segons si han estat identificats com a PCC o com a MACA

Característiques (indicador)	Tipus d'identificació			
	Excel·lent	Òptima	Regular	Dolenta
La ràtio PCC-MACA és adequada (nre. de PCC / nre. de MACA)		4,9		
PCC				
Molt pocs són GRC ≤4 (% amb GRC ≤ 4)	1,72%			
Quan tenen GRC 5 o 6, la gravetat és elevada (nre. amb GRC 5 i gravetat 5 o 6 / nre. amb GRC 5) (nre. amb GRC 6 i gravetat 5 o 6 / nre. amb GRC 6)			25,9%	5,5%
Gran part dels identificats són GRC 7 (% amb GRC 7)		34,8		
Molt pocs són GRC 8 (% amb GRC 8)	8,1			
Mortalitat dels PCC > mortalitat de la població general (taxa de mortalitat / taxa de mortalitat de la població general)	5,13			
Consum de fàrmacs dels PCC > població general (despesa mitjana en farmàcia / despesa mitjana en farmàcia de la població general)	7			
Ingressos dels PCC > població general (mitjana d'hospitalitzacions urgents / mitjana d'hospitalitzacions urgents de la població general)	10,4			
MACA				
Gran part dels identificats són GRC 8 (% amb GRC 8)		25,9		
Al PADES, els MACA són més habituals que els PCC (% MACA que usen PADES / % PCC que usen PADES)	6,62			
Els MACA tenen més gravetat que els PCC (gravetat mitjana dels MACA / gravetat mitjana dels PCC)			1,05	
Mortalitat MACA > mortalitat PCC (taxa de mortalitat / taxa de mortalitat de la població general)	4,8			
Ingressos socio-sanitaris MACA > PCC (% MACA de llarga estada / % PCC llarga estada) (% MACA de mitja estada / % PCC mitja estada)		1,62 2,12		

Taula 11. Qualitat de la identificació segons si han estat identificats com a PCC o com a MACA i segons el grup d'edat

Característiques (indicador)	Grups d'edat						
	0-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85-94	>94
PCC							
Mortalitat dels PCC > mortalitat de la població general (taxa de mortalitat dels PCC / taxa de mortalitat de la població general)	45	14	5,25	2,31	0,95	0,47	0,41
Consum de fàrmacs dels PCC > població general (despesa mitjana en farmàcia / despesa mitjana en farmàcia de la població general)	16,9	25,7	8,44	3,28	1,94	1,47	1,43
Ingressos PCC > població general (mitjana d'hospitalitzacions urgents / mitjana d'hospitalitzacions urgents de la població general)	17,0	13,3	18,7	8,3	3,4	1,8	1,6
MACA							
Mortalitat MACA > mortalitat dels PCC (taxa de mortalitat / taxa de mortalitat de la població general)	25,7	13,1	11,9	7,2	5,1	3,7	2,1

Figura 12. Ràtio de PCC sobre MACA de la població identificada segons el sector sanitari



3.1.1.1.15. Característiques de les persones identificades segons el tipus d'identificació (PCC o pacients amb MACA)

METODOLOGIA

Disseny i context: per avaluar la identificació realitzada per part dels professionals, s'ha considerat d'utilitat descriure l'existència de diferències entre les característiques de les persones identificades com a PCC respecte a les persones identificades com a MACA.

Participants: es van seleccionar les 84.150 persones identificades com a PCC i les 17.265 persones identificades com a MACA a la història clínica compartida de Catalunya (HCCC) amb data 31 de desembre de 2013 i que estaven registrades a la base de dades de la morbiditat.

Variables: s'ha treballat amb les mateixes variables descrites per la població de crònics complexos teòrics que s'agrupen en quatre blocs, que són les característiques sociodemogràfiques, els trastorns crònics, l'ús dels serveis sanitaris i la despesa en farmàcia.

Limitacions i biaixos: com ja s'ha comentat, la font d'informació usada no va estar dissenyada *ad hoc* per contestar l'objectiu plantejat i, per tant, manquen variables per poder descriure totes les característiques rellevants dels pacients crònics complexos teòrics. Una altra limitació és que una persona només consta com a identificada si el marcatge s'ha introduït a la història clínica compartida de Catalunya (HCCC). Es desconeix el nombre de persones que poden estar identificades pels professionals sanitaris però que no estan registrades a l'HCCC.

Anàlisi estadística: per descriure les característiques de les dues subpoblacions, s'ha fet una anàlisi descriptiva de les variables explicades anteriorment. Per a les variables qualitatives s'han calculat els percentatges i els intervals de confiança (IC) i, per a les variables quantitatives, s'han calculat les mitjanes amb els IC corresponents, així com les medianes amb el rang interquartil (RI).

Per comparar tots dos grups, s'ha usat el test de khi quadrat de Pearson per a variables qualitatives, els tests paramètrics per a la comparació de mitjanes (*t* de Student) i els no paramètrics per a la comparació de les medianes (U de Mann-Whitney).

Degut a la gran quantitat de persones de les quals disposem informació, s'ha treballat en totes les anàlisis amb un nivell de significació de 0,001. S'han usat els paquets estadístics SPSS v18.0 i Stata v11.

RESULTATS

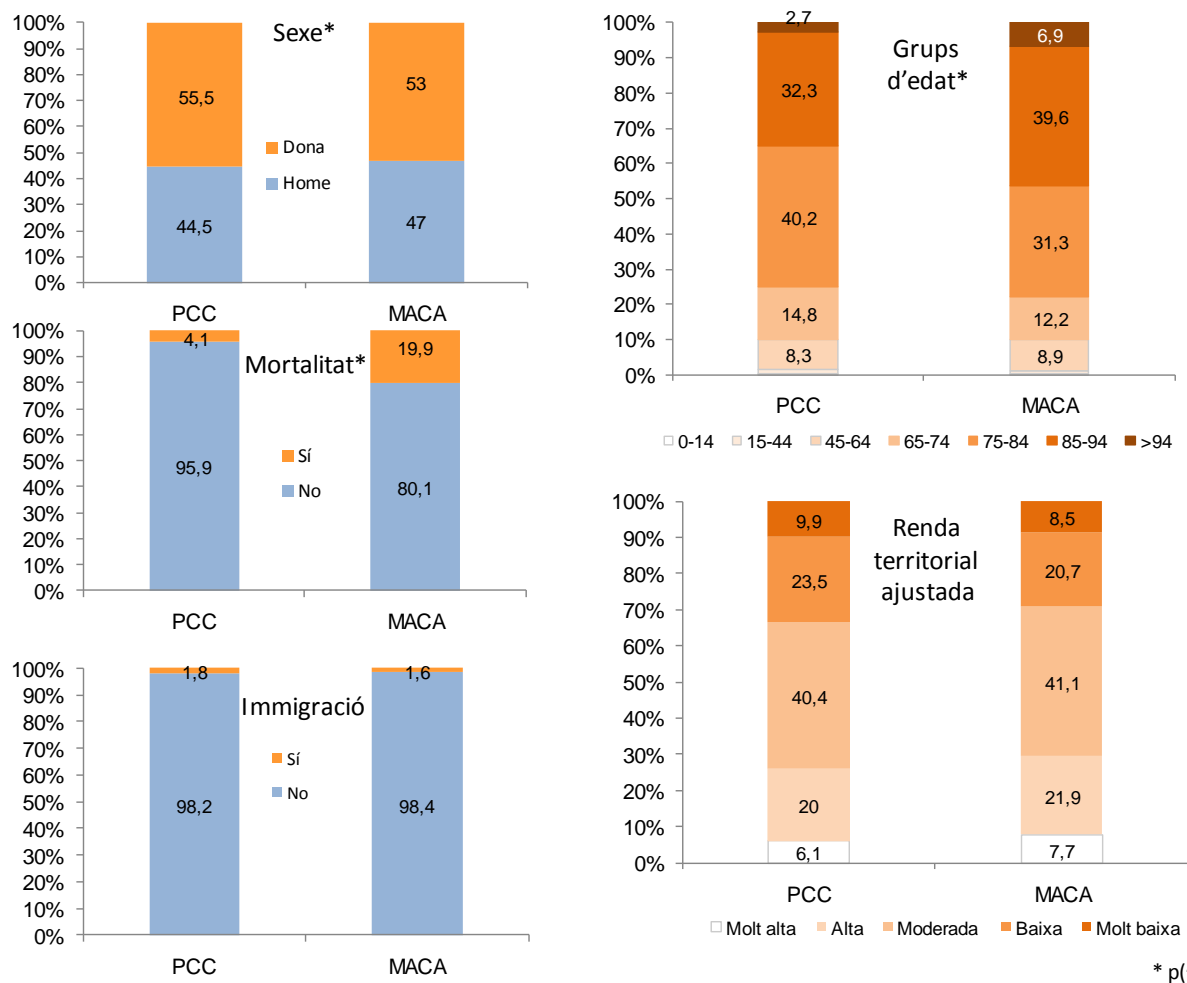
Sobre el total de la població (101.415) de persones identificades a PCC o pacients amb MACA durant els primers onze mesos de la posada en marxa del sistema de marcatge, un 83% eren PCC i un 17% eren marcades com a pacients amb MACA.

A la figura 13 es mostren les característiques sociodemogràfiques. S'observa que en les dues subpoblacions hi ha un percentatge més gran de dones, tot i que en més proporció en les persones marcades com a PCC (55,5% vs. 53%, $p < 0,001$). Respecte al grup d'edat, hi ha un percentatge similar de persones de menys de 65 anys en tots dos grups; en canvi, s'observa que en el grup dels



identificats com a PCC hi ha un percentatge més elevat de persones d'entre 65 i 84 anys (55% dels PCC vs. 43,5% dels pacients amb MACA), mentre que en les persones identificades com a pacients amb MACA hi ha un percentatge més alt de persones més grans de 84 anys (35% dels PCC vs. 46,5% dels pacients amb MACA). Totes aquestes diferències són estadísticament significatives ($p < 0,001$). Com era d'esperar, les persones identificades com a MACA tenen un percentatge de mortalitat superior a les persones identificades com a PCC (4,1% dels PCC vs. 19,9% dels pacients amb MACA). No s'han trobat diferències ni en el percentatge d'immigració ni en la renda territorial ajustada per edats.

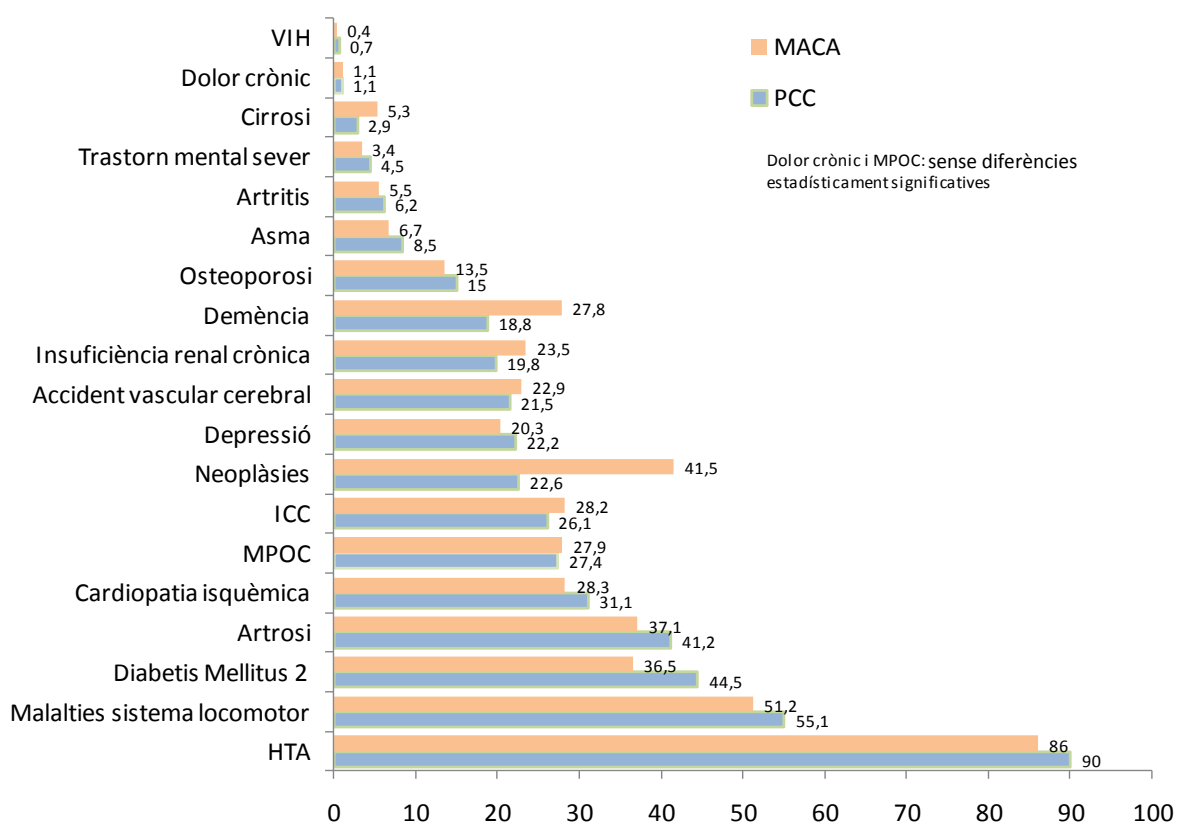
Figura 13. Característiques sociodemogràfiques segons el tipus d'identificació



Tal com s'observa a la figura 14, el trastorn crònic que pateixen més freqüentment les persones identificades tant com a PCC i com a pacients amb MACA és la hipertensió arterial (90% dels PCC vs. 86% dels pacients amb MACA), seguit de les malalties del sistema locomotor (55,1% dels PCC vs. 51,2% dels pacients amb MACA). El tercer trastorn crònic que pateixen ja no és comú. Per a les persones identificades com a PCC, el tercer trastorn crònic més freqüent és la diabetis *mellitus* de tipus 2 (44,5% dels PCC vs. 36,1% dels pacients amb MACA), mentre que per a les persones identificades com a pacients amb MACA és la neoplàsia (22,5% dels PCC vs. 41,5% dels pacients amb MACA). A banda de la diabetis *mellitus* de tipus 2, els PCC pateixen en més freqüència que els

pacients amb MACA els trastorns crònics següents: artrosi (41,2% vs. el 37,1% dels pacients amb MACA), cardiopatia isquèmica (31,1% vs. 28,3% dels pacients amb MACA) i asma (8,5% vs. 6,7% dels pacients amb MACA). En canvi, els pacients amb MACA pateixen més freqüentment que els PCC: demència (27,8% vs. 18,8% dels PCC), insuficiència renal crònica (23,5% vs. 19,8% dels PCC) i cirrosi hepàtica (5,3% vs. 2,9% dels PCC). S'han trobat diferències estadísticament significatives entre PCC i pacients amb MACA en tots els trastorns crònics excepte en el dolor crònic i en MPOC. De mitjana, tant les persones identificades com a PCC com les persones identificades com a pacients amb MACA pateixen 4,6 trastorns crònics.

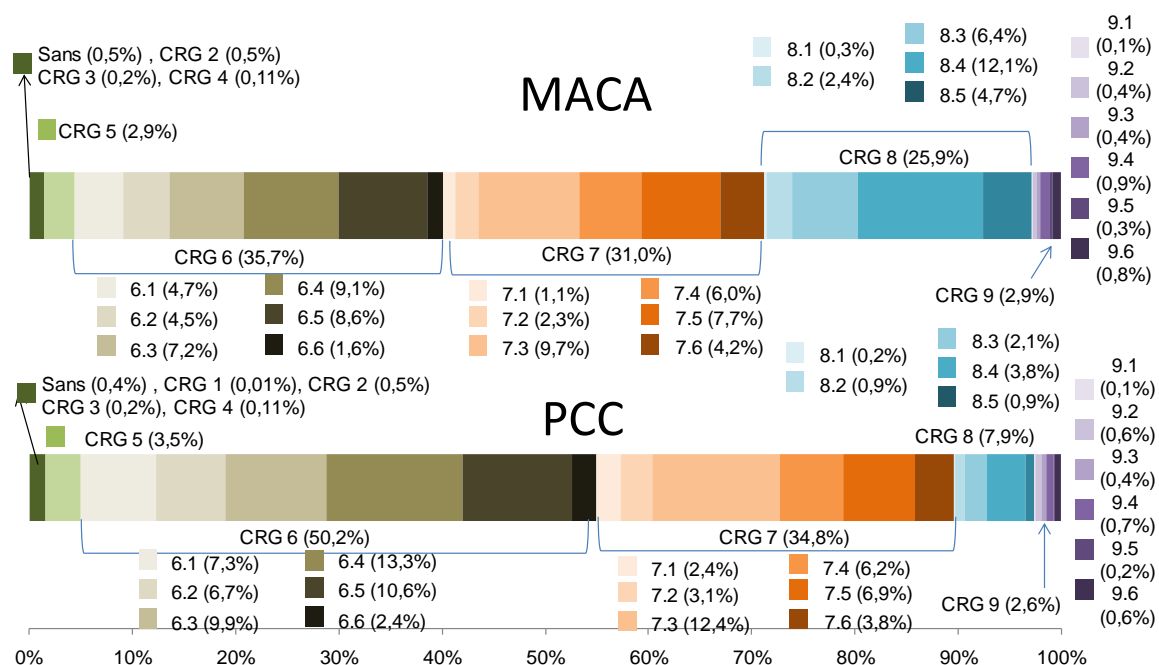
Figura 14. Percentatge de persones que pateixen cada un dels trastorns crònics segons el tipus d'identificació



La distribució segons els GRC és diferent segons els tipus d'identificació. La meitat de les persones identificades com a PCC (50,2%) queden agrupades en el GRC 6, que recull aquelles persones que tenen dues malalties cròniques greus; un terç de la població (34,8%) pateix més de dues malalties cròniques greus (GRC 7), un 8% pateix neoplàsies complexes (GRC 8) i un 2,6% té necessitats sanitàries elevades (GRC 9). En canvi, les persones identificades com a pacients amb MACA es distribueixen de manera diferent, ja que gairebé es reparteixen en terços en cada un dels GRC 6, 7 i 8. Sorpren que prop d'un 3% tant dels PCC com dels pacients amb MACA pateixen una única malaltia crònica (GRC 5). Quan a aquesta variable s'hi afegeix la gravetat (figura 15), s'observa que

el 13,3% dels PCC es posicionen en el GRC 6 (gravetat 4), seguit del 12,4% que es posicionen en el GRC 7 (gravetat 3). En canvi, un 12,1% dels pacients amb MACA es posicionen en el GRC 8 (gravetat 4), seguit del 9,7% que es posicionen en el GRC 7 (gravetat 3).

Figura 15. Distribució de les agrupacions segons el grup de risc clínic i el tipus d'identificació



Dels diferents recursos a l'abast, les persones identificades com a pacients amb MACA fan més ús de: l'atenció primària (mitjana prop de 30 visites l'any vs. 27 dels PCC), l'hospital (prop d'un ingrés tant urgent com no urgent) i les urgències (prop de dues visites l'any). En canvi, les persones identificades com a PCC de mitjana fan més ús dels recursos de salut mental tant d'atenció primària com hospitalària (taula 12).

Taula 12. Ús dels serveis sanitaris durant el 2013 segons el tipus d'identificació

Nombre de...	PCC	P. amb MACA	PCC	P. amb MACA	PCC	P. amb MACA
	Mitjana		Mediana		Màxim**	
Visites a atenció primària	27,0*	29,8	21	23	464	311
Hospitalitzacions	0,71*	1,07	0	1	22	18
Hospitalitzacions urgents	0,52*	0,85	0	0	19	18
Visites a salut mental d'atenció primària	0,14*	0,05	0	0	23	12
Visites a salut mental hospitalària	0,01	0	0	0	30	3
Visites a urgències	1,37*	1,84	1	1	67	36
Visites a consultes externes	4,88*	5,62	3	2	139	70

* Diferència entre PCC i pacients amb MACA, $p < 0,001$. ** El mínim és 0 per a totes les variables.

Les persones identificades com a pacients amb MACA usen en més proporció que les persones identificades com a PCC els serveis socio-sanitaris tant de mitja estada (15,5% dels pacients amb

MACA vs. 7,3% dels PCC) com de llarga estada (4,2% dels MACA vs. 2,6% dels PCC). També és aquesta subpoblació la que fa més ús tant del PADES (13,9% dels MACA vs. 2,1% dels PCC) com de les UFISS (12,1% dels MACA vs. 5,7% dels PCC). Gairebé un 34% de les persones identificades com a PCC tenen una despesa en farmàcia anual inferior als 500 €, mentre que aquest percentatge és de prop del 40% per a les persones identificades com a MACA. El 43,5% de les persones identificades com a PCC fan una despesa de més de 1.000 € anuals, percentatge que disminueix fins al 38% en les persones identificades com a MACA. En canvi, la despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria es comporta just a l'inrevés: són els PCC els que tenen, en més percentatge, una despesa anual inferior als 500 € (93% dels PCC vs. 84% dels MACA) i en menor percentatge una despesa anual superior als 3.000 € (3% dels PCC vs. 7% dels MACA).

En resum, les persones identificades com a PCC tenen un percentatge més elevat que les persones identificades com a MACA en les característiques següents: ser dona, tenir entre 65 i 84 anys, patir diabetis *mellitus* de tipus 2, patir artrosi, estar classificat en el GRC 6, fer més ús dels serveis de salut mental i tenir una despesa anual en farmàcia de més de 1.000 €. En canvi, les persones identificades com a MACA tenen un percentatge més alt en: tenir més de 84 anys, patir neoplàsia, patir demència, estar classificat en el GRC 8, fer més ús de l'atenció primària, de l'atenció hospitalària, de les urgències, de les consultes externes, del PADES i de les UFISS i tenir una despesa de més de 3.000 € anuals en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (taula 13).

A l'annex 2A, es poden consultar les característiques de la població identificada com a PCC i com a MACA segons el sexe, l'edat, la immigració i l'índex de renda territorial.

Taula 13. Resum de les característiques amb un percentatge més alt segons el tipus d'identificació

	PCC	MACA
Sexe	Dones	
Edat	65-84	> 84
Mortalitat		Més mortalitat
Trastorns crònics	DM2, artrosi	Neoplàsia, demència
GRC	GRC 6	GRC 8
Visites a atenció primària		Més ús
Hospitalitzacions		Més ús
Hospitalitzacions urgents		Més ús
Visites a salut mental d'atenció primària	Més ús	
Visites a salut mental hospitalària	Més ús	
Visites a urgències		Més ús
Visites a consultes externes		Més ús
Visites al sociosanitari		Més ús
Ús del PADES		Més ús
Ús de les UFISS		Més ús
Despesa farmacèutica	> 1.000 € anuals	
Despesa en MHDA		> 3.000 € anuals

3.1.1.1.16. COMPARACIÓ DE LA POBLACIÓ CRÒNICA COMPLEXA TEÒRICA I LA POBLACIÓ CRÒNICA COMPLEXA REAL

METODOLOGIA

Disseny i context: la població de Catalunya es pot dividir en quatre grups depenent de si compleix el constructe proposat pel PPAC (població complexa teòrica) i de si ha estat identificada com a PCC-MACA (població complexa real). Així, es poden considerar quatre grups:

Població complexa	REAL	
	No	Sí
TEÒRICA	Grup 1	Grup 2
No	Grup 3	Grup 4
Sí		

En aquest apartat es vol estudiar, d'una banda, quines són les característiques diferencials entre aquelles persones de la població teòrica que han estat realment identificades com a cròniques complexes (grup 4) respecte a aquelles que no ho han estat (grup 3). Dit d'una altra manera, descriure quines característiques tenen aquelles persones que s'han marcat en primer lloc durant els primers onze mesos de funcionament del sistema de marcatge. I, d'altra banda, també es vol

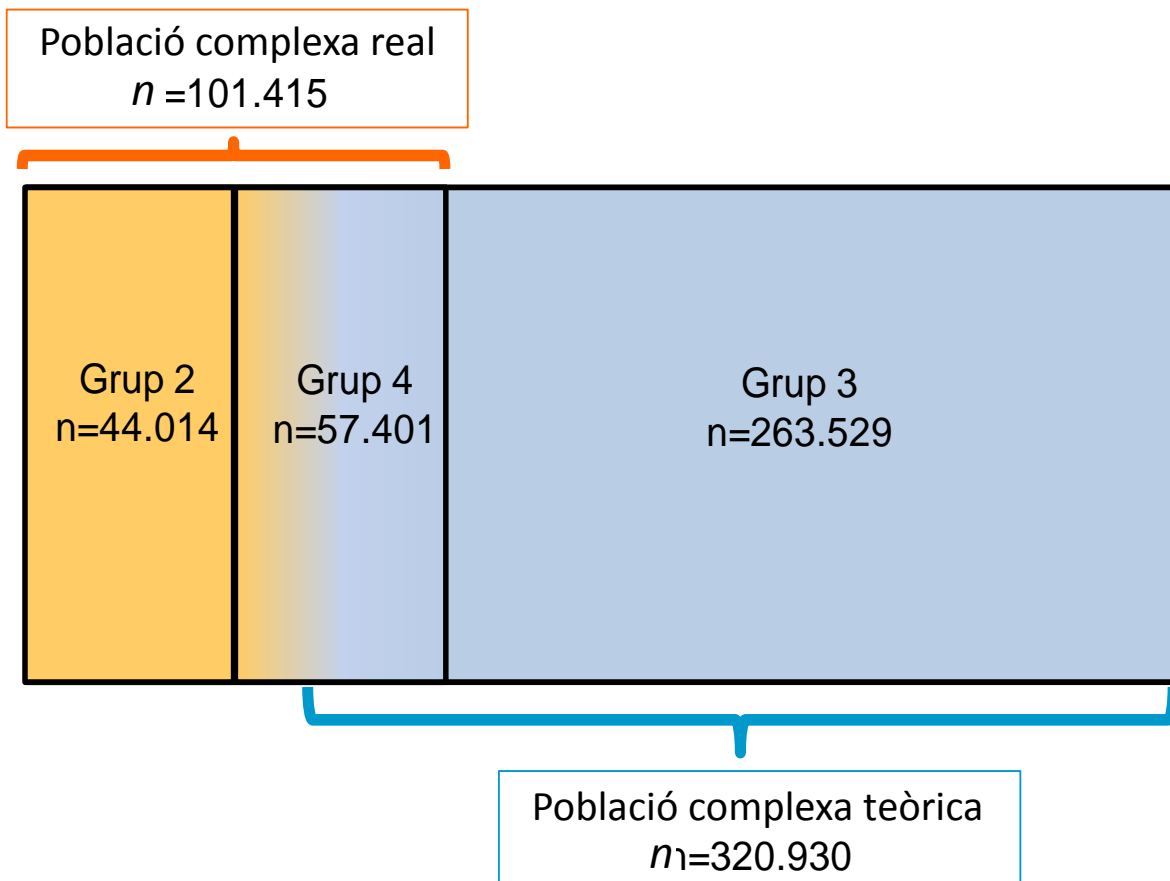
conèixer quines són les característiques diferencials entre les persones que realment han estat identificades però que no compleixen el constructe de complexitat (grup 2) respecte a aquelles que sí que el compleixen (grup 4). El grup 1 es correspon amb la població de Catalunya que ni ha estat identificada com a PCC ni compleix el constructe de complexitat definit pel PPAC. Per a l'any 2013, aquest grup representava el 95,3% del total de la població de Catalunya.

Participants: s'ha treballat amb les dues poblacions, teòrica i real, que s'han explicat per separat en els apartats anteriors. D'una banda, les 320.930 persones que l'any 2013 compleixen el constructe proposat pel PPAC (població teòrica) i, de l'altra, les 101.415 que realment han estat identificades durant els primers onze mesos de funcionament del sistema de marcatge (població real).

Com s'observa a la figura 16, de les 320.930 persones de la població complexa teòrica, 57.401 (17,9%) van ser identificades com a PCC (grup 4). Comparar les característiques d'aquestes persones respecte a les 263.529 que no van ser identificades (grup 3) ens donarà un coneixement parcial de quin tipus de persones s'han considerat prioritàries i s'han marcat en primer lloc.

D'altra banda, de les 101.415 persones de la població complexa real, 44.014 (43,4%) no complien el constructe de complexitat i, per tant, no formaven part de la població complexa teòrica (grup 2). L'estudi de les característiques diferencials d'aquestes persones respecte a les que sí que complien el constructe ens donarà un coneixement parcial de quin realment és el constructe de complexitat.

Figura 16. Distribució de la població complexa real i teòrica



Variables: les variables amb les quals s'ha treballat s'agrupen en els quatre blocs explicats anteriorment i recullen les característiques sociodemogràfiques, els trastorns crònics, l'ús dels serveis sanitaris i la despesa en farmàcia.

Limitacions i biaixos: com ja s'ha comentat, la font d'informació usada no va estar dissenyada *ad hoc* per contestar l'objectiu plantejat i, per tant, manquen variables per poder descriure totes les característiques rellevants.

Anàlisi estadística: s'han fet les anàlisis separatament per a cada una de les dues poblacions, teòrica i real, però s'han usat les mateixes eines estadístiques. Per a ambdues poblacions, les variables independents han estat les descrites a l'apartat de variables. En l'estudi de la població teòrica, la variable dependent ha estat "haver estat identificat com a PCC durant els onze mesos de marcatge". En l'estudi de la població real, la variable dependent ha estat "complir el constructe de complexitat proposat pel PPAC".

En primer lloc, s'ha fet una anàlisi descriptiva usant la prova khi quadrat de Pearson per calcular el grau d'associació de cada una de les variables independents amb la variable dependent. Per saber les característiques que s'associen de manera conjunta a la variable dependent d'estudi (les variables del model estan ajustades per a totes les variables), s'han calculat les oportunitats relatives (OR) d'associació i els seus corresponents intervals de confiança mitjançant models de regressió logística. Les OR indiquen associació sempre que l'interval de confiança no inclogui el valor 1, però en cap cas indiquen causalitat. Per poder interpretar-les millor, les OR es mostren en una gràfica usant un punt en groc i van acompanyades de l'interval de confiança al 99,9% mitjançant una línia horitzontal. A més, es marca en la gràfica on se situa l'1, de manera que els intervals que no creuen la línia vermella indiquen quines característiques són estadísticament significatives de manera conjunta. Per saber la bondat d'ajust dels models realitzats, s'ha calculat el percentatge de variabilitat explicada pel model (usant Nagelkerke) i l'àrea sota la corba ROC.

Finalment, per saber si les característiques podien ser diferents segons els sectors sanitaris, s'ha fet un estudi de l'homogeneïtat usant els mateixos estadístics esmentats anteriorment: a) percentatge de sectors amb un percentatge de canvi respecte al total (s'han fet dos escenaris: el 80% dels sectors tenen un percentatge de canvi inferior al 20% i el 75% dels sectors tenen un percentatge de canvi inferior al 25%); b) raó de variabilitat més gran que 2 (s'han fet tres escenaris: variabilitat dins del 90% central, variabilitat dins del 80% central i variabilitat dins del 50% central); c) coeficient de variació ponderat més gran que 0,2 (s'ha usat el ponderat per tenir en compte les diferents mides poblacionals de cada sector).

Com ja s'ha comentat en aquest informe, a causa de la gran mida mostral, s'ha treballat en totes les anàlisis amb un nivell de significació de 0,001. S'han usat els paquets estadístics SPSS v18.0 i Stata v11.

3.1.1.1.17. Població crònica complexa teòrica: característiques dels identificats respecte als no identificats

3.1.1.1.18. Descripció de les característiques

De les 320.930 persones que el 2013 compleixen el constructe de complexitat, 57.401 (17,9%) han estat identificades com a PCC. A la figura 17 es mostren les característiques d'aquestes persones que han estat identificades en primer terme respecte a les persones que no ho han estat (82,1%).

En les persones que han estat identificades, hi ha un percentatge més gran d'homes (49,1% vs. 44,3%) i de persones amb més de 74 anys (74,1% vs. 47,3%). No s'han trobat diferències estadísticament significatives en les variables d'immigració i de renda territorial ajustades per edat i sexe.

Respecte als trastorns crònics, a la figura 18 s'observa que les persones identificades pateixen en més percentatge demència (23,0% vs. 12,9%) i un nombre més gran de malalties d'insuficiència orgànica crònica avançada (un 25,7% vs. un 13,2% pateixen dues IOCA i un 9,1% vs. un 3% pateixen més de dues IOCA).

A la taula 14 es mostra que les persones que han estat identificades fan més visites a atenció primària (un 55,6% fan més de 23 visites l'any vs. un 22,9% de les persones no identificades) i tenen un volum més elevat d'hospitalitzacions urgents (un 9,8% tenen més de dues hospitalitzacions urgents vs. un 3,2% dels no identificats). Finalment, un 35,1% de les persones identificades tenen una despesa en farmàcia superior als 1.499 € l'any respecte a un 22,5% de les persones no identificades.

Taula 14. Distribució de l'ús de recursos sanitaris i la despesa en farmàcia segons la identificació

Any 2013		Identificats		No identificats	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Visites a atenció primària*	0-11	9.596	16,7	120.723	45,8
	12-14	4.007	7,0	26.772	10,2
	15-17	4.066	7,1	22.692	8,6
	18-23	7.819	13,6	32.949	12,5
	> 23	31.913	55,6	60.393	22,9
Hospitalitzacions urgents*	0	29.617	51,6	184.347	70,0
	1-2	22.146	38,6	70.878	26,9
	> 2	5.638	9,8	8.304	3,2
Despesa en farmàcia (€)*	0-499	13.532	23,6	110.001	41,7
	500-749	7.320	12,8	33.184	12,6
	750-999	6.167	10,7	25.227	9,6
	1.000-1.499	10.244	17,8	35.835	13,6
	> 1.499	20.138	35,1	59.282	22,5

* $p(\chi^2) < 0,001$.

Figura 17. Característiques sociodemogràfiques de la població crònica complexa teòrica segons la identificació

Sexe $p(\chi^2) < 0,001$

Grup d'edat $p(\chi^2) < 0,001$



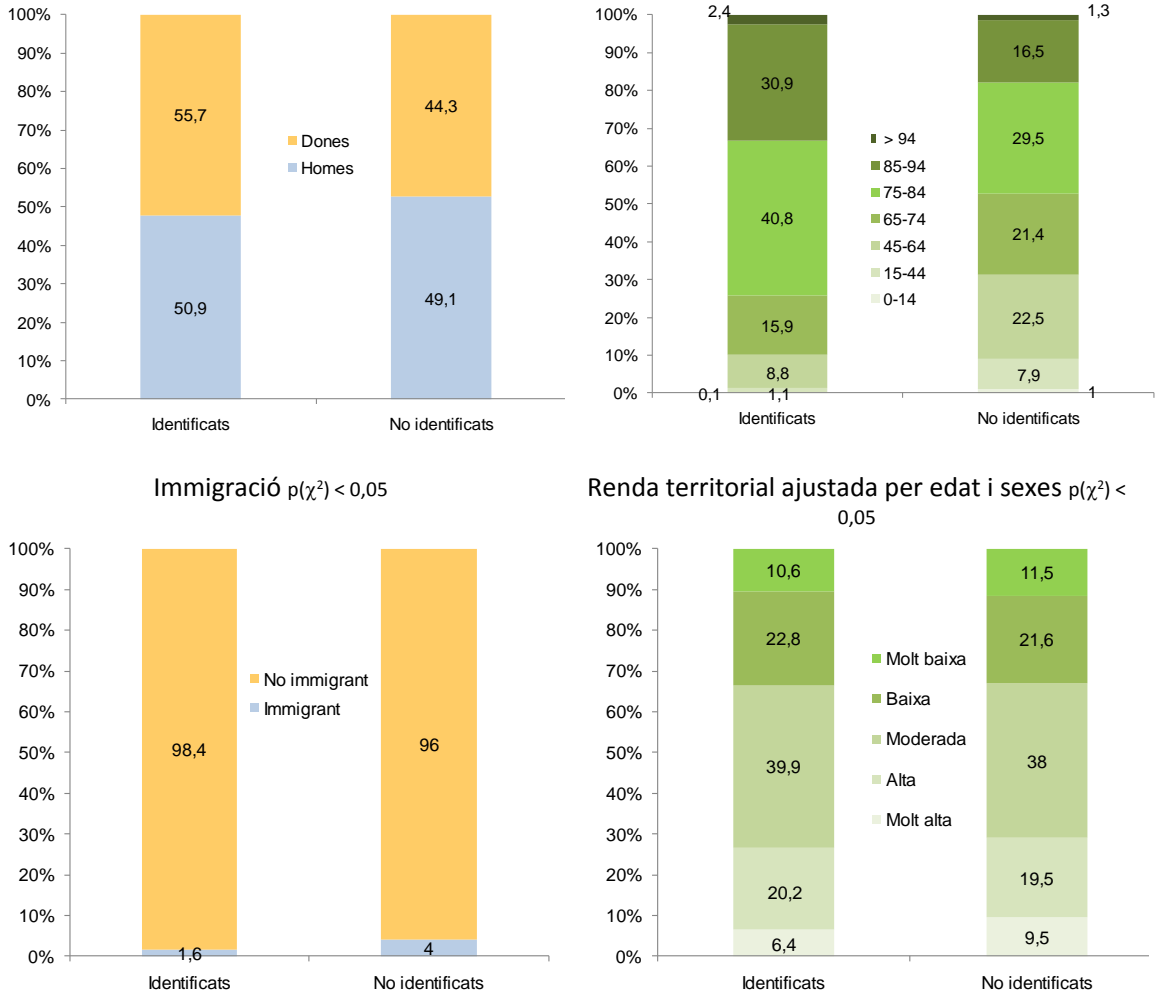
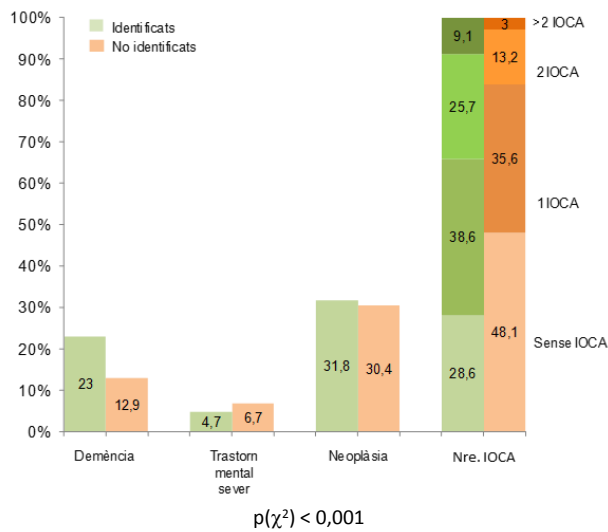


Figura 18. Característiques dels trastorns crònics principals de la població crònica complexa teòrica segons la identificació



3.1.1.1.19. Perfil de les persones cròniques complexes teòriques que han estat identificades

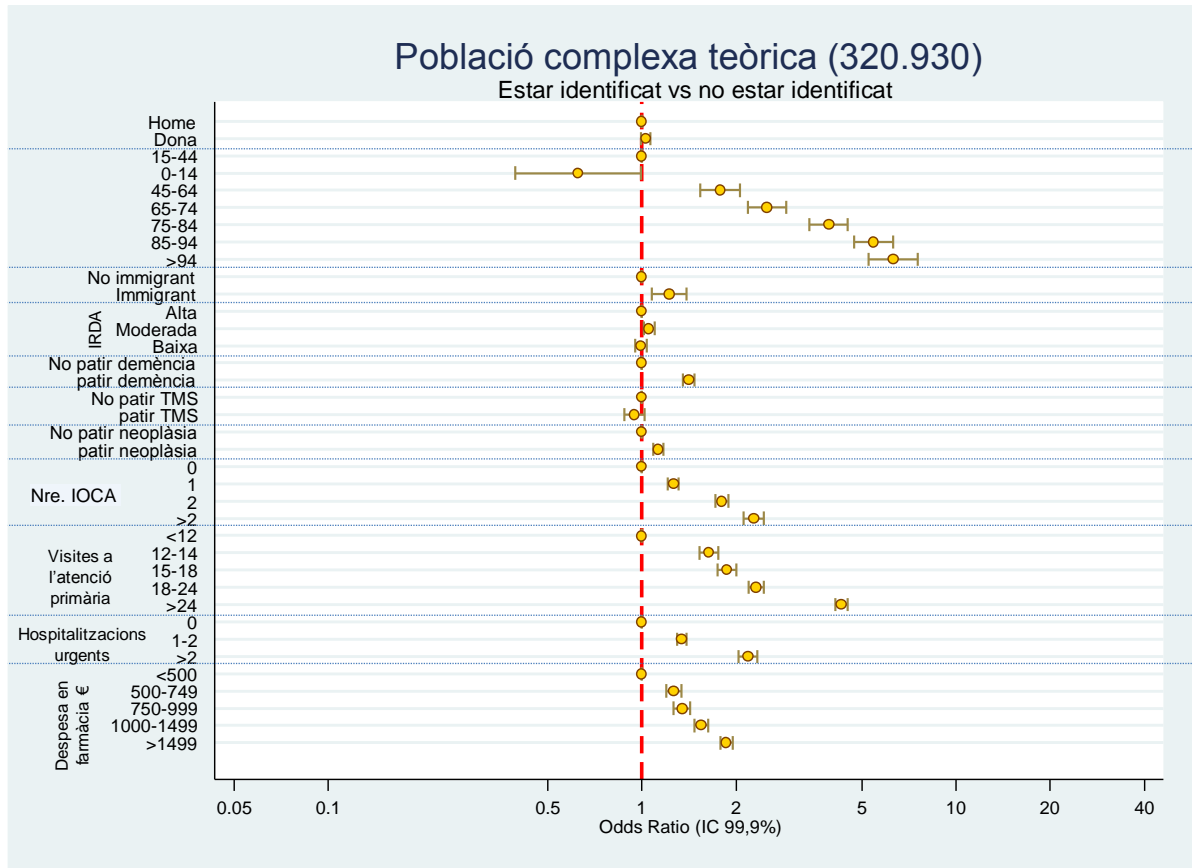
A la figura 19 es mostra el perfil de les persones que han estat identificades mitjançant la representació de les oportunitats relatives (OR) i els intervals de confiança. Com ja s'ha comentat, els intervals que no creuen la línia vermella mostren les característiques que són estadísticament significatives un cop s'han tingut en compte totes les variables conjuntament. S'observa que el perfil de persones que tenen més probabilitat de ser identificades és: ser més gran de 45 anys i amb un gradient que indica que, com més edat, més probabilitat de ser identificat ($OR_{45-64} = 1,78$ IC 99,9% [1,54-2,05]; $OR_{65-74} = 2,50$ IC 99,9% [2,17-2,88]; $OR_{75-84} = 3,93$ IC 99,9% [3,41-4,52]; $OR_{85-94} = 5,45$ IC 99,9% [4,73-6,28]; $OR_{>94} = 6,29$ IC 99,9% [5,25-7,52]), ser immigrant ($OR = 1,22$ IC 99,9% [1,07-1,39]), tenir demència ($OR = 1,41$ IC 99,9% [1,35-1,47]), tenir neoplàsia ($OR = 1,13$ IC 99,9% [1,09-1,17]), patir alguna malaltia d'insuficiència orgànica crònica avançada i amb un gradient que indica que, com més nombre de malalties, més probabilitat de ser identificat ($OR_{1IOCA} = 1,26$ IC 99,9% [1,21-1,31]; $OR_{2IOCA} = 1,80$ IC 99,9% [1,71-1,89]; $OR_{>2IOCA} = 2,27$ IC 99,9% [2,11-2,44]), haver fet més de dotze visites a atenció primària durant l'any 2013 i amb un gradient que indica que, com més nombre de visites, més probabilitat de ser identificat ($OR_{12-14} = 1,63$ IC 99,9% [1,53-1,75]; $OR_{15-17} = 1,87$ IC 99,9% [1,74-1,99]; $OR_{18-24} = 2,31$ IC 99,9% [2,18-2,44]; $OR_{>24} = 4,31$ IC 99,9% [4,12-4,51]), haver tingut hospitalitzacions urgents durant el 2013 i amb un gradient que indica que, com més hospitalitzacions, més probabilitat de ser identificat ($OR_{1-2} = 1,34$ IC 99,9% [1,29-1,39]; $OR_{>2} = 2,17$ IC 99,9% [2,03-2,33]) i haver tingut una despesa en farmàcia superior als 500 € i amb un gradient que indica que, com més despesa, més probabilitat de ser identificat ($OR_{500-749} = 1,26$ IC 99,9% [1,19-1,33]; $OR_{750-999} = 1,34$ IC 99,9% [1,26-1,42]; $OR_{1.000-1.499} = 1,54$ IC 99,9% [1,47-1,63]; $OR_{>1.499} = 1,85$ IC 99,9% [1,77-1,94]). Aquest model explica el 22% del total de la variabilitat i indica que manca molta informació per tenir el perfil complet que expliqui per què s'han identificat aquests tipus de persones i no d'altres. Malgrat tot, el model té un grau acceptable de discriminació entre les persones que han estat identificades i les que no ho han estat (àrea sota la corba ROC = 0,77).

3.1.1.1.20. Variabilitat territorial segons el sector sanitari

És important estudiar si, en la població crònica complexa teòrica, hi ha variabilitat entre els sectors sanitaris tant en el percentatge d'identificació com en el perfil de les persones que han estat identificades.

Com s'observa a la figura 20, hi ha variabilitat entre els diferents sectors quant al percentatge d'identificació. Això pot ser degut als diferents tempos dels territoris a l'hora d'implementar el sistema d'identificació.

Figura 19. Característiques diferencials de les persones identificades

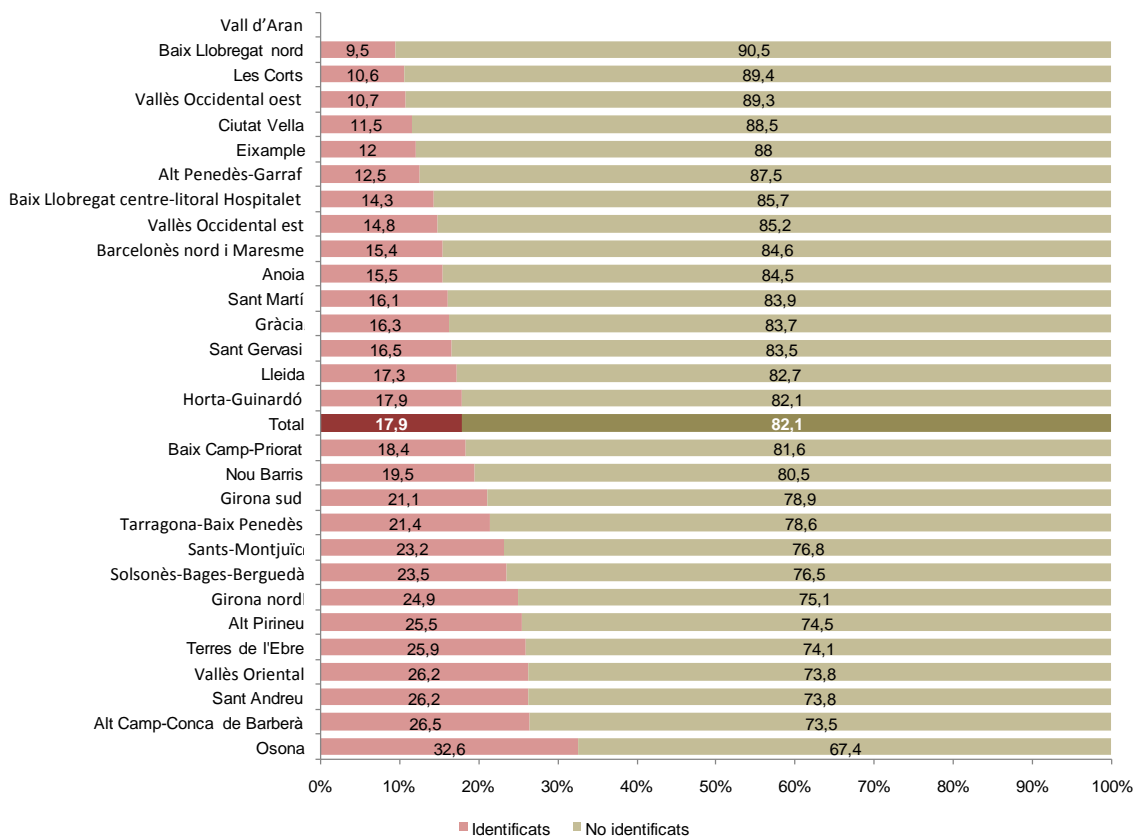


De totes maneres, el que és més important és conèixer si el criteri de marcatge segons el sector ha estat el mateix o, per contra, si cada sector ha considerat un perfil diferent de persona a l'hora d'identificar els PCC.

Els resultats obtinguts tant per les persones identificades com per les no identificades (annex 3) mostren que no hi ha gaire variabilitat en les característiques estudiades. Per poder garantir aquesta homogeneïtat entre sectors, s'han calculat diversos indicadors de variabilitat per a cada una de les variables estudiades. Tal com es mostra a la taula 15, si ens centrem en els resultats de la raó de variació del 80% central i del coeficient de variació ponderat, s'ha trobat variabilitat en el percentatge d'immigració en tots dos casos (persones identificades i persones no identificades) i les visites a atenció primària per les persones que han estat identificades i pertanyen a la població crònica complexa teòrica.

Finalment, s'han fet els mateixos models logístics per a cada un dels sectors sanitaris i s'ha obtingut el mateix perfil per a les persones identificades que el descrit en general, tot i que en alguns sectors només s'apuntava la mateixa tendència i no s'arribava a la significació estadística, per raó de la poca quantitat d'efectius (annex 4).

Figura 20. Percentatge d'identificació en la població complexa teòrica segons el sector sanitari



Taula 15. Indicadors de variabilitat entre sectors de la població crònica complexa teòrica segons la identificació

Variables estudiades	Percentatge de sectors amb un percentatge de canvi respecte al total inferior		Raó de variació (variabilitat central > 2)			Coeficient de variació ponderat
	al 20% (< 80% dels sectors)	al 25% (< 75% dels sectors)	90% central	80% central	50% central	
IDENTIFICATS						> 0,2
Sexe	100	100	1,13	1,09	1,04	0,04
Grup d'edat	96,43	100	1,25	1,17	1,09	0,06
Immigració	21,43	28,57	6,10	3,64	1,80	0,78
Demència	82,14	85,71	1,68	1,48	1,25	0,15
Trastorn mental greu	67,86	78,57	1,77	1,55	1,30	0,16
Neoplàsia	96,43	96,43	1,32	1,28	1,14	0,09
IOCA*	100	100	1,24	1,17	1,12	0,07
Visites a atenció primària	50	64,29	2,92	2,16	1,45	0,29

Hospitalització urgent	89,29	96,43	1,44	1,34	1,19	0,12
Despesa en farmàcia	82,14	89,29	1,54	1,37	1,17	0,14
NO IDENTIFICATS						
Sexe	100	100	1,08	1,06	1,03	0,02
Grup d'edat	96,43	96,43	1,18	1,15	1,10	0,06
Immigració	46,43	53,57	3,55	2,59	1,61	0,47
Demència	71,43	85,71	1,69	1,58	1,24	0,15
Trastorn mental greu	75,00	82,14	1,69	1,47	1,24	0,16
Neoplàsia	100	100	1,28	1,19	1,12	0,07
IOCA*	100	100	1,26	1,23	1,09	0,06
Visites a atenció primària	71,43	82,14	1,83	1,57	1,22	0,16
Hospitalització urgent	100	100	1,13	1,10	1,06	0,04
Despesa en farmàcia	96,43	96,43	1,22	1,19	1,12	0,08

* Insuficiència orgànica crònica avançada.

3.1.1.1.21. Taula resum

A la taula 16 es mostra un resum de les característiques diferencials de les persones que, sent de la població crònica complexa teòrica, han estat identificades com a PCC en els primers onze mesos de funcionament del marcatge respecte a aquelles que no han estat identificades.

Taula 16. Resum del perfil de les persones identificades de la població crònica teòrica complexa

Variables estudiades	Perfil dels identificats	
Sexe		
Grup d'edat	Més grans de 45 anys	Com més edat, més probabilitat de ser identificat
Immigració	Immigrants	
IRDA*		
Demència	Patir demència	
Trastorn mental greu		
Neoplàsia	Patir neoplàsia	
IOCA**	Patir alguna IOCA	Com més nombre de IOCA, més probabilitat de ser identificat
Visites a atenció primària	Més de dotze visites l'any	Com més nombre de visites, més probabilitat de ser identificat
Hospitalització urgent	Haver estat hospitalitzat de manera urgent	Com més nombre d'hospitalitzacions urgents, més probabilitat de ser identificat
Despesa en farmàcia	Tenir una despesa superior als 500 €/any	Com més quantitat de despesa, més probabilitat de ser identificat

* Índex de renda territorial ajustat per edat i sexe. ** Insuficiència orgànica crònica avançada.



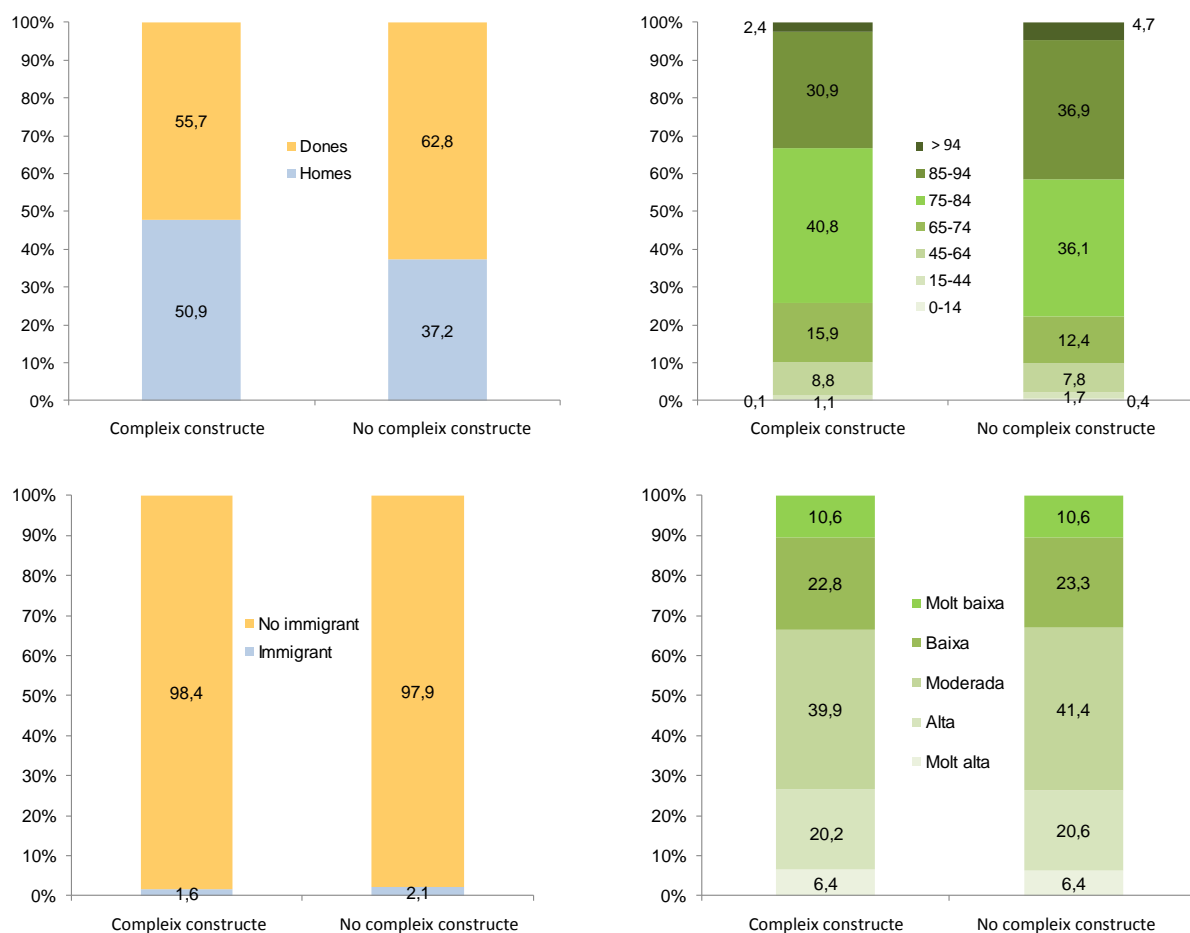
3.1.1.1.22. Població crònica complexa real: característiques dels que no compleixen el constructe respecte als que sí que el compleixen

3.1.1.1.23. Descripció de les característiques

De les 101.415 persones que han estat identificades com a PCC fins al desembre del 2013, 44.014 (43,4%) no complien el constructe de complexitat proposat pel PPAC. A la figura 21 es mostren les característiques d'aquestes persones que no compleixen el constructe de complexitat respecte a les persones que sí que el compleixen (56,6%).

En les persones que no compleixen el constructe hi ha un percentatge més gran de dones (62,8% vs. 49,1%), de persones amb més de 85 anys (41,6% vs. 33,3%) i de persones identificades com a PCC (86,7% vs. 80,1%). No s'han trobat diferències estadísticament significatives en les variables d'immigració ni de renda territorial ajustada per edat i sexe.

Figura 21. Característiques sociodemogràfiques de la població crònica complexa real segons si compleixen el constructe de complexitat proposat pel PPAC

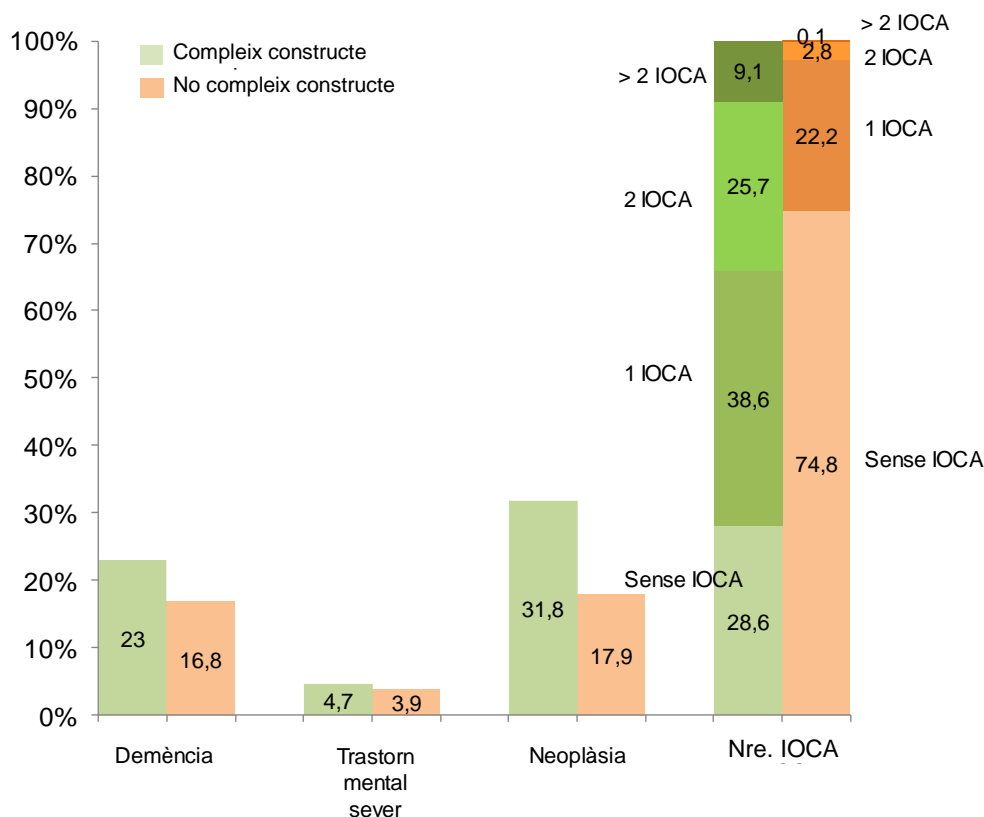


Respecte als trastorns crònics, a la figura 22 s'observa que les persones que no compleixen el constructe de complexitat pateixen en menor percentatge demència (16,8% vs. 23,0%), neoplàsia (17,9% vs. 31,8%) i un nombre menor de malalties d'insuficiència orgànica crònica avançada. Prop d'un 75% dels que no compleixen el constructe no pateixen cap IOCA; en canvi, aquest percentatge és de prop del 30% en les persones que sí que el compleixen.

A la taula 17 es mostra que les persones que no compleixen el constructe fan menys visites a atenció primària (un 33,5% fan més de 23 visites l'any vs. un 55,6% de les persones que compleixen el constructe) i tenen un volum menys elevat d'hospitalitzacions urgents (un 0,7% tenen més de dues hospitalitzacions urgents vs. 9,8% de les persones que sí que compleixen el constructe). Finalment, un 48,8% de les persones que no compleixen el constructe tenen una despesa en farmàcia inferior als 500 € l'any respecte a un 23,6% de les que sí que el compleixen.

Figura 22. Característiques dels trastorns crònics principals de la població crònica complexa real segons si compleixen el constructe de complexitat proposat pel PPAC

$p(\chi^2) < 0,001$



Taula 17. Distribució de l'ús de recursos sanitaris i despesa en farmàcia de la població crònica complexa real segons si compleixen el constructe de complexitat proposat pel PPAC

Any 2013		Compleix el constructe		No compleix el constructe	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Visites a atenció primària*	0-11	9.596	16,7	14.193	32,2
	12-14	4.007	7,0	4.526	10,3
	15-17	4.066	7,1	4.117	9,4
	18-23	7.819	13,6	6.416	14,6
	> 23	31.913	55,6	14.762	33,5
Hospitalitzacions urgents*	0	29.617	51,6	38.284	87,0
	1-2	22.146	38,6	8.440	12,4
	> 2	5.638	9,8	290	0,7
Despesa en farmàcia (€)*	0-499	13.532	23,6	21.493	48,8
	500-749	7.320	12,8	5.733	13,0
	750-999	6.167	10,7	4.018	9,1
	1.000-1.499	10.244	17,8	5.524	12,6
	> 1.499	20.138	35,1	7.246	16,5

* $p(\chi^2) < 0,001$.

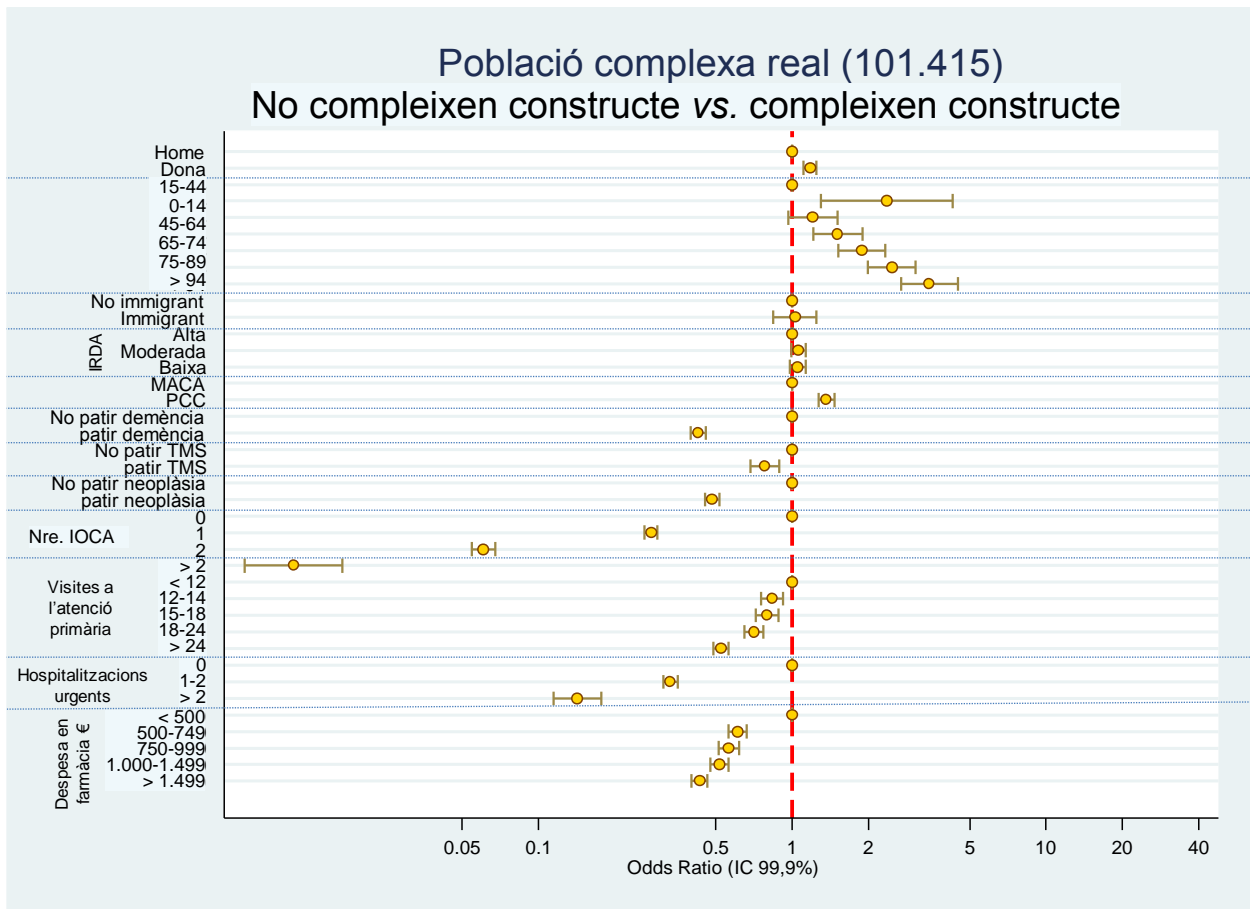
3.1.1.1.24. Perfil de les persones cròniques complexes reals que no compleixen el constructe

A la figura 23 es mostra el perfil de les persones que, tot i haver estat identificades, no compleixen el constructe de complexitat mitjançant la representació de les oportunitats relatives (OR) i els intervals de confiança. Com ja s'ha comentat, els intervals que no creuen la línia vermella mostren les característiques que són estadísticament significatives un cop s'han tingut en compte totes les variables alhora. S'observa que el perfil de persones que tenen més probabilitat de no complir el constructe és: ser dona (OR = 1,18 IC 99,9% [1,11-1,24]), ser més gran de 65 anys i amb un gradient que indica que, com més edat, més probabilitat de no complir el constructe (OR₆₅₋₇₄ = 1,51 IC 99,9% [1,22-1,89]; OR₇₅₋₈₄ = 1,88 IC 99,9% [1,52-2,33]; OR₈₅₋₉₄ = 2,47 IC 99,9% [1,98-3,06]; OR_{>94} = 3,47 IC 99,9% [2,68-4,49]), ser identificat com a PCC en comptes de MACA (OR = 1,37 IC 99,9% [1,27-1,47]), no patir demència (OR = 0,43 IC 99,9% [0,39-0,46]), no patir trastorn mental greu (OR = 0,78 IC 99,9% [0,69-0,89]), no patir neoplàsia (OR = 0,49 IC 99,9% [0,45-0,52]), no patir cap malaltia d'insuficiència orgànica crònica avançada i amb un gradient que indica que, com més nombre de malalties, menys probabilitat de complir el constructe (OR_{1 IOCA} = 0,28 IC 99,9% [0,26-0,30]; OR_{2 IOCA} = 0,06 IC 99,9% [0,05-0,07]; OR_{>2 IOCA} = 0,01 IC 99,9% [0,007-0,02]), haver fet menys de dotze visites a atenció primària durant l'any 2013 i amb un gradient que indica que, com més nombre de visites, més probabilitat de complir el constructe (OR₁₂₋₁₄ = 0,84 IC 99,9% [0,75-0,92]; OR₁₅₋₁₇ = 0,80 IC 99,9% [0,72-0,88]; OR₁₈₋₂₄ = 0,71 IC 99,9% [0,65-0,77]; OR_{>24} = 0,53 IC 99,9% [0,49-0,56]), no haver tingut hospitalitzacions urgents durant el 2013 i amb un gradient que indica que, com més hospitalitzacions, més probabilitat de complir el constructe (OR₁₋₂ = 0,33 IC 99,9% [0,31-0,35]; OR_{>2} = 0,14 IC 99,9% [0,11-0,17]) i haver tingut una despesa en farmàcia inferior als 500 € i amb un gradient que indica que, com més despesa, més probabilitat de complir el constructe (OR₅₀₀₋₇₄₉ =



0,61 IC 99,9% [0,56-0,66]; $OR_{750-999} = 0,56$ IC 99,9% [0,51-0,62]; $OR_{1.000-1.499} = 0,52$ IC 99,9% [0,48-0,56]; $OR_{> 1.499} = 0,43$ IC 99,9% [0,40-0,47]). Aquest model explica el 42,9% del total de la variabilitat i indica que encara manca informació per tenir el perfil complet que expliqui per què, tot i haver estat identificats, no compleixen el constructe de complexitat proposat pel PPAC. El model té un grau de discriminació òptim entre les persones que no compleixen el constructe i les que sí que el compleixen (àrea sota la corba ROC = 0,84).

Figura 23. Característiques diferencials de les persones identificades



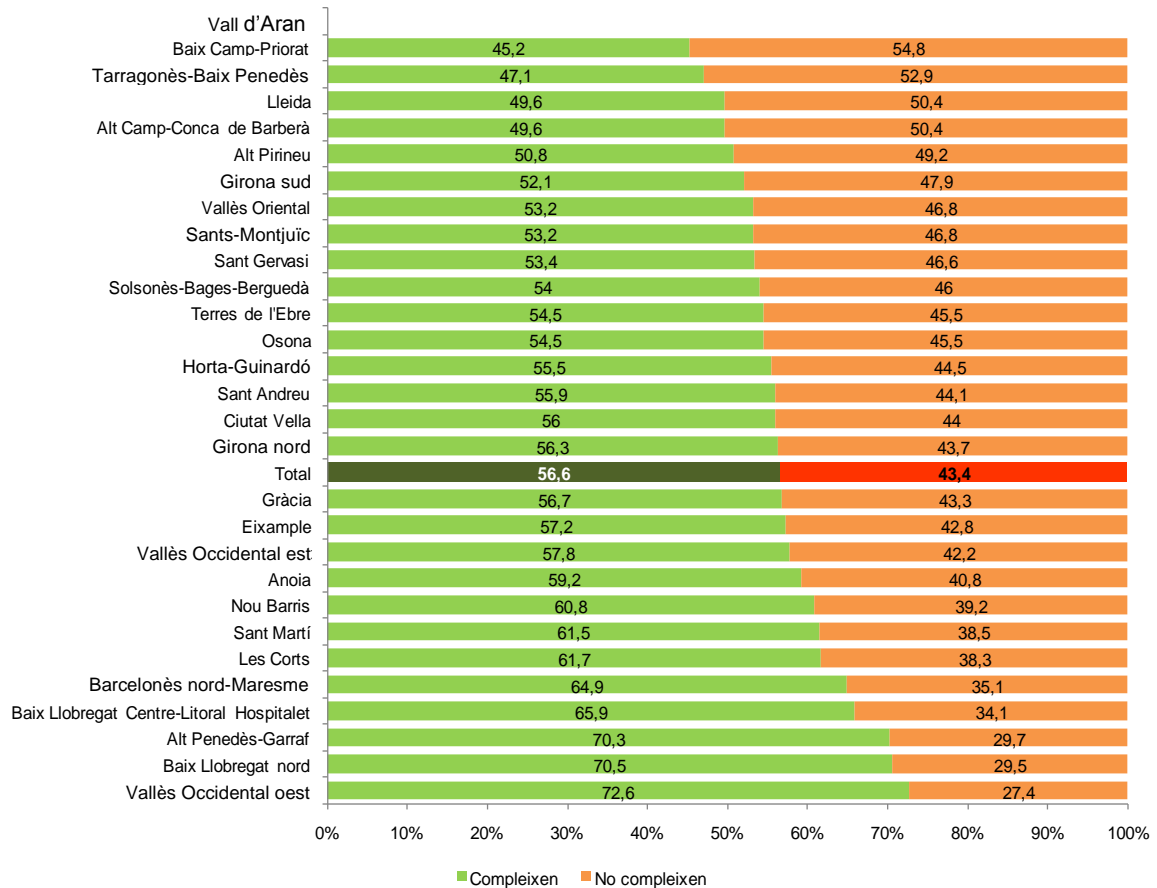
3.1.1.1.25. Variabilitat territorial segons el sector sanitari

És important estudiar si hi ha variabilitat entre els sectors sanitaris tant en el percentatge de persones que no compleixen el constructe com en el perfil d'aquestes persones.

Com s'observa a la figura 24, hi ha una lleugera variabilitat entre els diferents sectors quant al percentatge de persones que no compleixen el constructe de complexitat proposat pel PPAC. Majoritàriament, aquest percentatge es mou entre el 40 i el 50%, tot i que en alguns sectors és més elevat (i arriba fins a un 54,8% del Baix Camp-Priorat) i en altres és inferior (27,4% al Vallès Occidental Oest).

Tot i la poca variabilitat existent en els sectors en el percentatge de persones que no compleixen el constructe, el que és més important és saber si el perfil de les persones d'aquestes persones ha estat similar en tots els sectors o, per contra, si cada sector ha considerat un perfil diferent de persona.

Figura 24. Percentatge de persones que no compleixen el constructe en la població complexa real segons el sector sanitari



Els resultats obtinguts tant per les persones que no compleixen el constructe com per les que sí que el compleixen (annex 5) mostren que no hi ha gaire variabilitat en les característiques estudiades. Per poder garantir aquesta homogeneïtat entre sectors, s'han calculat diversos indicadors de variabilitat per a cada una de les variables estudiades. Tal com es mostra a la taula 18, si ens centrem en els resultats de la raó de variació del 80% central i del coeficient de variació ponderat, s'ha trobat variabilitat en el percentatge d'immigració en tots dos casos i les visites a atenció primària per les persones que sí que compleixen el constructe.

Finalment, s'han fet els mateixos models logístics per a cada un dels sectors sanitaris i s'ha obtingut el mateix perfil per a les persones que no compleixen el constructe que el descrit en general, tot i

que en alguns sectors només s'apuntava la mateixa tendència i no s'arribava a la significació estadística, a causa de la poca quantitat d'efectius (annex 6).

Taula 18. Indicadors de variabilitat entre sectors de la població crònica complexa real segons si compleixen el constructe

Variables estudiades	Percentatge de sectors amb un percentatge de canvi respecte al total inferior		Raó de variació (variabilitat central > 2)			Coeficient de variació ponderat
	al 20% (< 80% dels sectors)	al 25% (< 75% dels sectors)	90% central	80% central	50% central	
COMPLEIXEN EL CONSTRUCTE						> 0,2
Sexe	100	100	1,13	1,09	1,04	0,04
Grup d'edat	96,43	100	1,25	1,17	1,09	0,06
Tipus d'identificació	100	100	1,19	1,13	1,09	0,06
Immigració	21,43	28,57	6,10	3,64	1,80	0,78
Demència	82,14	85,71	1,68	1,48	1,25	0,15
Trastorn mental greu	67,86	78,57	1,77	1,55	1,30	0,16
Neoplàsia	96,43	96,43	1,32	1,28	1,14	0,09
IOCA*	100	100	1,24	1,17	1,12	0,07
Visites a atenció primària	50	64,29	2,92	2,16	1,45	0,29
Hospitalització urgent	89,29	96,43	1,44	1,34	1,19	0,12
Despesa en farmàcia	82,14	89,29	1,54	1,37	1,17	0,14
NO COMPLEIXEN EL CONSTRUCTE						
Sexe	100	100	1,23	1,18	1,07	0,06
Grup d'edat	100	100	1,30	1,21	1,08	0,07
Immigració	25	25	6,83	4,13	1,92	0,83
Tipus d'identificació	100	100	1,18	1,13	1,04	0,05
Demència	71,43	78,57	1,96	1,60	1,26	0,21
Trastorn mental greu	50	60,71	2,38	1,89	1,50	0,31
Neoplàsia	92,86	92,86	1,51	1,31	1,14	0,14
IOCA*	100	100	1,26	1,23	1,09	0,06
Visites a atenció primària	71,43	78,57	1,63	1,53	1,31	0,16
Hospitalització urgent	100	100	1,10	1,08	1,04	0,03
Despesa en farmàcia	96,43	100	1,30	1,22	1,13	0,09

* Insuficiència orgànica crònica avançada.

3.1.1.1.26. Taula resum



A la taula 19 es mostra un resum de les característiques diferencials de les persones que, sent de la població crònica complexa real, no compleixen el constructe de complexitat proposat pel PPAC respecte a aquelles que sí que el compleixen.

Taula 19. Resum del perfil de les persones que NO compleixen el constructe de la població crònica complexa real

Variables estudiades	Perfil de les persones que NO compleixen constructe	
Sexe	Dona	
Grup d'edat	Més grans de 65 anys	Com més edat, més probabilitat de no complir el constructe
Immigració		
IRDA*		
Tipus d'identificació	PCC	
Demència	No patir demència	
Trastorn mental greu		
Neoplàsia	No patir neoplàsia	
IOCA**	No patir cap IOCA	Com més nombre de IOCA, més probabilitat de no complir el constructe
Visites a atenció primària	Menys de dotze visites l'any	Com més nombre de visites, més probabilitat de no complir el constructe
Hospitalització urgent	No haver estat hospitalitzat de manera urgent	Com més nombre d'hospitalitzacions urgents, més probabilitat de no complir el constructe
Despesa en farmàcia	Tenir una despesa inferior als 500 €/any	Com més quantitat de despesa, més probabilitat de no complir el constructe

* Índex de renda territorial ajustat per edat i sexe. ** Insuficiència orgànica crònica avançada.

3.2. Avaluació de la implementació

L'avaluació de la implementació s'ha fet mitjançant una valoració de les fites més importants de cadascun dels projectes estratègics en què el PPAC es fa operatiu com a línia 2 del Pla de salut de Catalunya 2011-2015:

- 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 els 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 dels medicaments.

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

Taula 20. Objectius plantejats pel PPAC segons el projecte estratègic

Projectes estratègics	2012	2015
2.1. Implementar processos clínics integrats.	Implementar les guies de pràctica clínica i les rutes assistencials locals per a les quatre patologies: DM2, insuficiència cardíaca, MPOC i depressió.	Implementar les guies de pràctica clínica i les rutes assistencials locals en els deu processos a tot el territori i integrar-ne els registres a l'HCCC.
2.2. Promoure els programes de protecció i promoció de la salut i prevenció de les malalties cròniques.	Definir i contractar amb l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) els cinc programes prioritars: exercici-dieta, tabac, alcohol, vacunes i infància.	Tenir cinc programes prioritars de prevenció i promoció implantats a tots els territoris.
2.3. Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients i cuidadors. Fomentar l'autocura.	Incloure 2.000 pacients en el programa Pacient Expert Catalunya: ICC, TAO, MPOC, DM2, FM, deshabitació tabàquica, ansietat. Desenvolupar continguts per a la CPS i el Canal Salut amb un focus especial en l'alfabetització per a la salut. Revisar el model d'educació grupal i definir-ne el procés d'avaluació. Definir el model d'atenció no presencial per incrementar l'accés de la ciutadania al sistema social i de salut.	Estendre el programa Pacient Expert Catalunya en cinc malalties cròniques a tot el territori català i assolir una xifra de 5.000 pacients incorporats als diferents grups de malalties. Dissenyar continguts per a la CPS i el Canal Salut amb criteris d'alfabetització per a la salut i d'acord amb els resultats de l'ESCA. Finalitzar el document del model d'educació grupal i del procés d'avaluació.

2.4. Desenvolupar alternatives assistencials en un sistema integrat.	Redactar un document de modalitats assistencials al malalt crònic i haver-ne iniciat la implantació. Introduir incentius a la no hospitalització en > 30% ABS de cada regió sanitària.	Disminuir un 15% dels ingressos urgents i els reingressos a 30 dies dels PCC als hospitals d'aguts.
2.5. Desplegar programes territorials d'atenció als pacients amb complexitat clínica.	Dissenyar i implementar un model d'identificació dels 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.
2.6. Fomentar l'ús racional dels medicaments.	Disposar de la metodologia i les eines de suport que permetin implantar i avaluar la revisió i la conciliació dels plans de medicació i aplicació en els projectes d'atenció al PCC.	Revisar i conciliar el 100% dels tractaments farmacològics integrant tots els àmbits assistencial i millorar el compliment del tractament.

Aquesta avaluació consta de tres apartats:

- Selecció de les fites més importants de cada un dels sis projectes estratègics.
- Descripció del grau d'assoliment d'aquestes fites.
- Avaluació qualitativa del procés d'identificació i atenció dels pacients PCC-MACA a atenció primària.

3.2.1.1.1. Selecció de les fites

METODOLOGIA

Disseny, context i participants: la metodologia que s'ha usat per arribar al consens de les fites més importants és la descrita com a consultes expertes transparents (TEC).²³

Les TEC, adaptades al nostre àmbit, van seguir el format següent:

1. Presentació de cada un dels projectes estratègics per part dels experts. Cada expert va triar un màxim de deu fites que considerava més importants segons la seva expertesa i que s'haurien d'haver assolit el juliol del 2014. La relació d'experts per a cadascun dels PE fou:
 - PE 2.1: Carles Blay
 - PE 2.2: Albert Ledesma
 - PE 2.3: Assumpció González-Mestre
 - PE 2.4: Joan Carles Contel
 - PE 2.5: Joan Carles Contel
 - PE 2.6: Albert Ledesma
2. Discussió de consens sobre cada una de les deu fites seleccionades per l'expert de cada PE i discussió del nombre de fites imprescindibles per a cada PE.
3. Preparació d'una graella resum amb les deu fites discutides de cada PE.
4. Realització d'una prioritització individual de les deu fites de cada PE.



5. Generació d'una prioritització global per a cada PE a partir dels resultats individuals de cada expert.
6. Selecció de les 3-5 fites de cada PE considerades en la prioritització global.

La presentació i la discussió (punts 1 i 2) de les deu fites més importants es va fer el dia 19 de maig de 2014 en el marc d'una reunió convocada amb aquest objectiu. Abans d'aquesta reunió es va facilitar un resum de cadascun dels projectes estratègics (annex 7). Per a l'elaboració del resum, es van extreure els elements dels documents següents:

- Pla de salut: línia d'actuació 2 (LA2). Un sistema més orientat als malalts crònics²⁴
- Document conceptual del PPAC²⁵
- Document operatiu del PPAC²⁶
- Documents anuals de resum (2012, 2013 i 2014) de l'Oficina del Pla de Salut^{27,28,29}

Anàlisi estadística: tal com indica l'article de referència de les TEC,²³ per fer la prioritització de cada una de les deu fites seleccionades es va calcular la mediana de les puntuacions dels quatre experts. Per als PE 2.1, 2.2, 2.3 i 2.6 es van seleccionar les tres primeres fites prioritzades de cada PE. Per als PE 2.4 i 2.5, com que eren d'interès per a l'avaluació del tercer àmbit, se'n van seleccionar cinc. En tots dos casos, en cas d'empat en la prioritització, es va triar la fita més ben valorada per part de l'expert assignat al PE.

RESULTATS

Per a cada PE es mostra la informació següent:

1. Títol, objectiu general i fronts
 - Títol que consta al Pla de salut 2011-2015²⁴
 - Objectiu general definit en el document operatiu²⁶
 - Fronts d'actuació definits en el document operatiu²⁶
2. Fites seleccionades: recull de les fites proposades per l'expert assignat presentades i consensuades, prioritització individual (columnes 1-4) de cada una de les deu fites i la prioritització final (columna ordre) mitjançant el càlcul de la mediana (P_{50}). S'ombregen les fites seleccionades per a l'avaluació.



3.2.1.1.2. Projecte estratègic 2.1

Títol: desenvolupar processos clínics integrats per a les deu malalties cròniques de més impacte en el país, que són insuficiència cardíaca congestiva, nefropatia i malaltia pulmonar obstructiva crònica i asma, diabetis *mellitus*, depressió, demències, trastorns mentals greus i molt greus, càncer, malalties del sistema musculoesquelètic i el dolor crònic.

Objectiu general: millorar l'abordatge clínic dels pacients amb aquestes malalties, en el recurs més adequat segons el grau i la fase de la malaltia, de manera que es redueixin la morbiditat i la mortalitat i millori la qualitat de vida dels pacients i l'autocontrol sobre la seva patologia.

Dos fronts: guies de pràctica clínica (GPC) i rutes assistencials (RA).

Taula 21. Consens i prioritització de les fites seleccionades del PE 2.1

	1	2	3	4	P ₅₀	ordre
Marc genèric del concepte i disseny de les RA	4	3	1	5	3,5	2
ECP de sis RA (quatre + MRC i demència)	1	7	2	8	4,5	4
Criteris d'harmonització farmacèutica d'almenys quatre RA	5	8	8	10	8	9
Redacció universal de les quatre RA bàsiques (RAb)	10	1	4	7	5,5	6
Participació àmplia en la redacció (mínim AP + hospital de referència + 061)	8	2	3	4	3,5	2
Disseny de les RA considerant ECP proposats	6	10	5	1	5,5	6
Marc avaluatiu de quatre RAb, comú per a tots els territoris	2	4	6	2	3	1
Criteris específic referits a quatre RAb presents als contractes CatSalut	3	6	9	3	4,5	4
Informació de retorn estructurada dels líders territorials	9	5	7	6	6,5	8
Repositori de benchmarking i bones pràctiques de quatre RAb	7	9	10	9	9	10

En els casos d'empat es va seleccionar la fita que l'expert del PE havia valorat com a més prioritària.

3.2.1.1.3. Projecte estratègic 2.2

Títol: potenciar la protecció i la promoció de la salut i la prevenció com a instruments per mantenir la salut i evitar la malaltia crònica.

Objectiu general: no hi consta.

Cinc fronts: activitat física i alimentació saludable, tabac, alcohol, vacunes i infància.

Taula 22. Consens i prioritització de les fites seleccionades del PE 2.2

	1	2	3	4	P ₅₀	ordre
Disposar d'un programa poblacional d'exercici físic a tot el territori de Catalunya amb objectius comuns entre l'atenció primària del territori i l'ASPCAT.	6	1	4	2	3	2
Disposar d'un sistema de contractació entre l'ASPCat i l'atenció primària de cada territori per desenvolupar els programes de prevenció que conté el Pla de salut.	1	9	10	8	8,5	9
Assolir que més de 100.000 persones estiguin adherides al Programa d'activitat física i esport (PAFES).	7	7	5	10	7	6
Disposar d'un programa poblacional d'alimentació saludable a tot el territori de Catalunya amb objectius comuns entre l'atenció primària del territori i l'ASPCAT.	4	2	3	1	2,5	1
Disposar d'un programa poblacional de prevenció del tabaquisme a tot el territori de Catalunya amb objectius comuns entre l'atenció primària del territori i l'ASPCAT.	2	4	8	3	3,5	3
Disposar d'un programa poblacional de prevenció del consum excessiu de begudes alcohòliques a tot el territori de Catalunya amb objectius comuns entre l'atenció primària del territori i l'ASPCAT.	8	8	6	4	7	6
Disposar d'un programa poblacional de vacunació a tot el territori de Catalunya, segons el calendari legal vigent.	3	10	2	6	4,5	5
Estendre el cribratge prenatal de la hipoacúsia a tots els nadons de Catalunya i a tots els centres hospitalaris.	10	5	7	7	7	6
Fer prevenció de l'obesitat infantil a Catalunya amb la promoció de l'alimentació saludable i de l'exercici físic.	4	3	1	5	3,5	3
Fer un cribratge prenatal de les metabolopaties congènites.	9	6	9	9	9	10

En els casos d'empat es va seleccionar la fita que l'expert del PE havia valorat com a més prioritària.

3.2.1.1.4. Projecte estratègic 2.3

Títol: promoure l'autoresponsabilització i l'autocura dels ciutadans en relació amb la seva salut, factors de risc i/o malalties.

Objectiu general: assolir l'autoresponsabilitat de pacients i cuidadors en el procés assistencial crònic i fomentar l'autocura amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida i el grau de satisfacció, així com tenir més coneixement i informació sobre el procés assistencial.

Dos fronts: programa Pacient expert Expert de Catalunya® (PPECat®) i Carpeta Carpeta personal Personal de salut Salut (CPS).

Taula 23. Consens i prioritització de les fites seleccionades del PE 2.3

	1	2	3	4	P ₅₀	ordre
Iniciar el procés de desenvolupament de la nova estratègia de l'educació en grup i del seu marc avaluatiu.	6	5	9	6	6	7
Posar en marxa les proves pilot del Programa Pacient Expert Catalunya® en: obesitat, depressió i supervivents de càncer de mama.	4	7	2	2	3	2
Posar en marxa el Programa Pacient Expert Catalunya® a tots els proveïdors de salut de Catalunya.	3	1	7	1	2	1
Estendre el Programa Pacient Expert Catalunya® fins a arribar als 4.000 pacients.	5	2	6	4	4,5	5
Iniciar l'elaboració de la guia i el material educatiu del programa Pacient Expert Catalunya® en artritis reumatoide i avançar en l'elaboració de les noves patologies previstes.	10	9	8	9	9	9
Analitzar resultats de l'ESCA sobre el grau d'alfabetització sanitària de la ciutadania i definir les estratègies que cal desenvolupar per millorar aquests resultats.	2	4	1	7	3	2
Iniciar els cursos de formació per a Pacients Experts en tots els territoris de Catalunya.	8	8	10	8	8	8
Posar en marxa l'accés de la ciutadania al Canal Personal de Salut.	1	3	3	3	3	2
Posar en marxa la prova pilot del Programa Cuidador Expert Catalunya® en cuidadors de: pacients amb Demència, en PCC sense demència, en pacients amb TMG i amb infància amb malaltia crònica.	7	6	4	5	5,5	6
Finalitzar el document de la nova estratègia de l'educació en grup, així com la definició del marc avaluatiu.	9	10	5	10	9,5	10

En els casos d'empat es va seleccionar la fita que l'expert del PE havia valorat com a més prioritària.

3.2.1.1.5. Projecte estratègic 2.4

Títol: desplegar dispositius assistencials socials i sanitaris i sistemes integrats adequats per donar atenció al pacient crònic i al dependent.

Objectiu general: millorar els resultats en salut i qualitat de vida dels pacients i dels seus cuidadors de la manera més eficient per al sistema i desenvolupar alternatives assistencials a partir dels cursos existents en la línia de millorar la resolució dins d'un sistema d'atenció integrat.

Quatre fronts: atenció domiciliària 7 x 24, xarxa socio sanitària, hospitals d'aguts i salut mental.

Taula 24. Consens i prioritització de les fites seleccionades del PE 2.4

	1	2	3	4	P ₅₀	ordre
Que TOTS els "territoris" hagin tancat un pacte territorial en el seu "territori natural" del model de garantia 7 x 24 en el vessant de "capacitat de resposta".	1	1	4	4	2,5	1
Que TOTS els "territoris" hagin tancat un pacte territorial en el seu "territori natural" del model de garantia 7 x 24 en el vessant d'actuacions proactives mínimes".	2	2	5	8	3,5	3
Definir un model territorial d'atenció domiciliària integrada a escala territorial.	7	4	6	1	5	4
Definir un model territorial d'atenció en residències que inclogui alguna experiència de compra de farmàcia des d'unitats de farmàcia.	6	5	9	3	5,5	5
Decidir un conjunt de "situacions" o la inclusió en programes d'interès des del punt de vista assistencial, visibles a l'HCCC i en el nou entorn de la plataforma iSIS.cat.	9	9	3	6	7,5	8
Definir un model d'atenció a les transicions amb suport de l'HCCC i iSalut amb transferència informació d'alt valor clínic i generació d'avisos per garantir la continuïtat assistencial.	3	3	1	7	3	2
Implantar una mínima cobertura territorial d'atenció subaguda com a alternativa a l'hospitalització convencional, que sigui evolutiva en el temps i accessible directament des d'atenció primària.	5	7	8	2	6	6
Cada hospital ha de disposar d'un pla funcional de reordenació interna que afavoreixi alternatives a l'hospitalització convencional i l'atenció a urgències.	4	6	7	11	6,5	7
Incorporar a la ruta de complexitat el circuit per a PCC en malalts mentals en un 30% dels territoris	8	8	11	5	8	9
Pactar polítiques d'identificació i registre de PCC i elaboració de PIIC en persones amb malaltia mental en situació de complexitat.	11	10	2	9	9,5	10
Dissenyar un model d'estratificació específic en salut mental com a element singular (hi ha molt poques experiències en aquesta àrea).	10	11	10	10	10	11

En els casos d'empat es va seleccionar la fita que l'expert del PE va valorar com a més prioritària.

3.2.1.1.6. Projecte estratègic 2.5

Títol: facilitar l'atenció holística i proactiva del pacient crònic complex (PCC).

Objectiu general: millorar l'abordatge clínic dels PCC, millorar els resultats en salut, disminuir o prevenir les hospitalitzacions urgents com a conseqüència de reaguditzacions i millorar la qualitat de vida i la satisfacció dels pacients i de les seves famílies.

Quatre fronts: identificació dels PCC, atenció proactiva als PCC, atenció pal·liativa de pacients amb MACA i atenció col·laborativa dels serveis sanitaris i els serveis socials.

Taula 25. Consens i priorització de les fites seleccionades del PE 2.5

	1	2	3	4	P ₅₀	ordre
Disposar d'una cobertura mínima de PCC identificats en un rang entre 1 i 1,5%.	1	7	2	2	2	1
Disposar d'una cobertura mínima de MACA identificats.	13	8	3	8	8	6
Disposar d'una cobertura mínima de plans individualitzats d'intervenció compartits (PIIC) en una proporció mínima de persones en situació de complexitat.	9	6	9	6	7,5	5
Que TOTS els "territoris naturals" (AGA) hagin elaborat i iniciat la implementació d'una ruta assistencial que prevegi un "pacte territorial clar" de "què cal fer en cas d'exacerbació o crisi".	4	1	5	7	4,5	4
Que TOTS els "territoris naturals" (AGA) hagin elaborat i iniciat la implementació d'una ruta assistencial que prevegi un "pacte territorial clar" de "què cal fer en les transicions a l'alta dels pacients amb exacerbació o crisi".	11	4	8	9	8,5	8
Que TOTS els "territoris" hagin tancat un pacte territorial en el seu "territori natural" del model de garantia 7 x 24 en el vessant de "capacitat de resposta".	3	2	6	5	4	3
Que TOTS els "territoris" hagin tancat un pacte territorial en el seu "territori natural" del model de garantia 7 x 24 en "actuacions proactives mínimes".	10	3	7	11	8,5	8
Almenys cada regió sanitària, en el cas de la RS Barcelona en tres territoris, tindrà una ruta assistencial d'atenció a la complexitat que incorpori un model col·laboratiu d'atenció integrada social i sanitària.	7	10	12	12	11	13
Hi haurà un model d'estratificació calculat i publicat trimestralment a l'HCCC i harmonitzat entre l'ICS i CatSalut-Departament de Salut.	8	9	1	13	8,5	8
Es consolidarà la tendència de disminució d'hospitalitzacions urgents per un conjunt de malalties cròniques.	6	13	10	10	10	12
Mantenir un model de contractació que incorpori objectius i indicadors transversals a diferents àmbits assistencials.	5	12	13	3	8,5	8
Disposar d'un model de PIIC evolucionat i avançar cap a un model d'elaboració de PIIC.	12	5	11	4	8	6
Establir les bases per compartir informació d'interès comú entre els serveis sanitaris i els serveis socials.	2	11	4	1	3	2

En els casos d'empat es va seleccionar la fita que l'expert del PE havia valorat com a més prioritària.

La fita “que TOTS els ‘territoris’ hagin tancat un pacte territorial en el seu ‘territori natural’ del model de garantia 7 x 24 en el vessant de ‘capacitat de resposta’” també s’avaluava per al PE 2.4. Per aquest motiu, es va seleccionar una fita més que es correspondria amb la posició d’ordre 6. Com que hi ha dues fites que tenen ordre 6, s’ha seleccionat aquella que l’expert prioritzava primer: “disposar d’un model de PIIC evolucionat i avançar cap a un model d’elaboració PIIC compartit”.

3.2.1.1.7. Projecte estratègic 2.6

Títol: incorporar la racionalització en l’ús de fàrmacs.

Objectiu general: millorar la utilització dels medicaments amb eines metodològiques i tecnològiques que faciliten el procés amb l’objectiu de millorar la qualitat de vida dels pacients.

Quatre fronts: seguiment i revisió, filtres de prescripció, conciliació de la medicació i promoció de l’ús racional dels medicaments.

Taula 26. Consens i prioritització de les fites seleccionades del PE 2.6

	1	2	3	4	P ₅₀	ordre
Millorar el procés de seguiment i revisió de la prescripció.	6	8	4	3	5	4
Consensuar i publicar la instrucció CCM.	10	10	10	5	10	10
Establir sistemes de filtres de qualitat i eficiència a la recepta electrònica.	3	4	8	7	5,5	5
Dissenyar un pla de millora de sistemes d’alertes automatitzades: duplicitats i alertes de seguretat.	1	3	5	10	4	3
Establir processos de conciliació de la medicació entre professionals i nivells assistencials.	8	5	2	6	5,5	5
Definir la metodologia dels processos de revisió i conciliació de la medicació.	5	2	1	4	3	2
Dissenyar i implementar un pla de formació per als processos de revisió, conciliació i compliment del tractament dels pacients polimedicats.	7	6	9	2	6,5	8
Garantir l’accés al pla de medicació des de la Carpeta Personal de Salut.	4	7	3	9	5,5	5
Incorporar l’atenció especialitzada al pla de medicació.	2	1	6	1	1,5	1
Implantar programes per promoure l’ús racional dels medicaments.	9	9	7	8	8,5	9

En els casos d’empat es va seleccionar la fita que l’expert del PE havia valorat com a més prioritària.

3.2.1.1.8. Assoliment de les fites

METODOLOGIA

Fonts d'informació: per obtenir la informació sobre l'assoliment de les fites prioritzades, es van usar diverses fonts d'informació.

Qüestionaris dissenyats *ad hoc*

Per a l'avaluació de l'assoliment d'algunes de les fites a escala territorial, es va usar un disseny transversal per entrevista als diferents referents territorials. A finals del mes de juny del 2014, es va convidar, mitjançant una carta signada pel director general de Planificació i Recerca en Salut, els referents de cada una de les set regions sanitàries que conformen Catalunya. En aquesta carta (annex 8, primera carta), se'ls demanava l'opinió sobre la implementació en el seu territori del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC). Posteriorment a l'enviament de la carta, es va contactar per telèfon amb cada un dels referents per saber com estava distribuït el seu territori en referència a les diferents rutes assistencials i per acordar una cita amb ell o amb qui ells deleguessin. A finals de juliol, el director general va tornar a enviar una carta (annex 8, segona carta) amb un destil·lat de les preguntes més importants perquè es poguessin anar preparant les respostes més complexes.

Es van dissenyar sis qüestionaris que recollien la informació següent:

1. Un d'extra amb rutes, que, entre altra informació, incloïa les iniciatives de promoció de la salut.
2. Quatre, un per a cada una de les malalties analitzades (insuficiència cardíaca, depressió, malaltia pulmonar obstructiva crònica i diabetis *mellitus* de tipus 2), que recollien onze preguntes referents a les rutes assistencials. Cada una s'estructurava en quatre blocs diferenciats: a) participants en el grup redactor de la RA; b) elements de la redacció; c) avaluació prevista; d) grau d'implementació subjectiu de la RA.
3. Un de centrat en la ruta assistencial de complexitat (RAC), que recollia, a més de preguntes concretes sobre el disseny i la implementació de la RAC, preguntes relatives a la implementació del procés d'identificació dels PCC i els MACA, a la realització del PIIC, a les alternatives assistencials i al desenvolupament de models col·laboratius entre els serveis socials i de salut.

Des de mitjan agost fins a finals d'octubre del 2014, es van fer entrevistes personalitzades d'una durada aproximada de dues hores per territori a cada un dels referents finalment seleccionats. A fi de minimitzar el biaix de l'entrevistador, tots els qüestionaris van ser administrats per una sola persona (responsable i coordinadora del treball de camp). El protocol usat per a la recollida d'informació i el qüestionari complet es poden veure a l'annex 8.

Buidatge del document de la RAC: complementàriament a l'entrevista, es va demanar a cada un dels referents territorials que facilitessin una còpia escrita del document de la ruta assistencial de la complexitat (RAC), per poder fer-ne un buidatge i recopilar la informació que no es recollia en el qüestionari. El **buidatge de la RAC** s'ha usat bàsicament en l'avaluació dels PE 2.4 i 2.5.

Entrevista als referents dels projectes estratègics

Per a aquelles fites que no requerien el component territorial, es va mantenir una entrevista amb els responsables de cada PE. Es va usar l'entrevista amb la persona referent principalment en els PE 2.3 i 2.6.

Participants

Qüestionari

Es va entrevistar un total de setze referents territorials del CatSalut, que van donar informació sobre 42 territoris naturals. S'ha considerat com *territori natural* 'aquell que comprèn com a mínim un hospital de referència i els seus dispositius associats'. A la taula 27 es mostren els territoris naturals, la cobertura poblacional i els referents territorials agrupats per la regió sanitària a la qual pertanyen.

Taula 27. Territoris naturals segons la regió sanitària

Regió sanitària	Territoris naturals	Cobertura poblacional	Referents territorials
Camp de Tarragona (5 territoris)	Alt Camp-Conca de Barberà	0,82%	Referent 1
	Baix Camp-Priorat	2,69%	
	Tarragonès ICS	2,60%	
	Tarragonès Santa Tecla	0,94%	
	Baix Penedès	1,11%	
Girona (8 territoris)	Gironès-Pla de l'Estany	2,12%	Referent 2
	Selva Interior	1,97%	
	Baix Empordà	1,70%	
	Alt Empordà	1,84%	
	Ripollès	0,33%	
	Garrotxa	0,74%	
	Alt Maresme	1,52%	
	Selva Marítima	1,07%	
Alt Pirineu i Aran (4 territoris)	Pallars	0,25%	Referent 3
	Aran-Alta Ribagorça	0,17%	
	Alt Urgell	0,28%	
	Cerdanya	0,21%	
Catalunya Central (3 territoris: 1 per referent)	Solsonès-Berguedà-Bages	3,29%	Referent 4
	Osona	2,04%	Referent 5
	Anoia	1,49%	Referent 6
Lleida (1 territori)	Lleida	5,06%	Referent 7
Terres de l'Ebre (3 territoris)	Baix Ebre	1,09%	Referent 8
	Montsià	0,93%	
	Terra Alta-Ribera d'Ebre	0,46%	
Barcelona (18 territoris)	Alt Penedès	1,29%	Referent 9
	Garraf	1,56%	
	Vallès Oriental Central	3,30%	Referent 10
	Baix Vallès	1,86%	
	Baix Montseny	0,53%	
	Maresme Central	3,50%	
	Barcelonès Nord i Maresme	5,75%	
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi	1,44%	



Baix Llobregat Centre- l'Hospitalet Nord	5,78%	
Baix Llobregat Litoral- Viladecans	2,20%	
El Prat i l'Hospitalet Sud	2,72%	
Baix Llobregat Nord	5,09%	
Vallès Occidental Est	5,08%	Referent 12
Vallès Occidental Oest	5,66%	
Barcelona Dreta	5,51%	Referent 13
Barcelona Esquerra	6,82%	Referent 14
Barcelona Litoral Mar	4,31%	Referent 15
Barcelona Nord	5,56%	Referent 16

A continuació es presenten els resultats de l'assoliment de les fites prioritzades per a cada un dels sis PE.

RESULTATS

3.2.1.1.9. Projecte estratègic 2.1

Per a les tres fites prioritzades, la font d'informació usada són els quatre qüestionaris dissenyats *ad hoc* que feien referència a les rutes assistencials de quatre malalties: insuficiència cardíaca congestiva (ICC), malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), depressió i diabetis *mellitus* de tipus 2 (DM2). Abans d'entrar en l'avaluació de cada una de les fites prioritzades, cal explicar que, atès que hi ha dues rutes assistencials diferenciades dins del territori natural (Barcelonès Nord i Baix Maresme), aquest territori s'ha desdoblant en dos: el de l'àrea d'influència de Badalona i el de l'àrea d'influència de Santa Coloma de Gramenet.

En primer lloc, es preguntava si es disposava d'una ruta assistencial redactada i documentada per a cada una de les quatre malalties avaluades. Tots els territoris disposaven de rutes assistencials redactades i documentades per a l'ICC, l'MPOC i la depressió. Pel que fa a la DM2, dos territoris no en disposaven: Baix Llobregat litoral-Sant Boi i El Prat-l'Hospitalet Sud.

A la taula 28 es mostra quines agrupacions territorials sorgeixen a l'hora de compartir les rutes assistencials per a cada una de les quatre patologies. S'observa que, en aquests anys, s'han redactat i documentat 39 rutes assistencials d'ICC i 39 d'MPOC, 30 rutes assistencials de DM2 i 27 rutes assistencials de depressió.

Per a l'ICC i l'MPOC hi ha una ruta assistencial dissenyada, redactada i documentada per a cada un dels territoris naturals, excepte per als dos territoris del Camp de Tarragona gestionats per la Xarxa Santa Tecla, que comparteixen la mateixa ruta (Tarragonès Santa Tecla i Baix Penedès), i per als tres territoris naturals de les Terres de l'Ebre, que en comparteixen una altra. Hi ha una única ruta de la depressió per a tots els territoris que formen les regions sanitàries Camp de Tarragona, Girona i Terres de l'Ebre, així com per al territori que abasta el Baix Llobregat, el Prat i l'Hospitalet. Respecte a la DM2, també hi ha una única ruta per a tots els territoris que formen la Regió Sanitària Girona i la Regió Sanitària Terres de l'Ebre, una única ruta per als territoris naturals del Camp de Tarragona



gestionats per la Xarxa Santa Tecla (Tarragonès Santa Tecla i Baix Penedès) i una altra ruta única per a la Cerdanya i el Solsonès-Berguedà-Bages, tot i que no pertanyen a la mateixa regió sanitària.

Taula 28. Distribució de les rutes assistencials en els territoris i cobertura poblacional segons les malalties a què fan referència

Regió sanitària	Territoris naturals (n = 42)	Agrupacions territorials			
		ICC	MPOC	Depressió	DM2
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà	0,82%	0,82%	8,16%	0,82%
	Baix Camp-Priorat	2,69%	2,69%		2,69%
	Tarragonès ICS	2,60%	2,60%		2,60%
	Tarragonès Santa Tecla	2,05%	2,05%		2,05%
	Baix Penedès				
Girona	Gironès-Pla de l'Estany	2,12%	2,12%	11,3%	11,3%
	Selva Interior	1,97%	1,97%		
	Baix Empordà	1,70%	1,70%		
	Alt Empordà	1,84%	1,84%		
	Ripollès	0,33%	0,33%		
	Garrotxa	0,74%	0,74%		
	Alt Maresme	2,59%	2,59%		
	Selva Marítima				
Alt Pirineu i Aran	Pallars	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%
	Aran-Alta Ribagorça	0,17%	0,17%	0,17%	0,17%
	Alt Urgell	0,28%	0,28%	0,28%	0,28%
	Cerdanya	0,21%	0,21%	0,21%	3,50%
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages	3,29%	3,29%	3,29%	3,50%
	Osona	2,04%	2,04%	2,04%	
	Anoia	1,49%	1,49%	1,49%	
Lleida	Lleida	5,06%	5,06%	5,06%	5,06%
Terres de l'Ebre	Baix Ebre	2,48%	2,48%	2,48%	2,48%
	Montsià				
	Terra Alta-Ribera d'Ebre				
Barcelona	Alt Penedès	1,29%	1,29%	1,29%	1,29%
	Garraf	1,56%	1,56%	1,56%	1,56%
	Vallès Oriental Central	3,30%	3,30%	3,30%	3,30%
	Baix Vallès	1,86%	1,86%	1,86%	1,86%
	Baix Montseny	0,53%	0,53%	0,53%	0,53%
	Maresme Central	3,50%	3,50%	3,50%	3,50%
	Barcelonès Nord i	Badalona	3,52%	3,52%	3,52%
	Baix Maresme				
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi	1,44%	1,44%	12,14%	Sense ruta
	Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord	5,78%	5,78%		5,78%

Baix Llobregat Litoral-Viladecans	2,20%	2,20%		2,20%
El Prat i l'Hospitalet Sud	2,72%	2,72%		Sense ruta
Baix Llobregat Nord	5,09%	5,09%	5,09%	5,09%
Vallès Occidental Est	5,08%	5,08%	5,08%	5,08%
Vallès Occidental Oest	5,66%	5,66%	5,66%	5,66%
Barcelona Dreta	5,51%	5,51%	5,51%	5,51%
Barcelona Esquerra	6,82%	6,82%	6,82%	6,82%
Barcelona Litoral Mar	4,31%	4,31%	4,31%	4,31%
Barcelona Nord	5,56%	5,56%	5,56%	5,56%
Total de rutes	39	39	27	30
Percentatge de cobertura poblacional	100%	100%	100%	95,8%

La cobertura poblacional és de gairebé el 100% en les quatre patologies, excepte en el cas de la DM2, que és del 95,8%, per raó que dos territoris no disposen de ruta assistencial: Baix Llobregat Litoral-Sant Boi i El Prat i l'Hospitalet Sud, que cobreixen un 1,44% i un 2,72% de la població, respectivament.

Fita. Marc genèric del concepte i el disseny de les RA

Com ja s'ha comentat, la informació sobre el marc genèric i el disseny de la RA es va recollir en el qüestionari que s'administrava als referents territorials. Concretament, es va preguntar sobre tres aspectes diferents: la formació que van rebre els líders clínics sobre el disseny de la ruta assistencial de cada malaltia, la redacció de la ruta assistencial basada en guies de pràctica clínica consensuades i, finalment, si en la redacció de la ruta assistencial es van tenir en compte els elements clau de procés (ECP) difosos des del PPAC. Els tres aspectes es recollien mitjançant variables amb dues possibles respostes: sí i no.

Per a les rutes de les quatre patologies, en més del 90% de les agrupacions territorials s'observa que els líders clínics van rebre formació sobre el seu disseny, que la redacció es va basar en guies de pràctica clínica consensuades i que es tingueren en compte els elements clau de procés de la patologia estudiada (taula 29).

Taula 29. Percentatge de respostes afirmatives dels aspectes relacionats amb el marc genèric del concepte i el disseny de la ruta assistencial segons la patologia

Aspectes recollits	ICC (n = 39)		MPOC (n = 39)		Depressió (n = 27)		DM2 (n = 30)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Els líders clínics van rebre formació sobre el disseny de la ruta assistencial de cada malaltia.*	36	94,7	38	94,7	26	96,3	29	96,7
La redacció de la ruta assistencial es basa en guies de pràctica clínica consensuades.**	39	100	39	100	27	100	30	100
En la redacció de ruta assistencial es van tenir en compte els elements clau de procés difosos des del PPAC.***	39	100	38	97,4	27	100	29	96,7

* S'entenia com a formació qualsevol acte divulgatiu amb el suport directe del PPAC (suport directe entès com a participació en el disseny, l'organització o l'execució de l'acte divulgatiu).

** No es tractava que es basessin en una única guia de pràctica clínica, sinó que els criteris de la ruta sempre estiguessin suportats per guies consensuades pels professionals participants.

*** No es tractava de complir exactament tots els elements clau de procés, sinó d'haver-los usat com a referència en la redacció de la ruta.

Fita. Participació àmplia en la redacció

Es va demanar la participació dels diferents actors en el grup redactor de la ruta assistencial. Aquests actors són: atenció primària, hospital d'aguts, 061, residència pública referent i centre sociosanitari referent.

Dels cinc àmbits assistencials, gairebé un 95% de l'atenció primària i dels hospitals d'aguts han participat en la redacció de les rutes assistencials en les quatre patologies estudiades.

L'àmbit que ha participat menys en el grup redactor de totes les rutes ha estat la residència pública de referència (entre un 10 i 20% segons la patologia), seguida del 061 (entre un 15 i un 30%).

Taula 30. Percentatge de participació en el grup redactor de cada un dels àmbits segons la patologia

Àmbits	ICC (n = 39)		MPOC (n = 39)		Depressió (n = 27)		DM2 (n = 30)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atenció primària	37	94,7	37	94,9	26	96,3	29	96,7
Hospital d'aguts	38	97,4	38	97,4	25	92,6	29	96,7
061	29	25,6	9	23,1	4	14,8	9	30,0
Residència pública referent	4	10,3	6	15,4	3	11,1	6	20,0
Centre sociosanitari referent	15	38,5	14	35,9	6	22,2	10	33,3

Tal com s'observa a la taula 31, en les rutes assistencials de l'ICC, de l'MPOC i de la DM2, en més de la meitat de les agrupacions territorials només han participat en el grup redactor l'atenció primària i l'hospital d'aguts, i aquest percentatge arriba fins al 70% en el grup redactor de la ruta de la depressió.



S'ha considerat com a participació àmplia quan en la redacció de la ruta assistencial hi han participat com a mínim persones de l'atenció primària, dels hospitals d'aguts i del 061. Prop d'una quarta part de les agrupacions territorials tenen una àmplia participació en el grup redactor de les rutes assistencials de l'ICC i de l'MPOC, i s'arriba a gairebé un terç en la ruta assistencial de la DM2. Pel que fa a la ruta assistencial de la depressió, la participació àmplia només es dona en el 15% de les agrupacions territorials. Cal destacar que només en dues agrupacions territorials han participat en els quatre àmbits en el grup redactor de les rutes assistencials de l'ICC i de l'MPOC.

Taula 31. Agrupació d'àmbits assistencials en el grup redactor de la ruta segons la patologia

Agrupació d'àmbits	ICC (n = 39)		MPOC (n = 39)		Depressió (n = 27)		DM2 (n = 30)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AP + HA	22	56,4	21	53,7	19	70,4	16	53,3
AP + HA + 061	2	5,1	3	7,7	1	3,7	2	6,7
AP + HA + CSR	5	12,8	6	15,5	1	3,7	1	3,3
AP + HA + RES	0	–	0	–	1	3,7	0	–
AP + HA + 061 + CSR	6	15,5	3	7,7	3	11,1	5	16,7
AP + HA + 061 + RPR	0	–	1	2,6	0	–	2	6,7
AP + HA + CSR + RPR	2	5,1	3	7,7	2	7,4	4	13,3
AP + HA + 061 + CSR + RPR	2	5,1	2	5,1	0	–	0	–

AP = atenció primària, HA = hospital d'aguts, CSR = centre sociosanitari referent, RPR = residència pública referent. L'ombregat indica participació àmplia = AP+HA+061.

Fita. Marc avaluatiu per a les quatre RA, comú per a tots els territoris

Es van fer diverses preguntes per establir l'existència d'un marc avaluatiu. En primer lloc, es va preguntar sobre la inclusió i l'explicitació en la ruta assistencial d'un paquet d'indicadors, i cal destacar que totes les agrupacions territorials (100%) van respondre afirmativament per a totes les patologies, excepte per a la depressió, que un territori no en va incloure (taula 32).

Taula 32. Percentatge de respostes afirmatives sobre la inclusió d'un paquet d'indicadors segons la patologia

Aspecte recollit	ICC (n = 39)		MPOC (n = 39)		Depressió (n = 27)		DM2 (n = 30)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
La ruta assistencial inclou i explicita un paquet d'indicadors.*	39	100	39	100	26	96,3	30	100

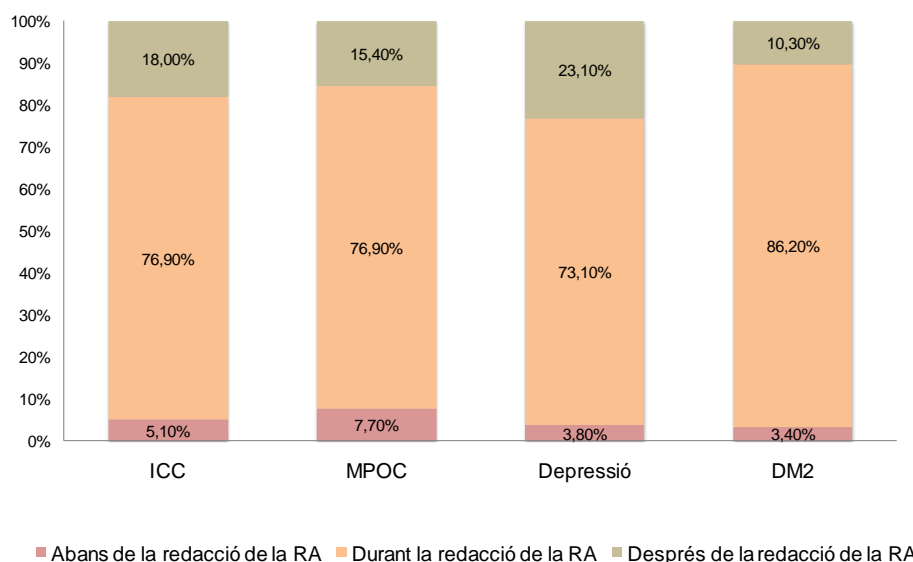
* Dos o més indicadors mesurables.

Per saber quan es va incloure majoritàriament en la ruta assistencial aquest paquet d'indicadors, es va preguntar si ja es disposava abans de la redacció de la ruta o es va incloure durant el procés de disseny o fins i tot si es va incloure *a posteriori*. Els resultats es mostren a la figura 25 i s'observa que, en totes les patologies, majoritàriament el paquet d'indicadors es va incloure durant el procés de disseny i que en poques agrupacions territorials es disposava abans de la redacció de la ruta. Cal



destacar que, en les rutes ICC, MPOC i DM2, alguns dels territoris (prop del 35% per a les dues primeres i un 13% per a la DM2) van contestar que el paquet havia estat inclòs en dos moments temporals: abans i durant el procés de la redacció de la ruta assistencial. En aquest cas, s'ha considerat que es va incloure durant el procés de la redacció, ja que aquest procés no ha estat totalment tancat fins a aquell moment, tot i que abans de la redacció se'n disposés d'un paquet bàsic.

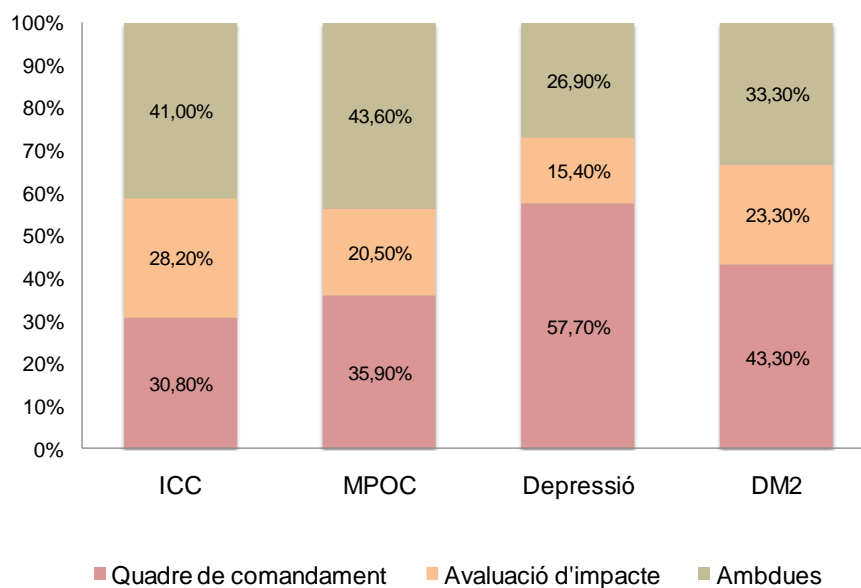
Figura 25. Moment de la inclusió del paquet d'indicadors segons la patologia de la ruta assistencial



Un altre aspecte que es recollia era la finalitat prioritària per a la qual es va dissenyar aquest paquet d'indicadors. La finalitat prioritària podia ser com a quadre de comandament (monitoratge) o com a avaluació d'impacte de la ruta. Sobta que els resultats variïn segons la patologia. Així, en la ruta assistencial de la depressió, en el 57,7% dels territoris es va dissenyar únicament com a quadre de comandament, mentre que aquest percentatge disminueix fins al 43% dels territoris per a la ruta de DM2, fins al 36% per a la ruta de l'MPOC i fins al 30% en el cas de la ruta de l'ICC. Al voltant d'un 25% dels territoris el van dissenyar exclusivament com a avaluació d'impacte de les rutes assistencials d'ICC, d'MPOC i de DM2 (figura 26).

A més a més, es va preguntar si del paquet d'indicadors se n'havien obtingut resultats i si aquests resultats havien estat tramesos als professionals (taula 33 i taula 34). En la ruta assistencial de l'MPOC i de l'ICC, prop del 70% dels territoris havien obtingut resultats del paquet d'indicadors, percentatge que disminueix fins al 60% per a la ruta de la DM2 i fins al 46% dels territoris per a la ruta de la depressió. En totes les rutes, gairebé en el 100% de les agrupacions territorials, quan s'han obtingut resultats, aquests resultats s'han tramès als professionals.

Figura 26. Finalitat de la inclusió del paquet d'indicadors segons la patologia de la ruta assistencial



Taula 33. Percentatge de respostes afirmatives d'obtenció de resultats del paquet d'indicadors segons la patologia

Aspectes recollits	ICC (n = 39)*		MPOC (n = 39)*		Depressió (n = 26)*		DM2 (n = 30)*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
S'han obtingut resultats del paquet d'indicadors.**	27	69,2	28	71,8	12	46,2	18	60

* Nombre de territoris que inclouen paquet d'indicadors.

** Qualsevol mesurament que s'hagi fet de qualsevol indicador.

Taula 34. Percentatge de respostes afirmatives de tramesa als professionals dels resultats segons la patologia

Aspectes recollits	ICC (n = 27)*		MPOC (n = 28)*		Depressió (n = 12)*		DM2 (n = 18)*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
S'han tramès els resultats als professionals**	25	92,6	28	100	12	100	18	100

* Nombre de territoris que han obtingut resultats.

** S'entenia com a tramesa qualsevol iniciativa formal de retorn: informe, enllaç, jornada, sessió clínica, etc.

Finalment, el grau en què creuen els referents territorials del CatSalut on està implementada la RA oscil·la entre el 7 i el 7,7 en les quatre patologies, i és més alta la implementació de les RA de l'ICC i de l'MPOC (7,7 i 7,6 de mitjana, respectivament).

Taula 35. Mitjana de puntuació sobre el grau d'implementació segons la patologia

Aspecte recollit	ICC (n = 39)		MPOC (n = 39)		Depressió (n = 27)		DM2 (n = 30)	
	n	mitjana	n	mitjana	n	mitjana	n	mitjana
Grau en què creu que està implementada la RA en el territori.	38	7,7	38	7,6	26	7	29	7,2

De manera oberta, es va preguntar quines accions concretes s'havien realitzat per a la implementació en cada una de les rutes assistencials. Les accions concretes que han referit els referents territorials de cada malaltia es mostren a les taules 36, 37, 38 i 39, respectivament.

Taula 36. Accions concretes realitzades per a la implementació de la ruta assistencial de l'ICC

Regió sanitària	Territoris naturals	Accions concretes de les 39 RA
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà	Durant el primer semestre del 2014 s'ha fet un pla de comunicació i han anat a tots els EAP i a l'hospital. De cada proveïdor hi ha un referent del Pla de salut gestor.
	Baix Camp-Priorat	Com que hi havia dos proveïdors que no podien compartir informació, era difícil. Durant el primer semestre del 2014 s'ha fet un pla de comunicació i han anat a tots els EAP i a l'hospital.
	Tarragonès ICS	Difícil contestar si està implementada o no, perquè ja hi havia una ruta prèvia i durant molts anys han treballat així, però no tenen resultats.
	Tarragonès Santa Tecla	Va ser difícil al principi, però després han estat molt efectius. Hi ha una EBA però s'ha incorporat més tard, no al grup redactor.
	Baix Penedès	
Girona	Gironès-Pla de l'Estany	S'ha fet difusió de la ruta amb participació de l'AP i l'AE.
	Selva Interior	S'ha fet difusió de la ruta amb participació de l'AP i l'AE. S'han millorat les eines de comunicació entre professionals via correu electrònic, telèfon de contacte directe amb especialistes. Hi ha resistències dels professionals a canviar metodologia de treball. Necessitat de simplificar encara més el circuit.
	Baix Empordà	Dificultat, en canvi, en les dinàmiques de treball tant d'AP com d'AE. Circuits ja definits pel Programa d'atenció a la complexitat.
	Alt Empordà	Només s'ha fet presentació als equips fa poc.
	Ripollès	
	Garrotxa	
	Alt Maresme	
	Selva Marítima	Només s'ha fet presentació als equips fa poc.
Alt Pirineu i Aran	Pallars	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Aran-Alta Ribagorça	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Alt Urgell	Elaboració entre atenció primària i hospital.



		Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.	
	Cerdanya	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.	
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages	S'ha presentat a tots els proveïdors del territori i s'han presentat a tota l'atenció primària i a l'hospital.	
	Osona	Hi ha divulgació a totes les àrees bàsiques del territori.	
	Anoia	Jornades d'informació.	
Lleida	Lleida	Jornades anuals.	
Terres de l'Ebre	Baix Ebre		
	Montsià	S'ha fet formació de formadors on es van incloure tots els proveïdors i nivells assistencials.	
	Terra Alta-Ribera d'Ebre		
Barcelona	Alt Penedès	S'han presentat resultats d'indicadors amb publicacions i pòsters.	
	Garraf	S'han presentat resultats d'indicadors amb publicacions i pòsters.	
	Vallès Oriental Central	Control òptim d'ICC: 52%. Prevalença ha augmentat a un 3% (i l'esperada és un 5%). Gestores de cas a atenció primària. Augment del servei a l'hospital de dia. Es va formar les infermeres sobre signes d'alarma i MF amb seguiment i tractament farmacològic.	
	Baix Vallès		
	Baix Montseny		
	Maresme Central	Formació de la ruta de l'ICC a atenció primària i hospital i difusió d'indicadors.	
	Barcelonès Nord i Baix Maresme	Badalona	Formació de la ruta de l'ICC a atenció primària i hospital i difusió d'indicadors. Protocol elaborat d'autocura del pacient. Sessions de discussió de casos. Germans Trias ha creat un circuit amb atenció primària, de manera que es fa un PREALT d'aquests pacients per evitar els reingressos, que era un índex molt alt.
		Santa Coloma	
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi	Difusió als equips i reunions.	
	Baix Llobregat Centre- l'Hospitalet Nord	Difusió als equips i reunions.	
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans	Difusió als equips i reunions.	



El Prat i l'Hospitalet Sud	Difusió als equips i reunions.
Baix Llobregat Nord	Difusió als equips i reunions.
Vallès Occidental Est	Formació als referents. Presentació als equips. Retroacció dels resultats. Reunions de coordinació
Vallès Occidental Oest	Formació als referents. Presentació als equips. Retroacció dels resultats. Reunions de coordinació.
Barcelona Dreta	Presentació als ABS (als referents amb coordinador de la ruta, i als referents d'atenció primària i de l'hospital).
Barcelona Esquerra	Molta formació abans i després de la ruta, i documents penjats al web.
Barcelona Litoral Mar	
Barcelona Nord	Sessió plenària amb tots els integrants de la ruta, referents d'ICC, direccions dels equips.

Taula 37. Accions concretes realitzades per a la implementació de la ruta assistencial de l'MPOC

Regió sanitària	Territoris naturals	Accions concretes de les 39 RA
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà	Durant el primer semestre del 2014 s'ha fet un pla de comunicació i han anat a tots els EAP i a l'hospital. De cada proveïdor hi ha un referent del Pla de salut gestor.
	Baix Camp-Priorat	Com que hi havia dos proveïdors que no podien compartir informació, era difícil. Durant el primer semestre del 2014 s'ha fet un pla de comunicació i han anat a tots els EAP i a l'hospital.
	Tarragonès ICS	Difícil contestar si està implementada o no perquè ja hi havia una ruta prèvia i durant molts anys han treballat així, però no tenen resultats.
	Tarragonès Santa Tecla Baix Penedès	Va ser difícil al principi, però després han estat molt efectius. Hi ha una EBA però s'ha incorporat més tard, no al grup redactor.
Girona	Gironès-Pla de l'Estany	S'ha fet difusió de la ruta amb participació de l'AP i l'AE.
	Selva Interior	A aquesta ruta ja s'han inclòs pacients (3).
	Baix Empordà	S'ha fet la difusió amb participació de l'AP i l'AE.
	Alt Empordà	Per les dades als centres ICS no s'ha fet la difusió i els no ICS han fet presentació de la ruta.
	Ripollès	Ja feta adaptació dels processos descrits a la RA a les especificitats dels EAP (fase d'implementació 2).
	Garrotxa	Ja feta adaptació dels processos descrits a la RA a les especificitats dels EAP (fase d'implementació 2).
	Alt Maresme Selva Marítima	S'ha fet la presentació a l'equip (fase d'implementació 1).
Alt Pirineu i Aran	Pallars	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Aran-Alta Ribagorça	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Alt Urgell	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Cerdanya	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Solsonès-Berguedà-Bages	S'ha presentat a tots els proveïdors del territori i s'han presentat a tota l'atenció primària i a l'hospital.



Catalunya Central	Osona	Hi ha divulgació a totes les àrees bàsiques del territori.	
	Anoia	Jornades d'informació.	
Lleida	Lleida	RECIC. Jornades anuals. Concreció d'objectius del CatSalut.	
Terres de l'Ebre	Baix Ebre	S'ha fet formació de formadors on es van incloure tots els proveïdors i nivells assistencials.	
	Montsià		
	Terra Alta-Ribera d'Ebre		
Barcelona	Alt Penedès	S'han fet presentacions als equips i els responsables estan ben identificats.	
	Garraf	En blanc.	
	Vallès Oriental Central	Figures de gestores de casos. Dues infermeres referents a cada EAP en espirometries. Educació sanitària.	
	Baix Vallès		
	Baix Montseny		
	Maresme Central	Formació de rutes. Formació de referents d'EAP. Seguiment i difusió dels indicadors.	
	Badalona		
	Barcelonès Nord i Baix Maresme	Santa Coloma	Presentació de rutes. Formació d'infermeres en espirometries. Reacreditació en línia específica. Deshabituaçió tabàquica. Reforç de la vacuna antipneumocòccica i grip.
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi	Difusió als equips i reunions.	
	Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord	Difusió als equips i reunions.	
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans	Difusió als equips i reunions.	
	El Prat i l'Hospitalet Sud	Difusió als equips i reunions.	

Baix Llobregat Nord	Difusió als equips i reunions.
Vallès Occidental Est	
Vallès Occidental Oest	Sessions als equips i hospital.
Barcelona Dreta	Presentació a les ABS (als referents amb coordinador de la ruta, i als referents d'atenció primària i de l'hospital).
Barcelona Esquerra	Molta formació abans i després de la ruta, i documents penjats al web.
Barcelona Litoral Mar	Ha estat presentada (hi ha marge de millora) a tots els referents d'hospital i d'atenció primària. Comunicació setmanal per correu als referents. Es fa consultoria virtual.
Barcelona Nord	Sessió plenària amb tots els integrants de la ruta i les direccions dels equips.



Taula 38. Accions concretes realitzades per a la implementació de la ruta assistencial de la depressió

Regió sanitària	Territoris naturals	Accions concretes de les 27 RA
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà	
	Baix Camp-Priorat	
	Tarragonès ICS	
	Tarragonès Santa Tecla	
	Baix Penedès	
Girona	Gironès-Pla de l'Estany	
	Selva Interior	
	Baix Empordà	Presentació de la RA a tots els proveïdors de la RSGi (febrer del 2014).
	Alt Empordà	Promoure la presentació als professionals en el seu centre (segon trimestre del 2014).
	Ripollès	Durant la redacció de la ruta es fa fer, a tots els professionals que hi van participar, un curs de formació de formadors en el maneig de la depressió i en l'elaboració i la implementació de la RA.
	Garrotxa	
	Alt Maresme	
Selva Marítima		
Alt Pirineu i Aran	Pallars	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Aran-Alta Ribagorça	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Alt Urgell	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Cerdanya	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages	S'ha presentat a tots els proveïdors del territori i s'han presentat a tota l'atenció primària i a l'hospital.
	Osona	Hi ha divulgació a totes les àrees bàsiques del territori.
	Anoia	Jornada de formació de la CAMFIC.
Lleida	Lleida	Lideratge del CatSalut. Curs depressió de la CAMFIC.



Terres de l'Ebre	Baix Ebre	S'ha fet formació de formadors on es van incloure tots els proveïdors i nivells assistencials.	
	Montsià		
	Terra Alta-Ribera d'Ebre		
Barcelona	Alt Penedès		
	Garraf		
	Vallès Oriental Central	Formació a les ABS (la van mantenint amb teleformació). Qüestionari sobre el risc de suïcidi. Curs de formació sobre depressió infantil per a pediatres.	
	Baix Vallès		
	Baix Montseny		
	Maresme Central	Inici de tractament grupal psicossocial de depressió lleu a les ABS.	
	Barcelonès Nord i Baix Maresme	Badalona	Presentació general i individual a cada ABS. A l'ABS Sant Roc s'ha fet cinc sessions específiques de formació de depressió.
		Santa Coloma	Presentació de la ruta a les ABS. Formació en sessions interconsultes. Actualment en revisió farmàcia amb la guia d'harmonització.
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi	Encara no implantada perquè tot just s'ha acabat ara.	
	Baix Llobregat Centre- l'Hospitalet Nord		
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans El Prat i l'Hospitalet Sud		
	Baix Llobregat Nord		
	Vallès Occidental Est		
	Vallès Occidental Oest		
	Barcelona Dreta	Presentació als representants del COSMIA i a la comissió permanent. Presentació progressiva als EAP.	
	Barcelona Esquerra	Professionals d'atenció primària (percentatge important de pacients amb depressió).	
	Barcelona Litoral Mar	Presentació als representants del COSMIA i a la comissió permanent. Presentació progressiva als EAP.	

	Barcelona Nord	Presentació als representants del COSMIA i a la comissió permanent. Presentació progressiva als EAP.
--	----------------	---

Taula 39. Accions concretes realitzades per a la implementació de la ruta assistencial de la DM2

Regió sanitària	Territoris naturals	Accions concretes de les 30 RA
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà	
	Baix Camp-Priorat	
	Tarragonès ICS	
	Tarragonès Santa Tecla	
	Baix Penedès	
Girona	Gironès-Pla de l'Estany	Presentació de la RA a tots els proveïdors de la RSGi (desembre del 2013). Promoure la presentació als professionals en el seu centre (primer semestre del 2014). Reconeixement dels referents territorials d'AP. A l'Alt Maresme només està implementada als EAP, ja que la UIDENTG només abasta fins a Selva Marítima. L'Hospital de Calella utilitza el sistema tradicional.
	Selva Interior	
	Baix Empordà	
	Alt Empordà	
	Ripollès	
	Garrotxa	
	Alt Maresme	
Selva Marítima		
Alt Pirineu i Aran	Pallars	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Aran-Alta Ribagorça	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Alt Urgell	Elaboració entre atenció primària i hospital. Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Cerdanya	Elaboració entre atenció primària i hospital.
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages	Presentació de la ruta a cada hospital i ABS per part del grup redactor.
	Osona	Hi ha divulgació a totes les àrees bàsiques del territori.
	Anoia	Difusió feta i validada i modificada pel doctor Serra.
Lleida	Lleida	RECIC. Jornades anuals, Endoblog (pioners), jornades de referents de les ABS.
	Baix Ebre	S'ha fet formació de formadors on es van incloure tots els proveïdors i nivells assistencials.



Terres de l'Ebre	Montsià		
	Terra Alta-Ribera d'Ebre		
Barcelona	Alt Penedès		
	Garraf		
	Vallès Oriental Central		Presentacions; consultoria i visites virtuals entre hospital i atenció primària. La podologia és hospitalària i ha augmentat la derivació. Formació a infermeres sobre l'abordatge del control d'úlceres vasculars.
	Baix Vallès		Presentada a principis d'any.
	Baix Montseny		Presentació i documents fets.
	Maresme Central		Formació sobre la ruta a AP i hospital. Formació a referents. Seguiment i difusió d'indicadors. S'està treballant farmàcia, cirurgia vascular, metges i infermeres d'atenció primària i hospital.
	Barcelonès Nord i Baix Maresme	Badalona	Presentació de la ruta a tots els equips i formació específica en tires reactives.
		Santa Coloma	Presentació de rutes.
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi		
	Baix Llobregat Centre-	l'Hospitalet Nord	Difusió als equips i reunions.
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans		Difusió als equips i reunions.
	El Prat i l'Hospitalet Sud		
	Baix Llobregat Nord		
	Vallès Occidental Est		
	Vallès Occidental Oest		
	Barcelona Dreta		Presentació a les ABS (als referents amb coordinador de la ruta, i als referents d'atenció primària i de l'hospital).
	Barcelona Esquerra		Molta formació abans i després de la ruta, i documents penjats al web.
	Barcelona Litoral Mar		Rotació dels professionals per endocrí i s'ha fet difusió de la ruta a tots els referents.
	Barcelona Nord		En blanc.



3.2.1.1.10. Resum territorial de les fites assolides

En les taules 40 a 43, es mostra un resum de les fites assolides per a cada una de les patologies segons les seves agrupacions territorials.

Taula 40. Resum de les respostes de la ruta assistencial de l'ICC

Regió sanitària	Territoris naturals	Fita – Concepte i disseny			Fita – Redacció					Fita – Paquet d'Indicadors					Grau d'imple- ment.
		Forma- ció	Basada en GPC	ECP	AP	HA	061	RPR	CSR	Existèn- cia	Inclu- sio*	Finali- tat**	Resul- tat	Tra- mesa	
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà										DU	QC+AI			6
	Baix Camp-Priorat										DU	QC+AI			5
	Tarragonès ICS										DU	QC+AI			NC
	Tarragonès Santa Tecla														
	Baix Penedès										DU	QC+AI			8
Girona	Gironès-Pla de l'Estany										AB+DU	QC+AI			10
	Selva Interior										AB+DU	QC+AI			10
	Baix Empordà										AB+DU	QC+AI			10
	Alt Empordà										AB+DU	QC+AI			10
	Ripollès										AB+DU	QC+AI			10
	Garrotxa										AB+DU	QC+AI			10
	Alt Maresme														
	Selva Marítima										AB+DU	QC+AI			10
Alt Pirineu i Aran	Pallars										DU	QC			8
	Aran-Alta Ribagorça										DU	QC			7
	Alt Urgell										DU	QC			7
	Cerdanya										DU	QC			8
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages										PO	AI			6
	Osona										DU	AI			4
	Anoia										PO	AI			8
Lleida	Lleida									DU	QC			6	
Terres de l'Ebre	Baix Ebre														
	Montsià										DU	QC+AI			3



	Terra Alta-Ribera d'Ebre															
Barcelona	Alt Penedès										DU	AI			9	
	Garraf	NC									DU	AI			7	
	Vallès Oriental Central										DU	QC			8	
	Baix Vallès										DU	QC			8	
	Baix Montseny										DU	QC			8	
	Maresme Central										AB+DU	QC+AI			7	
	Barcelonès Nord i Baix Maresme	Badalona										AB	QC			7
		Santa Coloma										AB	QC			7
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi										DU	QC+AI			7	
	Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord										DU	AI			8	
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans										AB+DU	QC			8	
	El Prat i l'Hospitalet Sud										DU	AI			6	
	Baix Llobregat Nord										DU	QC			6	
	Vallès Occidental Est										AB+DU	AI			9	
	Vallès Occidental Oest										AB+DU	AI			8	
	Barcelona Dreta										PO	QC			6	
	Barcelona Esquerra										AB+DU	QC+AI			7	
	Barcelona Litoral Mar										AB+DU	AI			9,75	
Barcelona Nord										PO	QC+AI			8		

* AB = paquet d'indicadors disponible abans de la redacció de la RA, DU = paquet d'indicadors inclòs durant el procés de disseny, PO = paquet d'indicadors inclòs *a posteriori*

** QC = quadre de comandament, AI = avaluació d'impacte

AP = atenció primària HA = hospitals d'aguts RPR = residència pública de referència CSR = centre sociosanitari de referència

Taula 41. Resum de les respostes de la ruta assistencial de l'MPOC

Regió sanitària	Territoris naturals	Fita – Concepte i disseny			Fita – Redacció					Fita – Paquet d'Indicadors					Grau d'implem ent.
		Forma- ció	Basada en GPC	ECP	AP	HA	061	RPR	CSR	Existèn- cia	Inclu- sió*	Finali- tat**	Res- ul- tat	Tra- mesa	
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà										DU	QC+AI			6
	Baix Camp-Priorat										DU	QC+AI			5
	Tarragonès ICS										DU	QC+AI			NC
	Tarragonès Santa Tecla										DU	QC+AI			8
	Baix Penedès														
Girona	Gironès-Pla de l'Estany										AB+DU	QC+AI			10
	Selva Interior										AB+DU	QC+AI			10
	Baix Empordà										AB+DU	QC+AI			10
	Alt Empordà										AB+DU	QC+AI			10
	Ripollès										AB+DU	QC+AI			10
	Garrotxa										AB+DU	QC+AI			10
	Alt Maresme										AB+DU	QC+AI			10
	Selva Marítima														
Alt Pirineu i Aran	Pallars										DU	QC			8
	Aran-Alta Ribagorça										DU	QC			7
	Alt Urgell										DU	QC			8
	Cerdanya										DU	QC			7
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages										PO	AI			8
	Osona										DU	AI			4
	Anoia										PO	AI			8
Lleida	Lleida										DU	QC			7
Terres de l'Ebre	Baix Ebre														
	Montsià										DU	QC+AI			0
	Terra Alta-Ribera d'Ebre														
Barcelona	Alt Penedès										DU	QC			7
	Garraf										DU	QC+AI			7
	Vallès Oriental Central										PO	QC			9



Baix Vallès										DU	QC			9
Baix Montseny										DU	QC			7
Maresme Central										AB+DU	QC			7
Barcelonès Nord i Baix Maresme	Badalona									AB	QC			8
	Santa Coloma									AB	QC			8
Baix Llobregat Litoral-Sant Boi										AB+DU	AI			8
Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord										DU	AI			8
Baix Llobregat Litoral-Viladecans										AB+DU	AI			7
El Prat i l'Hospitalet Sud										DU	AI			6
Baix Llobregat Nord										DU	QC			7
Vallès Occidental Est										AB	AI			9
Vallès Occidental Oest										AB	AI			10
Barcelona Dreta										PO	QC			9
Barcelona Esquerra										AB+DU	QC+AI			7
Barcelona Litoral Mar										AB+DU	AI			7
Barcelona Nord										AB+DU	QC+AI			8

** AB = paquet d'indicadors disponible abans de la redacció de la RA, DU = paquet d'indicadors inclòs durant el procés de disseny, PO = paquet d'indicadors inclòs *a posteriori*

** QC = quadre de comandament, AI = avaluació d'impacte

AP = atenció primària HA = hospitals d'aguts RPR = residència pública de referència CSR = centre sociosanitari de referència

Taula 42. Resum de les respostes de la ruta assistencial de la depressió

Regió sanitària	Territoris naturals	Fita – Concepte i disseny			Fita – Redacció					Fita – Paquet d'Indicadors					Grau d'imple- ment.
		Forma- ció	Basada en GPC	ECP	AP	HA	061	RPR	CSR	Existèn- cia	Inclu- sió*	Finali- tat**	Resul- tat	Tra- mesa	
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà														NC
	Baix Camp-Priorat														
	Tarragonès ICS									DU	QC+AI				
	Tarragonès Santa Tecla														
	Baix Penedès														
Girona	Gironès-Pla de l'Estany														8
	Selva Interior														
	Baix Empordà														
	Alt Empordà														
	Ripollès									AB+DU	QC+AI				
	Garrotxa														
	Alt Maresme														
Selva Marítima															
Alt Pirineu i Aran	Pallars										DU	QC			8
	Aran-Alta Ribagorça										DU	QC			8
	Alt Urgell										DU	QC			8
	Cerdanya										DU	QC			7
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages										PO	AI			8
	Osona										DU	AI			6
	Anoia										PO	AI			8
Lleida	Lleida									DU	QC			7	
Terres de l'Ebre	Baix Ebre														3
	Montsià										DU	QC+AI			
	Terra Alta-Ribera d'Ebre														
Barcelona	Alt Penedès														5
	Garraf										DU	AI			6
	Vallès Oriental Central										PO	QC			10
	Baix Vallès										PO	QC			10



Baix Montseny										PO	QC			10
Maresme Central										DU	QC			6
Barcelonès	Badalona									AB	QC			6
Nord i Baix Maresme	Santa Coloma									DU	QC			5,5
Baix Llobregat. Litoral-Sant Boi														
Baix Llobregat Centre- l'Hospitalet Nord										DU	QC+AI			0
Baix Llobregat Litoral-Viladecans														
El Prat i l'Hospitalet Sud														
Baix Llobregat Nord										DU	QC			7
Vallès Occidental Est										DU	QC+AI			8
Vallès Occidental Oest										DU	QC			8
Barcelona Dreta										DU	QC			8
Barcelona Esquerra										DU	QC	NC	NC	6
Barcelona Litoral Mar										DU	QC+AI			8
Barcelona Nord										DU	QC+AI			8,5

* AB = paquet d'indicadors disponible abans de la redacció de la RA, DU = paquet d'indicadors inclòs durant el procés de disseny, PO = paquet d'indicadors inclòs *a posteriori*

** QC = quadre de comandament, AI = avaluació d'impacte

AP = atenció primària HA = hospitals d'aguts RPR = residència pública de referència CSR = centre sociosanitari de referència

Taula 43. Resum de les respostes de la ruta assistencial de la DM2

Regió sanitària	Territoris naturals	Fita – Concepte i disseny			Fita – Redacció					Fita – Paquet d'Indicadors				Grau d'imple ment.	
		Forma- ció	Basada en GPC	ECP	AP	HA	061	RPR	CSR	Existèn- cia	Inclu- sió*	Finali- tat**	Resul- tat		Tra-mesa
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà										DU	QC+AI			6
	Baix Camp-Priorat										DU	QC+AI			5
	Tarragonès ICS										DU	QC+AI			NC
	Tarragonès Santa Tecla										DU	QC+AI			8
	Baix Penedès										DU	QC+AI			8
Girona	Gironès-Pla de l'Estany										AB+DU	QC+AI			8
	Selva Interior														
	Baix Empordà														
	Alt Empordà														
	Ripollès														
	Garrotxa														
	Alt Maresme														
Selva Marítima															
Alt Pirineu i Aran	Pallars										DU	QC			8
	Aran-Alta Ribagorça										DU	QC			8
	Alt Urgell										DU	QC			8
	Cerdanya										PO	AI			8
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages										DU	AI			3
	Osona										DU	AI			7
	Anoia										PO	AI			7
Lleida	Lleida										DU	QC			8
Terres de l'Ebre	Baix Ebre										DU	QC+AI			5
	Montsià														
	Terra Alta-Ribera d'Ebre														
Barcelona	Alt Penedès										DU	AI			7
	Garraf										DU	AI			7
	Vallès Oriental Central										DU	QC			7
	Baix Vallès										DU	QC			7



Baix Montseny										DU	QC			5
Maresme Central										DU	QC			7
Barcelonès Nord i Baix Maresme	Badalona									AB	QC			8
	Santa Coloma									DU	QC			8
Baix Llobregat Litoral-Sant Boi	NO DISPOSA DE RA													
Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord										DU	AI			8
Baix Llobregat Litoral-Viladecans										DU	AI			7
El Prat i l'Hospitalet Sud	NO DISPOSA DE RA													
Baix Llobregat Nord										DU	QC			7
Vallès Occidental Est										AB+DU	QC+AI			9
Vallès Occidental Oest										AB+DU	QC			8
Barcelona Dreta										DU	QC	NC	NC	8
Barcelona Esquerra										AB+DU	QC+AI			7
Barcelona Litoral Mar										AB+DU	QC+AI			8,5
Barcelona Nord										PO	QC+AI			6

* AB = paquet d'indicadors disponible abans de la redacció de la RA, DU = paquet d'indicadors inclòs durant el procés de disseny, PO = paquet d'indicadors inclòs *a posteriori*

** QC = quadre de comandament, AI = avaluació d'impacte

AP = atenció primària HA = hospitals d'aguts RPR = residència pública de referència CSR = centre sociosanitari de referència

3.2.1.1.11. Canvi entre el 2011 i el 2014 d'alguns indicadors relacionats

Tot i que no es pot establir causalitat entre la implementació de les rutes assistencials i la millora dels principals indicadors, sí que cal destacar que alguns d'aquests indicadors han variat des del 2011, tal com es mostra a la taula 44.

Taula 44. Percentatge de variació dels principals indicadors relacionats amb les patologies (2011-2014)

Indicadors	ICC	MPOC	Depressió	DM2
Mortalitat (× 1.000 h.)	-24%	+15%	+46%	+15%
Mortalitat hospitalària (%)	-12%	-	-	-
Contactes a l'atenció primària (mitjana anual)	-6%	+1%	+2%	-3%
Hospitalitzacions d'HA (× 100 h.)	-33%	-5%	+8%	-7%
Hospitalitzacions urgents d'HA (× 100 h.)	-34%	-1%	+17%	-2%
Llits anuals ocupats (× 100.000 h.)	+142%	+0,8%	-9%	-2%
Reingressos hospitalaris als 30 dies (%)	-7%	-3%	-	-
Hospitalitzacions potencialment evitables (× 100.000 h.)	-1%	-13%	-	-17% ¹
Urgències (× 100 h.)	-19%	+8%	+17%	+2%
Consultes externes (× 100 h.)	-12%	2%	+9%	-3%
Pacients en llarga estada SS (× 100 h.)	-18%	+18%	+20%	+17%
Pacients en mitja estada SS (× 100 h.)	+6%	+46%	+73%	+35%
Pacients en UFISS (× 100 h.)	-14%	+22%	+44%	+21%
Pacients al PADES (× 100 h.)	-18%	+8%	+50%	+17%
Hospitalitzacions de salut mental (× 100 h.)	0	0	+44%	0
Contactes de salut mental a atenció primària (× 100 h.)	+23%	0	+18%	-4%
Despesa en receptes (€ × h.)	-29%	-78%	-11%	-17%
Despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (€ × h.)	-16,4%	+15%	+22%	+12%

Font: MSIQ, 2014. Divisió d'Anàlisi de la Demanda i d'Activitat. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

1. Complicacions derivades de la **DM2**.

3.2.1.1.12. Projecte estratègic 2.2

Les fites prioritzades d'aquest projecte estratègic se centren a disposar d'un programa poblacional a tot el territori de Catalunya amb objectius comuns entre l'atenció primària del territori i l'Agència de Salut Pública de Catalunya sobre: 1) promoció de la realització d'exercici físic; 2) promoció de tenir una alimentació saludable; 3) prevenció del tabaquisme. La font d'informació usada és el qüestionari dissenyat *ad hoc* extra amb rutes i que feia referència, entre d'altres, a les activitats de promoció de la salut. Abans d'entrar en l'avaluació de cada una de les fites prioritzades, cal explicar que alguns territoris naturals s'agrupen en 23 agrupacions territorials per treballar els aspectes de promoció de la salut avaluats. Aquestes agrupacions territorials, així com la cobertura poblacional, es mostren a la taula 45.

Taula 45. Distribució i cobertura poblacional de les activitats de promoció de la salut

Regió sanitària	Territoris naturals (n = 42)	Cobertura
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà	8,16%
	Baix Camp-Priorat	
	Tarragonès ICS	
	Tarragonès Santa Tecla	
	Baix Penedès	
Girona	Gironès-Pla de l'Estany	11,3%
	Selva Interior	
	Baix Empordà	
	Alt Empordà	
	Ripollès	
	Garrotxa	
	Alt Maresme	
	Selva Marítima	
Alt Pirineu i Aran (4 territoris)	Pallars	0,25%
	Aran-Alta Ribagorça	0,17%
	Alt Urgell	0,28%
	Cerdanya	0,21%
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages	3,29%
	Osona	2,04%
	Anoia	1,49%
Lleida	Lleida	5,06%
Terres de l'Ebre	Baix Ebre	2,48%
	Montsià	
	Terra Alta-Ribera d'Ebre	
Barcelona	Alt Penedès	2,85%
	Garraf	
	Vallès Oriental Central	5,69%
	Baix Vallès	
	Baix Montseny	



Maresme Central	3,50%
Barcelonès Nord i Maresme	5,75%
Baix Llobregat Litoral-Sant Boi	12,1%
Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord	
Baix Llobregat Litoral-Viladecans	
El Prat i l'Hospitalet Sud	
Baix Llobregat Nord	5,09%
Vallès Occidental Est	5,08%
Vallès Occidental Oest	5,66%
Barcelona Dreta	5,51%
Barcelona Esquerra	6,82%
Barcelona Litoral Mar	4,31%
Barcelona Nord	5,56%

Es va preguntar als referents territorials del CatSalut si en la majoria dels territoris dels quals eren referents es disposava d'algun programa específic sobre activitat física, alimentació saludable i tabaquisme (com a "majoria de territoris" s'especificava que el programa cobria més del 50% de la població). A més, es va preguntar si la línia 2.2 del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 havia facilitat el disseny o la reformulació d'aquest programa i si l'atenció primària havia participat en el disseny o reformulació. També es va demanar informació sobre la implementació i l'avaluació dels programes; concretament, es va preguntar si, independentment de si s'havia dissenyat o reformulat la implementació del programa, aquesta implementació havia estat coordinada amb l'atenció primària. Finalment, es preguntava si el programa havia estat avaluat i si, en aquesta avaluació, l'atenció primària hi havia estat part activa. A continuació es mostren els resultats de cadascuna d'aquestes preguntes per als tres programes de promoció de la salut avaluats: alimentació saludable, activitat física i prevenció del consum de tabac.

Promoció de l'alimentació saludable i de l'activitat física

La promoció de l'alimentació saludable i l'activitat física es mostren conjuntament, atès que ambdues es treballen sota el paraigua del Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS). El PAAS és un pla sectorial que inclou més de 65 actuacions en quatre àmbits: educatiu, comunitari, sanitari i laboral.

En totes les agrupacions territorials considerades (100%), hi ha un programa específic de promoció de l'exercici físic que cobreix més del 50% de la població, i en un 91,3% de les agrupacions territorials (21 de 23) hi ha un programa específic sobre l'alimentació saludable.

D'altra banda, en prop del 60% de les agrupacions territorials on hi ha el PAAS, la línia 2.2 del Pla de salut ha facilitat el disseny o la reformulació d'ambdós estils de vida. En canvi, en més d'un 80% d'agrupacions territorials, l'atenció primària ha participat en el disseny i/o la reformulació. Aquestes dades es mostren a la figura 27.



Pel que fa a la implementació dels programes, en totes les agrupacions territorials s'ha implementat el programa d'activitat física, i en 20 de les 21 agrupacions (95,2%) hi ha un programa específic d'alimentació saludable. Respecte a l'avaluació, el programa d'activitat física ha estat avaluat en divuit de les agrupacions territorials (78,3%), mentre que el d'alimentació saludable només ho ha estat en la meitat (10 de 20). Cal destacar, però, que en les agrupacions territorials on s'ha avaluat, en més del 80% de les agrupacions l'atenció primària ha estat part activa d'aquesta avaluació, tal com mostra la figura 28.

Prevenció del consum de tabac

En 22 de les 23 agrupacions territorials (95,7%), hi ha un programa específic de prevenció del consum de tabac que cobreix més del 50% de la població. En el 63,6% de les agrupacions territorials on hi ha aquest programa específic, la línia 2.2 del Pla de salut n'ha facilitat el disseny o la reformulació. En canvi, en més d'un 90% d'agrupacions territorials, l'atenció primària ha participat en el disseny i/o la reformulació del programa. Aquestes dades es mostren a la figura 27.

Pel que fa a la implementació dels programes, en totes les agrupacions territorials on hi ha el programa específic, aquest programa s'ha implementat i en divuit ha estat avaluat (81,8%). Cal destacar que el 94,4% de les agrupacions on s'ha avaluat el programa l'atenció primària ha estat part activa d'aquesta avaluació, tal com mostra la figura 28.

Figura 27. Disseny i/o reformulació dels programes de promoció de la salut que hi ha en les diferents agrupacions territorials (%)

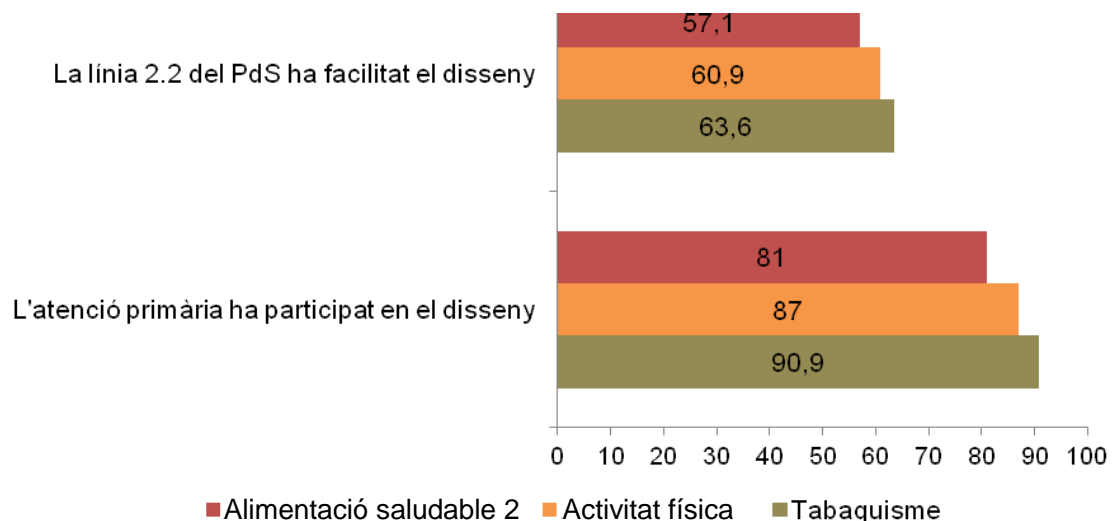
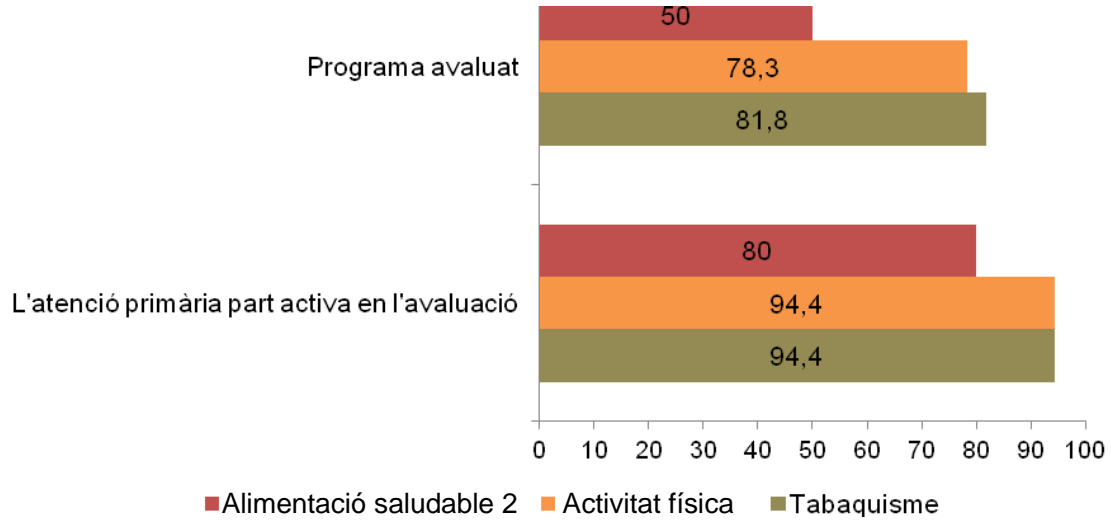


Figura 28. Avaluació dels programes de promoció de la salut implementats en les diferents agrupacions territorials (%)



3.2.1.1.13. Resum territorial de les fites assolides

En les taules 46-48, es mostra un resum de les fites assolides per a cada una de les patologies segons les seves agrupacions territorials.

Taula 46. Resum de les respostes dels programes de promoció de l'alimentació saludable

Regió sanitària	Territoris naturals	Existència del programa	L2.2 facilita el disseny	L'AP participa en el disseny	Implementació	Avaluació	L'AP és part activa en l'avaluació
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà						
	Baix Camp-Priorat						
	Tarragonès ICS						
	Tarragonès Santa Tecla						
	Baix Penedès						
Girona	Gironès-Pla de l'Estany						
	Selva Interior						
	Baix Empordà						
	Alt Empordà						
	Ripollès						
	Garrotxa						
	Alt Maresme						
	Selva Marítima						
Alt Pirineu i Aran	Pallars						
	Aran-Alta Ribagorça						
	Alt Urgell						
	Cerdanya						
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages						
	Osona						
	Anoia						
Lleida	Lleida						

Terres de l'Ebre	Baix Ebre						
	Montsià						
	Terra Alta-Ribera d'Ebre						
Barcelona	Alt Penedès						
	Garraf						
	Vallès Oriental Central						
	Baix Vallès						
	Baix Montseny						
	Maresme Central						
	Barcelonès Nord i Maresme						
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi						
	Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord						
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans						
	El Prat i l'Hospitalet Sud						
	Baix Llobregat Nord						
	Vallès Occidental Est						
	Vallès Occidental Oest						
	Barcelona Dreta						
	Barcelona Esquerra						
	Barcelona Litoral Mar						
	Barcelona Nord						

Taula 47. Resum de les respostes dels programes de promoció de l'activitat física

Regió sanitària	Territoris naturals	Existència del programa	L2.2 facilita el disseny	L'AP participa en el disseny	Implementació	Avaluació	L'AP és part activa en l'avaluació
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà						
	Baix Camp-Priorat						
	Tarragonès ICS						
	Tarragonès Santa Tecla						
	Baix Penedès						
Girona	Gironès-Pla de l'Estany						
	Selva Interior						
	Baix Empordà						
	Alt Empordà						
	Ripollès						
	Garrotxa						
	Alt Maresme						
	Selva Marítima						
Alt Pirineu i Aran	Pallars						
	Aran-Alta Ribagorça						
	Alt Urgell						
	Cerdanya						
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages						
	Osona						
	Anoia						
Lleida	Lleida						
Terres de l'Ebre	Baix Ebre						
	Montsià						
	Terra Alta-Ribera d'Ebre						
Barcelona	Alt Penedès						

Garraf							
Vallès Oriental Central							
Baix Vallès							
Baix Montseny							
Maresme Central							
Barcelonès Nord i Maresme							
Baix Llobregat Litoral-Sant Boi							
Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord							
Baix Llobregat Litoral-Viladecans							
El Prat i l'Hospitalet Sud							
Baix Llobregat Nord							
Vallès Occidental Est							
Vallès Occidental Oest							
Barcelona Dreta							
Barcelona Esquerra							
Barcelona Litoral Mar							
Barcelona Nord							

Taula 48. Resum de les respostes dels programes de prevenció del consum de tabac

Regió sanitària	Territoris naturals	Existència del programa	L2.2 facilita el disseny	L'AP participa en el disseny	Implementació	Avaluació	L'AP és part activa en l'avaluació
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà						
	Baix Camp-Priorat						
	Tarragonès ICS						
	Tarragonès Santa Tecla						
	Baix Penedès						
Girona	Gironès-Pla de l'Estany	No contesta	No contesta	No contesta	No contesta	No contesta	No contesta
	Selva Interior						
	Baix Empordà						
	Alt Empordà						
	Ripollès						
	Garrotxa						
	Alt Maresme						
	Selva Marítima						
Alt Pirineu i Aran	Pallars						
	Aran-Alta Ribagorça						
	Alt Urgell						
	Cerdanya						
Catalunya Central	Solsonès-Berguedà-Bages						
	Osona						
	Anoia						
Lleida	Lleida						
Terres de l'Ebre	Baix Ebre						
	Montsià						
	Terra Alta-Ribera d'Ebre						
Barcelona	Alt Penedès						

Garraf							
Vallès Oriental Central							
Baix Vallès							
Baix Montseny							
Maresme Central							
Barcelonès Nord i Maresme							
Baix Llobregat Litoral-Sant Boi							
Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord							
Baix Llobregat Litoral-Viladecans							
El Prat i l'Hospitalet Sud							
Baix Llobregat Nord							
Vallès Occidental Est							
Vallès Occidental Oest							
Barcelona Dreta							
Barcelona Esquerra							
Barcelona Litoral Mar							
Barcelona Nord							

3.2.1.1.14. Canvi entre el 2011 i el 2014 d'alguns indicadors relacionats

Tot i que no es pot establir causalitat entre l'existència d'aquests programes de promoció de la salut i la millora dels principals indicadors, sí que cal destacar que alguns d'aquests indicadors han variat des del 2011, tal com es mostra a la taula 49.^{30,31}

Taula 49. Percentatge de variació dels principals indicadors relacionats amb els programes de promoció (2011-2013)*

Indicadors	Percentatge de variació 2011-2013
Percentatge de > 14 anys amb activitat sedentària	+17%
Percentatge de 6-14 anys amb realització diària de jocs amb esforç físic	-5,3%
Percentatge de població amb consum de cinc o més racions diàries de fruita i verdura	+2,6%
Percentatge de 3-14 anys que mengen alguna vegada a la setmana menjar ràpid	+18,5%
Percentatge de > 14 anys que consumeixen tabac (diari + ocasional)	-10,1%
Percentatge de 0-14 anys exposats a la llar al fum ambiental del tabac	-12,2%

* 2013: darrera edició disponible de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA).

3.2.1.1.15. Projecte estratègic 2.3

El programa Pacient Expert Catalunya (PPE-CAT®) està en funcionament des del 2006 i en aquest document només es presenten els resultats assolits des del 2012.

Fita. Posar en marxa les proves pilot del Programa Pacient Expert Catalunya® en: obesitat, depressió i persones supervivents de càncer de mama

Durant aquest període, s'ha redactat un document amb el model de pacient expert per a l'obesitat, per a la depressió i per a les persones supervivents de càncer de mama.

El desembre del 2014 es va iniciar a l'ASSIR (Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva) de Cornellà de Llobregat una prova pilot amb les persones supervivents de càncer de mama; el gener del 2015 es van engegar dues proves pilot sobre l'obesitat, una a Tona i una altra a l'Hospital de Lleida, i, finalment, en aquest mateix període de temps s'han iniciat dues proves pilot més sobre la depressió al CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults) de Barcelona i al CAP Sant Oleguer de Sabadell.

Fita. Posar en marxa el Programa Pacient Expert Catalunya® a tots els proveïdors de salut de Catalunya

Des del 2012 i fins al primer semestre del 2014, el PPE-CAT®, s'ha posat en marxa en 21 proveïdors de salut diferents. Segons el CatSalut (llista generada el juny del 2014), al territori hi havia 38 proveïdors diferents. Això vol dir que el PPE-CAT® ha arribat a un 55% dels proveïdors de salut de Catalunya, tal com mostra la taula 50.

Durant aquest període, el PPE-CAT® ha tractat vuit patologies i ha constituït un total de 253 grups de pacients diferents. En aquests grups hi han participat 2.687 pacients, dels quals han actuat com a pacients experts conductors de grup un total de 159.

Taula 50. Proveïdors de salut on s'ha iniciat el PPE-CAT®.

Proveïdors (n = 38)	PPE-CAT®
Albera Salut, SLP	
Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa	
Aran Salut	
Atenció Primària Alt Camp, SL	
Badalona Serveis Assistencials, SA (BSA)	
Centre Sanitari del Solsonès	
Consorci Assistencial del Baix Empordà	
Consorci d'Atenció Primària Salut Eixample (CAPSE)	
Consorci Castelldefels (CASAP)	
Consorci Sanitari de l'Anoia	
Consorci Sanitari de Terrassa	
Consorci Sanitari del Maresme	
Consorci Sanitari Integral	
Consorci Serveis a les Persones de Vilanova i la Geltrú	
Corporació de Salut Maresme i Selva	



Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell	
CSC Vitae, SA	
EAP Barcelona Sardenya	
EAP Dreta de l'Eixample, SL	
EAP Osona Sud-Alt Congost, SL	
EAP Poble Sec, SLP	
EAP Sarrià, SLP	
EAP VIC, SLP	
EBA Vallcarca, SLP	
Fundació Hospital de Puigcerdà	
Fundació Privada Hospital de Campdevànol	
Fundació Privada Hospital de Sant Jaume d'Olot	
Fundació Privada Sagessa Salut	
Fundació Salut Empordà	
Gestió Serveis Sanitaris	
Gestió i Prestació de Serveis de Salut	
Institut Català de la Salut	
Institut d'Assistència Sanitària	
Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal (PAMEM)	
Mútua de Terrassa	
Projectes Sanitaris i Socials, SA	
Vallplasa Atenció Primària, SLP	
Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla	
Total	21

Taula 51. Nombre de grups, nombre de pacients participants, nombre de pacients experts i nombre de proveïdors segons les patologies tractades

Patologies	Nombre de grups	Pacients experts	Pacients participants*	Nombre de proveïdors
Insuficiència cardíaca congestiva	33	20	334	9
Tractament anticoagulant	66	36	694	5
Malaltia pulmonar obstructiva crònica	65	37	679	13
Diabetis <i>mellitus</i> de tipus 2	67	49	771	8
Fibromiàlgia	10	8	100	3
Deshabitució tabàquica	8	6	71	1
Malaltia de Chagas	1	0	5	1
Ansietat	3	3	33	1
Total	253	159	2.687	21**

* Inclou els pacients experts.

** No es correspon amb la suma, ja que alguns dels proveïdors participen en més d'una patologia.

A la taula 51 es mostren el nombre de grups, el nombre de pacients participants i, d'aquests pacients, quants han estat pacients experts conductors de grup, així com el nombre de proveïdors



que hi han intervingut. S'observa que la diabetis *mellitus*, el tractament anticoagulant i l'MPOC són les tres patologies en què han participat més pacients i en què s'han fet més grups. Això és així perquè el programa es desplega progressivament i les primeres patologies que es van tractar van ser justament aquestes i, per tant, ja duien un bagatge adquirit. També aquestes mateixes patologies són les patologies en què han participat més proveïdors, conjuntament amb la insuficiència cardíaca congestiva i la fibromiàlgia.

Fita. Analitzar resultats de l'ESCA sobre el grau d'alfabetització per a la salut de la ciutadania i definir les estratègies que cal desenvolupar per millorar-lo

A fi de dissenyar i desenvolupar els continguts de la Carpeta Personal de Salut (CPS), del Canal Salut i d'altres materials educatius adreçats a la ciutadania i adequats als seus coneixements, es feia necessari conèixer el grau d'alfabetització per a la salut de la ciutadania, amb l'objectiu d'adaptar els documents a les necessitats identificades. És per aquest motiu que, l'any 2014, l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) va incloure un mòdul específic de la versió en català i castellà de la *Short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire* (HLS-EU-Q16). Aquest qüestionari, amb setze ítems, és una versió reduïda del qüestionari HLS-EU-Q47 elaborat pel Consorci Europeu d'Alfabetització per a la Salut en el projecte europeu de HLS 2009-2012. Està previst enquestar una mostra de 2.400 ciutadans de Catalunya. Fins avui, s'han implementat dues onades de 2.000 ciutadans; la tercera es farà l'any 2015, després de la qual s'analitzaran els resultats i s'estratificaran segons l'edat, el sexe i el nivell socioeconòmic. A finals del 2015, s'ha d'estar dissenyant els continguts de la CPS seguint els criteris d'alfabetització d'acord amb els resultats extrets.

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

3.2.1.1.16. Canvi entre el 2011 i el 2014 d'alguns indicadors relacionats

Tot i que no es pot establir causalitat entre l'existència del PPE-CAT i els possibles canvis en les malalties que tracta, s'observa:

- Que s'ha reduït més d'un 40% la mitjana de visites per motius de descompensació tant a atenció primària com a urgències i als ingressos hospitalaris en aquells pacients amb insuficiència cardíaca congènita respecte a un any abans de l'inici del programa.



- Que s'ha reduït més d'un 25% la mitjana de visites tant a atenció primària com a urgències i d'ingressos hospitalaris en aquells pacients amb MPOC respecte a un any abans de l'inici del programa.
- Que s'ha produït una millora de 5 punts de percentatge en el control de la malaltia i una reducció en la mitjana d'una visita mèdica o infermera i una reducció de prop del 10% en la mitjana de complicacions en el tractament anticoagulant respecte a un any abans de l'inici del programa.

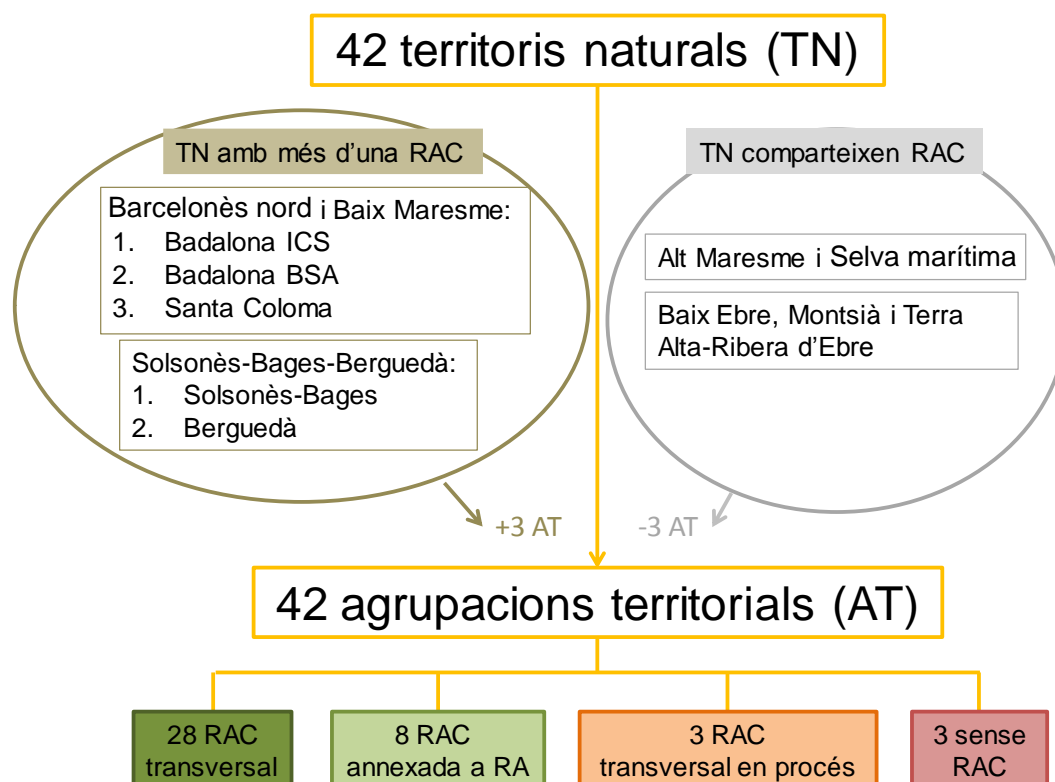
Finalment, s'observa que un cop finalitzats els grups de programa hi ha unes millores continuades en el temps respecte als coneixements, els hàbits i els estils de vida, l'autocura i la qualitat de vida en els pacients que hi han participat.

3.2.1.1.17. Projecte estratègic 2.4

Abans de presentar els resultats de l'avaluació de les fites d'aquest projecte estratègic, cal explicar quina és l'estructura del territori respecte a l'existència de les diferents rutes assistencials de la complexitat (RAC).

A la figura 29 es mostra com es transformen els 42 territoris naturals en què es divideix Catalunya en les 42 agrupacions territorials en funció de les RAC existents.

Figura 29. Reagrupació dels territoris naturals segons les RAC



Després d'haver revisat a fons la informació facilitada pels referents territorials, s'han classificat les agrupacions territorials segons els diferents tipus de RAC trobades:

- Sense RAC.
- RAC transversal: amb document escrit.
- RAC transversal en procés: igual que l'anterior però en procés d'escriptura.
- RAC annexada: no hi ha una ruta de la complexitat com a tal, sinó annexada a la ruta assistencial de les patologies de l'ICC i de l'MPOC. Per tant, no cobreix totes les situacions de complexitat.

De les 42 agrupacions territorials, 28 tenen RAC transversal, vuit estan annexades a les rutes assistencials de l'ICC i de l'MPOC, tres estan en procés de redacció i tres no disposen de RAC. Per tant, 36 agrupacions territorials disposen de RAC i això significa que un 96,4% de la població de

Catalunya té accés a una ruta assistencial específica de la complexitat. Cal destacar, però, que tant a la Regió Sanitària Girona com al territori natural de l'Anoia aquesta ruta només cobreix les patologies de l'ICC i de l'MPOC i, per tant, hi ha prop d'un 13% de la població de Catalunya que està coberta parcialment.

Taula 52. Descripció, cobertura i tipus de RAC segons les agrupacions territorials

Regió sanitària	Agrupacions territorials (n = 42)		Cobertura	RAC		
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà		0,82%	Transversal	1 RAC comuna i 1 annexa territori natural	
	Baix Camp-Priorat		2,69%	Transversal		
	Tarragonès ICS		2,60%	Transversal		
	Tarragonès Santa Tecla		0,94%	Transversal		
	Baix Penedès		1,11%	Transversal		
Girona	Gironès-Pla de l'Estany		2,12%	Annexa a la RA ICC/MPOC		
	Selva Interior		1,97%	Annexa a la RA ICC/MPOC		
	Baix Empordà		1,70%	Annexa a la RA ICC/MPOC		
	Alt Empordà		1,84%	Annexa a la RA ICC/MPOC		
	Ripollès		0,33%	Annexa a la RA ICC/MPOC		
	Garrotxa		0,74%	Annexa a la RA ICC/MPOC		
	Selva Marítima		2,59%	Annexa a la RA ICC/MPOC		
	Alt Maresme					
Alt Pirineu i Aran	Aran-Alta Ribagorça		0,17%	Sense RAC		
	Alt Urgell		0,28%	Sense RAC		
	Pallars		0,25%	Transversal en procés		
	Cerdanya		0,21%	Transversal en procés		
Catalunya Central	Solsonès-Bages-Berguedà	Solsonès-Bages	2,78%	Transversal		
		Berguedà	0,51%	Transversal en procés		
	Osona		2,04%	Transversal		
	Anoia		1,49%	Annexa a la RA ICC/MPOC		
Lleida	Lleida		5,06%	Transversal		
Terres de l'Ebre	Baix Ebre		2,48%	Transversal		
	Montsià					
	Terra Alta-Ribera d'Ebre					
Barcelona	Alt Penedès		1,29%	Transversal		
	Garraf		1,56%	Transversal		
	Vallès Oriental Central		3,30%	Transversal		
	Baix Vallès		1,86%	Transversal		
	Baix Montseny		0,53%	Transversal		
	Maresme Central		3,50%	Transversal		
	Barcelona Nord i Baix Maresme	Badalona ICS	Badalona ICS	2,09%	Transversal	1 RAC comuna i 1 annexa proveïdor
			Badalona BSA	1,43%	Transversal	
			Santa Coloma	2,23%	Sense RAC	
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi		1,44%	Transversal		
	Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord		5,78%	Transversal		
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans		2,20%	Transversal		
	El Prat i l'Hospitalet Sud		2,72%	Transversal		

Baix Llobregat Nord	5,09%	Transversal
Vallès Occidental Est	5,08%	Transversal
Vallès Occidental Oest	5,66%	Transversal
Barcelona Dreta	5,51%	Transversal
Barcelona Esquerra	6,82%	Transversal
Barcelona Litoral Mar	4,31%	Transversal
Barcelona Nord	5,56%	Transversal

La font d'informació per avaluar les fites d'aquest projecte estratègic ha estat el buidatge del document de la RAC que cada referent va facilitar. No s'ha recollit informació de les sis agrupacions territorials que no disposen de RAC o que estan en fase d'elaboració. D'aquestes 36 agrupacions territorials, es disposa de 31 documents escrits de la RAC, per raó que, tant per als cinc territoris naturals del Camp de Tarragona com per a les dues agrupacions territorials de Badalona, s'ha fet el buidatge del document de la RAC comuna respectiu (taula 53).

Taula 53. Informació disponible per a cada agrupació territorial

Regió sanitària	Agrupacions territorials RAC (n = 42)	Documents disponibles de la RAC	Preguntes d'alternatives assistencials i models col·laboratius	
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà	1 únic document de la RAC comuna. Sense annexos	1	
	Baix Camp-Priorat		1	
	Tarragonès ICS		1	
	Tarragonès Santa Tecla		1	
	Baix Penedès		1	
Girona	Gironès-Pla de l'Estany	1	1 única resposta per a tota la regió sanitària	
	Selva Interior	1		
	Baix Empordà	1		
	Alt Empordà	1		
	Ripollès	1		
	Garrotxa	1		
	Selva Marítima	1		
	Alt Maresme	1		
Alt Pirineu i Aran	Aran-Alta Ribagorça			
	Alt Urgell			
	Pallars			
	Cerdanya			
Catalunya Central	Solsonès-Bages-Berguedà	Solsonès-Bages Berguedà	1	1
	Osona		1	1
	Anoia		1	1
	Lleida		1	1
Terres de l'Ebre	Baix Ebre		1	1

	Montsià			
	Terra Alta-Ribera d'Ebre			
Barcelona	Alt Penedès	1	1	
	Garraf	1	1	
	Vallès Oriental Central	1	1	
	Baix Vallès	1	1	
	Baix Montseny	1	1	
	Maresme Central	1	1	
	Barcelonès Nord i Baix Maresme	Badalona ICS	1 únic document de la RAC comuna. Sense annexos	1 única resposta
		Badalona BSA		
		Santa Coloma		
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi	1	1	
	Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord	1	1	
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans	1	1	
	El Prat i l'Hospitalet Sud	1	1	
	Baix Llobregat Nord	1	1	
	Vallès Occidental Est	1	1	
	Vallès Occidental Oest	1	1	
	Barcelona Dreta	1	1	
	Barcelona Esquerra	1	1	
	Barcelona Litoral Mar	1	1	
	Barcelona Nord	1	1	
Total	36 AT amb RAC	31 documents	29 respostes	

Fites. Que TOTS els "territoris" hagin tancat un pacte territorial en el seu "territori natural" del model de garantia 7 x 24 en el vessant de "capacitat de resposta" i en el vessant d'"actuacions proactives mínimes"

Aquestes dues fites s'han avaluat mitjançant el buidatge dels 31 documents de la RAC disponibles. Concretament, s'ha revisat si en el document escrit de la RAC hi figuren els ítems que es recullen a la taula 54. S'observa que prop del 90% de les agrupacions territorials tenen en el seu document de la RAC un apartat específic de les garanties 7 x 24 i que, a més, fan una menció específica tant de l'organització com de la resposta dels diferents agents en cas de crisi. Prop d'un 70%, a més, disposen d'una vinculació específica a l'atenció domiciliària amb les garanties 7 x 24. Això es tradueix en el fet que gairebé un 90% de la població de Catalunya disposa d'un pacte territorial del model de garantia 7 x 24 tant en el vessant de "capacitat de resposta" com en el vessant d'"actuacions proactives mínimes".

Taula 54. Avaluació dels ítems sobre un model de garantia 7 x 24 en el territori

Ítems revisats dels documents de la RAC (n = 31)	Nre. de documents	Percentatge*	Cobertura
1. Existència d'un apartat específic a les garanties 7 x 24	27	87%	89,3%
2. Vinculació específica de l'atenció domiciliària a les garanties 7 x 24	22	71%	78,9%
3. Menció específica de l'organització dels diferents agents en cas de crisi	28	90%	89,0%
4. Menció específica de la resposta dels diferents agents en cas de crisi	28	90%	88,6%

* Sobre 31 documents revisats.

Fita. Definir un model territorial d'atenció domiciliària integrada a escala territorial

Com en les dues anteriors, aquesta fita també s'ha avaluat mitjançant el buidatge del document de la RAC. Els dos ítems revisats es mostren a la taula 55. S'observa que en poc menys de la meitat dels documents revisats es descriu de manera específica un model d'atenció domiciliària, però, en canvi, totes les agrupacions territorials on aquest model es descriu inclouen la distribució i la coordinació de les tasques al domicili. En termes de cobertura poblacional, un 44% de la població de Catalunya disposa d'un model territorial d'atenció domiciliària.

Taula 55. Avaluació dels ítems sobre el model d'atenció domiciliària integrada en el territori

Ítems revisats del document escrit de la RAC (n = 31)	Nre. de documents	Percentatge*	Cobertura
5. Descripció de manera específica d'un model d'atenció domiciliària	15	48,4%	44,04%
6. Descripció de la distribució i la coordinació de les tasques a domicili en el model d'atenció domiciliària descrit	15	100%**	

* Sobre 31 documents revisats.

** Sobre les quinze agrupacions territorials que descriuen de manera específica un model d'atenció domiciliària.

Fita. Definir un model territorial d'atenció en residències que inclogui alguna experiència de compra de farmàcia des de les unitats de farmàcia

A la taula 56 es mostren els dos ítems que s'han usat per avaluar aquesta fita, extrets del document escrit de la RAC, i s'observa que menys d'un 30% de les agrupacions territorials (nou de 31) preveuen un apartat específic per al model d'atenció a les residències i que només una d'aquestes nou agrupacions territorials inclou alguna experiència de compra de farmàcia des de les unitats de farmàcia. Per al conjunt de Catalunya, menys de la meitat de la població disposa d'un model d'atenció a les residències i només un 5% en disposa d'un que inclogui alguna experiència de compra de farmàcia.

Taula 56. Avaluació dels ítems sobre el model d'atenció en residències en el territori

Ítems revisats del document escrit de la RAC (n = 31)	Nre. de documents	Percentatge*	Cobertura
---	-------------------	--------------	-----------

7. Existència d'un apartat específic per al model d'atenció a les residències	9	29%	44,3%
8. Inclusió d'alguna experiència de compra de farmàcia des de les unitats de farmàcia en aquest model	1	11%**	5,1%

* Sobre 31 documents revisats.

** Sobre les nou agrupacions territorials que preveuen un apartat específic per al model d'atenció a les residències.

Fita. Definir un model d'atenció a les transicions amb suport de l'HCCC i Salut amb transferència informació d'alt valor clínic i generació d'avisos per garantir la continuïtat assistencial

A la taula 57 es mostren els dos ítems que s'han usat per avaluar aquesta fita, extrets del buidatge dels documents de la RAC, i s'observa que més d'un 80% de les agrupacions territorials preveuen un apartat específic per al model d'atenció a les transicions; en canvi, només tres d'aquestes agrupacions territorials inclouen la generació d'alarmes a l'HCCC per informar del lloc on es troba el pacient en cada moment. Prop d'un 80% de la població de Catalunya disposa d'un model d'atenció a les transicions amb suport de l'HCCC, però només un 8% inclou la generació d'alarmes per informar del lloc on es troba el pacient en cada moment.

Taula 57. Avaluació dels ítems sobre el model d'atenció a les transicions en el territori

Ítems revisats del document escrit de la RAC (n = 31)	Nre. de documents	Percentatge*	Cobertura
9. Existència d'un apartat específic per a l'atenció a les transicions	26	83,9%	79,8%
10. Inclusió de la generació d'alarmes a l'HCCC per informar del lloc on es troba el pacient en cada moment en el model d'atenció de les transicions	3	11,5%**	8,1%

* Sobre 31 documents revisats.

** Sobre les 25 agrupacions territorials que descriuen de manera específica un model d'atenció a les transicions.

3.2.1.1.18. Alternatives assistencials disponibles

D'altra banda, en el qüestionari de la RAC es va incloure un apartat sobre les alternatives assistencials disponibles en cada territori. Cal destacar que el referent territorial de la regió de Girona i el referent de l'agrupació territorial de Badalona van respondre per al conjunt d'aquests dos territoris, respectivament, sense diferenciar per les diferents agrupacions territorials de la RAC. Això implica que es disposa de 29 respostes (taula 53).

A la taula 58 es mostra la distribució territorial dels dispositius assistencials alternatius i la seva relació amb la implementació del PPAC recollits en el qüestionari de la RAC.



Taula 58. Distribució territorial dels dispositius assistencials alternatius orientats a millorar l'atenció de la cronicitat en el territori

Regió sanitària	Agrupacions territorials RAC (n = 42)		Agrupacions territorials					
			1	2	3	4	5	
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà						UGA	
	Baix Camp-Priorat						UGA	
	Tarragonès ICS						Unitat d'infermeria experta PCC	
	Tarragonès Santa Tecla						Unitat d'infermeria experta PCC	
	Baix Penedès							
Girona	Gironès-Pla de l'Estany							
	Selva Interior							
	Baix Empordà							
	Alt Empordà							
	Ripollès							
	Garrotxa							
	Alt Maresme							
	Selva Marítima							
Alt Pirineu i Aran	Aran-Alta Ribagorça		No disposen de RAC					
	Alt Urgell		No disposen de RAC					
	Pallars		No disposen de RAC					
	Cerdanya		No disposen de RAC					
Catalunya Central	Solsonès-Bages-Berguedà	Solsonès-Bages					PADES territorial	
		Berguedà	No disposen de RAC					
	Osona					Hospitalització a domicili		
	Anoia					UGA x fractura de fèmur		
Lleida	Lleida					Projecte APCICA		
Terres de l'Ebre	Baix Ebre						Hospitalització a domicili	
	Montsià							
	Terra Alta-Ribera d'Ebre							
Barcelona	Alt Penedès						EAR ICS	
	Garraf						EAR ICS	
	Vallès Oriental Central							
	Baix Vallès							
	Baix Montseny							
	Maresme Central							
	Barcelona Nord i Baix Maresme	Badalona ICS						
		Badalona BSA						
		Santa Coloma		No disposen de RAC				
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi							
	Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord						HADO	
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans							
	El Prat i l'Hospitalet Sud							
	Baix Llobregat Nord							
	Vallès Occidental Est						CUAP	
	Vallès Occidental Oest							
	Barcelona Dreta						Hospital de dia i HADO	
Barcelona Esquerra								
Barcelona Litoral Mar						CUAP		
Barcelona Nord						CUAP		
Total agrupacions territorials amb resposta* (n = 29)			n	21	24	26	23	16



Cobertura poblacional	%	80%	84%	86%	78%
-----------------------	---	-----	-----	-----	-----

* A Girona i Badalona, els referents han donat resposta conjunta, respectivament.

a) unitats de subaguts; b) unitats de postaguts; c) hospital de dia per a pacients amb complexitat; d) unitats expertes de suport a l'atenció primària per a la complexitat; e) altres dispositius.

No en disposa

Existència prèvia

Existència però amb canvis arran del PPAC

Existència gràcies al PPAC

Concretament, a cada referent se li preguntava si en el seu territori es disposava de les alternatives assistencials següents orientades a la millora de l'atenció a la cronicitat: unitats de subaguts, unitats de postaguts, hospital de dia per a pacients amb complexitat i unitats expertes de suport a l'atenció primària per a la complexitat. Un 72% de les agrupacions territorials disposen d'unitats de subaguts; un 83%, d'unitats de postaguts; un 90%, d'hospitals de dia per a pacients amb complexitat, i un 79%, d'unitats expertes de suport a l'atenció primària per a la complexitat. Per tant, prop d'un 80% de la població catalana té al seu abast cada una d'aquestes alternatives assistencials. Cal destacar que en gairebé totes les agrupacions territorials hi ha unitats de subaguts orientades a millorar l'atenció de la cronicitat, unitats d'hospital de dia per a pacients amb complexitat i unitats expertes de complexitat de suport a l'atenció primària. Totes aquestes alternatives o s'han generat gràcies al PPAC o, tot i existir prèviament, han millorat gràcies al programa. En canvi, pel que fa a les unitats de postaguts, en gairebé totes les agrupacions ja existien prèviament a la posada en marxa del PPAC.

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

- Reordenació de la xarxa de salut mental.
- Redefinició del paper de l'hospital d'aguts i l'atenció especialitzada en l'atenció a la cronicitat.
- Reordenació de la xarxa sociosanitària.
- Models d'atenció domiciliària, residencial i 7 x 24 als malalts crònics.
- Criteris de planificació sobre hospitalització i alternatives assistencials en l'atenció a la cronicitat.

Tots aquests documents estan disponibles a:

http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentacio/



3.2.1.1.19. Resum territorial de les fites assolides

A la taula 59 es mostra un resum de les fites assolides per a cada una de les patologies segons les seves agrupacions territorials.

Taula 59. Resum dels ítems usats per a l'avaluació de les fites prioritzades per a cada agrupació territorial

Regió sanitària	Agrupacions territorials RAC (n = 42)	Fites – Pacte territorial				Fita – Atenció domiciliària		Fita – Atenció residències		Fita – Atenció transicions	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà										
	Baix Camp-Priorat										
	Tarragonès ICS										
	Tarragonès Santa Tecla										
	Baix Penedès										
Girona	Gironès-Pla de l'Estany										
	Selva Interior										
	Baix Empordà										
	Alt Empordà										
	Ripollès										
	Garrotxa										
	Selva Marítima										
	Alt Maresme										
Alt Pirineu i Aran	Aran-Alta Ribagorça										
	Alt Urgell										
	Pallars										
	Cerdanya										
Catalunya Central	Solsonès-Bages-Berguedà	Solsonès-Bages									
		Berguedà									

Resultats de l'avaluació del PPAC (2011-2014)

	Osona											
	Anoia											
Lleida	Lleida											
Terres de l'Ebre	Baix Ebre											
	Montsià											
	Terra Alta-Ribera d'Ebre											
Barcelona	Alt Penedès											
	Garraf											
	Vallès Oriental Central											
	Baix Vallès											
	Baix Montseny											
	Maresme Central											
	Barcelonès Nord i Baix Maresme	Badalona ICS										
		Badalona BSA										
		Santa Coloma										
		Baix Llobregat Litoral-Sant Boi										
		Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord										
		Baix Llobregat Litoral-Viladecans										
		El Prat i l'Hospitalet Sud										
		Baix Llobregat Nord										
		Vallès Occidental Est										
		Vallès Occidental Oest										
		Barcelona Dreta										
		Barcelona Esquerra										
		Barcelona Litoral Mar										
		Barcelona Nord										
Total	36 AT amb RAC	27	22	28	28	15	15	9	1	26	3	
	Cobertura poblacional	89,3%	78,9%	89,0%	88,6%	44,04%	44,04%	44,3%	5,1%	83,5%	8,1%	

3.2.1.1.20. Projecte estratègic 2.5

Per avaluar les fites d'aquest projecte estratègic també s'han usat les dues fonts descrites pel projecte estratègic 2.4, que estan recollides a la taula 53 (buidatge dels 31 documents escrits de la RAC disponibles i les 29 respostes del qüestionari referents a les preguntes sobre models col·laboratius).

A banda de les dues fonts mencionades, també s'ha usat la informació sobre el disseny i la implementació de la RAC, el disseny i la implementació de la identificació dels PCC i el disseny i la implementació sobre el Pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC). Com ja s'ha comentat anteriorment, responen a aquestes preguntes les agrupacions territorials que disposen de RAC ($n = 36$). Finalment, per calcular els percentatges d'identificació de les 42 agrupacions territorials RAC s'ha usat la base de dades de morbiditat recollida i treballada per la Divisió d'Anàlisi de la Demanda i d'Activitat del CatSalut, que s'ha explicat a l'apartat d'avaluació de les necessitats. Breument, aquesta base de dades recull la informació de cada usuari sobre la morbiditat que ha patit durant l'any 2013, així com la informació sobre si ha estat marcat com a pacient crònic complex (PCC) o com a pacient amb malaltia crònica avançada (MACA). Conèixer aquesta informació és possible gràcies al fet que des del gener del 2013 es va habilitar a la història clínica compartida de Catalunya (HCCC) la possibilitat de dur a terme un marcatge *ad hoc* de les condicions dels PCC i dels pacients amb MACA. Per a aquesta avaluació, es disposa de la informació d'aquesta base de dades a data 31 de desembre de 2013 (darrera disponible en el moment de fer l'avaluació).

Finalment, la darrera font d'informació usada va ser un estudi dissenyat *ad hoc* per conèixer la qualitat del Pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC), que s'explicarà més endavant.

Fita. Disposar d'una cobertura mínima de pacients crònics complexos identificats en un rang d'entre 1 i 1,5%

Per avaluar aquesta fita s'han usat les fonts d'informació següents: el buidatge dels 31 documents RAC, la base de dades de morbiditat i les respostes a les preguntes sobre identificació del qüestionari sobre la RAC contestat pels referents territorials del CatSalut.

Tot el procés d'identificació dels pacients crònics complexos (PCC), inclosos els pacients amb malaltia crònica avançada (MACA), hauria d'estar descrit en un pacte territorial dins del document de la RAC. Del buidatge dels 31 documents disponibles de la RAC, s'ha trobat la descripció d'un pacte territorial sobre la identificació en 26 agrupacions territorials (84%). En termes de cobertura poblacional, això implica que un 88% de la població de Catalunya disposa d'un pacte sobre el procés d'identificació.

D'altra banda, a 31 de desembre de 2013 s'havien identificat 101.415 PCC- MACA, els quals representen un 1,3% de la població total de Catalunya. Tot i que amb aquest percentatge s'assoleix la fita avaluada, cal comentar que el percentatge d'identificació no és homogeni en les 42 agrupacions territorials RAC (taula 60).

De les 42 agrupacions territorials considerades, 27 territoris (64% dels territoris) tenen un percentatge d'identificació superior a l'1% (i més d'un terç —33%— tenen un percentatge

d'identificació superior a l'1,5%). En cap territori no hi ha una identificació menor del 0,5%. En termes de cobertura poblacional, prop d'un 70% de la població viu en territoris on es disposa d'una cobertura mínima d'identificació de PCC i MACA.

A banda que el percentatge d'identificació dels PCC sigui superior a l'1%, un indicador de la bona qualitat d'aquesta identificació és la ràtio entre PCC i MACA. S'ha considerat com a bona qualitat de la identificació quan la ràtio és inferior a 5.

Dels 27 territoris amb un percentatge d'identificació superior a l'1%, dotze (44%) també tenen una ràtio entre PCC i MACA inferior a 5. Això vol dir que prop d'un terç de les agrupacions territorials tenen un bon percentatge d'identificació i, alhora, aquesta identificació és de qualitat en termes de relació dels PCC sobre els MACA. Cal destacar que onze de les quinze agrupacions territorials amb un percentatge d'identificació inferior a l'1% tenen una bona ràtio entre PCC i MACA i, per tant, tot i tenir percentatges d'identificació més baixos, el procés d'identificació és correcte (taula 60). Això es podria explicar pels diferents tempos a l'hora d'incorporar-se al procés d'identificació.

Tal com s'ha comentat anteriorment, 36 agrupacions territorials disposen de RAC, tres no en disposen i tres encara l'estan elaborant. Sobta que, d'aquestes sis que no tenen una RAC en ple funcionament, tres obtenen tant un bon percentatge d'identificació com una bona qualitat de la relació entre els PCC i els MACA i una, tot i tenir una identificació de qualitat —baixa— respecte a la ràtio entre PCC i MACA (taula 60).

Taula 60. Percentatge d'identificació dels PCC i ràtio de PCC sobre MACA en les agrupacions territorials RAC

Regió sanitària	Agrupacions territorials RAC (n = 42)	Percentatge d'identificació de PCC i MACA	Ràtio de PCC-MACA
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà	2,3	6,4
	Baix Camp-Priorat	1,4	9,6
	Tarragonès ICS	2,7	6,3
	Tarragonès Santa Tecla	0,7	1,8
	Baix Penedès	0,5	2,3
Girona	Gironès-Pla de l'Estany	1,1	4,5
	Selva Interior	1,6	4,5
	Baix Empordà	2,6	8,1
	Alt Empordà	1,4	4,2
	Ripollès	0,6	8,2
	Garrotxa	1,1	4,0
	Alt Maresme	1,7	7,7
	Selva Marítima		
Alt Pirineu i Aran	Pallars	3,3	3,8
	Aran-Alta Ribagorça	0,9	10,0
	Alt Urgell	3,0	5,8
	Cerdanya	0,5	0,9
	Solsonès-Bages	2,1	5,6

Catalunya Central	Solsonès-Bages-Berguedà	Berguedà	1,6	4,4	
	Osona		2,4	2,2	
	Anoia		1,1	3,0	
Lleida	Lleida		1,4	5,7	
Terres de l'Ebre	Baix Ebre		2,03	6,7	
	Montsià				
	Terra Alta-Ribera d'Ebre				
Barcelona	Alt Penedès		0,9	2,5	
	Garraf		0,6	3,2	
	Vallès Oriental Central		1,8	3,5	
	Baix Vallès		2,3	5,8	
	Baix Montseny		0,7	2,8	
	Maresme Central		1,4	8,3	
	Baix Llobregat Nord i Maresme	Badalona ICS		0,7	4,1
		Badalona BSA		0,5	2,8
		Santa Coloma		1,1	4,2
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi		0,9	2,5	
	Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord		0,9	3,9	
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans		0,7	1,7	
	El Prat i l'Hospitalet Sud		1,1	5,9	
	Baix Llobregat Nord		0,5	5,1	
	Vallès Occidental Est		1,0	3,6	
	Vallès Occidental Oest		0,7	8,7	
	Barcelona Dreta		1,2	5,5	
	Barcelona Esquerra		1,3	4,9	
	AIS Litoral Mar		1,1	5,3	
	Barcelona Nord		1,6	5,8	
Percentatge d'identificació	> 1,5%	1-1,5%	0,5-0,9%	< 0,5%	
Ràtio PCC-MACA	1,5-2,5	< 1,5 o 2,5-5	5,1-8	> 8	

En blau, agrupacions territorials sense RAC.

Respecte als factors que poden haver tingut influència en el procés d'identificació, es va demanar als referents territorials que puntuessin del 0 al 10 (on 0 és la nul·la influència i 10 és la plena influència) la possible influència que havien tingut 21 factors concrets. Aquests factors s'agrupaven en vuit blocs: experiències prèvies en el territori, sistemes d'informació, compra de serveis, suport documental, polítiques informatives, alineament de dalt a baix, alineament de baix a dalt i *benchmarking*. A banda de demanar que els puntuessin, també se'ls va demanar que prioritzessin els cinc que consideraven més importants. Aquesta informació només es recollia de les 36 agrupacions territorials on es disposava d'una RAC.

Els factors concrets que es van preguntar, així com les seves puntuacions mitjanes (màxim i mínim), es mostren a la taula 61. Els factors amb una puntuació mitjana superior a 8 són: la influència dels lideratges professionals, el desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció primària, l'alineament favorable de les direccions de les entitats proveïdores, la posició del CatSalut, el desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC i el contracte de CatSalut amb les organitzacions. En canvi, els factors amb una puntuació mitjana inferior a 5 són: la influència dels antilideratges i la implicació dels serveis socials territorials.

Taula 61. Puntuacions mitjanes dels factors possiblement relacionats amb el procés d'identificació

Blocs	Factors	n	Mitjana	Màxim	Mínim
	Experiències prèvies com ara protocols (no guies ni rutes)	36	5,6	0	10
Sistemes d'informació	El desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC (marcatge de pacients, generació de PIIC)	36	8,3	7	10
	El desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció primària (marcatge de pacients, generació de PIIC)	36	8,6	7	10
	El desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció especialitzada (suport al marcatge de pacients o a la generació de PIIC)	36	7,3	0	10
Compra de serveis	Contracte de CatSalut amb les organitzacions	36	8,2	6	10
	Polítiques d'incentius i DPO	29	6,9	0	10
Suport documental	La documentació generada des del PPAC	36	7,5	2	9
	Disposar de la ruta de complexitat redactada	27	7,0	0	10
Polítiques informatives	Estratègia de difusió de la ruta de complexitat	27	7,5	5	10
	Estratègies de formació als professionals	33	8,0	4	10
Alineament top-down	Posició del CatSalut (serveis matrius i territorials) a favor del projecte	36	8,3	6	10
	Alineament favorable de les direccions de les entitats proveïdores	36	8,4	7	10
	Dinàmica general creada pel Pla de salut	36	7,7	5	10
	Suport directe des del PPAC	36	7,4	3	9
	Influència dels lideratges professionals locals	36	8,8	7	10
	Influència dels antilideratges professionals locals	32	3,0	0	10
	Disposar de referents en complexitat en els equips assistencials	36	7,7	5	10
	Canvis interns en el funcionament dels equips assistencials	36	6,4	0	9
	Entesa entre els líders clínics del territori	36	6,8	0	9
	Implicació dels serveis socials territorials	35	3,4	0	8
Benchmarking	Retroacció generada a partir de resultats de cobertura	36	7,7	0	10

Per saber quins d'aquests factors són els que els referents prioritzen com els cinc més importants, s'ha seguit el criteri següent:

Per a cada factor:

1. S'ha calculat quantes persones l'han prioritzat com a important.
2. S'ha aplicat un pes de 5 en cas que l'hagin prioritzat en primer lloc, de 4 en cas que l'hagin prioritzat en segon lloc, de 3 en cas que l'hagin prioritzat en tercer lloc, de 2 en cas que l'hagin prioritzat en quart lloc i d'1 en cas que l'hagin prioritzat en cinquè lloc.
3. S'han sumat les puntuacions obtingudes en funció del lloc de priorització.

El recorregut d'aquesta puntuació va d'1 (un sol referent l'ha prioritzat en cinquè lloc) a 190 (tots els referents l'han prioritzat en primer factor). Els resultats d'aquesta priorització es mostren a la taula 62 i s'observa que el factor més important en el procés d'identificació és la influència dels lideratges dels professionals locals. En segon se situa el desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC i, en tercer lloc, el contracte de CatSalut amb les organitzacions.

Taula . Factors més importants per explicar la identificació dels PCC i els MACA

Priorització	Factors	Puntuació
1	Influència dels lideratges professionals locals	96
2	Desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC	85
3	Contracte de CatSalut	75
4	Desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció primària	56
5	Estratègies de formació als professionals	36

Fita. Disposar d'una cobertura mínima de Pla d'intervenció individualitzat i d'intervenció compartit (PIIC) en una proporció mínima persones en situació de complexitat

Per avaluar aquesta fita s'han usat les fonts d'informació següents: el buidatge dels 31 documents RAC i les respostes a les preguntes sobre identificació del qüestionari sobre la RAC contestat pels referents territorials.

S'ha dissenyat i implementat el Pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC), el qual és elaborat i generat pel professional clínic en l'àmbit local i és transferit a l'HCCC, amb l'objectiu de compartir informació rellevant i crítica quan hi accedeix qualsevol professional clínic que ha d'intervenir en la presa de decisions sobre el pacient, en qualsevol moment i amb una visió d'accés 7 x 24. Això inclou l'activació i l'avís proactiu sobre els sistemes d'informació locals de 061-CatSalut Respon.

La realització dels PIIC hauria d'estar descrita en un pacte territorial dins del document de la RAC. Del buidatge dels 31 documents disponibles de la RAC, s'ha trobat la descripció d'un pacte territorial sobre la realització de PIIC en deu (32%). En termes de cobertura poblacional, això implica que menys de la meitat de la població de Catalunya (45,3%) disposa d'un pacte sobre la realització dels PIIC.

D'altra banda, fins al juliol del 2014 hi havia 101.458 persones marcades com a PCC o MACA en la història clínica compartida de Catalunya (HCCC). D'aquestes persones, 94.171 disposaven d'un PDF amb el PIIC a l'HCCC (93%). Això no vol dir que totes aquestes persones disposin d'un PIIC de qualitat, ja que en alguns proveïdors de salut el PIIC es genera automàticament (prenent informació

bàsica sobre malaltia i medicació) quan es marca la persona com a PCC o com a MACA i, per tant, si no s'afegeix cap altra informació no es correspon amb un PIIC de qualitat.

3.2.1.1.21. Qualitat dels PIIC

Per aquest motiu, es va fer un subestudi amb l'objectiu d'establir la qualitat dels PIIC mitjançant una mostra representativa per sectors sanitaris. Es va fer segons el sector sanitari perquè era l'agrupació territorial de què es disposava.

METODOLOGIA

Disseny

Per avaluar la qualitat dels PIIC, es va fer un tall transversal a data 27 de novembre de 2014 d'una mostra representativa de PIIC.

Participants

Fins al juliol del 2014, hi havia al voltant de 95.000 PIIC de persones marcades com a PCC o MACA. Davant la impossibilitat de revisar tots els PIIC existents, es va decidir extreure'n una mostra representativa mitjançant un mostreig aleatori estratificat, on els estrats es corresponien amb els 29 sectors sanitaris en què està distribuïda Catalunya. Es va fer una estimació poblacional que la proporció de compliment dels criteris marcats fos d'un 15%, amb un nivell de confiança del 95%, una precisió de ± 3 unitats percentuals i sense reposició. Amb aquests paràmetres, la mida mostral va ser de 565 PIIC. A la taula següent es mostren les mides mostrals per a cada sector sanitari i, com es pot observar, hi ha sectors que tenen una mida mostral molt petita. Per a tots aquests sectors, es va decidir fer un sobremostreig i imposar que com a mínim hi hagués vint PIIC per revisar en cada un dels 29 sectors (darrera columna de la taula).

La selecció dels PIIC de cada sector es va fer de manera aleatòria i proporcional al nombre de PIIC realitzats per cada ABS que conformaven cada sector.

Taula 62. Mida mostral teòrica i definitiva segons el sector sanitari

Estrats: sectors sanitaris	Mida mostral n = 565	Mida mostral definitiva n = 707
Alt Camp-Conca de Barberà	9	20
Alt Penedès-Garraf	11	20
Alt Pirineu	8	20
Anoia	7	20
Baix Camp-Priorat	16	20
Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet	51	51
Baix Llobregat Nord	4	20
Barcelona Ciutat Vella	7	20
Barcelona Eixample	23	23
Barcelona Gràcia	7	20
Barcelona Horta-Guinardó	23	23
Barcelona Les Corts	4	20
Barcelona Nou Barris	17	20
Barcelona Sant Andreu	19	20
Barcelona Sant Martí	10	20
Barcelona Sants-Montjuïc	20	20
Barcelona Sarrià-Sant Gervasi	6	20
Barcelonès Nord i Maresme	43	43
Girona Nord	21	21
Girona Sud	34	34
Lleida	30	30
Osona	22	22
Solsonès-Bages-Berguedà	31	31
Tarragonès-Baix Penedès	30	30
Terres de l'Ebre	23	23
Vall d'Aran	0	0
Vallès Occidental Est	25	25
Vallès Occidental Oest	13	20
Vallès Oriental	51	51
Total	565	707

Font d'informació

En primer lloc, es van demanar 707 CIP de persones que haguessin estat identificades fins al juliol del 2014. Aquests CIP es van sol·licitar de cada una de les ABS, tal com s'ha descrit a l'apartat anterior. El sistema per garantir l'anonimat de la informació va ser la següent: a) localització del PDF del PIIC a l'HCCC; b) edició del PIIC per esborrar totes les dades personals del pacient, dels

familiars i dels professionals (els noms i els números de telèfons se substituïen per un SÍ o per un NO en funció de si estaven recollits); c) un cop anonimitzats es desava el PDF a l'ordinador amb un codi correlatiu.

Variables

Es va dissenyar un full de recollida de dades *ad hoc* per obtenir informació sobre la qualitat del PIIC (figura 30). La informació que es va recollir es va basar en el document que recull les recomanacions en la redacció del PIIC.³² Es va recollir informació sobre tres grans blocs: les directrius en cas de crisi o descompensació, la descripció dels cuidadors i el pla de decisions anticipades. Complementàriament a aquesta informació, també es recollia l'edat, el sexe, l'ABS de pertinença dels pacients i el tipus d'identificació (PCC o pacient amb MACA), i s'apuntava al PDF, que finalment es desava anonimitzat.

Figura 30. Full de recollida de dades de la qualitat dels PIIC

A. Directrius si crisi o descompensació

Per a cada crisi previsible, cal definir:

- | | | | |
|----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | Manera com solen presentar-se o quan cal sospitar-les | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| | [Cal marcar SÍ en cas que n'hi hagi com a mínim 1 que ho descrigui, independentment del nombre de crisi que hi hagi] | | |
| 2. | Nivell de resposta que previsiblement requeriria | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| | (vegeu l'annex 1 per a més informació sobre aquesta proposta de nivells) | | |
| 3. | En cas de requerir derivació, cal indicar dispositiu o centre preferent | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| | [cal marcar SÍ o NO en cas que el nivell de derivació de l'a2 sigui 4 o 5. Si l'a2 és de nivell 1, 2 o 3, esposarà NP] | | |

B. Descriptiu sobre els cuidadors

- | | | | |
|----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | Nom | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. | Contacte | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. | Relació amb el pacient | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. | Competència | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| | (bon suport > risc de claudicació > claudicació > cuidador no capaç) | | |
| | [Cal marcar SÍ, en cas que s'hagi recollit el ZARIT o si s'usa la terminologia en els camps oberts] | | |

C. Pla de decisions anticipades

- | | | | |
|----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | Grau d'informació sobre la malaltia | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. | Expectatives genèriques del pacient envers els equips assistencials i la seva salut | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. | Gestió de preocupacions relacionades amb el seu cas | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. | Preferències pel que fa al lloc d'atenció, en funció de l'estat evolutiu de la malaltia | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. | Persona en la qual delegaria la presa de decisions | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. | Condicions d'adequació de l'esforç terapèutic | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7. | Informació de la família | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8. | Adaptació de la família | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Recollida de la informació

Es van fer dos jocs iguals de tots els PDF dels PIIC anonimitzats. Dos observadors independents van emplenar per separat els fulls de recollida de dades. Un cop van tenir revisats tots els PIIC, es van asseure en dues jornades de treball per comparar els resultats. En cas de discrepància, discutien cada cas en concret fins a arribar al consens. Aquesta informació consensuada s'empenava en un full de recollida de dades diferent, que s'introduïa en una base de dades per fer-ne l'anàlisi posteriorment.

Criteri de qualitat dels PIIC

Es va dissenyar *ad hoc* seguint els criteris de qualitat per a cada un dels tres apartats del qüestionari que es mostren a la taula 64. En tots s'han considerat quatre nivells de qualitat: sense qualitat, mínima, òptima i excel·lent.

Taula 63. Criteris de qualitat del PIIC

Apartats	Directrius en cas de crisi o descompensació	Descripció dels cuidadors	Pla de decisions anticipades
Ítems	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manera com es presenten 2. Nivell de resposta que previsiblement es requereix 3. Dispositiu o centre preferent 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nom 2. Contacte 3. Relació amb el pacient 4. Competència 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grau d'informació sobre la malaltia 2. Expectatives cap als equips assistencials 3. Gestió de les preocupacions 4. Preferències al lloc d'atenció 5. Persona en la qual delega 6. Condicions d'adequació de l'esforç terapèutic 7. Informació de la família 8. Adaptació de la família
Nivell de qualitat			
Sense qualitat	No consta cap dels tres ítems	No consta cap dels quatre ítems	No consta cap dels vuit ítems
Mínima	Només consta un ítem	Consta l'ítem 1 i algun dels altres tres ítems	Qualsevol menció d'un dels ítems
Òptima	Consta l'ítem 1 i algun dels altres dos ítems	Consten els ítems 1 i 2 i algun dels altres dos ítems	Qualsevol menció de dos dels ítems
Excel·lent	Consten tots tres ítems	Consten tots quatre ítems	Qualsevol menció de més de dos ítems

Anàlisi estadística

Per a cada un dels tres apartats, s'ha calculat el percentatge de qualitat en general i segons el sexe, el grup d'edat (< 64, 65-74, 75-84, 85-94 i > 94), el tipus d'identificació (PCC o MACA) i el sector sanitari. L'associació entre cada una d'aquestes variables i la qualitat dels apartats s'ha calculat mitjançant la prova khi quadrat. Quan les condicions d'aplicabilitat d'aquest test no s'han complert, s'ha usat la prova exacta de Fisher amb simulació de Montecarlo. En totes les anàlisis s'han utilitzat

els pesos calculats *ad hoc* per controlar l'efecte produït pel sobremostreig d'alguns sectors sanitaris i per tenir en compte el disseny mostral complex realitzat.

Totes les anàlisis s'han treballat amb un nivell de significació de 0,05 i s'han fet amb els paquets estadístics SPSS v18.0 i Stata v11.

RESULTATS

Descripció de la mostra

En total es va obtenir el PDF de 697 PIIC. Els deu que falten, tot i estar a l'HCCC, no es podien obrir. A banda d'aquest problema tècnic, es varen detectar incongruències entre l'ABS que constava a l'HC3 i l'ABS que se'ns va facilitar amb el CIP. Degut a aquestes incongruències, en alguns sectors sanitaris s'han produït petites alteracions entre la mida mostral calculada i la mida mostral obtinguda, com es mostra a la taula 65. Aquestes diferències no afecten la representativitat dels resultats segons el sector sanitari.

Taula 64. Diferència en la mida mostral segons el sector sanitari

Sector sanitari	Diferència
Barcelonès Nord i Maresme	+3
Barcelona Sant Andreu	+2
Barcelona Sant Martí	+2
Barcelona Sants-Montjuïc	+2
Tarragonès-Baix Penedès	+2
Barcelona Gràcia	+1
Barcelona Sarrià-Sant Gervasi	+1
Alt Penedès-Garraf	-1
Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet	-1
Barcelona Ciutat Vella	-1
Girona Nord	-4
Barcelona Eixample	-6
Barcelona Horta-Guinardó	-9

Les característiques de les persones a qui pertanyen els 697 PIIC avaluats són les que segueixen: un 53,5% són dones, prop del 70% tenen entre 75 i 94 anys (34,3% en el grup de 75 a 84 anys i 37,9% en el de 85 a 94 anys) i només un 4,5% i un 7,4% tenen més de 94 i menys de 64 anys, respectivament. Finalment, un 81% són PCC i un 19% són MACA.

Qualitat dels PIIC

Un 61,4% dels PIIC revisats tenen almenys una qualitat mínima i un 1,2% arriben a tenir una qualitat excel·lent. Un 50,8% tenen una qualitat mínima en algun dels tres apartats, mentre que un 4,2% tenen una qualitat òptima o excel·lent en tots tres apartats. Tal com es mostra a la figura 31, les directrius en cas de crisi o descompensació és l'apartat que té una pitjor qualitat (prop d'un 83% dels PIIC no tenen qualitat), mentre que l'ítem amb una qualitat més alta és la descripció dels

cuidadors (més del 50% dels PIIC tenen almenys una qualitat mínima i prop d'un 20% tenen una qualitat òptima i excel·lent, respectivament). Respecte a la qualitat del pla de decisions anticipades, un 33% tenen almenys una qualitat mínima i un 7,4% tenen una qualitat excel·lent.

Figura 31. Qualitat dels PIIC segons cada un dels apartats avaluats

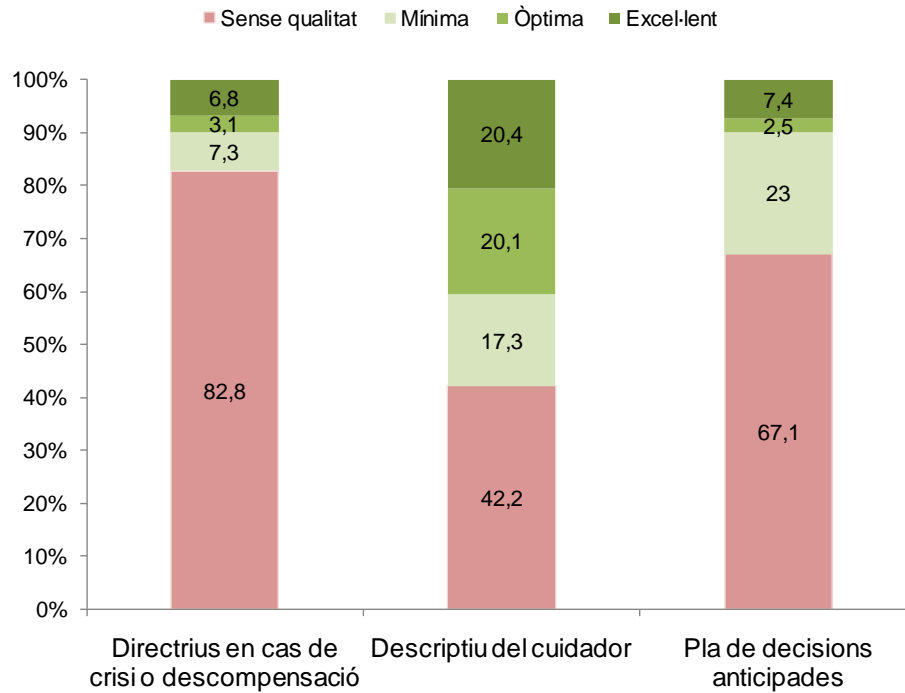
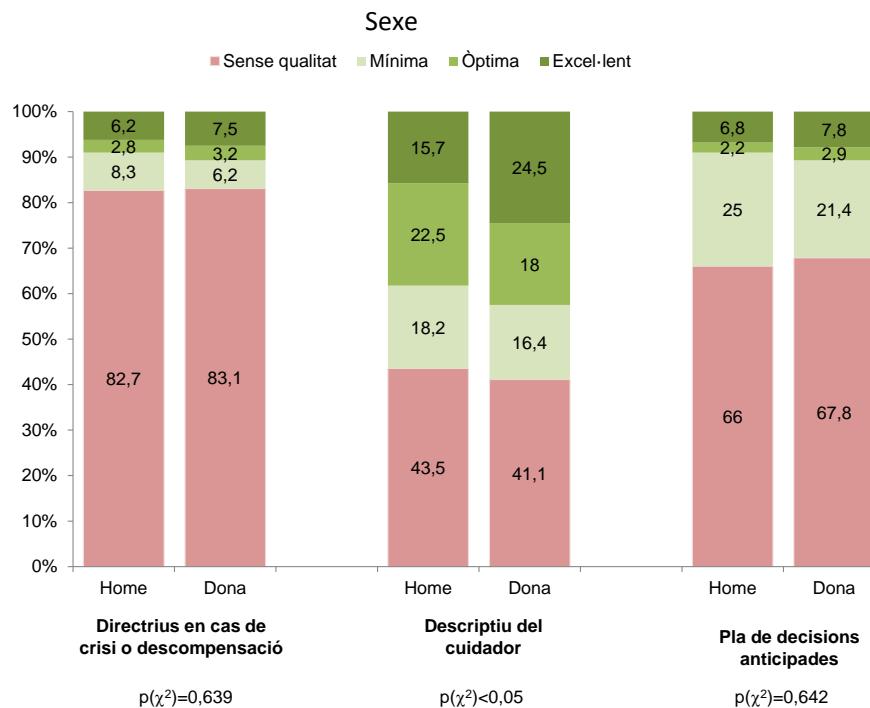
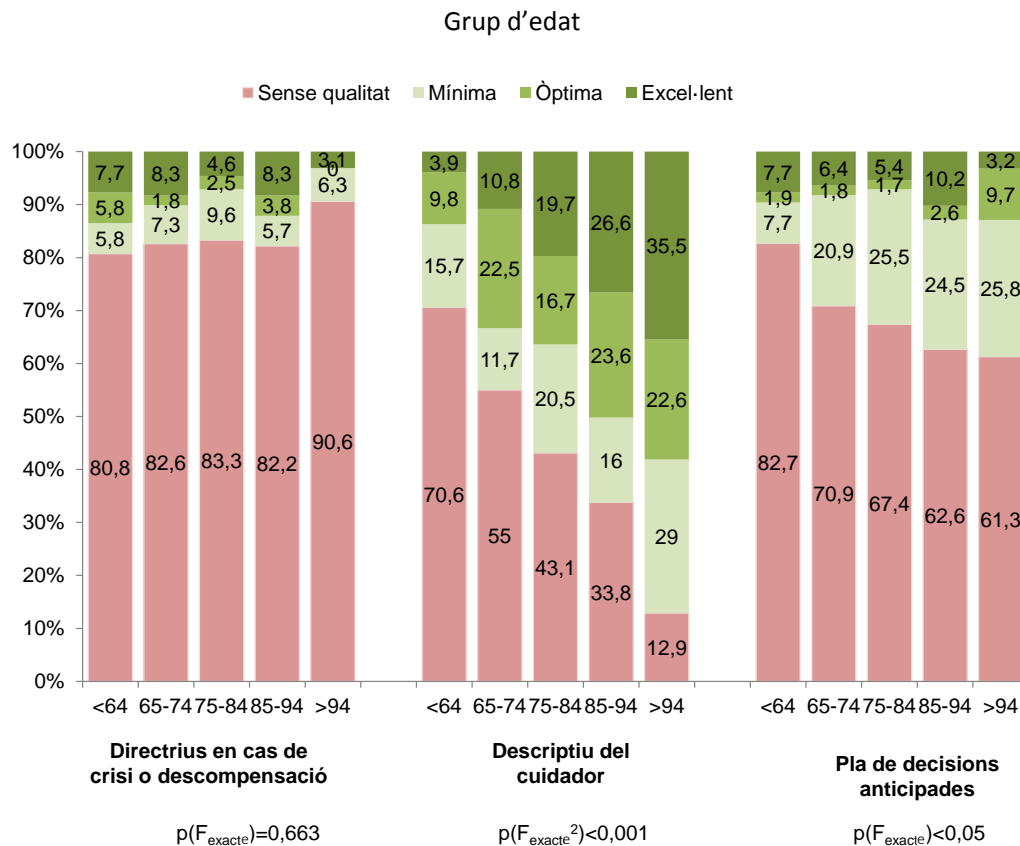


Figura 32. Qualitat dels PIIC en cada un dels apartats avaluats segons el sexe i el grup d'edat

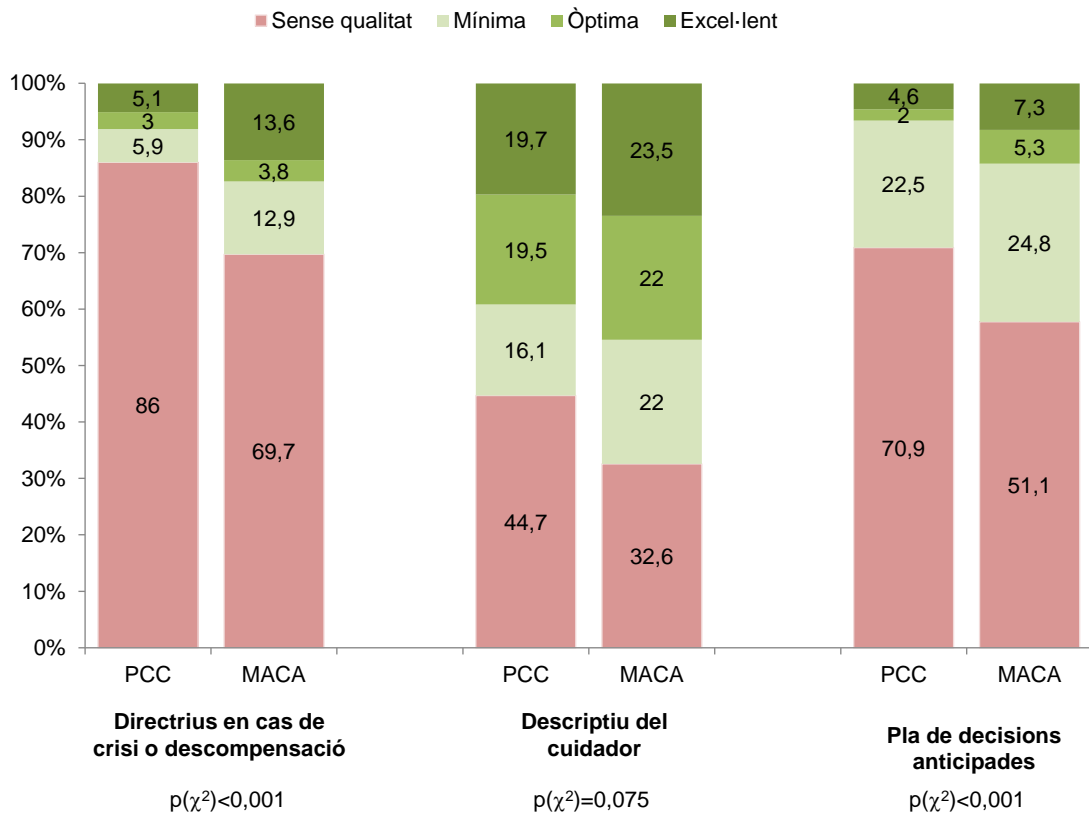




A la figura 32 es mostra la qualitat de cada un dels apartats segons el sexe i el grup d'edat. S'observa que, en les directrius en cas de crisi o descompensació, no hi ha diferències estadísticament significatives segons el sexe ni segons el grup d'edat. En canvi, en la qualitat del descriptiu del cuidador són els PIIC de les dones els que en més percentatge tenen una qualitat excel·lent (24,5% vs. 15,7% dels PIIC dels homes). En canvi, tant homes com dones tenen un percentatge similar de PIIC amb almenys una qualitat mínima (58,9% dels PIIC de les dones vs. 56,5% dels PIIC dels homes). Segons el grup d'edat, s'observa un gradient tant en l'apartat de descripció del cuidador com en el pla de decisions anticipades. Aquest gradient mostra que, com més edat, la qualitat també s'incrementa.

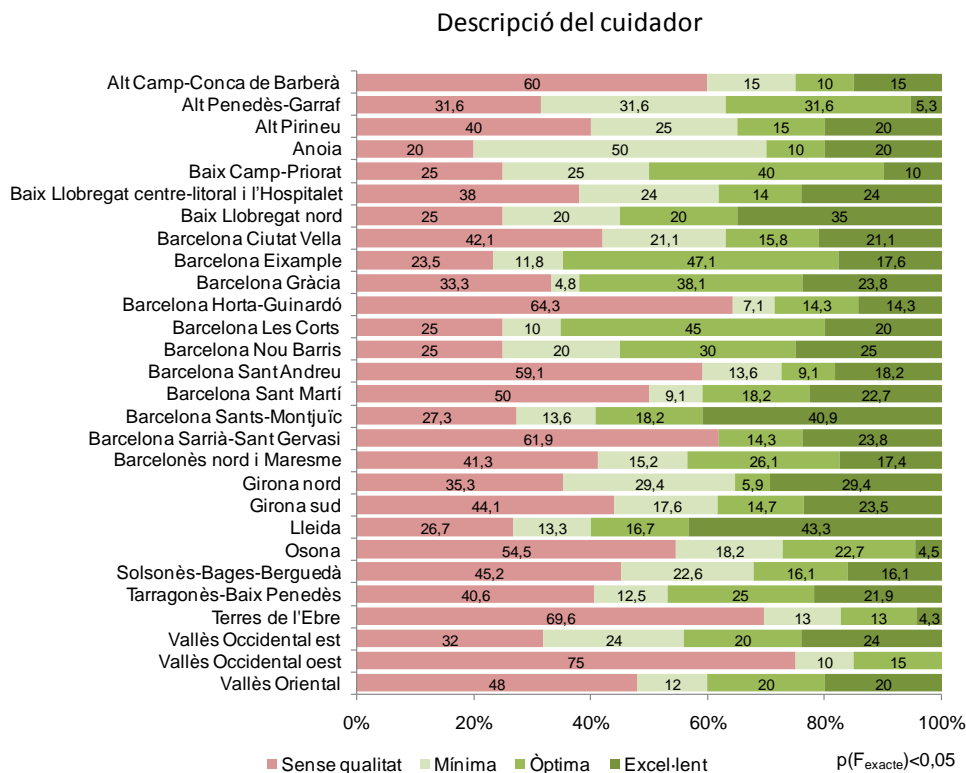
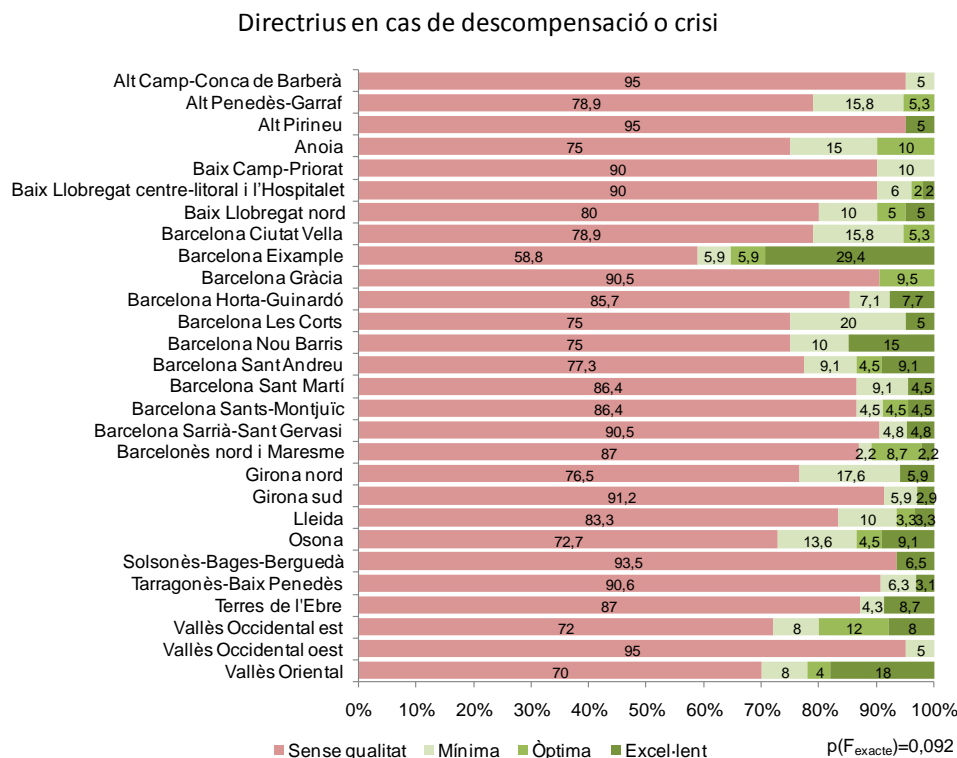
Aquest gradient es pot explicar en part perquè les persones més grans són les estan identificades en una probabilitat més gran com a MACA. A la figura 33 s'observa que justament és aquest grup el que té en tots els apartats estudiats un percentatge més elevat de PIIC amb almenys una qualitat mínima.

Figura 33. Qualitat dels PIIC segons cada un dels apartats avaluats estudiats i el tipus d'identificació

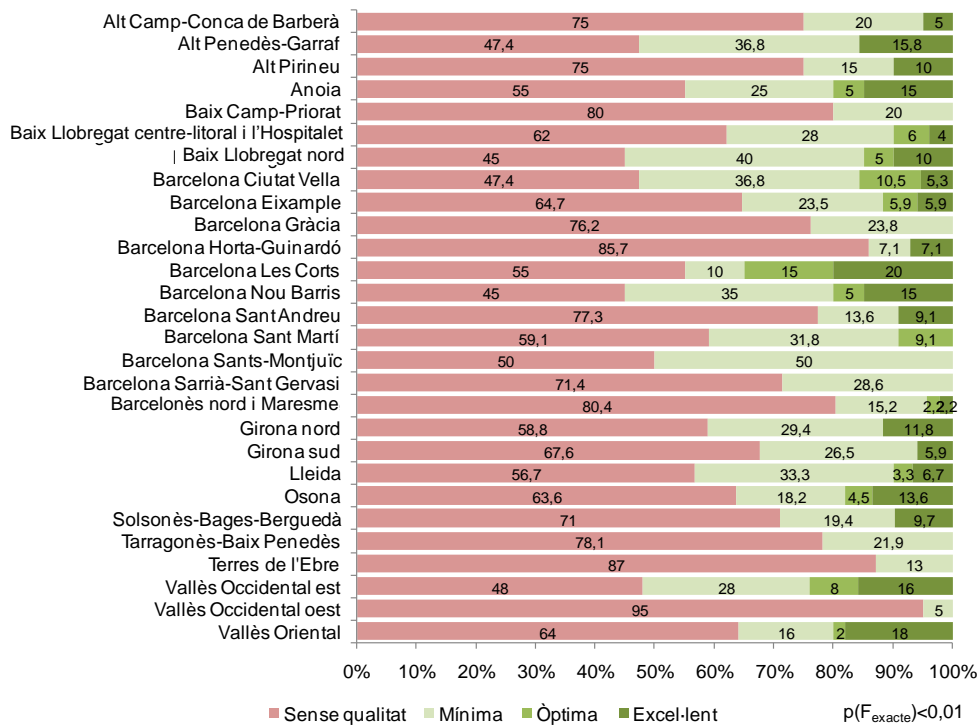


Respecte al sector sanitari, sembla que hi ha homogeneïtat en la qualitat de les directrius en cas de descompensació o crisi (figura 34), ja que no s'han observat diferències estadísticament significatives. De totes maneres, cal mencionar que el sector sanitari de Barcelona-Eixample destaca com el de més qualitat en aquest ítem i que els sectors d'Alt Camp-Conca de Barberà, Alt Pirineu i Vallès Occidental Oest tenen un 95% de PIIC sense qualitat en aquest ítem.

Figura 34. Qualitat dels PIIC segons cada un dels ítems estudiats i el sector sanitari



Pla de decisions anticipades



Respecte als altres dos ítems, s'han detectat diferències estadísticament significatives i el grau de qualitat difereix entre sectors. En aquest sentit, s'observa que, en el descriptiu del cuidador, hi ha set sectors que tenen un percentatge superior al 50% de PIIC sense qualitat. Aquests sectors són: Alt Camp-Conca de Barberà, Barcelona Horta-Guinardó, Barcelona-Sant Andreu, Barcelona-Sarrià Sant Gervasi, Osona, Terres de l'Ebre i Vallès Occidental Oest. En el cas de la qualitat del pla de decisions anticipades, hi ha vuit sectors que tenen més d'un 75% de PIIC sense qualitat: Baix Camp, Barcelona-Gràcia, Barcelona Horta-Guinardó, Barcelona-Sant Andreu, Barcelonès Nord i Maresme, Tarragonès Baix Penedès, Terres de l'Ebre i Vallès Occidental Oest.

Cal destacar que el sector sanitari de Vallès Occidental Oest és el que té més mala qualitat en els tres ítems estudiats, seguit dels que tenen més mala qualitat en dos dels tres ítems estudiats (Alt Camp-Conca de Barberà, Barcelona Horta-Guinardó, Barcelona-Sant Andreu i Terres de l'Ebre).

D'altra banda, i usant la informació facilitada pels referents territorials del CatSalut, es mostren quins són els factors que poden haver tingut influència en la realització del PIIC. Igual que s'ha explicat per al procés d'identificació, es va demanar als referents territorials que puntuessin del 0 al 10 (on 0 és la nul·la influència i 10 és la plena influència) la possible influència que havien tingut els mateixos 21 factors descrits anteriorment amb la realització dels PIIC. La metodologia seguida és la mateixa que la descrita per als factors relacionats amb el procés d'identificació (pàgina 135).

A la taula 66 es recullen els factors concrets que es van preguntar, així com les seves puntuacions mitjanes (màxim i mínim). Els factors amb una puntuació mitjana superior o igual a 8,5 són: el

desenvolupament de noves utilitats a les HC d'atenció primària, la influència dels lideratges professionals i el desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC. En canvi, els factors amb una puntuació mitjana inferior a 5 són: la influència dels antilideratges, la implicació dels serveis socials territorials i les experiències prèvies.

Taula 65. Puntuacions mitjanes dels factors possiblement relacionats amb la realització dels PIIC de qualitat

Blocs	Factors	n	Mitjana	Màxim	Mínim
	Experiències prèvies com ara protocols (no guies ni rutes)	36	4,9	0	9
Sistemes d'informació	El desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC (marcatge de pacients, generació de PIIC)	36	8,6	7	10
	El desenvolupament de noves utilitats a les HC d'atenció primària (marcatge de pacients, generació de PIIC)	36	8,8	7	10
	El desenvolupament de noves utilitats a les HC d'atenció especialitzada (suport al marcatge de pacients o a la generació de PIIC)	36	7,5	0	10
Compra de serveis	Contracte de CatSalut amb les organitzacions	36	8,4	2	10
	Polítiques d'incentius i DPO	29	7,5	0	10
Suport documental	La documentació generada des del PPAC	36	7,8	4	9
	Disposar de la ruta de complexitat redactada	32	7,0	0	10
Polítiques informatives	Estratègia de difusió de la ruta de complexitat	27	7,4	5	10
	Estratègies de formació als professionals	28	8,4	5	10
Alineament top-down	Posicionament del CatSalut (serveis matris i territorials) a favor del projecte	36	8,4	7	10
	Alineament favorable de les direccions de les entitats proveïdores	36	8,4	7	10
	Dinàmica general creada pel Pla de salut	36	7,8	6	10
	Suport directe des del PPAC	36	7,9	3	10
	Influència dels lideratges professionals locals	36	8,7	7	10
	Influència dels antilideratges professionals locals	32	2,8	0	8
	Disposar de referents en complexitat en els equips assistencials	36	7,2	1	10
	Canvis interns en el funcionament dels equips assistencials	36	6,5	0	10
	Entesa entre els líders clínics del territori	36	6,4	0	9
	Implicació dels serveis socials territorials	35	2,9	0	8
Benchmarking	Retroacció generada a partir de resultats de cobertura	35	7,8	0	10

De la mateixa manera que en el procés d'identificació descrit anteriorment, es va demanar que prioritzessin aquests factors. Els resultats es mostren a la taula 67, i s'observa que el factor més important en la qualitat i la quantitat del PIIC és, igual que en el procés d'identificació, la influència dels lideratges dels professionals locals. En segon lloc es posiciona el contracte de CatSalut i, en tercer lloc, el desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC.

Taula 66. Factors més importants per explicar la realització de PIIC de qualitat

Priorització	Factors	Puntuació
1	Influència dels lideratges professionals locals	92
2	Contracte de CatSalut amb les organitzacions	77
3	Desenvolupament de noves utilitats a les HCCC	71
4	Estratègies de formació als professionals	56
5	Desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció primària	42

Fita. Que TOTS els "territoris naturals" (AGA) hagin elaborat i iniciat la implementació d'una ruta assistencial que prevegi un "pacte territorial clar" de "què cal fer en cas d'exacerbació o crisi"

Aquesta fita s'ha avaluat mitjançant el buidatge dels 31 documents de la RAC disponibles. Concretament, s'ha revisat si en el document escrit de la RAC hi figuraven els ítems que es recullen a la taula 68. S'observa que el 90% dels documents revisats tenen un apartat específic on es fa menció específica tant de l'organització com de la resposta dels diferents agents en cas de crisi. Això es tradueix en el fet que gairebé un 90% de la població de Catalunya disposa d'una RAC que preveu què cal fer en cas d'exacerbació o crisi.

Taula 67. Avaluació dels ítems sobre què cal fer en cas d'exacerbació

Ítems revisats dels documents de la RAC (n = 31)	Nre. documents	Percentatge*	Cobertura
Menció específica de l'organització dels diferents agents en cas de crisi	28	90%	89,0%
Menció específica de la resposta dels diferents agents en cas de crisi	28	90%	88,6%

* Sobre 31 documents revisats.

Fita. Disposar d'un model de PIIC evolucionat i avançar cap a un model d'elaboració PIIC compartit

Per avaluar aquesta fita s'han usat les respostes sobre els models col·laboratius que es recollien en el qüestionari RAC que contestaven els referents territorials. Tal com s'ha comentat anteriorment, el referent territorial de la regió de Girona i el referent de l'agrupació territorial de Badalona van respondre per al conjunt d'aquests dos territoris, respectivament, sense diferenciar per les diferents agrupacions territorials de la RAC. Això implica que es disposa de 29 respostes (taula 53).

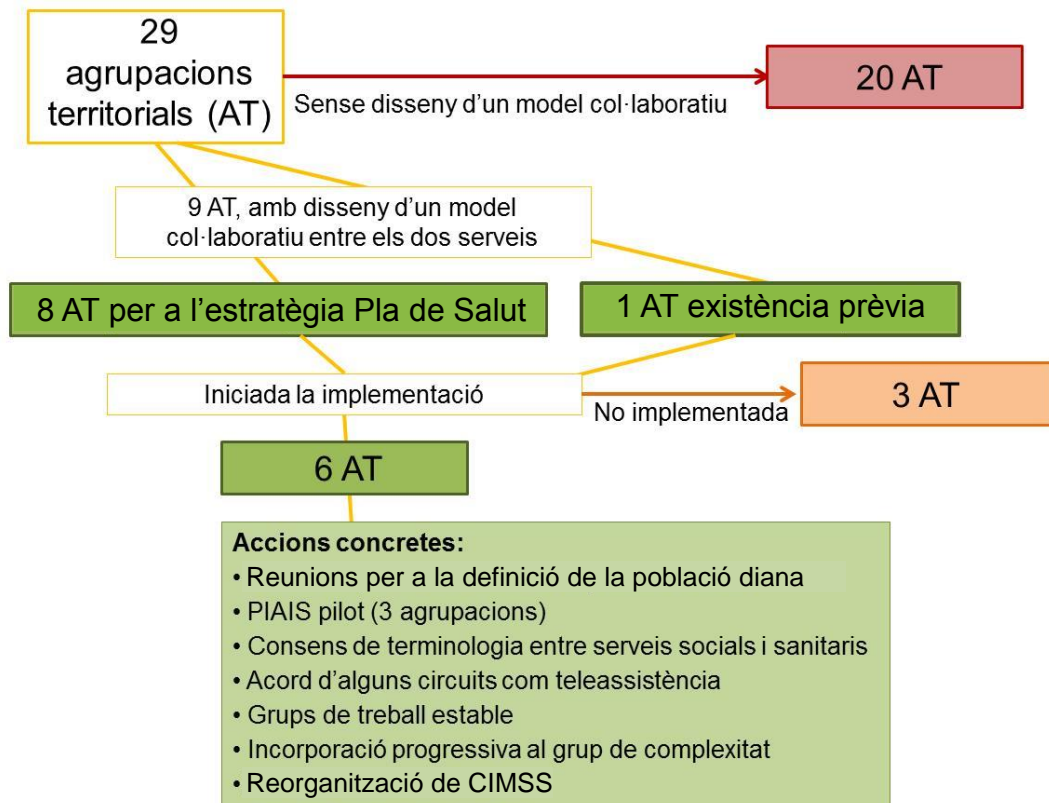
Concretament, a l'apartat sobre models col·laboratius es preguntava sobre l'existència d'un pacte explícit i documentat sobre com calia compartir la informació per incloure al PIIC per part dels diferents agents dels serveis sanitaris i dels serveis socials. De les 29 respostes, en només dues agrupacions territorials existeix un pacte explícit i documentat per compartir la informació per incloure als PIIC. En termes de cobertura poblacional, només un 5,5% de la població disposa d'un model de PIIC evolucionat.

Fita. Establir les bases per compartir informació d'interès comú entre els serveis sanitaris i els serveis socials

Per avaluar aquesta fita s'han usat les respostes sobre els models col·laboratius que es recollien en el qüestionari RAC que ja s'han comentat a la fita anterior.

En primer lloc, es va preguntar si, arran de l'estratègia del Pla de salut, s'havia dissenyat un model col·laboratiu entre els dos serveis i, tal com es mostra a la figura 35, de les 29 agrupacions territorials, en vint no s'havia dissenyat cap model col·laboratiu, en vuit se n'havia dissenyat un arran de l'estratègia del Pla de salut i en una ja existia prèviament. D'aquestes nou agrupacions que disposen d'un disseny de model col·laboratiu, en sis se n'havia iniciat la implementació. Les accions concretes que han realitzat per a la implementació també es recullen a la figura 35 i són variades, tot i que tres agrupacions destaquen que són prova pilot del PIAISS. En termes de cobertura poblacional, això es tradueix en el fet que un 31% de la població de Catalunya disposa del disseny d'un model col·laboratiu entre els serveis sanitaris i els serveis socials i que un 24,7% de les agrupacions tenen iniciada la implementació d'aquest model.

Figura 35. Existència i característiques d'un model col·laboratiu entre els serveis sanitaris i els serveis socials



D'altra banda, es va preguntar si es disposava d'un document on s'haguessin establert les bases per compartir informació d'interès entre els dos serveis. Cap de les vint agrupacions que no havien dissenyat un model col·laboratiu tampoc no disposava d'aquest document. De les nou agrupacions amb model col·laboratiu, cinc disposaven del document per compartir informació entre els dos serveis i, d'aquestes cinc, quatre agrupacions havien definit indicadors transversals i comuns entre els dos serveis i aquests indicadors eren bàsicament l'elaboració del PIIC i de PDA.

3.2.1.1.22. Canvi entre el 2011 i el 2014 d'alguns indicadors relacionats

En relació amb aquest projecte estratègic, però sense poder establir causalitat, caldria remarcar la disminució d'hospitalitzacions urgents relacionades amb ingressos per agudització en processos crònics generadors d'alt consum de recursos. Concretament, es disposa de la informació següent:

- Disminució de les hospitalitzacions urgents relacionades amb ingressos per un conjunt de malalties cròniques (MPOC, insuficiència cardíaca i complicacions de la diabetis) per al període 2011-2014 (taula 44).
- Disminució de les hospitalitzacions potencialment evitables per un conjunt de malalties cròniques (MPOC, insuficiència cardíaca i complicacions de la diabetis) per al període 2011-2014 (taula 44).

- Disminució de les hospitalitzacions urgents per un conjunt de malalties cròniques (MPOC, insuficiència cardíaca i complicacions de la diabetis) per al període 2011-2014 (taula 44).

3.2.1.1.23. Resum territorial de les fites assolides

Taula 68. Resum de l'avaluació dels ítems usats per avaluar les fites prioritzades per a cada agrupació territorial amb RAC disponible

Regió sanitària	Agrupacions territorials RAC (n = 42)	Fita – Cobertura identificació		Fita – Cobertura PIIC		Fita – Exacerbació		Fita – PIIC evolucionat	Fita – Informació compartida			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà											
	Baix Camp-Priorat								Prèvia			
	Tarragonès ICS											
	Tarragonès Santa Tecla											
	Baix Penedès											
Girona	Gironès-Pla de l'Estany											
	Selva Interior											
	Baix Empordà											
	Alt Empordà											
	Ripollès											
	Garrotxa											
	Selva Marítima											
	Alt Maresme											
Alt Pirineu i Aran	Aran-Alta Ribagorça											
	Alt Urgell											
	Pallars											
	Cerdanya											
Catalunya Central	Solsonès-Bages-Berguedà	Solsonès-Bages										
		Berguedà										
	Osona											
	Anoia											
Lleida	Lleida											

Resultats de l'avaluació del PPAC (2011-2014)

Terres de l'Ebre	Baix Ebre												
	Montsià												
	Terra Alta-Ribera d'Ebre												
Barcelona	Alt Penedès												
	Garraf												
	Vallès Oriental Central												
	Baix Vallès												
	Baix Montseny												
	Maresme Central												
	Barcelonès Nord i Baix Maresme	Badalona ICS											
		Badalona BSA											
	Maresme	Santa Coloma											
	Baix Llobregat	Litoral-Sant Boi											
		Centre-l'Hospitalet Nord											
		Litoral-Viladecans											
		El Prat i l'Hospitalet Sud											
		Baix Llobregat Nord											
		Vallès Occidental Est											
		Vallès Occidental Oest											
		Barcelona Dreta											
		Barcelona Esquerra											
		Barcelona Litoral Mar											
	Barcelona Nord												
36 AT amb RAC		Cobertura poblacional(%)	88	69,6	45,3	89,0	88,6	5,5	31,0	24,7	23,9	18,8	

1. Existència d'un pacte territorial sobre identificació dels PCC i els pacients amb MACA. Font: buidatge de 31 documents RAC.

2. Percentatge d'identificació més gran que 1. Font: base de dades de morbiditat segons les 42 agrupacions territorials RAC.

3. Existència d'un pacte territorial sobre realització de PIIC. Font: buidatge de 31 documents RAC.

4. Menció específica de l'organització dels diferents agents en cas de crisi. Font: buidatge de 31 documents RAC.

5. Menció específica de la resposta dels diferents agents en cas de crisi. Font: buidatge de 31 documents RAC.

6. Existència d'un pacte explícit i documentat sobre com cal compartir la informació per incloure al PIIC per part dels diferents agents dels serveis sanitaris i dels serveis socials. Font: 29 respostes de l'apartat sobre models col·laboratius del qüestionari RAC.

Resultats de l'avaluació del PPAC (2011-2014)

7. Disseny d'un model col·laboratiu entre els serveis sanitaris i els serveis socials. Font: 29 respostes de l'apartat sobre models col·laboratius del qüestionari RAC.
8. Implementació del model col·laboratiu entre els serveis sanitaris i els serveis socials. Font: 29 respostes de l'apartat sobre models col·laboratius del qüestionari RAC.
9. Existència d'un document on s'hagin establert les bases per compartir informació d'interès entre els serveis sanitaris i els serveis socials. Font: 29 respostes de l'apartat sobre models col·laboratius del qüestionari RAC.
10. Definició d'indicadors transversals i comuns entre els serveis sanitaris i els serveis socials. Font: 29 respostes de l'apartat sobre models col·laboratius del qüestionari RAC.

3.2.1.1.24. Ruta assistencial de complexitat: disseny, implementació i qualitat interna

En el marc del projecte estratègic 2.5, a banda de les fites descrites anteriorment també s'ha avaluat amb més profunditat el disseny, la implementació i la qualitat interna de les RAC de les diferents agrupacions territorials definides. Per a aquesta subanàlisi, només s'han considerat les 36 agrupacions territorials que disposen de RAC. La majoria de la informació s'ha obtingut mitjançant el qüestionari RAC que han contestat els referents territorials i que ja s'ha explicat anteriorment. La part referent a la qualitat de les RAC s'ha avaluat amb el buidatge dels 31 documents RAC disponibles i que també s'ha descrit en apartats anteriors.

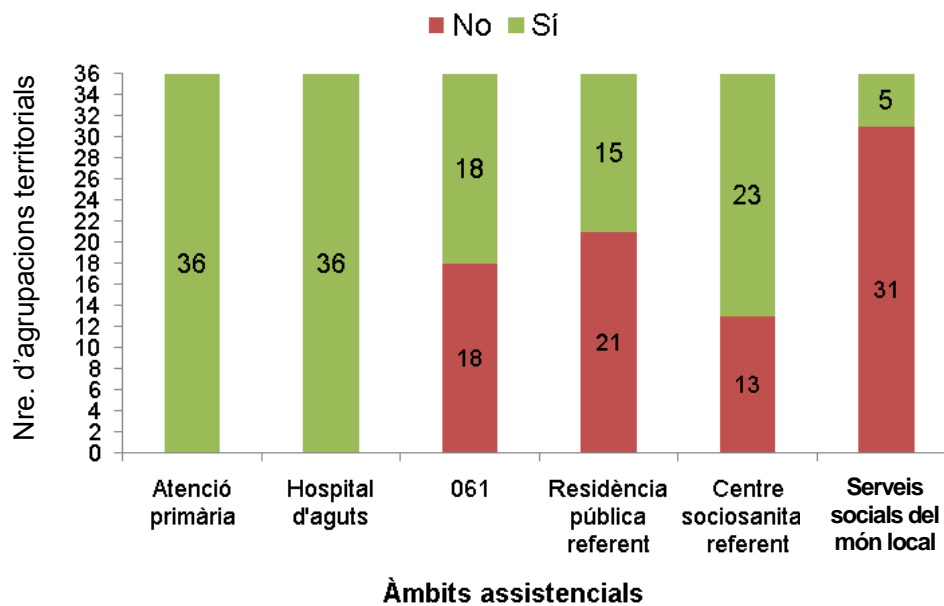
Disseny de la RAC

En primer lloc es va preguntar si a les 36 agrupacions territorials es disposava d'un document on es descrivís la ruta assistencial d'atenció a la complexitat tant per als PCC com per als MACA. De les 36 agrupacions territorials, 35 disposen d'una ruta assistencial per als PCC i una de diferent per als pacients MACA. En una només existeix una ruta per a PCC. En termes de cobertura poblacional, això es tradueix en el fet un 96,4% de la població de Catalunya viu en un territori on hi ha dissenyada una ruta assistencial de la complexitat per a PCC, i un 94%, en un territori on la ruta també preveu els MACA.

També és important que tots els àmbits assistencials del territori hagin participat en el disseny de la RAC. Per aquest motiu, es va preguntar si en el grup redactor hi havia participat un representant dels diferents proveïdors dels àmbits següents: atenció primària, hospital d'aguts, 061, residència pública referent, centre sociosanitari referent i serveis socials del món local. La presència en el grup redactor implicava haver participat directament en la redacció i que no servia el fet que solament haguessin estat consultats en algun moment.

Tal com es mostra a la figura 36, els àmbits assistencials que més han participat en el grup redactor és l'atenció primària i els hospitals d'aguts; de fet, en totes les agrupacions que tenen RAC, hi han participat tots dos. La diferència és que, en el cas de l'atenció primària, en 34 de les 36 agrupacions territorials han participat en el grup redactor tots els proveïdors; en canvi, en el cas dels hospitals d'aguts, només ho han fet en nou de les 36 agrupacions. Respecte als altres àmbits assistencials, els serveis socials del món local, amb diferència, són els que menys han participat en el grup redactor (només han participat en cinc agrupacions territorials). El centre sociosanitari referent, la residència pública referent i el 061 han participat en el grup redactor en prop de la meitat de les agrupacions territorials. Cal comentar que en cinc agrupacions territorials hi han participat tots els àmbits assistencials.

Figura 36. Nombre d'agrupacions territorials amb presència en el grup redactor de la RAC segons els diferents àmbits assistencials



Per conèixer els factors que poden haver influït en el procés de disseny de la RAC es va demanar als referents territorials que puntuessin del 0 al 10 (on 0 és la nul·la influència i 10 és la plena influència) la possible influència que havien tingut disset factors concrets. La metodologia seguida és la mateixa que la descrita per als factors relacionats amb el procés d'identificació (pàgina 135).

A la taula 70 es recullen els factors concrets que es van preguntar, així com les seves puntuacions mitjanes (màxim i mínim). Els factors amb una puntuació mitjana superior o igual a 8 són: el posicionament del CatSalut (serveis matrius i territorials) a favor del projecte, l'entesa entre els líders clínics del territori, l'alineament favorable de les direccions de les entitats proveïdores i el contracte de CatSalut amb les organitzacions. En canvi, els factors amb una puntuació mitjana inferior o igual a 5 són: la influència dels antilideratges, la implicació dels serveis socials territorials i les experiències prèvies.

Igualment, es va demanar que els prioritzessin, i els resultats es mostren a la taula 71, en la qual s'observa que el factor més important en el procés de disseny de la RAC és la influència dels lideratges dels professionals locals. En segon lloc, es troba l'alineament favorable de les direccions de les entitats i, seguidament, la dinàmica general creada pel Pla de salut.

Taula 69. Puntuacions mitjanes dels factors possiblement relacionats amb el procés de disseny de la RAC

Blocs	Factors	n	Mitjana	Màxim	Mínim
	Experiències prèvies com ara protocols (no guies ni rutes)	36	6,6	0	10
Sistemes d'informació	El desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC (marcatge de pacients, generació de PIIC)	36	7,3	2	10
	El desenvolupament de noves utilitats a les HC d'atenció primària (marcatge de pacients, generació de PIIC)	35	7,4	5	10
	El desenvolupament de noves utilitats a les HC d'atenció especialitzada (suport al marcatge de pacients o a la generació de PIIC)	36	6,8	2	10
Compra de serveis	Contracte de CatSalut amb les organitzacions	36	8,2	3	10
	Polítiques d'incentius i DPO	30	6,5	0	9
Suport documental	La documentació generada des del PPAC	36	7,6	5	10
Alineament <i>top-down</i>	Posicionament del CatSalut (serveis matris i territorials) a favor del projecte	36	8,6	0	10
	Alineament favorable de les direccions de les entitats proveïdores	36	8,2	0	10
	Dinàmica general creada pel Pla de salut	36	7,9	0	10
	Suport directe des del PPAC	32	7,6	0	10
Alineament <i>bottom-up</i>	Influència dels lideratges professionals locals	36	8,0	5	10
	Influència dels antilideratges professionals locals	32	4,3	0	7
	Disposar de referents en complexitat en els equips assistencials	36	7,4	2	10
	Canvis interns en el funcionament dels equips assistencials	36	7,7	0	9
	Entesa entre els líders clínics del territori	36	8,4	7	10
	Implicació dels serveis socials territorials	35	4,8	0	9

Taula 70. Factors més importants per explicar el procés de disseny de la RAC

Priorització	Factors	Puntuació
1	Influència dels lideratges professionals locals	106
2	Alineament favorable de les direccions de les entitats proveïdores	73
3	Dinàmica general creada pel Pla de salut	65
4	Posicionament del CatSalut	49
5	Entesa entre els líders clínics del territori	45

Taula 71. Resum dels ítems usats per avaluar el disseny de la RAC per a cada agrupació territorial amb RAC disponible

Regió sanitària	Agrupacions territorials RAC (n = 42)	RAC amb		Participació en la redacció de la RAC					
		PCC ¹	MACA ²	AP	HA	061	RES	CSS	SSMN
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà								
	Baix Camp-Priorat								
	Tarragonès ICS								
	Tarragonès Santa Tecla								
	Baix Penedès								
Girona	Gironès-Pla de l'Estany								
	Selva Interior								
	Baix Empordà								
	Alt Empordà								
	Ripollès								
	Garrotxa								
	Selva Marítima								
	Alt Maresme								
Alt Pirineu i Aran	Aran-Alta Ribagorça								
	Alt Urgell								
	Pallars								
	Cerdanya								
Catalunya Central	Solsonès-Bages-Berguedà	Solsonès-Bages							
		Berguedà							
	Osona								
	Anoia								
Lleida	Lleida								
Terres de l'Ebre	Baix Ebre								
	Montsià								
	Terra Alta-Ribera d'Ebre								

Resultats de l'avaluació del PPAC (2011-2014)

Barcelona	Alt Penedès									
	Garraf									
	Vallès Oriental Central									
	Baix Vallès									
	Baix Montseny									
	Maresme Central									
	Barcelonès	Badalona ICS								
	Nord i Baix	Badalona BSA								
	Maresme	Santa Coloma								
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi									
	Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord									
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans									
	El Prat i l'Hospitalet Sud									
	Baix Llobregat Nord									
	Vallès Occidental Est									
	Vallès Occidental Oest									
	Barcelona Dreta									
	Barcelona Esquerra									
	Barcelona Litoral Mar									
	Barcelona Nord									
36 AT amb RAC		Cobertura poblacional	96,4%	93,9%	85,1%	85,1%	52,4%	47,4%	79,4%	13,9%

1. Existència de document on es descriu la ruta assistencial d'atenció a la complexitat per a PCC.

2. Existència de document on es descriu la ruta assistencial d'atenció a la complexitat per a pacients amb MACA.

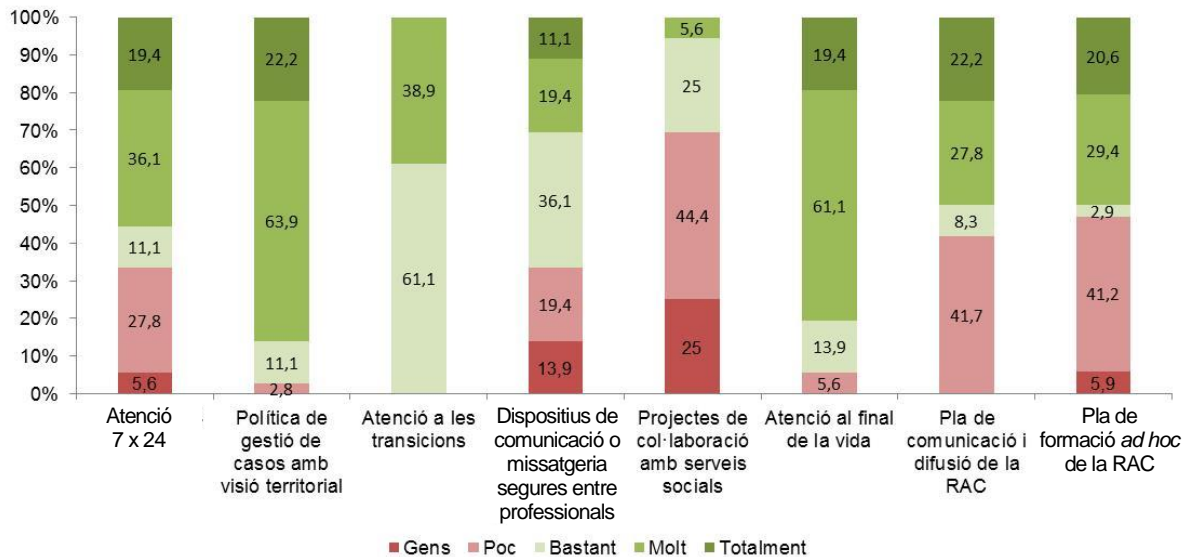
AP: atenció primària; HA: hospital d'aguts; RES: residència pública referent; CSS: centre sociosanitari referent; SSMN: serveis socials del món local

Implementació de la RAC

La primera pregunta que es feia als referents territorials era quin creien que era el grau d'implementació de la RAC en el seu territori de referència mitjançant una escala del 0 al 10. Segons els referents territorials, el grau d'implementació de la RAC a Catalunya és del 7,4, amb un mínim de 0 i un màxim de 9. El 50% de les agrupacions territorials perceben un grau d'implementació igual o superior a 8. Cal destacar que, de les 36 agrupacions territorials amb RAC, les Terres de l'Ebre és l'única que contesta que no la té implementada.

Per saber quins elements concrets creien que estaven més implementats, se'ls va demanar que, independentment del grau d'implementació, els valoressin de l'1 al 5 (on 1 és gens implementat i 5 és totalment implementat). Tal com es mostra a la figura 37, l'atenció a les transicions és l'element que es percep com a més implementat (el 100% de les agrupacions territorials declaren tenir-lo bastant o molt implementat), seguit de la política de gestió de casos amb visió territorial (només en un 2,8% de les agrupacions territorials està poc implementat). L'element que es considera menys implementat són els projectes de col·laboració amb els serveis socials, on prop del 70% de les agrupacions territorials el tenen poc o gens implementat. L'element poc implementat següent és el pla de formació *ad hoc* de la RAC, on en un 47% de les agrupacions està poc o gens implementat, seguit del pla de comunicació i difusió de la RAC.

Figura 37. Grau d'implementació subjectiu d'elements relacionats amb la RAC



Taula 72. Resum de l'avaluació dels ítems usats per avaluar la implementació de la RAC per a cada agrupació territorial amb RAC disponible

Regió sanitària	Agrupacions territorials RAC (n = 42)	1	2	3	4	5	6	7	8
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà								
	Baix Camp-Priorat								
	Tarragonès ICS								
	Tarragonès Santa Tecla								
	Baix Penedès								
Girona	Gironès-Pla de l'Estany								
	Selva Interior								
	Baix Empordà								
	Alt Empordà								
	Ripollès								
	Garrotxa								
	Selva Marítima								
	Alt Maresme								
Alt Pirineu i Aran	Aran-Alta Ribagorça								
	Alt Urgell								
	Pallars								
	Cerdanya								
Catalunya Central	Solsonès-Bages-Berguedà	Solsonès-Bages							
		Berguedà							
	Osona								
	Anoia								
Lleida	Lleida								
Terres de l'Ebre	Baix Ebre								
	Montsià								
	Terra Alta-Ribera d'Ebre								
Barcelona	Alt Penedès							NC	

7. Grau d'implementació del pla de comunicació i difusió de la RAC.
8. Grau d'implementació del pla de formació *ad hoc* de la RAC.

Per conèixer els factors que poden haver influït en el procés d'implementació de la RAC es va demanar als referents territorials que puntuessin del 0 al 10 (on 0 és la nul·la influència i 10 és la plena influència) la possible influència que havien tingut vint factors concrets. Cal comentar que l'agrupació de les Terres de l'Ebre no va contestar aquestes preguntes, atès que no té implementada la RAC.

A la taula 74 es recullen aquests factors, així com les seves puntuacions mitjanes (màxim i mínim). Els factors amb una puntuació mitjana superior a 8,5 són: la influència dels lideratges professionals locals, el desenvolupament de noves utilitats a les HC d'atenció primària (marcatge de pacients, generació de PIIC), l'entesa entre els líders clínics del territori i el desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC (marcatge de pacients, generació de PIIC). En canvi, els factors amb una puntuació mitjana inferior a 5 són: la influència dels antilideratges i la implicació dels serveis socials.

Taula 73. Puntuacions mitjanes dels factors possiblement relacionats amb la implementació de la RAC

Blocs	Factors	n	Mitjana	Màxim	Mínim
	Experiències prèvies com ara protocols	35	7,1	0	10
Sistemes d'informació	El desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC (marcatge de pacients, generació de PIIC)	35	8,5	6	10
	El desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció primària (marcatge de pacients, generació de PIIC)	35	8,6	6	10
	El desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció especialitzada (suport al marcatge de pacients o a la generació de PIIC)	35	7,2	0	10
Compra de serveis	Contracte de CatSalut amb les organitzacions	35	8,0	3	10
	Polítiques d'incentius i DPO	28	7,2	0	10
Suport documental	La documentació generada des del PPAC	35	6,6	3	8
	Disposar de la ruta de complexitat redactada	28	7,5	0	10
Polítiques informatives	Estratègia de difusió de la ruta de complexitat	28	7,6	0	10
	Estratègies de formació als professionals	29	7,5	0	10
Alineament top-down	Posicionament del CatSalut (serveis matris i territorials) a favor del projecte	35	7,8	0	10
	Dinàmica general creada pel Pla de salut	35	7,2	0	10
	Suport directe des del PPAC	35	6,5	0	9
	Influència dels lideratges professionals locals	35	8,9	7	10
	Influència dels antilideratges professionals locals	31	3,7	0	8
	Disposar de referents en complexitat en els equips assistencials	35	8,4	2	10
	Canvis interns en el funcionament dels equips assistencials	35	7,6	0	9
	Entesa entre els líders clínics del territori	35	8,6	7	10
	Implicació dels serveis socials territorials	34	4,5	0	8
Benchmarking	Retroacció generada a partir de resultats de cobertura	34	5,0	0	9

La prioritització dels factors es mostra a la taula 75, en la qual s'observa que el factor més important en la implementació de la RAC és la influència dels lideratges dels professionals locals.

Taula 74. Factors més importants per explicar la implementació de la RAC

Priorització	Factors	Puntuació
1	Influència dels lideratges professionals locals	94
2	Contracte de CatSalut amb les organitzacions	73
3	El desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC (marcatge de pacients, generació de PIIC)	68
4	Entesa entre els líders clínics del territori	55
5	Disposar de referents en complexitat en els equips assistencials	42

Qualitat de la RAC

Tal com s'ha comentat, per avaluar la qualitat de la RAC s'ha utilitzat la informació extreta del buidatge dels 31 documents de la RAC disponibles. Es van identificar quins elements hauria de recollir la RAC perquè fos una RAC de qualitat (taula 76). Segons la combinació dels diferents elements es va establir la categorització de qualitat següent:

- Sense qualitat: tenir menys de tres criteris mínims.
- Qualitat mínima: tenir tres dels quatre criteris mínims.
- Qualitat òptima: tenir una qualitat mínima i recollir el criteri 5.
- Qualitat excel·lent: tenir una qualitat òptima i recollir el criteri 6.

Taula 75. Elements de qualitat de la RAC i nombre d'agrupacions territorials on les seves RAC els consideren

Factors	
1	La RAC permet entendre com es garantirà una resposta assistencial coordinada a qualsevol hora del dia, qualsevol dia de la setmana.
2	La RAC estableix la garantia dels EAP de fer recepció i oferir atenció a les crisis dins de l'horari de funcionament del CAP.
3	La RAC permet entendre com respondran i garantiran l'atenció els dispositius territorials en cas que la persona necessiti un seguiment proactiu fora dels horaris d'atenció de l'equip referent.
4	La RAC permet entendre que tots els dispositius faran ús de l'HCCC i accediran als PIIC.
5	La RAC permet entendre com es coordinarà i s'assegurarà una bona resposta a les crisis "fora d'hores" quan el pacient és atès per dispositius de perfil PADES, HD o hospital de dia.
6	La RAC fa menció de com s'articula una resposta dels serveis socials del territori a les necessitats urgents que apareguin "fora d'hores".

QUALITAT

Mínima	Òptima	Excel·lent
--------	--------	------------

Seguint aquesta categorització, i tal com mostra la taula 77, quatre RAC no tenen qualitat, 26 RAC tenen una qualitat òptima i una RAC té una qualitat excel·lent.

Taula 76. Qualitat de la RAC segons les agrupacions territorials

Elements a la RAC	Qualitat
-------------------	----------

Regió sanitària	Agrupacions territorials	1	2	3	4	5	6		
Camp de Tarragona	Alt Camp-Conca de Barberà								
	Baix Camp-Priorat								
	Tarragonès ICS	x	x	x	x	x			
	Tarragonès Santa Tecla								
	Baix Penedès								
Girona	Gironès-Pla de l'Estany	x	x	x		x			
	Selva Interior	x	x	x	x	x			
	Baix Empordà	x	x	x		x			
	Alt Empordà	x	x	x		x			
	Ripollès	x	x	x	x	x			
	Garrotxa					x			
	Alt Maresme								
	Selva Marítima	x	x	x		x			
Alt Pirineu i Aran	Aran-Alta Ribagorça	Sense RAC							
	Alt Urgell	Sense RAC							
	Pallars	Sense RAC							
	Cerdanya	Sense RAC							
Catalunya Central	Solsonès-Bages-Berguedà	Solsonès-Bages	x	x	x	x	x		
		Berguedà	Sense RAC						
	Osona	x	x	x	x	x			
	Anoia	x	x	x		x	x		
Lleida	Lleida	x	x	x	x	x			
Terres de l'Ebre	Baix Ebre								
	Montsià	x	x						
	Terra Alta-Ribera d'Ebre								
Barcelona	Alt Penedès	x	x	x	x	x			
	Garraf	x	x	x		x			
	Vallès Oriental Central	x	x	x		x			
	Baix Vallès	x	x	x		x			
	Baix Montseny	x	x	x		x			
	Maresme Central								
	Barcelonès Nord i Baix Maresme	Badalona ICS							
		Badalona BSA							
		Santa Coloma	Sense RAC						
	Baix Llobregat Litoral-Sant Boi	x	x	x	x	x			
	Baix Llobregat Centre-l'Hospitalet Nord	x	x	x	x	x			
	Baix Llobregat Litoral-Viladecans	x	x	x		x			
	El Prat i l'Hospitalet Sud	x	x	x		x			
	Baix Llobregat Nord	x	x	x		x			
	Vallès Occidental Est	x	x	x	x	x			
	Vallès Occidental Oest	x	x	x		x			
	Barcelona Dreta	x	x	x		x			
Barcelona Esquerra	x	x	x		x				
Barcelona Litoral Mar	x	x	x	x	x				
Barcelona Nord	x	x	x	x	x				

3.2.1.1.25. Projecte estratègic 2.6

Fita. Disseny del pla de millora de sistemes d'alertes automatitzades: duplicitats i alertes de seguretat

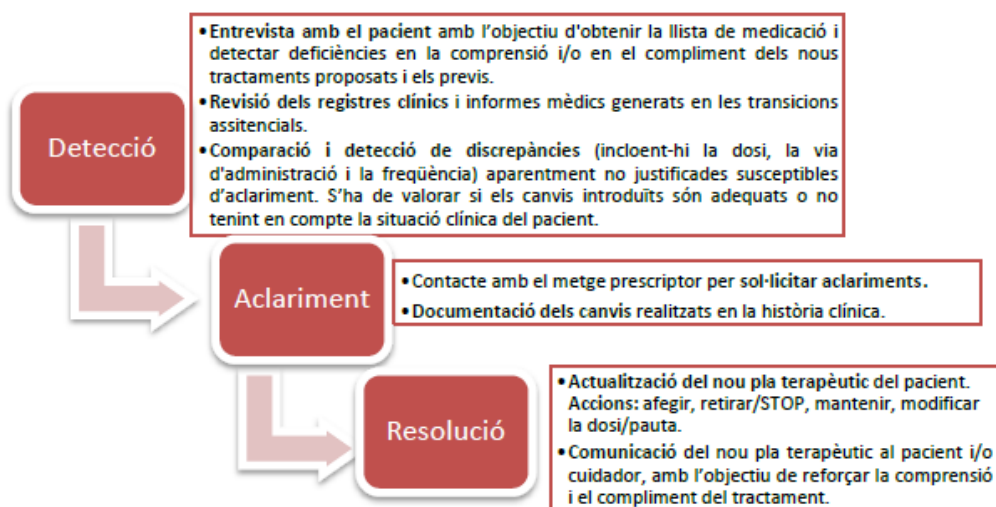
Estava previst dissenyar un nou mòdul de seguretat en recepta electrònica, amb l'objectiu de millorar la seguretat clínica del pacient mitjançant la prevenció d'esdeveniments adversos lligats a l'ús de medicaments. Inicialment, els continguts clínics es basaran en la detecció d'interaccions farmacològiques, duplicitats terapèutiques, fàrmacs desaconsellats en geriatria, dosis màximes i medicaments teratògens. Aquest projecte es realitza amb la col·laboració de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), que s'encarrega de l'elaboració dels continguts clínics que alimentaran el mòdul. Així mateix, també hi col·labora un grup d'experts clínics.

Durant el primer semestre del 2014 s'ha dut a terme una fase de pilotatge de la prova de concepte. En aquesta etapa s'han detectat millores per implementar (continguts, processos, etc.). Es preveu que el segon trimestre del 2015 les entitats proveïdores podran disposar del mòdul de seguretat clínica en recepta electrònica. En fases posteriors es definiran noves alertes de seguretat. La informació s'anirà revisant i actualitzant.

Fita. Definició de la metodologia dels processos de revisió i conciliació de la medicació

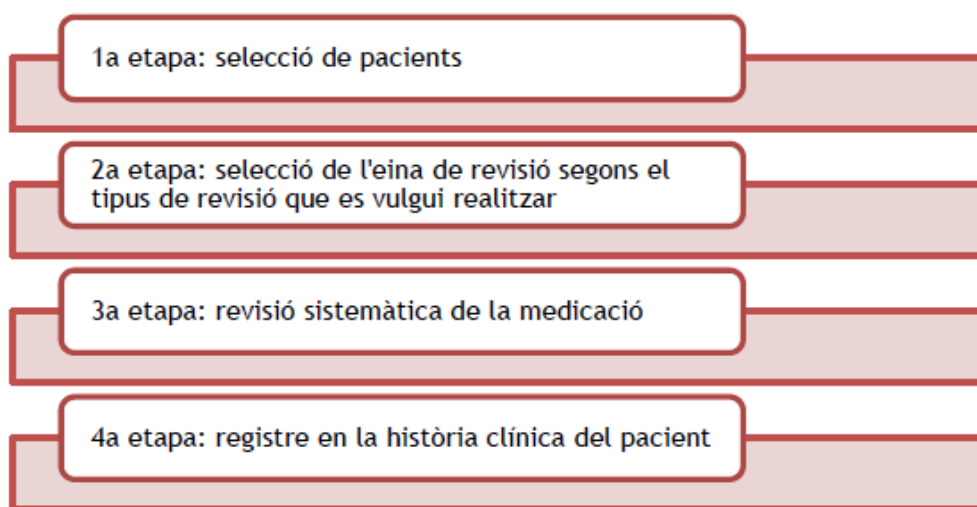
S'ha elaborat un document³³ que recull la metodologia d'optimització dels tractaments farmacològics en els pacients crònics mitjançant la implementació de processos interdisciplinaris de conciliació i revisió de la medicació i de millora del compliment del tractament, centrats en el pacient i les seves necessitats i no en l'organització, el nivell assistencial o els col·lectius professionals. Aquesta metodologia defineix els mínims que hauran de ser aplicats per garantir la qualitat i la continuïtat dels tractaments farmacològics a tot el sistema sanitari. Breument, la conciliació de la medicació s'aplica a tots els pacients en totes les transicions assistencials, cada vegada que el pacient canvia d'àmbit assistencial o d'àrea en el mateix àmbit.

Figura 38. Etapes del procés de conciliació de la medicació



D'altra banda, tots els pacients amb tractament crònic s'haurien de sotmetre a una revisió del tractament farmacològic una vegada l'any. Tanmateix, els pacients que més es beneficien de la implementació d'un programa de revisió de la medicació són aquells que presenten més risc de patir esdeveniments adversos per medicaments (EAM), ja sigui pel tipus de medicació que prenen, per la seva situació clínica o per característiques relacionades amb el pacient o derivades del mateix sistema sanitari. Com més risc hi ha, més gran és la probabilitat de patir un EAM i, en conseqüència, també el benefici obtingut amb la revisió de la medicació.

Figura 39. Etapes del procés de revisió de la medicació



No es disposa de cap model ideal de programes de **revisió, conciliació i compliment del tractament** i, per això, es fa necessari adaptar aquests processos a cada entorn, tenint en compte, entre d'altres, l'organització, els recursos i els sistemes d'informació disponibles.

Els punts fonamentals són els següents:

- Formar un equip multidisciplinari i implicar tota l'organització.
- Protocol·litzar els processos de conciliació, revisió, desprescripció i **compliment del tractament assignant funcions, responsabilitats** i evitar-ne la duplicitat de tasques, la qual cosa s'ha de mantenir en el temps.
- Definir un pla d'acció que prevegi objectius, projecte pilot, fases, cronograma, fonts d'informació, selecció de pacients i seguiment del programa.
- Suport dels sistemes d'informació i gestió clínica: mòduls de prescripció electrònica per a la prevenció de PRM i per a la revisió sistemàtica dels medicaments.
- Pla de formació i difusió del programa als professionals.
- Formar el pacient i implicar-lo activament en el seu tractament.
- Disposar de comissions multidisciplinàries entre àmbits assistencials: estandarditzar processos.
- Facilitar un registre únic de la medicació (HCCC): disposar d'un registre únic actualitzat en temps real.

Fita. Incorporació de l'atenció especialitzada al pla de medicació

La recepta electrònica a Catalunya (Rec@t) és un sistema que integra els processos de prescripció i dispensació de la prestació farmacèutica mitjançant les TIC i el treball en xarxa, i que estableix mecanismes que afavoreixen l'ús racional dels medicaments. Actualment, la Rec@t possibilita un seguiment més acurat dels tractaments i la detecció de duplicitats entre medicaments. Aquest sistema de prescripció obre un nou ventall de funcionalitats, tant per optimitzar la gestió sanitària en matèria de medicaments i procediments com per augmentar la seguretat per als usuaris. La recepta electrònica és un sistema consolidat a Catalunya que facilita l'accés a la prestació farmacèutica i la gestió dels medicaments per part d'usuaris i pacients. La Rec@t és un projecte del Departament de Salut, que està liderat pel Servei Català de la Salut (CatSalut), amb el suport de l'AQuAS.

L'any 2012 el 60% de la XHUP tenia incorporada la recepta electrònica, xifra que arribava fins al 74% el juliol del 2014 (taula 78). Pel que fa a la xarxa de salut mental, el desembre del 2013, s'havia incorporat a la meitat dels centres i, el juliol del 2014, ja la tenien implementada tres de cada quatre centres. Durant el 2014, s'ha iniciat la implementació en els centres sociosanitaris i en els centres de salut sexual i reproductiva. En aquests moments està implementada en prop d'un 60% i d'un 50%, respectivament.

Taula 77. Evolució del percentatge d'implementació de la recepta electrònica segons l'àmbit assistencial

Àmbits	Desembre 2012	Desembre 2013	Juliol 2014
Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* (XHUP)	60%	58%	74%
Xarxa de Salut Mental (XSM)		48%	72%
Sociosanitari			61%
Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR)			46%

* Des de l'inici del desplegament fins avui, el nombre de centres de la XHUP s'ha vist incrementat, i aquest fet explica el decrement des del desembre del 2012 fins al desembre del 2013.

3.2.1.1.26. Resum de l'assoliment de les fites

Projectes estratègics	Fites prioritzades		
2.1. Implantar processos clínics integrats.	Establir un marc genèric del concepte i disseny de les RA portada.		
	Aconseguir una participació àmplia en la redacció.		
	Establir un marc avaluatiu comú per a tots els territoris.		
2.2. Promoure els programes de protecció i promoció de la salut i prevenció de les malalties cròniques.	Disposar d'un programa poblacional d'exercici físic a tot el territori de Catalunya amb objectius comuns entre l'atenció primària del territori i l'Agència de Salut Pública de Catalunya.		
	Disposar d'un programa poblacional d'alimentació saludable a tot el territori de Catalunya amb objectius comuns entre l'atenció primària del territori i l'Agència de Salut Pública de Catalunya.		
	Disposar d'un programa poblacional de prevenció del tabaquisme a tot el territori de Catalunya amb objectius comuns entre l'atenció primària del territori i l'Agència de Salut Pública.		
2.3. Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients i els cuidadors. Fomentar l'autocura.	Posar en marxa les proves pilot del programa Pacient Expert Catalunya en: obesitat, depressió i supervivents de càncer de mama.		
	Posar en marxa el programa Pacient Expert Catalunya a tots els proveïdors de salut de Catalunya.		
	Analitzar resultats de l'ESCA sobre el grau d'alfabetització sanitària de la ciutadania i definir les estratègies que cal desenvolupar per millorar-lo.		
2.4. Desenvolupar alternatives assistencials en un sistema integrat.	Que TOTS els "territoris" hagin tancat un pacte territorial en el seu "territori natural" del model de garantia 7 x 24 en el vessant de "capacitat de resposta".		
	Que TOTS els "territoris" hagin tancat un pacte territorial en el seu "territori natural" del model de garantia 7 x 24 en el vessant d'"actuacions proactives mínimes".		
	Definir un model territorial d'atenció domiciliària integrada a escala territorial.		
	Definir un model territorial d'atenció en residències que inclogui alguna experiència de compra de farmàcia des de les unitats de farmàcia.		
	Definir un model d'atenció a les transicions amb suport de l'HCCC i iSalut amb transferència informació d'alt valor clínic i generació d'avisos per garantir la continuïtat assistencial.		
2.5. Desplegar programes territorials d'atenció als pacients amb complexitat clínica.	Disposar d'una cobertura mínima PCC identificades en un rang d'entre un 1 i un 1,5%.		
	Disposar d'una cobertura mínima de plans d'intervenció individualitzats i compartits (PIIC) en una proporció mínima persones en situació de complexitat.		
	Que TOTS els "territoris naturals" (AGA) hagin elaborat i iniciat la implementació d'una ruta assistencial que prevegi "pacte territorial clar" de "què cal fer en cas d'exacerbació o crisi".		
	Disposar d'un model de PIIC evolucionat i avançar cap a un model d'elaboració PIIC compartit.		
	Establir les bases per compartir informació d'interès comú entre els serveis sanitaris i els serveis socials.		
2.6. Fomentar l'ús racional dels medicaments.	Dissenyar el pla de millora de sistemes d'alertes automatitzades: duplicitats i alertes de seguretat.		
	Definir la metodologia dels processos de revisió i conciliació de la medicació.		
	Incorporar l'atenció especialitzada al pla de medicació.		
Assoliment	Total	Parcial	No

A banda dels resultats de l'assoliment de les fites, al llarg d'aquests tres anys s'han anat generant resultats intermedis. Resumidament:

Oficina del Pla de Salut

Des de la posada en marxa i anualment, s'ha fet una avaluació dels objectius pactats per aconseguir que es pactessin a principi d'any. Aquesta avaluació està recollida en els documents amb referència 27, 28 i 29 de l'apartat de referències bibliogràfiques.

Resultats provisionals de la implantació al 2013

L'any 2013 es va fer una enquesta a les unitats territorials de salut (UTR) en què es preguntava sobre el grau d'implantació de cadascun dels projectes estratègics. L'enquesta va ser dissenyada pels professionals del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i la van contestar els 40 referents de les UTR (annex 9).

3.2.1.1.27. Avaluació qualitativa del procés d'identificació i atenció als PCC-MACA a atenció primària

3.2.1.1.28. Objectius

Els objectius específics plantejats han estat:

1. Conèixer el desenvolupament del procés d'identificació dels pacients crònics complexos (PCC) i amb malaltia crònica avançada (MACA) als equips d'atenció primària dels diferents territoris.
2. Conèixer els factors implicats en la variabilitat del procés d'identificació dels pacients PCC-MACA.
3. Conèixer el desenvolupament del procés de construcció i redacció dels plans d'intervenció individualitzats i compartits (PIIC) i els elements que en condicionen la qualitat.
4. Conèixer com s'està produint el procés d'implementació del programa i quins canvis està generant en les organitzacions, als seus equips de professionals i en l'atenció als pacients.
5. Conèixer les necessitats formatives dels professionals d'atenció primària amb relació a la implementació de les activitats del programa.

3.2.1.1.29. Metodologia

La metodologia del disseny d'aquest estudi ha estat revisada seguint les recomanacions i els criteris consolidats per informar i publicar sobre investigacions qualitatives (COREQ).³⁴

3.2.1.1.30. Tècnica d'estudi. Sistemàtica d'obtenció i anàlisi de les dades

S'ha utilitzat la tècnica d'entrevista grupal a través d'una metodologia de grups de discussió. La selecció dels participants dels grups de discussió s'ha fet basant-se en una tècnica de mostreig teòric. L'anàlisi de les dades s'ha realitzat mitjançant una anàlisi del contingut temàtic dels discursos dels participants dels grups de discussió.³⁵⁻⁴²

3.2.1.1.31. Mostreig teòric

Població d'estudi i unitats de mostreig

La població d'estudi queda delimitada als professionals dels equips d'atenció primària del territori de Catalunya formada per metges de família, infermeres d'atenció primària i treballadors socials, amb diferents perfils professionals i d'atenció (professionals assistencials, referents d'àrees relacionades amb la cronicitat, gestors de casos, professionals d'unitats funcionals específiques, equips directius).

Variables de segmentació

A l'hora de definir la composició dels grups de discussió s'han definit dos tipus de variables que estableixen dos nivells de segmentació dels grups, amb vista a assegurar els criteris adequats d'homogeneïtat dins del grup i d'heterogeneïtat intergrup. Aquesta estratègia ha facilitat els discursos dels participants a cada grup i, al mateix temps, ha contribuït a obtenir la màxima variabilitat i diversitat en les seves opinions que assegurin la qualitat i l'exhaustivitat de les dades. Les variables escollides han estat:

- Variable entorn dels EAP als quals pertanyen els professionals participants (**rural/urbà**): aquesta variable ha estat definida basant-se en els criteris definits pel SISAP/ICS (annex 10). És la variable principal de segmentació i delimita dos grups:
 - EAP rurals
 - EAP urbans
- **Variable de grau d'identificació de PCC-MACA**: aquesta variable es defineix a partir del percentatge d'identificació de PCC-MACA assolit pels EAP, valor obtingut a partir de les dades preliminars de l'estudi del PPAC fet el 2013. Es defineixen tres possibles categories de la variable basant-se en l'assoliment d'un valor estàndard fixat *a priori*:
 - Identificació alta: > 2,5%
 - Identificació intermèdia: 0,5-2,5%
 - Identificació baixa: < 0,5%

Grups i subgrups creats a partir de la segmentació

A partir dels criteris de segmentació van quedar definits sis grups de discussió amb la composició següent:

1. Grup urbà amb percentatge d'identificació alta
2. Grup urbà amb percentatge d'identificació mitjana
3. Grup urbà amb percentatge d'identificació baixa
4. Grup rural amb percentatge d'identificació alta
5. Grup rural amb percentatge d'identificació mitjana
6. Grup rural amb percentatge d'identificació baixa

Selecció dels EAP de cada subgrup

La selecció dels EAP de cada grup s'ha fet de manera aleatòria a partir de les dades de les llistes de què disposava el PPAC el 2013 de distribució d'EAP per percentatge d'identificació de pacients PCC-MACA.

Amb posterioritat, s'ha verificat que el procés aleatori ha aconseguit una correcta distribució dels equips escollits de manera homogènia per a tots els territoris, per assegurar una adequada representativitat de la realitat de Catalunya.

Nombre de participants en cada grup, perfil professional i selecció dels candidats

Es va definir a priori que cada grup estaria format per deu participants, xifra màxima que assegura una correcta dinàmica de participació dins el grup i l'assistència d'un nombre suficient de participants en cas de produir-se baixes en l'últim moment. Els perfils professionals dels participants estan formats per metges, infermeres i treballadors socials d'atenció primària, mantenint una proporció a cada grup de cinc metges, quatre infermeres i un treballador social. L'assignació de la tipologia específica del professional de cada EAP (professional de medicina, d'infermeria o de treball social) s'ha realitzat també de manera aleatòria, a excepció del perfil de treballador social, que s'ha prioritzat en els centres de l'Institut Català de la Salut, que són els únics que el tenen incorporat a l'EAP. El candidat final de cada perfil ha estat escollit a proposta dels directors dels respectius centres.

La majoria dels professionals convocats als grups de discussió van participar finalment en els seus respectius grups. L'única incidència que es va donar va ser l'absència de dos professionals (metges de família), que finalment no van poder assistir als grups convocats per motius personals (malaltia d'un familiar) i professionals (impossibilitat de deixar el seu lloc de treball el dia de la reunió). Per contra, s'hi va afegir un professional nou en el cas d'un EAP que va enviar dos professionals del mateix equip, i un altre que no va poder assistir al grup urbà convocat inicialment i que pel seu interès a participar en l'estudi es va afegir a un dels grups rurals. Finalment, el nombre de participants en l'estudi va ser de 59, amb la distribució següent per cada grup:

- Grup urbà amb percentatge d'identificació alta: 10
- Grup urbà amb percentatge d'identificació mitjana: 8
- Grup urbà amb percentatge d'identificació baixa: 10
- Grup rural amb percentatge d'identificació alta: 10
- Grup rural amb percentatge d'identificació mitjana: 11
- Grup rural amb percentatge d'identificació baixa: 10

A l'annex 11 es mostren els 30 EAP de Catalunya participants en els sis grups de discussió amb el seu proveïdor i el perfil dels seus integrants.

Logística dels grups de discussió

Prèviament al reclutament dels participants en l'activitat grupal, es va planificar una estratègia comunicativa per assegurar l'èxit de la convocatòria basada en les accions següents:

- Carta informativa als gerents territorials i de cada entitat en la qual es presentava l'activitat de recerca per desenvolupar i els respectius EAP escollits en el seu territori.
- Correu electrònic i carta de presentació als directors dels EAP seleccionats demanant que seleccionessin els professionals del seus centres que participarien en els grups de discussió.
- Correu electrònic de convocatòria formal i recordatori a cada participant amb les dades de l'activitat de recerca, l'objectiu, les dates i el lloc de la reunió.

Les reunions dels diferents grups de discussió van tenir lloc al Departament de Salut durant el mes de febrer del 2015. L'activitat grupal es va realitzar en un format de dues sessions d'aproximadament 120 minuts, separades per un descans de 30 minuts, que es van desenvolupar el mateix dia.

Cada grup va ser conduït per un moderador amb les funcions de plantejar al grup les preguntes a debat, així com dinamitzar i estimular les intervencions dels participants. També va participar en cada sessió del grup una observadora amb les funcions d'observar la dinàmica del grup, els participants i les seves interaccions i de registrar notes complementàries respecte a les seves intervencions i discursos (comentaris sobre aspectes verbals i no verbals).

Les reunions dels grups es van desenvolupar amb un esquema i guió predefinit amb les parts següents (annex 12):

- Introducció, obertura i presentació.
- Debat de les qüestions plantejades al grup.
- Cloenda de la reunió.

Les entrevistes van ser enregistrades amb una gravadora per a la transcripció literal posterior de les dades obtingudes a l'entrevista, que es recollien íntegres en un informe per a cada sessió (annex 13).

Les notes recollides per l'observadora també van ser transcrites en un altre informe i comentades amb el moderador al final de la sessió de cada grup (annex 14).

Es va demanar prèviament el consentiment informat oral i escrit dels participants, que assegurava el tractament confidencial de les dades recollides (annex 15).

Dimensions i continguts desenvolupats a les discussions dels grups

Les dimensions i els continguts establerts *a priori* per debatre'ls en els grups de discussió fan referència a tres grans àrees:

- El model d'atenció: inclou els continguts relacionats amb el procés d'identificació dels pacients, la comprensió clínica de la complexitat, els canvis que provoca la identificació en la manera de treballar amb els pacients i el procés de redacció dels PIIC.
- El model organitzatiu: fa referència a continguts relacionats amb el redisseny del model d'atenció i la continuïtat de l'atenció en clau territorial, de l'atenció individual a l'atenció compartida.
- El posicionament polític i estratègic: se centra en el desenvolupament de les polítiques de difusió, comunicació i incentivació de l'estratègia del PPAC, i finalment les polítiques de formació, lligades a l'inici de l'estratègia i les necessitats formatives per al desenvolupament futur del programa.

A continuació es defineixen els escenaris que s'han previst per a cadascun dels continguts treballats.

El model d'atenció

El procés d'identificació de pacients

- Els criteris teòrics definits per la identificació a cada grup (PCC i MACA).

- La interpretació que fan els professionals i com resulta finalment el perfil de pacients identificats (concordança entre els criteris definits i els criteris subjectius dels professionals).
- Possibles dificultats i errors en la identificació.
- L'estratègia de la identificació (a escala individual, EAP, proveïdor, territori).
- Sistemàtica d'identificació als EAP (proposta de pacients, consens entre els professionals implicats, validació final).
- Participació d'altres professionals aliens als EAP (PADES, especialistes, altres).
- Paper de les millores en els sistemes d'informació de l'HCAP i l'HCCC en la identificació de pacients.
- Adequació dels programes de gestió de l'HCAP informatitzada amb ajudes al procés de proposta, definició de criteris, registre final dels PCC-MACA.
- Validesa del constructe teòric basat en models teòrics de grups de risc i grau de consum de recursos (GRC + nombre d'ingressos).
- Aspectes ètics de la identificació.

La comprensió clínica de la complexitat

- Definició conceptual de la complexitat (de la teoria a la pràctica, de l'evidència científica a la interpretació dels professionals).
- Quins elements formen el constructe de la complexitat (càrrega de malaltia i comorbiditat, consum de recursos, actuació multidisciplinària, grau de capacitació dels professionals).

Els canvis que provoca la identificació en la manera de treballar amb els pacients

- Canvis que genera el procés d'identificació de PCC-MACA en l'organització dels EAP i el treball dels seus professionals.
- Perspectiva individual. Perspectiva d'equip.
- Què cal fer després de la identificació.
- Nou/vell paradigma de l'abordatge integral i centrat en pacient i família ("això ja ho fem").
- Valoració de necessitats multidimensionals.
- Nova visió de l'atenció pal·liativa (transicions conceptuals i clíniques).
- Nous dilemes ètics.
- Inclusió de la PDA.

El procés de redacció dels PIIC

- Valor estratègic dels PIIC.
- Utilitats previsibles i reals en els diferents entorns (professional, EAP, atenció compartida).
- Procés de redacció dels PIIC (aportacions dels professionals, consens).
- Apartats i continguts del PIIC, prioritats en les temàtiques.
- Prioritats a les persones en fer el PIIC.
- Dificultats percebudes en la confecció i la redacció dels PIIC.
- Adequació dels programes de gestió de l'HCAP informatitzada amb ajudes procés de redacció del PIIC i la seva visualització a l'HCCC.

El model organitzatiu

El redisseny del model d'atenció

- Canvis necessaris a l'atenció primària per adaptar-se al nou model.
- Lideratge de l'atenció primària.
- Canvis en l'organització dels EAP.
- Rols dels professionals (rols individuals, complementarietat dels rols dins l'EAP), nous rols (gestió de casos, referents amb expertesa).
- Justificació del programa (quin sentit té en el nou context epidemiològic actual i de futur).
- Impacte del programa (quin paper té en les bones pràctiques del futur).
- Elements clau d'èxit i de fracàs en les esferes professional, individual, d'equip i de territori.
- Paper dels lideratges, els colideratges i els antilideratges.
- Alineació dels professionals a la proposta del Departament de Salut (aspectes crítics i elements de reflexió).
- Participació dels professionals en el disseny i la implementació.

La continuïtat de l'atenció en clau territorial: de l'atenció individual a l'atenció compartida

- Atenció compartida entre tots els serveis (EAP, PADES, atenció hospitalària, intermèdia, serveis d'urgències, 061, serveis socials).
- Implementació de les RAC.
- Com interaccionen els equips i els diferents serveis en un entorn de pràctiques compartides (escenaris possibles i reals).
- Qui són els professionals referents d'aquests pacients.
- Assegurar la continuïtat assistencial i les transicions.
- Circuits de derivació.
- Estratègies 7 x 24.
- La comunicació entre els professionals.

El posicionament polític i estratègic

Les polítiques de difusió, comunicació i incentivació de l'estratègia del PPAC

- Procés de difusió de l'estratègia de la complexitat, des del projecte corporatiu (PPAC) i territorial (RAC) fins que arriba finalment a l'EAP i als seus respectius professionals.
- Com s'explica des de les direccions de les organitzacions.
- Grau de coneixement per part dels professionals.
- Com s'impliquen i participen els professionals.
- El contracte del CatSalut amb les organitzacions (incentivació i creació de sinergies entre proveïdors).
- Les polítiques d'incentius lligades amb DPO per part dels proveïdors a cada territori.
- Com influeixen en el procés d'identificació final per part dels professionals (positivament o negativament).

Les polítiques de formació

- Les polítiques de formació implementades pels proveïdors a cada territori.
- Han estat suficientment adequades per al desenvolupament de l'estratègia (conceptualització, identificació de pacients PCC-MACA, complexitat, redacció dels PIIC, etc.).
- Les necessitats formatives per al desenvolupament del programa en el futur (temàtiques, continguts i formats de la formació).

3.2.1.1.32. Aspectes generals

Composició dels grups (expertesa i experiència assistencial). Els grups han estat formats generalment per professionals d'atenció primària referents en àrees de cronicitat i PCC-MACA amb més o menys especialització o dedicació assistencial (gestores de casos, referents de PCC-MACA, referents de cronicitat, amb perfil més de consultors, etc.). En menor proporció també hi han assistit professionals assistencials sense referència específica i directius d'EAP. Aquest ventall de perfils professionals, que complementa l'expertesa i la realitat assistencial, ha contribuït a mantenir tant una bona qualitat com una perspectiva molt real basada en el dia a dia a l'atenció primària.

Qualitat dels discursos. Es detecta una variabilitat en la qualitat dels discursos en els diferents grups que han participat en l'estudi mesurada amb relació a la varietat, la profunditat i l'interès de les temàtiques aportades pels participants en la discussió del grup. En general, els discursos dels grups urbans han estat més rics i han aportat múltiples temes de discussió rellevants, tant a escala conceptual com de vivències i propostes organitzatives. En els grups urbans, les temàtiques han estat més tradicionals i sense aprofundir en les argumentacions. Cal destacar que alguns participants dels grups rurals han aportat experiències molt innovadores que han centrat les discussions i l'interès dels altres participants.

Dificultats en la conducció i la moderació dels grups. La moderació dels grups urbans ha estat fàcil, gràcies a la gran complicitat dels assistents en el debat de les temàtiques presentades, i ha necessitat poques intervencions per part del moderador per reconduir el debat. En el cas dels grups rurals, el moderador ha hagut de reconduir els debats per una tendència a la dispersió dels

discursos, una manca de concreció dels arguments i una manca de referència explícita en les seves respostes.

Participació dels professionals en els debats del grup de discussió. Globalment, la participació dels integrants dels grups ha estat molt activa, amb la possibilitat de poder expressar lliurement totes les seves opinions. S'ha constatat un alt grau de satisfacció per part dels participants en finalitzar l'activitat, que han considerat molt positiva la interacció amb els altres participants i la possibilitat de poder aportar la seva opinió en tots els temes tractats. En aquest sentit, creiem que, tot i que no era un objectiu inicial de l'activitat de recerca, els grups de discussió també han estat:

- Grups d'intercanvi d'experiències entre els participants. Possibilitat de compartir experiències de diferents models d'atenció desenvolupats en els diferents territoris.
- Grups autoformatius: contribució a la formació conceptual de la cronicitat dels integrants dels grups a partir de les intervencions d'alguns participants amb més expertesa i experiència.
- Grups terapèutics: possibilitat de poder abocar en el discurs grupal els respectius problemes, conflictes, tensions i frustracions de manera compartida amb una certa catarsi grupal amb connotacions terapèutiques.

Els resultats generals de l'anàlisi dels continguts dels grups de discussió s'articulen amb relació als tres grans tòpics predefinits inicialment (el model d'atenció, el model d'organització i el posicionament polític i estratègic). Cada un inclou el resum de les subtemàtiques que apareixien en els discursos dels participants al voltant de les dimensions que s'introduïen en el debat del grup, així com altres continguts nous que sorgien en la discussió sobre temàtiques relacionades. Cada resultat s'acompanya de fragments de cites literals seleccionades dels discursos dels participants relacionades amb la temàtica descrita i que es marquen en cursiva.

3.2.1.1.33. El model d'atenció

El procés d'identificació de pacients

- *Objectiu de la identificació.* L'inici de la identificació es percep com una activitat imposada, precipitada i caòtica amb dificultats per entendre el seu objectiu final i que va generar resistències en els professionals. *“La veritat és que va ser com una bogeria inicial de grans llistes i com bojos calia marcar i etiquetar la gent, i després és un moment de veure què fer amb tots aquests pacients, què passarà; aquesta etiqueta, què significa?”. “Va arribar de manera molt dispersa, molt poc concreta, amb centenars de fulls d'informació”. “En el cas del meu centre, hem anat fent una evolució molt clara, al principi podem dir que hi va haver resistència, seré sincera, hi va haver molta resistència perquè crec que no enteníem molt bé quin era l'objectiu, inclosa la dificultat per identificar-lo, i en un principi ens va semblar que era un objectiu, que venia tota la definició i tot el procés com molt orientat des de l'hospital i poc des de l'atenció primària, que al cap i a la fi és on estan aquests pacients”. La identificació dels PCC-MACA és viscuda pels professionals com una estratègia innecessària. Els PCC i els MACA eren malalts ja coneguts a l'atenció primària i no es veu clar quin valor afegit o millora assistencial aporta la identificació dels pacients (l'etiquetatge). “Sembla que sigui un concepte que s'hagi inventat ara, però ha existit tota la vida. Tota la vida hem tingut pacients crònics complexos, el que passa que ara en tenim potser més perquè la gent viu més temps i a més està més polimedicada”. “No deixa de ser un pacient que ara identifiquem, però que des de l'atenció primària era un pacient que ha estat molt conegut de sempre, un pacient al final de vida, un pacient al final de la malaltia i un pacient amb molta multimorbiditat”. “Els meus companys sí que també veien això com a repetir la feina. Crec que s'està començant a treballar sense saber quins aspectes positius aporta això al pacient, que és el que ens interessa a tots”. Malgrat aquestes opinions, s'entén la justificació d'aquesta estratègia per fer front als canvis epidemiològics dels darrers anys (envelliment de la població, augment de la comorbiditat i de les malalties avançades). “El que passa és que el volum és molt alt i, a més a més, requereixen un temps que cada vegada tenim menys per poder fer-ho bé. Aquesta sensació que ja ho hauríem d'haver fet abans ja la teníem també. El que passa és que ara realment això és com un tsunami que et ve a sobre i que ho has d'endregar d'alguna manera per fer el que sigui adequat”. Però, al mateix temps, la justificació està molt contaminada pel debat dels recursos, l'estalvi econòmic i la sostenibilitat del sistema. “Crec que és el que més va perjudicar perquè es parlava que s'havia d'identificar aquest pacient perquè ingressés menys i gastés menys. És clar, quan es parla de despesa, que també és lògic que se'n parli, es genera una mica d'anticossos”. La vivència per part dels professionals d'un procés poc definit, precipitat, a complir en un temps acotat i lligat a una estratègia d'incentivació econòmica (DPO, contracte programa SCS, etc.) condiona a vegades conductes i inèrcies poc reflexives i superficials en els professionals (la identificació per la identificació). “Això és que molta gent ho arplegava tot pels objectius. És clar, com que havia uns objectius i qui els volia complir arplegava a tothom...”. “Perquè no s'entén que de cop i volta en sis mesos hagi d'identificar 400 persones, allò són números que estàs fent, perquè s'ha de fer per DPO. És un procés que necessita més temps. Ara, perquè toca, cal identificar l'1,3% o el 2,3% i buscar-los sota les pedres perquè ho has d'aconseguir”. Amb el temps, tot aquest procés d'identificació s'ha anat visualitzant millor i entenent el seu objectiu final (identificar per intervenir). En aquest canvi hi ha contribuït positivament la reflexió posterior dels*

professionals, la formació i la incorporació de nou coneixement sobre la temàtica. *“Quan es va començar a dir als equips, el problema va ser que es va començar a etiquetar una mica com a bojos, no sé si us va passar també a la vostra àrea, però a la meua sí que es va començar a etiquetar sense saber el que era. Sí que al llarg del temps s’hi ha anat entrant, però ha costat feina que s’entengués”*. Malgrat la presència de dubtes de la utilitat de la identificació per part d’alguns professionals, també d’altres entenen i defensen el valor positiu d’aquesta identificació i tot el que comportarà posteriorment per al pacient (visualització pel sistema, PIIC). *“Jo crec que és un avantatge, quan el defineixes i l’identifiques com a PCC, jo sé que en aquest pacient la gestora de casos hi participarà també i hauré de parlar amb ella més d’hora o més tard”*. *“Si jo identifico un PCC, a la meua zona pertanyerà al club dels 7 x 24. Jo sé que quan jo el vulgui derivar o algú el vulgui derivar a l’hospital, algú d’un servei es posarà en contacte telefònic per veure on ingressa, per quina porta entra. Això comportarà una sèrie d’avantatges”*. Es constata que el procés d’identificació també detecta pacients nous que no eren coneguts prèviament pels professionals (manca de contacte amb els serveis de salut). *“Ara estic començant a veure’n la part més positiva. En un primer moment em vaig trobar amb molts pacients identificats com a PCC que no coneixia, n’hi havia molts que ja coneixia i d’altres no. Ara, amb el temps, sí que cada cop més estic veient que t’ajuda en la detecció de casos que no t’arribaven o persones que t’arribaven d’altres maneres, potser per desconeixement i situacions familiars que no coneixia”*. També posteriorment es va entenent més, que malgrat que els pacients ja eren coneguts i atesos a les consultes, necessitaven un nou model d’atenció més multidisciplinari amb la intervenció de més recursos compartits. *“Aquests pacients d’alguna manera ja estaven identificats, no amb una nomenclatura dogmàtica o acadèmica que es digués PCC o MACA, però aquests pacients ja anaven de boca en boca. L’única cosa que ens demanaven era que, a allò que ja vivíem, s’hi havia de posar l’etiqueta. I, a més a més, després ens vam adonar que realment allò era el que ens obligava a desplaçar recursos i ens obligava a tenir una feina que a vegades no era molt concreta però sí multidisciplinària”*. En alguns casos, la identificació no va seguida d’una informació al pacient conforme ha estat identificat i del que això li comportarà en el futur (atenció més proactiva dels professionals, entrada en circuits específics en l’atenció compartida, etc.).

- *El concepte de PCC-MACA. Dificultats a l’hora de codificar les dues tipologies*. Inicialment es detecta una certa confusió conceptual entre les diferents terminologies de pacients relacionats amb els PCC-MACA (ATDOM, pacients fràgils, amb deteriorament funcional, entorn social desfavorable, etc.), un element que genera dubtes entre els professionals. De manera més marginal encara hi ha una confusió entre l’ATDOM i els PCC-MACA (no tots els pacients PCC-MACA han de ser ATDOM obligatòriament). Però malgrat això, molts professionals entenen que el concepte és diferent. Hi ha confusió també en els codis específics que es van definir inicialment abans d’establir-se definitivament la classificació PCC-MACA (atenció pal·liativa, fragilitat, etc.). En general, la codificació de pacients PCC planteja menys dificultats que la dels pacients amb MACA, ja que els PCC s’identifiquen amb més facilitat. *“El PCC, per a mi, és el pacient que té moltes patologies, diverses de les quals estan descompensades a la vegada, i que quan entra a la consulta dius: ‘Ai, Déu meu, què faig?’ Aquest és el complex”*. Encara que alguns professionals també assenyalen dificultats en la identificació dels PCC pel component *subjectiu* que presenta i que a vegades genera controvèrsia i discrepàncies entre els integrants de l’equip. *“Els criteris són molt subjectius. Jo en*

algun moment he tingut alguna discussió amb alguna infermera sobre algun pacient, ella el veu PCC i jo no el veig PCC i jo penso que no ha d'entrar i ella que sí. És molt subjectiu, tot plegat". En alguns equips es van generar debats (visions diverses dels metges, les infermeres i els treballadors socials) i sessions clíniques específiques amb casos pràctics que van ser molt útils per aclarir aquests conceptes i incorporar-los a la feina diària dels professionals. En aquestes sessions hi han participat més les infermeres que els metges, que han quedat al marge per una certa manca d'interès. Cal constatar també que, malgrat el temps que ha passat des de l'inici del programa, encara hi ha professionals que no tenen els conceptes clars i s'impliquen molt poc.

- *Les dificultats en la identificació dels pacients amb MACA.* Els professionals presenten dificultats conceptuals i en la definició dels criteris que cal seguir per identificar-los (concepte nou i nou paradigma). *"Jo crec que entre un MACA i un malalt terminal hi hauria d'haver alguna cosa, perquè molts MACA es pensa que són terminals i crec que aquí hi manca un concepte".* El debat conceptual està molt centrat en el tema de la supervivència i molt sovint la identificació es relaciona amb la capacitat de predicció del moment de la mort, d'encertar o no un pronòstic o fins i tot d'assignar una *sentència* que moltes vegades no s'acaba complint en el temps previst inicialment. Poques vegades es valora com una oportunitat de parlar amb el pacient sobre els aspectes més relacionats amb el final de la vida (preferències, desitjos, etc.). *"Encara que tinguem el concepte correcte que aquella persona té una malaltia progressiva i avançada, el fet de posar una data de caducitat a aquest malalt i haver de dir-li que pot morir en X temps, això comporta una certa reticència". "Crec que costa més perquè aquest test molta gent el viu com que fa una sentència. I en cap moment no fem una sentència, perquè no tenim aquest poder de saber quin pacient realment morirà".* Es detecten també dificultats per entendre l'instrument NECPAL, element fonamental per a la identificació, per una excessiva focalització en la pregunta sorpresa, sense tenir en compte la resta de criteris que complementen aquest ítem (funcionals, nutricionals, de gravetat i progressió de la malaltia, etc.). Hi ha un cert rebuig a la pregunta sorpresa per tal com està redactada i també pel seu rerefons reflexiu. *"La pregunta en negatiu és d'anglesos, és de britànics, una pregunta en negatiu..., això és d'Astèrix a la Bretanya, no sé si heu llegit Astèrix a la Bretanya, però els bretons parlen al revés".* La pregunta sorpresa també genera una certa confusió quant als criteris d'interpretació de la resposta. *"Jo una cosa que voldria comentar és el tema de la pregunta sorpresa del NECPAL, que al principi va costar moltíssim el tema de la resposta. El 'sí, no', 'no, sí'. Era molt complicat acabar d'entendre com era la pregunta, t'havies de seure bé davant de la pregunta de la resposta, si era el 'sí' o era el 'no'. Hi havia molta confusió. Ara ja està una mica més clar: el no és el sí, i el sí és el no".* Però també alguns professionals valoren l'instrument NECPAL com a eina útil en la detecció de pacients amb MACA i n'entenen de manera clara l'estructura i la finalitat real. *"El tema del NECPAL tampoc no el veig malament, crec que tampoc no s'ha informat bé, perquè NECPAL no és solament igual a pregunta sorpresa, és molt més llarg i té una pila d'ítems i jo el veig molt útil. Et fa pensar, ningú no et diu que encertis, no és un sí o no, simplement que t'ho plantegis. Està en una situació més al final? No, no és un terminal, és aquella situació intermèdia".* Les reticències en la identificació de pacients amb MACA semblen sovint relacionades amb qüestions ètiques, amb la por que aquesta identificació pugui tenir conseqüències negatives en el pacient quan sigui atès a l'hospital. *"Sí, això ho he sentit molt en infermeres, directament jo em nego a respondre si aquest malalt potser es morirà durant el proper any i posar una..., una mica pel tema de la responsabilitat*

que implica i pel que fa també a les repercussions sobre el pacient". "En la meua experiència i en el meu centre, veus molta gent identificada com a PCC, però com a MACA la majoria no s'hi atreueix, i és que a més t'ho comenten —'mira, a veure què et sembla i si de cas l'hi poses tu'—, com dient amb por que 'si l'hi poses, posa-l'hi tu perquè jo no m'hi atreueixo"". "Hi ha una gran controvèrsia en el fet que si jo etiqueto un pacient MACA posant que la seva perspectiva de vida és de 18 mesos, i es trenca una cama, aquest senyor podrà tenir una rehabilitació o realment li farem un pedaç i l'enviarem cap a casa?". Però quan es pregunta als professionals directament sobre possibles experiències negatives viscudes per ells amb posterioritat a la identificació, realment són inexistents i les opinions manifestades parlen d'una por poc definida i argumentada i relacionada amb connotacions ètiques. "Por pel que li pugui passar, no, no li pot passar més que es mori, el pobre, això és l'últim. Jo penso que no és això, la cosa és, en el meu cas, que l'he marcat i aquesta senyora segueix i penso 'la dec haver marcat malament? Què passarà amb això?"". És probable que aquest debat ètic estigui contaminat per altres debats mediàtics de l'entorn (premsa, càrrega política, etc.). "Jo crec que el MACA ens l'han etiquetat mediàticament malament des de fora. Perquè han sortit molts articles a la premsa des de fora del territori català dient 'els catalans hem arribat al màxim de l'eficiència sanitària etiquetant els malalts que estan a punt de deixar aquest món, per no fer-los absolutament res i que caiguin, perquè així estalviaran'. Jo crec que això és una etiqueta externa que els professionals no se la creuen, i jo he tingut experiències concretes en el meu entorn, i això de tractar-lo diferent o infractar-lo per culpa de l'etiqueta jo no ho he vist mai". Malgrat això, alguns professionals veuen la identificació de MACA a partir de l'instrument NECPAL com una oportunitat per donar a aquests pacients el tipus d'atenció que necessiten per la seva condició de final de vida amb una càrrega ètica important en aquesta decisió. "Una actitud piadosa: a casa nostra, aquest és el resum. Després, des del punt de vista tècnic comporta millorar molt les cures pal·liatives. Però sí que ens ha convertit una mica en guardians d'aquesta por de morir i de la voluntat de morir a casa, i com que això ho parlem molt amb la família, jo ja sé que m'hauré d'enfrontar a una situació de final de vida, i l'actitud és molt més ètica, d'afegir els recursos que realment tenen un valor afegit en el que és el benestar del malalt i la família, i penso que amb això hi hem guanyat". "A mi, el tema del MACA m'agrada molt, és una cosa que em dona un plus d'alleujament brutal, no perquè pensi que s'hagin de fer coses diferents amb aquests pacients quant a atenció pròpiament mèdica, sinó perquè s'ha tingut en compte un aspecte molt important, que arriba un moment en què el que podem fer sobretot és acompanyament i cures, i incidir en la família. També de posar sobre la taula coses que a vegades fan mal, com el tema del final de la malaltia, que s'han plantejat, apostar per tot el tema de les voluntats anticipades. Tot això és molt important i potser sí que ho fèiem però no d'una manera tan transparent, i a mi això m'ha agradat. M'encanta que es faci aquesta pregunta, ja no pel fet de fer-la, sinó pel fet que ens dona l'oportunitat de reflexionar sobre què passarà amb aquest pacient, i si podem compartir-ho amb el pacient i la seva família, que és com s'hauria de fer, doncs encara més. També és com donar un toc de consciència, si saben en quina situació estan, tot i que a vegades etiqueten els pacients MACA i ens duren tres anys més... [riu], tenim pacients de 93, 96, gairebé 100..., però a mi aquesta pregunta m'encanta". Fins a quin punt la dificultat en la identificació dels pacients MACA probablement està relacionada amb la seva referència implícita a la mort, tema tabú que genera reticències naturals en els professionals i per al qual sembla que no tenen gaire preparació personal ni professional. "Jo,

l'única cosa que veig és que m'hauré de començar a plantejar de dir a la gent exactament que es moriran, i per a mi és molt violent i no ho sé fer. Serà una cosa que m'hauré de començar a plantejar". "A mi personalment no m'ha fet canviar, aquell pacient si jo l'he posat MACA o PCC, faria exactament el mateix, però sí que potser és un punt de partida per començar a treballar, socialment i per a nosaltres també, el tema de la mort. Es parla poc de la mort, és un tema molt tabú, ningú no ens l'hem plantejat, 'jo, quan em mori, no sé com em vull morir, què faré'. Això ens ho podríem plantejar tots nosaltres, encara que no siguis un PCC, ja hi arribarem un dia o un altre".

- *Quina ha estat la qualitat del procés d'identificació?* En alguns centres, la identificació inicial es va plantejar com un procés massiu i mancat a vegades de rigorositat a l'hora d'aplicar els criteris de selecció dels PCC-MACA, fet que va generar un nombre molt elevat de pacients identificats. En alguns territoris hi ha dubtes sobre la qualitat del procés d'identificació, a causa de la pressió per identificar al més aviat possible, en relació amb el compliment de les DPO i a vegades per una certa confusió en els criteris teòrics per identificar un o altre perfil de pacient (PCC o MACA). *"Crec que, d'una banda, quant al registre, pel que vaig sentint en alguns centres, es registra molt, molt, i possiblement els PCC reals són menys, i n'hi ha d'altres que registren poc, poc, poc i segur que n'hi ha més. Però, és clar, quan la definició és tan difícil...". "El que s'ha fet fins ara..., hi ha molta diferència, hi ha hagut una mica de màniga ampla perquè cadascú segons criteri propi..., tan bon punt tenia un parell de patologies cròniques tipus HTA i diabetis, 'ostres, aquest..., i a més a més em costa molt perquè no ve a controls, doncs li hem de posar l'etiqueta de PCC, o potser no?'. Amb els PCC jo crec que s'ha tingut màniga ampla i s'ha de reordenar una mica això i hi estem treballant". "Depenent de les UBA i de la sensibilitat o... Tothom va poder llegir el fullet amb tots els criteris i cada un interpretava una mica com sabia o segons la seva sensibilitat. Bàsicament ara, després d'un any, sí que ho tenim identificat, però potser caldria una reordenació o revisar si realment tots compleixen els criteris, si s'han d'anar afegint o es van afegir tots per complir l'objectiu".* Aquest problema ha pogut generar la identificació inicial d'un nombre molt elevat de PCC amb el treball consegüent de valoració posterior per part dels diferents professionals que atenen el pacient identificat (revisió de patologies i fàrmacs, escales de valoració multidimensional, valoració social específica, etc.). Alguns d'aquests pacients, una vegada valorats, no eren realment PCC. *"El primer any vaig tenir un problema, bé, tots els treballadors socials, no solament jo, vam tenir el problema que s'etiquetaven a tots i solament hi havia un treballador social al centre i potser teníem 900 pacients que estaven etiquetats de PCC, i havíem de fer una petita intervenció o contacte i quan contactaves amb ells realment estaven en una primera fase i no eren tan complexos. Fins i tot el mateix pacient es quedava sorprès: 'Com? Jo soc en aquesta llista?'"*. Davant d'aquest volum elevat de pacients per valorar, alguns professionals (treballadors socials) han establert alguns criteris de prioritització a l'hora de fer la valoració social als pacients de la llista amb els més necessitats. *"En el nostre cas, més o menys com la resta, l'any passat vam començar a identificar PCC i nosaltres, com a treballadors socials, havíem de valorar PCC a sac. Tots els que anaven amb l'etiqueta PCC els anàvem valorant. El que passa és que a mesura que anava passant el temps hem vist que sortien 200, 300, 400 PCC i llavors, és clar, per fer una valoració social a domicili era com molt difícil. Ara, d'alguna manera, el que hem fet és que a tots els PCC, la infermera, ja sigui la gestora de cas o la infermera d'atenció primària, els passa el TIRS (el TIRS és una escala de valoració social) i si surt un TIRS positiu 1 o més d'1 llavors són els casos dels quals després nosaltres hem de fer una valoració*

social. I així d'alguna manera filtrem, i així ho fem". Malgrat aquesta pressió inicial, els professionals d'alguns territoris tenien clar que el procés d'identificació havia de basar-se en la qualitat i no tant en la quantitat. "I el que sí que vam dir és que si l'identificaves havies de fer el PIIC, és a dir, que no podia ser que estiguessin identificats i sense PIIC, perquè no es veia molt de sentit penjar una etiqueta i no posar res al darrere. Havíem sentit a les reunions que en altres empreses s'havia començat a identificar i identificar i no es feien els PIIC. Una mica, la nostra estratègia és que, més que la quantitat de gent identificada, una mica més la qualitat, tenir gent identificada amb el seu PIIC, i vam començar així a poc a poc".

- *Estratègies utilitzades en la identificació.* En alguns territoris amb un únic proveïdor, el procés de la identificació ve molt dirigit des de la direcció del centre, sense possibilitats d'intervenció per part dels professionals en la decisió final (identificació a partir de llistes proporcionades pel proveïdor). *"Nosaltres no hem tingut cap problema en la identificació perquè ja ens ve donada. La nostra empresa ja té un programa que, segons una sèrie d'ítems, ja te'ls cataloga i als professionals ja ens venen donats. No els has d'etiquetar tu i tu no decideixes".* En d'altres, el proveïdor subministrava llistes amb pacients seleccionats per criteris de GRC, reingressos, etc., a partir dels quals els professionals escollien els pacients amb els criteris de PCC-MACA. En alguns casos, els professionals incorporaven els pacients directament sense una revisió acurada. El marc teòric dels GRC i altres indicadors com el nombre de reingressos semblen vàlids, útils i ben acceptats pels professionals, encara que s'identifiquen errors ocasionats per la tipologia de malalties, que condicionaven un GRC elevat però que no comportaven complexitat (pacients proposats com a complexos que després no ho són). L'estratègia de GRC ha estat molt utilitzada, però no tots els professionals han entès el seu significat real per manca d'una formació adequada. *"En el nostre cas, crec que faltava formació. Es va fer una sola sessió i si avui preguntéssim sobre els GRC, si exactament saben què són... Penso que al nostre territori és una àrea de millora perquè no hi ha hagut prou formació".* L'indicador de reingrés també va comportar a l'inici errors en la identificació, ja que es van comptabilitzar també els ingressos aguts a la llista general. En aquest cas, ha estat necessària la correcció posterior manual, amb una valoració individual de cada pacient per part del professional. Aquesta aportació i decisió final més individualitzada es considera molt important en l'estratègia global d'identificació. *"El més important és conèixer aquella persona i tot el seu entorn clínic, social, i llavors tu pots prendre la decisió. No penso que es pugui identificar per un número".* Les llistes teòriques, com a punt de partida, aporten informació sobre nous pacients amb criteris que els professionals no coneixien i han estat molt útils en el procés d'identificació. En alguns territoris sense disponibilitat inicial de llistes de GRC, la identificació va ser clínica i posteriorment, amb l'arribada d'aquesta informació, es va confirmar que hi havia una bona concordança entre el criteri clínic i el teòric. El consens entre els professionals en la identificació dels pacients presenta molta variabilitat. En ocasions, la identificació la realitzen perfils de professionals específics (habitualment de medicina i infermeria), però en ocasions també es fa amb la participació del treballador social, encara que no sempre es troba aquest perfil professional en els centres d'atenció primària. *"Nosaltres els identifiquem metge i infermera i a vegades ho parlem amb la treballadora social perquè ens en digui alguna cosa, però ella no ho fa inicialment, primer els detectem nosaltres (metge i infermera)".* *"Nosaltres, no en tenim. Solament tenim la de l'ajuntament i de tant en tant, un cop cada dos o tres mesos, fem una reunió d'una hora per comentar algun cas i si fa falta pactem algun domicili o, si*

no, via telefònica o via correu electrònic ens comuniquem". En canvi, en altres territoris la identificació ha estat un procés de consens global en el qual participen diversos professionals (de medicina, infermeria i treball social i fins i tot altres professionals com el PADES). *"La identificació del pacient és una valoració molt global, no és una persona el que l'identifica, és una infermera, un metge, una treballadora social... Nosaltres treballem molt en grup, molt amb la treballadora social i molt amb el PADES. El PADES ens ha estat molt útil en aquest últim any per identificar aquests pacients"*.

- *El lideratge de la identificació.* En general, el lideratge, la iniciàtica i el pes de la identificació recauen fonamentalment sobre els professionals d'infermeria i es detecta un cert desinterès per part del col·lectiu de metges, que sembla que manifesten una manca de motivació i implicació en el programa. *"Els metges amb un perfil professional de més anys de rodatge van dir 'això, feu-ho les infermeres i si teniu algun dubte ens ho demaneu i hi participarem', i ho van assumir les infermeres pràcticament al 100%. I els metges més joves, amb el MIR recent, amb més ganes de participar, més frescos, diguéssim, s'hi van implicar més". "També, a la meua ABS, qui més s'ha implicat evidentment és infermeria, perquè de fet ja feia un temps que, abans que es comencés, tot això ja es feia una mica, el tema de passar les escales de la valoració geriàtrica i infermeria ha tingut un paper fonamental i ha fet una feina brutal en això. I com passa normalment amb la majoria de les coses, els metges estem com absorbits pel temps i fent altres coses que potser no toquen, i no ens hem implicat de la manera que segurament ens hauríem d'haver implicat"*.

La comprensió clínica de la complexitat

- *Com es defineix la complexitat.* La complexitat tal com l'entenen els professionals és força similar als criteris que marquen els models teòrics i està molt relacionada amb elements clínics i de necessitat de recursos per a l'atenció (càrrega de morbiditat, comorbiditat, presència de malaltia avançada, polimediació, mala situació funcional i cognitiva, consum de recursos, reingressos, etc.). *"Per nombre de diagnòstics, per nombre de fàrmacs, amb això ja et fas una composició bastant propera. Edat més nombre de patologies, cròniques que no pots esborrar de la pantalla, més llista de medicaments que no es poden ja renegociar ni fer més stops, ja no en pots eliminar ni un més". "Jo penso que és aquell pacient que veus que fa moltes trucades, posa molts domicilis, molta hiperfreqüentació i que s'està desgavellant alguna cosa. Que hi has d'estar més a sobre. I llavors te'l mires i veus que ha fet algun ingrés o no, que porta molta medicació i ho porta molt controlat. I dius 'amb aquest hi haig d'estar més a sobre'"*. Cal afegir la importància de l'element de valoració individualitzada relacionada amb la idiosincràsia de cada pacient i com la visualitza el professional que el coneix i l'atén habitualment. *"És tan subjectiu, hi ha dades que t'ajuden molt, el risc, el risc social, la polimediació, la pluripatologia, pensar que és un pacient MPOC greu, però l'important és el coneixement que tu tens del pacient, això que tu dius, 'aquest pacient ara no, però penso que tindrà problemes'. El fet de conèixer el pacient, que això es dona més en el nostre medi rural o urbans petits i que al cap d'un temps coneixes tots els teus pacients"*.

- *La importància de la complexitat social.* La complexitat social és considerada per tothom com un element cabdal que condiciona la complexitat global del pacient (independentment del grau de

complexitat clínica i la càrrega de malaltia que presenti). Són fonamentals el coneixement i la valoració de la xarxa social i familiar, el suport que ofereix i l'existència de recursos socials a l'entorn del pacient i la família. *“Digue’m qui et cuida i et diré quantes vegades ingressaràs”. “La complexitat és complicada encara més quan els factors socials no són adients. Una malaltia que podria estar més o menys compensada o més o menys estable, moltes vegades si al darrere hi ha un baix suport social, un baix nivell econòmic, unes condicions de la llar inadequades, t’acaba descompensant una complexitat física, i si tot allò estigués controlat podria estar tot equilibrat i tot bé. Nosaltres ara ens trobem que els problemes socials ens acaben desgavellant els problemes físics que no pas realment per una descompensació pura i dura per un nivell físic”*. Els professionals veuen amb preocupació els canvis que s’estan produint en aquesta estructura social i familiar i com poden condicionar en el futur un possible augment de la complexitat dels pacients, cada vegada amb més patologies i d’edats més avançades. Aquesta relació estreta entre la complexitat clínica i la complexitat social no està prevista en l’avaluació de la Llei de la dependència, fet que limita el possible accés a serveis i recursos necessaris. *“A vegades no està equiparat el tema que siguis PCC en tenir el grau de dependència. Els que valoren la dependència no consideren el pacient amb dispnea que no es pot dutxar sol i necessita ajuda. Llavors ens trobem uns hàndicaps increïbles, de persones que tenen una gravetat en la seva autonomia de qüestions de la vida diària i, en canvi, no se’ls pot oferir un grau de dependència, una ajuda, perquè mentalment estan bé i perquè encara que triguin una hora per arribar al bany, en un moment o un altre ja hi arribaran”*.

- *Pacient complex vs. pacient complicat*. Es valoren també les diferències entre el concepte de pacient *complex* (en referència a les característiques intrínseques del pacient) i el pacient *complicat* (que fa referència més a les habilitats i la capacitat del professional per gestionar el pacient i els seus problemes de salut). *“Jo, primer, el que vaig fer és diferenciar si era complex o complicat. Sembla que un tema semàntic, però vaig pensar que això també depenia molt de l’habilitat del professional, perquè potser millor a mi em sembla des del punt de vista clínic molt complicat perquè no sé molt bé com gestionar-ho, però a altres professionals amb més formació o que en saben més, potser no els sembla tan complicat”*.

Els canvis que provoca la identificació en la manera de treballar amb els pacients

- *El canvi de la visió dels professionals*. La identificació canvia la visió dels professionals sobre el pacient i genera un procés d’aprofundir en la seva realitat individual i del seu entorn. *“Jo crec que sí que la meua visió és diferent perquè el procés t’ho porta. Perquè simplement posant l’etiqueta ja s’obre la porta a fer més tests, més preguntes, i ja profunditzes en aquell pacient. I si a sobre després li fas el PIIC, doncs per força te’l mires diferent, en el sentit que te’l coneixes més, no tan sols a la consulta sinó també a fora, a casa seva”*. Aquest canvi de visió sembla que és més evident dins del col·lectiu d’infermeria, per la seva implicació en el programa (presència, motivació i participació en la valoració dels pacients una vegada han estat identificats). L’opinió dels metges en general és més reservada, i verbalitzen un canvi més discret en la seva visió, probablement per una menor implicació en l’estratègia.

- *El procés reflexiu després de la identificació*. Tot i ser pacients coneguts prèviament i que ja rebien atenció per part dels professionals, la identificació condiona una reflexió posterior sobre les

característiques del pacient i el tipus d'atenció que hauria de rebre a partir d'ara, una atenció més integral i multidisciplinària. *“Jo crec que fas un reflexió. En el PCC, que abans quan tenien una descompensació deies ‘ràpid, a l’hospital!’ , ara també ho dius però busques que sigui una unitat de subaguts, busques si en un CUAP el pots estabilitzar i li pots estalviar un ingrés a l’hospital, sobretot en el nostre cas, que tenim hospitals de tercer nivell a la cantonada. La gent, quan els dius que l’envies a un CUAP per veure si l’estabilitzes... Això fa que el professional faci una reflexió per convèncer el pacient del perquè li fa això. Estic d’acord amb ell en el fet que tots els pacients són únics i que cadascú és diferent, les circumstàncies i l’entorn, i per tant, tot i que tenen una etiqueta de PCC i MACA, crec que el professional ha de fer un reflexió ben feta de quan l’envia, quins recursos ha d’utilitzar, i oferir-li, dintre de les seves possibilitats i de l’ésser únic que és, el que es pot”.* *“Jo el que veig és que des que apareix la terminologia dels GRC i la tipologia de PCC-MACA, hi ha un canvi de visió. Tots tenim ancians, pacients malalts des de fa molts anys, però no es donava la importància a la cronicitat o específicament a la cronicitat com es fa ara. S’han creat comissions, es creen circuits que funcionen com una taca d’oli, de poc a més. “Sí, jo crec que sí. Estem en un punt que s’ha de treballar molt més, tot això del PCC, el tema de l’atenció compartida, incorporar les gestores de casos, la unitat de suport de crònics a l’hospital, però que no tothom fa servir aquests recursos o hi creu de la mateixa manera”.* En alguns casos (pacients MACA), la identificació amplifica l’espectre de pacients que s’haurien d’atendre i planteja aquesta atenció d’una manera més acurada. *“Jo penso que, en el cas dels MACA, sí que ha canviat una mica, perquè penso que hem hagut d’identificar més pacients. Abans, quan parlàvem de MACA pensàvem en els terminals i MACA són més que els pal·liatius o terminals i, per tant, aquesta identificació ens ha fet canviar una mica pel que fa a l’abordatge de la persona. Potser encarar més el tipus d’abordatge que fèiem a aquestes persones. Tractar tota la part de confort i de gestió dels símptomes, que potser la treballàvem més en la fase final. Jo penso que sí que ha canviat una mica, potser no en tots els professionals, però en alguns el fet d’haver-los identificat, de dir ‘aquesta persona és MACA, doncs treballem una mica més un altre abordatge, amb més temps, no tan precipitat”.* La identificació condiona una necessitat de revisar de manera global els pacients més enllà de la valoració dels diagnòstics, la medicació, etc., i fa descobrir nous aspectes que a vegades no es tenien en compte (la complexitat, la necessitat d’una atenció molt més acurada, la necessitat de coordinació estreta entre els professionals (M/I/TS), el problema dels reingressos, la polimedicació, les directrius consensuades en cas de descompensacions, la necessitat de parlar amb el pacient i la família, etc.). Tot això es valora com un element molt positiu, encara que també implica un temps afegit del qual actualment els professionals no disposen. *“Un altre punt positiu és que ha estat una manera de revisar pacients que realment necessiten una atenció molt més acurada, multidisciplinària, de poder seure amb la teva infermera i poder parlar amb aquests pacients. Sí que és posar l’etiqueta de PCC, però també ha estat revisar si portava una metformina i no estava etiquetat de diabètic, els diagnòstics ben fets; en cas de descompensació, què fem? Parlem amb la família? Els pacients que s’han revisat, els pacients que ara estan ben catalogats, estan ben estructurats amb vista a una descompensació, tot això com a punt positiu. Com a punt negatiu, doncs és clar, això necessita un temps que no tenim a la consulta, que això ho fas quan acabes la consulta”.* *“Jo crec que, en el cas de la meua UBA en concret i també les altres de la meua ABS, el fet d’objectivar ens ha ampliat la mira. El fet de valorar sistemàticament una sèrie d’ítems de la persona i el fet d’anar a casa seva i veure si té escales o no,*

t'adones de coses que abans no tenies en compte. El tema de la nutrició, per exemple, o el tema d'utilitzar unes escales molt concretes, amplia molt la visió del que pot necessitar aquesta persona". La identificació també desperta la necessitat de tractar l'entorn social del pacient i tenir-ne cura com un element clau per controlar la seva complexitat. *"Però quan parlem de les aguditzacions del pacient crònic també hauríem de parlar de les aguditzacions de l'entorn del pacient crònic. Un PCC pot estar molt estable quan la persona que el cuida, el cuida bé. Però quan el seu entorn cuidador en un moment donat no li pot donar aquestes cures, el PCC pot presentar una agudització. Aquí és on haurien d'entrar els serveis socials posant una treballadora familiar o articulament algun recurs que normalment arriba molt tard o no arriba".* Malgrat l'opinió generalitzada de la necessitat de controlar amb perspectiva integral totes aquestes qüestions, també es detecten algunes discrepàncies puntuals i anecdòtiques amb un criteri més reactiu per part d'alguns professionals. *"Si convé sí, si no, no, perquè, és clar, també és envair una mica la vida de la gent. A vegades els fem passar per tot arreu, que si metge, que si infermera, que si treballador social..., que si no sé qui... És com les visites a domicili; a vegades hi ha casos que semblen la RENFE, de tant trànsit que hi ha. S'ha de respectar una miqueta. Als pacients ja se'ls comenta 'passeu per la treballadora social si hi ha alguna cosa'. La gent també té dret a decidir si volen venir o no. Encara que estiguin identificats, només en certs casos correrà més, perquè ja t'ho dirà el metge si convé".* La identificació de problemes en els pacients en ocasions també comporta el dilema de si els professionals seran capaços o no d'assignar els recursos necessaris per poder cobrir les necessitats detectades. *"Ara, també és veritat que la pregunta següent que et fa és 'i ara què?', 'tenim eines per estimular-lo cognitivament?', 'tenim recursos socials per ajudar-lo?'. 'Molt bé, ja ho sé, però ara què fem'. Sí que tenim més consciència de tot, fem moltes més teleassistències a través de la treballadora social, però encara hi ha moltes coses que..."*

- *Els canvis que provoca la identificació (avantatges i inconvenients posteriors que comporta).* La identificació provoca una millora en la coordinació entre els professionals (de medicina/infermeria i també amb la gestió de casos). També millora l'atenció per part dels professionals, sobretot en la contenció de les descompensacions, que intenten resoldre els problemes més en el domicili i, en cas de derivació, utilitzen diferents circuits i dispositius específics més adequats. *"Jo penso que en el meu cas ha comportat treballar més coordinadament amb el gestor de casos i amb la UBA i activar en alguns casos més serveis a domicili per poder mantenir-lo al domicili, i fer contenció, de primeres no fer un ingrés hospitalari ni anar a urgències, fer una atenció a domicili".* La identificació és útil sobretot per als professionals que no coneixen i atenen habitualment el pacient i, per tant, no tenen un coneixement global de la seva realitat. *"Entenc que l'etiquetatge m'ajuda en pacients que no són meus i que jo veig alguns diagnòstics, diabetis, hipertensió, insuficiència cardíaca... I veig això, no veig el pacient, jo no sé la seva realitat social, no conec l'entorn, no conec la seva família. Llavors, el fet que hi hagi un etiquetatge sí que m'orienta a saber que és un malalt fràgil i a més té més coses".* La identificació provoca canvis fins i tot en el pacient, que, a partir d'haver estat etiquetat per part dels professionals i coneix l'objectiu d'aquesta selecció, està més conscienciat i implicat en el control de la seva malaltia. Alguns professionals opinen que la identificació no ha provocat cap canvi en la seva visió o, en tot cas, el canvi s'ha produït de manera molt puntual. *"En el meu cas, en molts pocs pacients m'ha condicionat una mica, i ha estat molt puntual. He tingut l'oportunitat de parlar amb el pacient, de què vol fer en una situació molt concreta. Però són pacients molt puntuals, i ells*

també coneixen molt bé el seu procés i hi pots acabar parlant, però en el nostre cas no ha canviat gairebé res". La identificació de pacients genera un volum de feina posterior, ja que implica una valoració multidimensional posterior que habitualment és assumida més pels professionals d'infermeria. "Tots ho han viscut com una sobrecàrrega, no tan sols el PCC, perquè també ha vingut molta cosa amb el pacient MPOC, que també és pacient crònic, el pacient amb insuficiència cardíaca, i tot comporta una sèrie d'activitats, una sèrie de registres i una sèrie de feina sobreafegida. Que si aquesta feina ha sobrecarregat una mica més el personal d'infermeria? Doncs sí, perquè gairebé tot el PCC i totes les activitats que impliquen aquests malalts comporten en aquest moment més feina per a infermeria que per a medicina".

El procés de redacció dels PIIC

- *Experiències prèvies al PIIC.* Alguns professionals ja utilitzaven estratègies semblants al PIIC amb formats més resumits i amb ítems més específics i simples amb un gran valor estratègic. Alguns d'ells no creuen que el fet d'ampliar l'estratègia a un document més complex aporti millores. *"Nosaltres estàvem molt contents amb el nostre PIIC de butxaca que teníem, molt petit, molt curt, que era com una pastilla. Anava la mar de bé perquè era senzill i concís. Què li fa complex? Què té per defensar-se? Bàsicament era això. I després va venir el PIIC, uniforme i per a tot Catalunya, tan llarg i tan inacabable que ens va fer..., ens va afegir una dificultat enorme per omplir. És molt... confús".*

- *Valoració estratègica del PIIC.* Valoració en general molt positiva del PIIC. Pràcticament ningú no dubta de la seva utilitat per a l'atenció individual i compartida dels pacients i és considerat una bona eina per al pacient, ja que aporta les recomanacions per a la seva atenció i vetlla pels seus interessos, desitjos i preferències. *"Si té el PIIC fet em quedaré més tranquil, perquè en cas de descompensació algú se'l llegirà i si volen, que és una cosa personal, el metge que l'atengui farà cas a les recomanacions o no. Però hi haurà algunes recomanacions del pneumòleg o meves. I si a més hi ha les voluntats anticipades, encara millor".* Però també es valora negativament la manera com s'ha produït el procés d'implantació d'aquesta eina als equips (objectiu de l'eina no suficientment explicat, manca de formació per omplir els seus respectius apartats i estratègia lligada a objectius per complir amb pressions abans de final d'any). Malgrat la consigna general que tot pacient identificat hauria de tenir un PIIC, en ocasions aquest objectiu no ha estat possible per problemes de sobrecàrrega assistencial i pel fet d'haver d'afegir més feina a la ja realitzada en el procés d'identificació. En alguns equips es prioritza la realització dels PIIC en determinats grups de pacients (PCC amb més complexitat i pacients amb MACA). *"Nosaltres també els que prioritzem són els pacients que estan en gestió de cas i els MACA. Aquests són els PIIC que fem en un primer moment i després ja ens encarregarem dels altres".* Alguns professionals mostren ambivalències en la valoració del PIIC amb arguments contradictoris, que, d'una banda, el consideren una eina important però, d'altra banda, té un ús restringit a alguns entorns i dificultats en la seva implementació en la realitat assistencial del dia a dia. *"Jo penso que és una eina molt maca, que molt ben treballada és fantàstic per al pacient, per al metge, per a la infermera i per a tothom. Que tot estigui absolutament clar i què vol aquesta persona. Però aquí és molt difícil d'arribar, vol moltes hores, molta no sé..., i de poder-ho parlar i plantejar, i no a tothom li pots plantejar". "El PIIC és una eina que pot ser útil al 061. Per a la gent que utilitzem la mateixa eina de l'ECAP, no és tan útil. Jo,*

quan estic de guàrdia, mirant els tres o quatre últims MEAP ja em faig una idea del pacient en general, que és el mateix que llegir-me el PIIC”.

- *El component dinàmic del PIIC.* El PIIC és una fotografia del pacient en un moment donat i amb un valor molt elevat, però que cal anar actualitzant a mesura que el pacient i la seva situació clínica, social i de preferències va canviant. “Però el PIIC és dinàmic, no és l’última paraula”. “Això de la part més delicada dels desitjos del pacient, jo ara em plantejo, això quan s’ha de revisar? Perquè jo ho deixo allà escrit i després no me’n recordo més, i la seva condició ha canviat, perquè tots canviem. Jo estic aquí ara canviant d’opinió no sé quantes vegades sobre les coses vitals de la vida. És clar, a vegades a mi em fa por posar alguna cosa perquè ara amb aquesta situació és..., però potser després canvia”.

- *La qualitat del PIIC.* Les experiències dels participants apunten al fet que en una etapa inicial els PIIC es van confeccionar de manera ràpida i precipitada, probablement influïts per la necessitat de complir els objectius al final de l’any 2014 (l’objectiu marcava una directriu de fer un nombre determinat de PIIC, però no marcava directrius de qualitat del PIIC). Això pot haver condicionat al fet que els continguts fossin bàsics i superficials i que alguns apartats, sobretot els espais en blanc, quedessin sense omplir. Amb el temps i a mesura d’anar-ho treballant, la qualitat ha anat augmentant, així com la implicació dels professionals en la millora d’aquesta qualitat. “Jo sí que he vist una evolució sobretot en el personal d’infermeria, a mesura d’anar-ho treballant. Al principi veies els PIIC i hi havia quatre coses clicades i poca cosa més, semblava que havia por de posar coses. I ara sí que et trobes que algunes companyes et diuen que volen posar algunes frases més estructurades i et demanen consell. Jo crec que evoluciona favorablement”. “En el nostre cas, la majoria dels PIIC no estan del tot ben fets. Jo penso que inicialment aquí no ens van donar prou informació per redactar-lo. Per complir, tothom anava omplint, però si no està ben fet això es penja a l’HCCC i no serveix de res”. Es necessita temps i espais per poder omplir un PIIC amb qualitat de dades. Temps per reflexionar, temps per compartir i consensuar les seves recomanacions amb tots els interlocutors (metges, infermeres, gestores de casos, treballadors socials, especialistes, pacient i família), temps per escriure’l i temps per actualitzar-lo. “A la nostra zona, la nostra realitat és que no tots els PCC tenen un PIIC fet, per la manca de temps. A l’àrea de..., hi ha 1.000 PCC identificats i un 60% tenien el PIIC fet. Tots els pacients amb MACA, un 99%, tenien el PIIC fet, perquè en aquest cas sí que és un problema ètic que no hi hagi PIIC. Però tots els PCC no tenien associats el PIIC. Els que portem nosaltres directament sí, perquè és feina nostra i se’ns dona i tenim temps per fer-la. Però dintre de l’equip, doncs per la manca de temps, perquè fer un PIIC no són 10 minuts...”. “La manca de temps és fonamental, la manca de temps compartit de tots els actors de la pel·lícula que en un moment donat podem seure i decidir”. Diversos professionals participants assenyalen la necessitat d’una formació específica com una estratègia per elaborar PIIC de qualitat.

- *La participació dels professionals, el pacient i la família en la redacció dels continguts del PIIC.* El consens necessari. La redacció del PIIC sovint no ha estat un acte de consens entre diversos professionals i ha estat liderat per perfils de professionals específics (gestores de casos i infermeres) i amb poca intervenció per part dels metges. “A la meua zona, la primera que va començar a fer PIIC va ser la gestora de casos; després, a finals d’any, les infermeres van començar a fer PIIC com a boges perquè s’acabava el 2014, i la informació que posàvem al principi era molt bàsica”. Es detecta

molta variabilitat en el grau de participació dels diferents professionals en la redacció de les diferents parts del PIIC. *“Ho fa habitualment infermeria i a vegades la part de les descompensacions la fa el metge, i a vegades amb la família. Depèn del professional mèdic. Hi ha metges que passen de tot i ho fa infermeria, metges que diuen ‘ja hi estic d’acord, posa això’, i hi ha metges que sí que citen la família i ho fem conjuntament”*. En altres equips sí que ha estat un procés de consens progressiu dels professionals, iniciat per les infermeres, que a continuació han estirat dels metges perquè col·laboressin en el consens i la redacció final del PIIC. En alguns casos, la participació del treballador social en el consens sembla que és baixa, malgrat la importància dels continguts socials del PIIC i l’acord de tots els professionals en la necessitat d’aquesta aportació. Però en altres casos (professionals molt motivats), sí que ha estat un procés de consens compartit i argumentat entre diferents professionals (de medicina, infermeria, treball social, gestora de casos) i amb la participació activa del pacient i la família. *“Nosaltres ens reunim el metge, la infermera i la treballadora social i fem el PIIC tots tres alhora. Hi ha metges més implicats en el tema i que busquen un espai i que realment... Per exemple, aquestes sessions que jo faig amb elles de 14 a 15 hores i que parlem dels casos, moltes vegades aprofitem per quedar un dia que podem els tres — professional d’infermeria, de gestió i mèdic— i citem el pacient per fer el PIIC, però, és clar, són professionals que realment estan involucrats i realment volen fer-ho”*. Es valora de manera molt positiva el fet que es consensuïn les recomanacions del PIIC amb les preferències del pacient, però també es veuen moltes dificultats per portar-ho a la pràctica (quin és el moment adequat per fer-ho, situació clínica evolutiva i canviant dels pacients, temes difícils de parlar, necessitat de suport d’altres professionals, etc.).

- *Els continguts del PIIC*. Els professionals consideren que tots els continguts del PIIC, fins i tots els bàsics (Barthel, nom del cuidador principal, etc.), tenen un gran valor com a informació estratègica per a l’atenció compartida. *“O alguna cosa tan banal com identificar el cuidador principal, la persona en qui delega decisions. Quan és ATDOM, tots tenen cuidador principal i bla, bla, bla... Però quan no és ATDOM, ens hem molestat a preguntar qui se’n pot fer càrrec?, qui pren les decisions en lloc seu?, qui...? A vegades venen a la consulta, saps que és PCC però vas fent, però el dia que passa alguna cosa i has de trucar a algú perquè tens el pacient allà, a qui truques? No m’he molestat a identificar el cuidador”*. Es planteja el debat de si el PIIC ha de ser exhaustiu o simplificat amb els pros i contres que condicionarien aquestes estratègies (massa dades i poc operatives, poca d’informació poc útil per a la presa de decisions en un entorn compartit). Alguns professionals necessitarien més dades clíniques que indiquin la situació evolutiva del pacient (funció renal, etc.). Hi ha dificultats específiques en omplir els camps en blanc del PIIC. *“Jo crec que en sabem molt poc, d’escriure PIIC, molt poc, molt poc. Als requadrets de text lliure..., ufl!, no sabem ben bé què és el que hi hem de posar. No en sabem”*. A l’apartat de recomanacions en cas de descompensacions hi ha una gran controvèrsia i debat sobre si els professionals han de fer o no aquestes recomanacions en cas d’aparició de diferents escenaris. En ocasions, la discussió fa referència a aspectes de dificultats en la presa de decisions compartida entre els professionals. *“Quan es va fer això, hi havia una cosa de la qual els metges es queixaven, que si el metge de capçalera posava a les recomanacions davant de les descompensacions, ‘si es descompensa posar ½ Furosemida més...’, hi havia metges que es queixaven que si ells anaven a veure el pacient i deien ‘tu qui ets per dir-me la*

medicació que s'ha de posar si soc jo qui valoro el pacient?' Era com si uns es ficaven al lloc de l'altre. Per això vam decidir de no posar res en aquests apartats". "Però això és molt trist, perquè si tu tens un MPOC que l'has vist 20 vegades en tres anys i saps que l'amoxicil·lina amb àcid clavulànic no li va bé i, en canvi, un altre antibiòtic, per exemple, la levofloxacina, sempre li ha anat bé, si tu no vols entrar a la història i llegir-te tots els cursos dels últims tres anys per veure que l'amoxicil·lina amb àcid clavulànic no li ha anat mai bé, per favor!, per favor! Fes cas de les recomanacions del PIIC i posa-li levofloxacina!, perquè segur que també la família et dirà que aquest antibiòtic és el que sempre li ha anat bé. Per favor!, fer això demostra una prepotència..., demostra un problema i crec que hem de pujar molt la nostra humilitat!". També hi ha dificultats per omplir l'apartat de les preferències del pacient i la família, ja que implica una feina de reflexió i presa de decisions compartides, en aquest cas amb el pacient i la família. "Això requereix un treball previ amb el pacient, el seu entorn i la seva família. Hi ha pacients que te'ls coneixes i veus que aquesta feina no s'ha posat prou sobre la taula, no s'ha parlat prou obertament, no s'han avaluat diferents escenaris i costa. Hi ho intentes plantejar i...". Les dificultats de l'apartat de les decisions anticipades podrien estar en relació amb la complexitat de l'abordatge compartit amb el pacient d'unes temàtiques sensibles que necessiten un nivell de confiança suficient, oportunitat i temps necessari i habilitats específiques per part dels professionals. "Una mica les dues coses. Quan tu et sents amb prou habilitat i amb prou expertesa per fer alguna cosa la vas fent. Quan és una cosa que et costa i no saps molt bé com plantejar-ho o si ho has fet de la millor manera, si t'has fet entendre i estàs copsant el que diu el pacient... A vegades t'adones que després de parlar amb el pacient penses 'no m'ha entès...'. Jo crec que les dues coses, la manca de temps és fonamental, la manca de temps compartit de tots els actors de la pel·lícula que en un moment donat podem seure i decidir. Allò que un dia la infermera va a veure'l, un altre dia hi aniré jo, jo parlo amb la cuidadora, i si el fill s'hi vol implicar..., perquè moltes vegades és difícil de coincidir". Això provoca que moltes vegades aquests camps es queden en blanc o s'omplen d'una manera molt pobre. "En el dia a dia, al professional el descol·loca. No sap què posar, el deixen en blanc, posen un punt. 'Un punt a l'apartat de descompensació?'. 'Sí, sí, perquè hi ha d'haver alguna cosa escrita, no ho pots deixar en blanc'". Malgrat això, alguns professionals consideren la importància i la gran utilitat d'aquests apartats del PIIC, perquè aporten valor afegit dels professionals que els redacten, basat en un procés reflexiu i a vegades complex. "Els camps lliures de fet és on nosaltres podem posar el nostre valor afegit. No és una cosa automàtica, sinó que és el seu equip, la seva família i el pacient, realment la descripció qualitativa que podem aportar. I precisament per això per a mi és la part més difícil. Fins on has parlat amb el pacient, fins on sap, fins on vol la família que sàpiga i, quan arribi el moment, què volen fer. Això és el més complicat de tot". Alguns professionals aporten estratègies per facilitar el procés de redacció dels PIIC, com, per exemple, l'ús de textos estandarditzats en la línia de normatitzar i unificar criteris. Les dificultats en omplir aquest apartat sembla que estan relacionades amb la impossibilitat d'establir un pronòstic en escenaris futurs incerts i, també, en la indecisió que genera en els diferents actors que participen en la presa de decisions complexes de manera compartida. "No som futuròlogues. Com deia, jo puc pensar en el tema de la descompensació respiratòria i després cau i es trenca un fèmur, i qui pot preveure això? I després l'actitud en fred que la família i el pacient vulguin tenir quan arribi el moment; després, en 'el brogit de la batalla' diuen 'no, no, al meu pare, que se li faci tot'. Llavors és complicat de reflectir aquella dualitat que

tenim tots de l'ambivalència que no pateixi, que no el remenin excessivament però facin tot el que calgui. I no és fàcil negociar tot això”.

- *Apartat del PIIC del PDA.* En alguns professionals, l'apartat del PDA genera resistències a l'hora d'omplir els seus continguts basades en posicionaments ètics i morals. *“Jo tinc una certa objecció a preguntar a les persones per aquests tipus de qüestions. Jo soc molt poc intervencionista en aquest aspecte i no m'agrada treure aquests temes si ells no el treuen. Si la persona no fa el pas, jo sempre un pas enrere, aquesta és la meva actitud, un pas enrere. Jo estic un pas enrere de les persones, no pas un pas endavant. Ja sé que això pot tenir algun problema, sí, però la meva actitud personal és un pas enrere. Em poso en el lloc de la meva família, de casa meva, de jo com a pacient o com a persona o com el meu pare o qui sigui”.* També es relaciona amb dificultats dels professionals en l'esfera personal i íntima en abordar temàtiques considerades tabú, com és el cas de la mort i el patiment. *“És un tema difícil, ja no des del punt de vista clínic sinó des del punt de vista humà. Perquè com a persona també t'afecta, més enllà d'allò merament professional. Estàs parlant del final de les persones, que aquesta persona es morirà, i aquesta idea a tots ens disturba”.* *“Perquè, a més a més, quan ho poses sobre la taula, que en el món en què vivim la mort i el patiment és un tabú, el que els estàs posant al davant és que hi haurà patiment i hi haurà mort, i és difícil negociar amb aquests sentiments i amb aquestes pors que tenim tots”.* El PDA genera un gran debat sobre la pertinència o no d'abordar i compartir amb els pacients aquestes temàtiques. En la discussió apareixen diverses opinions i controvèrsies sobre si pacients i professionals volen parlar o no d'aquests temes i si estan preparats o no per fer-ho. Aquest debat també assenyala la pertinència d'aplicar en el nostre entorn social i cultural estratègies de PDA que han estat importades d'altres entorns culturals i amb valors molt diferents del nostre (de la cultura anglosaxona a la cultura mediterrània). *“No teniu la sensació que hem anat massa..., hem corregut massa i hem posat una sèrie d'eines per omplir o implementar sense haver-nos parat a reflexionar una mica sobre quina cultura tenen les persones, en quina cultura ens movem, en quin entorn ens movem, com són les persones que atenem, com som nosaltres, on estem? Potser no era el moment de començar a omplir obligatòriament aquest tipus d'espais tan complicats i amb un patina anglosaxona tan forta en un entorn tan mediterrani com el nostre”.* Malgrat això, alguns professionals ho veuen com una oportunitat de canvi davant l'immobilisme poc justificat i que necessita un replantejament en els temps actuals. *“Pot ser una eina de canvi també, no? Seguim amb l'immobilisme, seguim fent el mateix o intentem fer-ho diferent? És un canvi conceptual, és una eina de canvi, un motor de canvi. Potser t'has de plantejar si amb els pacients complexos has de parlar d'aquestes coses. Potser t'has de plantejar què vol aquest pacient quan tingui una descompensació o quan arribi la darrera descompensació, com una eina de canvi i de reflexió. Que si estem preparats per fer-ho? No. Però no ho estarem mai si no ens hi posem”.* El PDA es considera un tema fonamental, emergent i present en la realitat dels nostres entorns sanitaris i socials i pel qual hem d'estar preparats per donar-hi resposta. *“Jo crec que cada vegada hi ha més persones així. Jo vaig tenir una dona de 80 anys que no va voler saber ni d'on venia la neoplàsia. Va dir ‘escolta..., jo ja he fet el que havia de fer i el que vull és morir-me aquí a casa, si tu em pots garantir això...’. Penso que s'hauria de respectar la presa de decisions del pacient, que és una cosa molt important, i penso que és un camp o una àrea que hem de treballar molt tots els sanitaris, el fet de poder consensuar actituds a escala sanitària i social. És un tema en què tots ens estem posant cada vegada més i que anirà a més. Sí que és veritat que*

ens falta molta formació perquè es pugui escriure bé i que els PIIC es puguin entendre i estiguin ben fets. Jo mateixa escric el que volen els pacients, si volen anar a l'hospital o no, si volen que el facin RCP no, i de vegades depèn del moment en què els ho preguntes o com els ho preguntes contesten una cosa o una altra. Crec que hem d'anar aprenent nosaltres". Però també els professionals demanen més temps per poder acceptar, entomar, aquest canvi conceptual i cultural i poder accedir a una formació professional (capacitació professional) i una preparació personal (reflexió, qüestionament personal i dels nostres valors). *"Jo crec que té a veure amb totes dues coses. Tan importants són les teves eines personals i els teus valors i com et qüestionis la vida i les coses que vas fent, com que et preparis professionalment". "Has de ser competent i has de posar-hi uns valors que has de tenir com a persona". "Jo penso que ens falta formació, perquè a vegades penses 'abordaré aquest tema' i després el pacient s'obre i penses 'com el recondueixo?', i una mica és aquesta por".* L'apartat del PIIC que recull els aspectes generals del PDA planteja una certa confusió en els professionals respecte a la seva validesa jurídica i la seva equiparació legal al document de voluntats anticipades. Apareixen en el debat també les dificultats de mantenir les preferències del pacient i la família pel que fa al lloc d'atenció en el moment de final de vida (domicili, hospital). Sovint, són preferències que canvien a darrera hora en relació amb les complicacions que puguin sorgir de manera inesperada influenciades per la por al patiment i la manca de seguretat de l'entorn en què es produeix el final. *"El que dèiem abans, la família a vegades diu que vol que es quedi a casa i es pacta i es posa en el PIIC. Però a vegades, quan arriba la realitat, no és així, però no solament pel professional que ja ho veu, sinó també perquè la família també s'espanta i diu 'portem-lo a l'hospital'. Aquesta ratlla tan fina a vegades és difícil per al professional posar-la al damunt de la taula".* Tot aquest procés d'atenció per assegurar les preferències del pacient requereix la voluntat i la capacitació dels professionals implicats, però també un entorn organitzatiu que assegurí el temps necessari per poder desenvolupar-ho, elements dels quals a vegades no es disposa i que limiten la bona feina dels professionals. *"Jo treballo en un poble, com la majoria de tots vosaltres, i tinc la sensació que la majoria dels meus pacients grans encara volen morir a casa. Per tant, el que vulgui morir a casa, que tingui l'opció que jo com a metge de família i la meva infermera puguem anar a domicili a donar-li una bona atenció. Aquest és el greu problema que tenim, com a mínim necessitem una hora per poder-ho fer, evidentment hem de tenir la capacitat, però sobretot hem de tenir el temps. Jo considero que tinc la capacitat, però el que no tinc és el temps, algunes vegades ho faig de manera brillant, però la majoria de vegades no ho puc arribar a fer com seria desitjable".* Aquests apartats de la PDA del PIIC són valorats de manera molt positiva pels pacients i els dona seguretat en recollir les seves preferències i desitjos sobre les seves decisions al final de la vida. *"Sorprenentment, jo m'he trobat que molts pacients als quals he comentat això es queden —i, a més, m'ho diuen— molt tranquils perquè pensen 'almenys algú sap el que jo vull, que per més que jo ho pugui dir al meu fill o la meva filla, o a qui sigui, no sé si arribat el moment si jo..., se me'n va el cap o em passa alguna cosa, com acabaria'. Els pacients diuen 'apunta-ho tot perquè m'interessa que quedi registrat'".*

- *Utilitat del PIIC, quin és el seu objectiu final.* Quina és la utilitat de les recomanacions que marca el PIIC en els seus diferents apartats (escenaris de descompensacions, preferències del pacient i limitació de l'esforç terapèutic)? Alguns professionals confonen el concepte de recomanació amb el de directriu obligada. Hi ha un debat reiteratiu sobre aquest tema, amb opinions molt

enfrontades (algunes de molt radicalitzades, i d'altres, carregades de sentit comú). Hi ha dubtes raonables de si el PIIC i les seves recomanacions són consultats finalment en els altres nivells assistencials on són atesos els pacients (urgències, especialistes de l'hospital, O61, etc.). *“Des del nostre centre veiem que quan els pacients es descompensen i hi va el SEM o van a urgències, el PIIC no es mira. Tens allà el puntet verd a l'HCCC però no s'ho mira ningú”. “Nosaltres ens hem trobat que malalts ATDOM que no sortien de casa i un dia trucaven a la nit i els portaven a l'hospital. La nostra recomanació al PIIC era que la persona que veiés al pacient sabés que aquest senyor s'havia de quedar a casa i malgrat això no es feia cas. Jo veig que, malgrat l'esforç del PIIC, tampoc no s'ha fet gaire cas, ja que ens hem trobat actuacions que no han seguit les recomanacions marcades al PIIC pels metges de família”*. Es comenta que és necessari que en l'atenció a especialitzada també es cregui en la utilitat del PIIC i es tinguin en compte les recomanacions de l'atenció primària. En alguns casos, sí que hi ha constància que ho fan i que la informació del PIIC i les directrius marcades són útils per a aquest col·lectiu de professionals. *“Nosaltres, en l'àmbit de SEM i d'hospitalització a urgències, tenim clar que no miren els PIIC, però en hospitalització de dia i al PADES sí que ho treballen una mica més i sí que són conscients de com ho tenen, i les activitats ja van una mica en aquest sentit”*. Malgrat aquests dubtes concrets, els professionals en general tenen la sensació que finalment es compleixen les directrius pactades i escrites en PIIC dels pacients identificats com a PCC-MACA i quan aquests pacients són atesos a l'àmbit hospitalari, la seva atenció habitualment s'agilitza i s'adequa a les seves necessitats. Hi ha dubtes de si el PIIC s'ha de donar al pacient o no, pel fet de contenir en ocasions informacions confidencials que el pacient no coneix (patologies) o comentaris sobre l'entorn cuidador (nivell de competència o adequació) que podrien condicionar problemes ètics o conflictes.

- *Necessitat de tecnologies de la informació i la comunicació que facilitin la redacció i la visualització compartides del PIIC*. Es fa una valoració molt positiva dels automatismes informàtics que bolquen dades al PIIC i estalvien feina als professionals. Alguns territoris han presentat dificultats importants en la realització i la visualització del PIIC en els sistemes d'informació compartits (HCCC) per problemes de compatibilitat de sistemes informàtics, que dificulten o impossibiliten l'accés a l'HCCC. *“Nosaltres amb tot això hem tingut un problema important. Nosaltres no hem pogut aconseguir l'objectiu del PIIC a la nostra direcció d'atenció primària i regió sanitària per culpa que treballàvem amb l'OMI-AP. Amb l'OMI-AP nosaltres identificàvem perfectament els pacients i teníem aquest pla d'actuació integral, però l'OMI-AP antic no connectava amb l'HCCC. Per això hem hagut de defensar que ja ho estàvem fent a través d'una auditoria. Vam haver de canviar a l'OMI-Web precisament perquè ens van prometre que realment aquest programa sí que connectaria amb l'HCCC i aquesta informació sí que es penjaria a l'HCCC. Bé, doncs en aquests moments l'OMI-Web només penja a l'HCCC l'etiqueta, el PIIC no el penja encara”*. En alguns territoris ha estat necessari dissenyar sistemes rudimentaris per assegurar que el PIIC vagi sempre amb el pacient i pugui ser consultat pels professionals allà on vagi aquest pacient. *“I després, com que nosaltres no tenim el PIIC a l'HCCC, el que tenim són unes carpetes... [riu] i llavors posem la informació del programa, les dades del pacient, dels professionals i del cuidador principal. I després ve la recepta electrònica i el PIIC. Es diu al pacient que aquesta carpeta va amb ell quan vagi a urgències i després ha de tornar a casa seva. A vegades es perden”*.

3.2.1.1.34. El model d'organització

El redisseny del model d'atenció

- *La gestió dels recursos necessaris per al nou model.* La implementació del programa PCC-MACA ha comportat diferents models de gestió dels recursos existents (optimització, reorientació) i en alguns casos fins i tot la creació de nous recursos en els diferents territoris. Alguns proveïdors no han incrementat recursos, però sí que han fet una reorganització important a diversos nivells reconvertint perfils de professionals i redistribuint contingents de població per alliberar professionals que participen en nous rols i unitats funcionals. *“Nosaltres no hem hagut de demanar més recursos, el que hem hagut de fer és redistribuir els recursos que teníem. És clar que avui dia ningú no ens donarà més recursos”. “Cap entitat no ha posat nous recursos que no estan pagats. Els nostres recursos han estat que han repartit la meua quota de metge de família entre els meus companys. És una altra manera d'organitzar. S'ha volgut prioritzar el programa de la cronicitat, tenint en compte que tots al dia a dia anem atabalats, i no tenim temps suficient per fer ATDOM o anar a veure el malalt el mateix dia i a vegades al mateix minut, perquè, si no, anirà a l'hospital. La nostra entitat no ha posat cap recurs més que no estigués ja en els equips. Estan més especialitzats en una cosa, però el que jo deixo de fer ho ha d'assumir algú altre”.* De manera puntual, en alguns territoris s'han creat nous recursos (gestores de casos i professionals per unitats funcionals) que s'han afegit als recursos ja existents. *“Nosaltres teníem una infermera d'enllaç per a tres ABS i això es va substituir per infermeres gestores, una a cada ABS”. “I en el nostre equip, el més destacable és que es va crear la figura de la infermera gestora de casos, que em van posar a mi a canvi d'una altra persona; es va poder incorporar una altra infermera i no vam perdre una plaça d'infermeria”.* Alguns equips han consensuat amb les seves direccions mantenir els mateixos recursos i organització existents per afrontar la nova estratègia de la cronicitat *“A nosaltres no ens ha canviat res. Recursos... Ni un. Nosaltres ja vam optar per consens que no hi hauria gestora de casos. Un problema era el que dius tu, posar una gestora de casos volia dir que en necessitàvem dues, una per cada àrea, o si en teníem una de sola perdíem una infermera i, és clar, no tenim suficient personal per poder perdre. Com que són pacients coneguts i els equips funcionen francament bé i amb estabilitat, no tenim gestora de casos, però cada equip es fa responsable dels seus pacients. Nosaltres, a mesura que hem anat aprenent, hem anat fent i funcionem així”.* En canvi, en alguns territoris la reestructuració i reconversió ha comportat una pèrdua de recursos previs (PREALT, equips funcionals) que donaven un bon servei, situació que és viscuda pels professionals com una retallada basant-se en criteris purament econòmics. *“A la nostra zona hi ha hagut durant uns anys un equip de l'ICS format per infermera, treballador social i metge i fins i tot fisioterapeuta a temps parcial, que es dedicava a l'atenció domiciliària de tota la zona amb un abast de vuit ABS amb una situació geogràficament ampla. Això durant setze anys. Jo vaig estar participant amb aquest equip i considero que l'atenció domiciliària del pacient crònic i del pacient terminal era boníssima en aquestes condicions, sense tenir cap etiqueta de PPC-MACA. Estàvem coordinats amb socio sanitari, teníem tots els recursos d'hospitals de dia, centres de llarga estada, psicogeriatría, tot aquest ventall. Anàvem a reunions periòdiques cada mes, etc. L'atenció era molt bona i això va anar a menys, perquè aquesta unitat va desaparèixer el primer dia que va començar la crisi. El metge va tornar al seu consultori, la infermera s'ha transformat en gestora de casos, evidentment, però bé és*

una gestora de casos... I un treballador social... per a vuit ABS". "O menys..., o menys recursos, perquè per exemple al meu lloc les gestores han sortit dels mateixos centres, i llavors, què ha passat a molts llocs? Que en aquestes infermeres no s'ha cobert la seva UBA de manera apropiada cada dia de la setmana o les gestores fan dos dies de gestores i les UBA queden així a l'aire... Jo no sé si és que des de dalt s'ha dit 'organitzeu-vos com vosaltres pugueu'. Jo penso que en molts llocs no s'han fet les coses de manera adequada".

- El posicionament dels proveïdors en l'estratègia PCC-MACA. En alguns territoris, el programa de la cronicitat i l'estratègia PCC-MACA es viuen com una continuïtat de projectes que ja s'estaven desenvolupant a la zona i, per tant, com una evolució lògica del model. "Nosaltres ja teníem un model de metges de família i un servei d'ATDOM que gestionaven molt bé les infermeres, i llavors teníem els pacients identificats i tothom ho sabia, però no es feia prou, perquè els pacients arribaven a l'hospital però no teníem els resultats que calia. Vam pensar com podíem dotar els equips per fer les coses millor. Va sorgir la idea de dotar les unitats funcionals amb infermera i metge sense cap recurs nou, però amb una redistribució. Sembla que per part nostra estem contents perquè treballem bé i els metges de capçalera, encara que tinguin una quota més elevada, sembla que a la consulta estan les coses més ben repartides. Aquest model és el que ara està funcionant i no vol dir que sigui el definitiu, perquè les coses progressen". "Nosaltres hem tingut la sort, com ells, que ja teníem un programa molt potent, i des del punt de vista de l'arribada de l'estratègia del departament el que vam fer fou adaptar la nostra manera de treballar al que ells ens demanaven i ens exigien. El que potser ens ha costat és adaptar-nos a la part més estricta d'omplir dades d'aquesta manera, generar una base de dades que sigui més adient al que ens demana el Servei Català. Però d'alguna manera només ha estat adaptar-nos i prou". L'estratègia de la cronicitat amb els PCC-MACA se sustenta en unes bases que ja s'havien començat a desenvolupar en el territori (ATDOM, atenció més acurada a malalties amb més complexitat, com ara l'MPOC i la insuficiència cardíaca) i que havien generat diversos models organitzatius (professionals referents, rutes assistencials, rols de professionals com gestores de casos que ja feia temps que realitzaven la seva feina de coordinació i suport). "Al meu territori s'han instaurat les rutes assistencials de la insuficiència cardíaca i l'MPOC i funcionen molt bé. Quan tens un problema amb un malalt truques i els citen immediatament sense passar per urgències". El posicionament previ de les organitzacions, els proveïdors i els professionals a cada territori amb una visió clara del context que s'estava gestant ha estat un element facilitador de la implantació de l'estratègia. "Jo us puc dir que abans de ser gestora de casos vaig estar treballant d'infermera en el PADES. Vaig tenir la gran sort d'entrar a treballar en el PADES i la meua manera de treballar i d'entendre la feina va canviar radicalment i jo no soc la mateixa infermera. Per tant, l'arribada del programa de la cronicitat, per a mi, era una manera d'entendre com atendre els pacients i que, a més, s'està estenent als pacients crònics complexos i de malaltia crònica avançada. Per a mi va ser molt fàcil, va ser com un regal, per fi algú parla en aquest idioma i el sistema sanitari canviarà i la proactivitat, avançar-te a les descompensacions i atendre el pacient amb la seva família i el seu entorn". Les estructures de gestió amb un únic proveïdor que controla els diferents nivells assistencials i dispositius (atenció primària, hospital d'aguts, hospital sociosanitari, etc.), en general, sembla que han desenvolupat sistemes més integrats que han facilitat la implantació de l'estratègia del PCC-MACA. "Ens coneixem, som pocs, som petits, l'entorn és molt familiar i tu saps que 'escolta'm, tal, ajuda'm, tranquil', 'si tu no

pots ja venim nosaltres i ens ho mirem', 'busquem un ingrés, col·loca'm..., ajuda'm...'. Tu dius 'ajuda'm' i t'ajuden, i això amb vista al pacient és fabulós. I després la continuïtat, sempre hi ha algú que pot mirar el que tu has fet, tu mires el que fa l'altre, estem molt connectats, tenim una història clínica única compartida que facilita molt les coses i això s'ha de tenir en compte". En canvi, en els territoris amb diferents proveïdors es detecten més problemes a l'hora de coordinar els serveis, homologar els sistemes d'informació, etc. Però independentment del model organitzatiu i estructural (únic proveïdor o multiproveïdor), el grau d'èxit d'aquestes iniciatives finalment és molt persona-dependent. "Nosaltres en aquest sentit som uns privilegiats. Hem integrat l'assistència de manera conjunta al mateix equip d'atenció primària. Nosaltres tenim consultor de referència de cardiologia, de pneumologia, de geriatria... Aquesta experiència, que a nosaltres ens funciona molt bé, en altres centres la tenen igual i no ha acabat de funcionar perquè depèn molt de les persones. Les persones han fet molt, però la presència física i el coneixement entre els diferents professionals també ha fet moltíssim. Abans, sempre hi havia aquella distància entre l'atenció primària i l'hospital, i l'especialista no coneixia el metge que enviava aquest malalt". En el cas d'estructures amb un únic proveïdor que controla tots els àmbits i nivells assistencials, el plantejament i la visió global de prioritzar l'atenció en un nivell assistencial o un altre (atenció primària, atenció especialitzada hospitalària) crea fluxos i circuits molt diferents entre els serveis i els professionals. "En el nostre cas, la mateixa direcció és la del sociosanitari, de l'hospital i de l'atenció primària, és tot el mateix proveïdor i decideix el de dalt. Per exemple, l'hospitalització a domicili ve gestionada des de l'hospital, eren pacients que estaven hospitalitzats i que, per tenir-los menys dies, els enviaven a casa i hi anava un metge i una infermera de l'hospital dins del seu horari, i la resta de l'horari que hi vagin els d'atenció primària, i et trobes el que et trobes. És la diferència, vosaltres ho demaneu des d'atenció primària i nosaltres ens ho envien des de l'hospital i els d'atenció primària us menjareu el pacient". "El que sí que vam decidir des de l'hospital, com que tenim negoci amb l'atenció primària, és que el que controlés les portes d'entrada i sortida de l'hospital fos un primarista, i aquest és el paper que faig jo, i que va molt més bé perquè és molt més fàcil canviar estructures a l'hospital perquè siguin estructures facilitadores a l'atenció primària. Si tu col·loques un cap de servei de medicina interna que atén la població envellida de l'hospital, la gent més gran, ell tindrà una perspectiva molt hospitalària, molt hospital-centrista. Però ara estem fent un canvi cultural de dir que el pacient és del pacient, el pacient és un tema transversal, en el qual tothom ha d'intervenir però el pobre pacient no ha de notar les transicions o que aquestes transicions han de ser molt menys abruptes". Malgrat la presència d'un únic proveïdor en el territori, es donen situacions en les quals els canvis organitzatius (gestores de casos) no s'apliquen de la mateixa manera en tots els equips, i alguns segueixen mantenint models clàssics, fet que comporta diferents maneres de treballar en el mateix territori. "Al meu centre, nosaltres el tema d'atenció domiciliària l'hem seguit fent igual, cadascú veu els seus i ja està, però sí que hi ha altres equips una mica més grans que permeten que una infermera de l'equip d'atenció sigui la referent en l'atenció domiciliària i en la cronicitat. En general, la resta de companys, aquest model el viuen força bé perquè són pacients difícils de portar". Hi ha diferències en la profunditat dels canvis plantejats en els diferents proveïdors dels territoris, en alguns casos amb propostes de canvi rellevant en la manera de treballar dels professionals (gestores de casos amb dedicació completa a l'activitat). "En el nostre cas, el que s'ha fet és posar una gestora de cas per territori, hi ha una oficina d'enllaç que està

ubicada a Sabadell, a Sant Fèlix, que és un centre de medicina especialitzada i de CUAP. En aquesta oficina d'enllaç hi ha una secretària i telefonista que rep totes les trucades de tots els PCC, i després truquen a la gestora de casos de cada territori, que és la que porta el tema de la cronicitat i és la que valora si aquell pacient ha d'anar al metge o ha d'anar la gestora al domicili. Normalment ella porta els pacients de gestió de cas. Quan el metge proposa que és un pacient de gestió de cas, ella va al domicili, normalment amb la treballadora social, i durant una temporada, fins que el pacient s'estabilitza, el porta la gestora de cas. Quan ja més o menys està estabilitzat, llavors el pacient ja surt i li donen l'alta de gestora de cas, tant els PCC com els MACA". I en altres proveïdors únicament es creen figures de referents amb menys implicació assistencial (comparteixen la seva activitat diària assistencial amb tasques de suport, consultoria i coordinació a temps parcial). "A la meua zona, quan va començar això, com tenim que dues zones amb tres àrees bàsiques, a cada centre vam nomenar uns referents per zona, metge i infermera de cada territori, quatre en total. Es va discutir molt què era el que volíem fer i al final teníem els recursos que teníem i, per tant, vam mantenir el mateix. El que vam decidir és que a cada ABS hi hauria un metge i una infermera referent, que l'únic que fan és de consultors. La infermera referent sí que està unes hores deslliurada a la setmana, cada centre segons les seves possibilitats més o menys. I el que fa una mica són tasques administratives de cribratge, una mica revisar els pacients que s'han inclòs, revisar els PIIC que s'han fet o no, resoldre dubtes que poden tenir i enviar correus als professionals sobre incidències (pacients dels quals manca revisar el PIIC perquè ha caducat...)". En alguns casos, els referents fan tasques més testimonials (referents, consultors, experts, etc.), però encara sense implicació assistencial directa sobre els PCC-MACA. "Nosaltres tenim la treballadora social compartida amb els dos centres i no tenim gestores de casos, i el que tenim són referents. Hi ha referents d'MPOC i d'insuficiència cardíaca, són diferents persones. Jo soc referent de PREALT i vaig ser promotora del programa. Hi ha un referent de PCC, però el que passa és que ho fem juntes. I funcionem d'aquesta manera, però no ens solapem. El que anem dient des de fa temps és que ens volem posar d'acord. Els metges diuen 'la referent d'MPOC, la d'insuficiència cardíaca, la del PCC...', i tot això, com ho podem organitzar per no atabalar-nos tant?".

- La reorganització assistencial a l'atenció primària. Aquesta reorganització assistencial ha comportat en alguns territoris canvis importants en la manera d'atendre aquests pacients, amb la creació de perfils de professionals nous i circuits per assegurar una atenció més acurada del col·lectiu de PCC-MACA. "Tenim dos gestors de casos que assumeixen tres centres, un assumeix dos centres i l'altre gestor n'assumeix un. També hi ha una doctora que actualment està fent tasques de consulta normal, però que està previst que s'incorpori aviat a fer de metge gestora de casos de tot el Prat de Llobregat. La gestora de casos funciona com un professional d'infermeria sense quota assignada que ja coneix molt bé un seguit de pacients que ha anat portant en repetides ocasions, alguns entren i surten dependent del procés crític que hagin tingut i, un cop resolt el procés, ja no cal la seva presència. I des de fa aproximadament un any i mig tenim un servei de guàrdies telefòniques, que en diuen 7 x 24. Quan algun pacient etiquetat com a PCC i pacient amb MACA i del PADES té algun problema en horari que els professionals d'atenció primària o del PADES no hi poden anar, ells el van a veure si cal al domicili". En alguns territoris s'han modificat les agendes assistencials dels professionals de l'equip d'atenció primària (de medicina, infermeria i treball social) per donar més temps a l'atenció compartida dels PCC-MACA, i es valora de manera molt positiva la possibilitat

de disposar d'un recurs de temps compartit. *“Nosaltres el que hem organitzat és tenir un espai més llarg per a aquests pacients, una consulta que en diem compartida o conjunta, que ja teníem per als pacients amb MPOC i que ara també utilitzem per als PCC. És una visita de 20 minuts compartida amb el metge en el mateix espai de temps. Això sí que ha estat molt important. Però penso que organitzativament també s'hauria de trobar un espai, unes hores per poder parlar d'aquests pacients i prendre decisions, i sempre acabem fent-ho als passadissos”.* S'han creat també espais compartits entre professionals de l'equip (metge, infermeres, treballadors socials, gestores de casos) per a la gestió dels pacients en altres modalitats (consultories, sessions clíniques, comentaris de casos, etc.). Es considera prioritari tornar a potenciar l'atenció domiciliària com una modalitat d'atenció molt necessària per a aquest perfil de pacients (coneixement del seu medi i entorn, lloc d'atenció en pacients amb alta dependència). *“I sortir al carrer, perquè des dels equips no sortim al carrer, bé, ho fem quan s'ha de sortir, però el tema d'anar al domicili, conèixer com es viu, la família, com està el tema de les barreres arquitectòniques..., sembla que ens costa, ens costa sortir del centre”.* L'atenció domiciliària ha de ser liderada pels professionals d'infermeria, però és necessari que els metges també participin en aquesta activitat (els metges han deixat d'anar als domicilis i cal recuperar aquesta implicació). *“Nosaltres partim de la base que hi ha molts metges que l'ATDOM no el reconeixen com a ATDOM. És una lluita de la infermera que els diu 'has d'anar al domicili, que és dels dos'. Si ja partim de la base que en l'àmbit de la medicina hi ha moltes reticències que l'ATDOM no el reconeixen com a pacient propi, en el cas del PCC encara tenim molta més lluita a fer”.* En aquesta línia, en alguns territoris s'ha potenciat l'atenció domiciliària a partir de reorganitzar espais, agendes, activitats, etc. *“A més, no crec que només sigui un tema de dotació sinó també de reorganització, és a dir, nosaltres a casa hem reorganitzat l'equip amb els mateixos recursos. Hem deixat de fer algunes coses per fer-ne unes altres. Hem intentat prioritzar l'atenció no presencial quan podem fer-ho, hem intentat esponjar les agendes per poder fer més atenció domiciliària, hem intentat buscar espais...”.* En alguns territoris es treballa també amb l'entorn comunitari unificant les actuacions de les treballadores socials dels centres d'atenció primària i de l'entorn municipal i integrant tots aquests professionals en la dinàmica de la resta de professionals de l'atenció primària (metges, infermeres i gestores de casos). *“La nostra experiència és que nosaltres, com que per pura necessitat des de fa molts anys havíem estat treballant tot el que era complexitat perquè el nostre entorn des del punt de vista socioeconòmic és d'un nivell baix – molt baix, tenim un model en el qual integrem totes les treballadores socials del districte i dels ajuntaments. Nosaltres tenim vuit treballadores socials al nostre centre d'atenció primària, tenim set treballadores socials del sector i la que tenim nosaltres al nostre centre i, a més, tot l'equip d'atenció primària”.* Alguns proveïdors han desenvolupat experiències en què l'atenció primària gestiona també les residències de la seva àrea amb visió estratègica (lloc on es concentren un gran nombre de PCC-MACA amb altes necessitats d'atenció i amb gran consum de recursos). *“A més a més, tenim la sort o la desgràcia que a la nostra ABS tenim sis residències d'avis i disminuïts psíquics amb 800 residents i això és un problema afegit, perquè hi ha molts PCC i MACA. I nosaltres havíem d'entrar a les residències a poder gestionar, perquè aquests pacients fins ara sí que eren autèntics consumidors de recursos”.*

- La creació de nous rols de professionals i figures assistencials a l'atenció primària. La figura de la gestora de casos s'identifica com un element fonamental dels nous models d'atenció amb diferents

intensitats de competències (PREALT, enllaç, referent dels PCC-MACA amb contacte telefònic directe, gestió autònoma de pacients, suport a l'equip, garant d'una atenció de qualitat, atenció 7 x 24) amb molta variabilitat en els diferents territoris. En alguns, aquesta figura desenvolupa unes competències àmplies coordinant de manera integral l'atenció dels PCC-MACA, amb una tasca a vegades no suficientment reconeguda per la resta de l'equip d'atenció primària i en ocasions generadora de resistències en la resta de professionals. *“Amb la meua feina del dia a dia, reviso moltes històries i, és clar, tinc una visió molt àmplia sobre els meus companys perquè fa 25 anys que els conec i he treballat amb tothom i tinc una visió molt àmplia del que fan i de les actituds de cadascú. Hi ha actituds que no estan a favor de la complexitat ni dels recursos ni de res que no sigui treballar com sempre, jo no soc vigilant de ningú, però observo moltes coses i d'aquesta observació n'he de fer un bon ús. I sobretot, si és per donar una mica de qualitat de vida al pacient, he de fer ús de tot el que veig. Hi ha pacients que, pel motiu que sigui, perquè tenen un equip que no està tant per la feina, he de fer una mica més de contenció de les situacions o fins i tot fer-los alguna visita domiciliària més de les que hauria de fer. I això ho faig amb consentiment dels meus caps, del director i de l'adjunta. En la majoria dels casos no és així, la meua feina és transferència, donar les altes de l'hospital, no de totes, solament d'aquelles situacions de PREALT o les que ho necessiten. Cada dia reviso les altes hospitalàries, i això és una informació que penso que és útil per als equips i ho valoren molt. Hi ha una mica de tot. Al començament, es va viure malament perquè es va veure com una pèrdua, encara que haguessin posat una persona més es va viure com una pèrdua, però de mica en mica anem consolidant aquesta feina. Està costant molt, jo veig resistència: malgrat el temps que fa que ho fem, encara hi ha resistències. Hi ha equips que ho valoren molt, hi ha equips indiferents i hi ha equips que encara no entenen que potser els seus pacients poden estar més ben cuidats”.* La figura del metge de gestió de casos amb diferents modalitats d'atenció (adscriu a unitats específiques d'atenció directa de PCC-MACA, funcionament autònom, treball de suport, atenció 7 x 24, etc.) està menys present en els models. La figura de la gestora de casos està molt present en les experiències dels grups urbans, on fa tasques importants de coordinació i gestió de recursos. En altres territoris, en general de l'àmbit rural, la figura de la gestora de casos està poc implantada i des dels equips d'atenció primària no se'n veu gaire la utilitat, en alguns casos perquè la seva creació podia comportar una pèrdua de recursos ja existents. *“Al principi no es va veure gaire bé. Una de les raons és perquè no s'augmentaven els recursos, sinó que es redistribuïen d'una altra manera, i en el moment que sortissin una o dues gestores de casos es podia dir que el personal d'infermeria assumia més població o s'hauria de redistribuir d'una altra manera. Això, d'entrada, als professionals no els va agradar gaire i, a més, el fet que encara no s'acabaven d'entendre perquè es feien les coses, i deien ‘si això ja ho fem nosaltres, perquè necessitem les gestores de casos?’”.* En alguns equips de l'àmbit rural es percep un cert rebuig a aquesta figura pel que implica de ruptura del model clàssic de treball dels professionals de les zones rurals. *“Al principi, els professionals són molt reticents a la gestora de casos, perquè deien ‘ara, aquesta que m'ha de venir a explicar a mi, si jo ja ho he fet durant tota la vida?’. Nosaltres, que tenim tant la visió dels pacients de poble... Pensa que d'un pacient de poble tu ets part de la seva família i llavors t'ho explicaran tot a tu i a la seva doctora, i és la seva doctora. T'ho diuen així: ‘Ets la meua infermera’, o ‘ets la meua doctora’. Doncs que hi entri una persona nova, com per exemple quan venen a fer la revisió de grau per a la dependència, que a vegades jo vaig al domicili perquè potser no li obriran la porta, jo penso*

que aquí en els llocs rurals..., mmm, seria molt difícil. Perquè són gent molt desconfiada". La valoració que fan els professionals de l'equip d'atenció primària respecte a aquests nous rols de professionals emergents (infermers i metges gestors de casos) és molt variable, amb posicionaments a favor i en contra. "Et puc comentar que hi ha de tot. Hi ha companys que ho veuen molt beneficiós i a més estan contents i agraïts perquè en moments d'intensificació de visites, de trucades, de visites al domicili, d'intensificació del tractament, d'intensificació de cures, ho veuen molt agraïts, perquè per part seva és un descans i algú que ho pot fer perquè —jo no puc sortir de la meva consulta cada dos per tres. N'hi ha d'altres que et diuen que tot això que estàs fent tu ja ho podrien fer ells; hi ha de tot. Hi ha un sector que estan molt agraïts i hi ha un sector que és com una paret, que no creu en tot això, que no veu el benefici i llavors amb aquest sí que és una mica...". En alguns casos, els professionals expressen una percepció de guany i de suport (ajuda en la gestió intensiva de pacients que a vegades és difícil de compatibilitzar amb la resta de les activitats del dia a dia). "Jo, per exemple, de gestores de casos n'he tingut una fins al desembre i m'ha ajudat molt i els pacients segueixen sent meus. Però quan he tingut un embolic he agafat el telèfon i he dit a la gestora 'el pacient pita molt, acostat i posa-li el nebulitzador', i jo no em puc penjar el fonendoscopi i sortir al carrer a veure el pacient, i la meva infermera, tampoc. Per això hi ha la gestora de casos, per fer on jo no arribo". Però en d'altres el sentiment expressat és de pèrdua i interacció negativa (intromissió, suplantació, pèrdua de competències), amb l'aparició de diferents graus de conflicte pels solapaments que comporta en l'atenció del dia a dia del pacient. "[Gestora de casos] Els malalts crònics són de cada equip, són de cada metge i infermera. La idea de gestor de casos que tenim nosaltres és que els agafem durant uns certs dies, una setmana, uns mesos, si fa falta, fins que tot estigui coordinat i el pacient suficientment estable, i encara que nosaltres hi som, el seu metge i la seva infermera han de continuar tenint-hi el contacte i, a més a més, som nosaltres els que anem al darrere insistint moltes vegades —'l'has trucat?, l'has anat a veure?'". "[Resposta del metge] Però jo no vull això que em diguis que li truqui, jo el que vull és que tu no existeixis, però que jo tingui temps i totes les eines logístiques i humanes, però perquè tu no hakis ni d'existir". Malgrat això, en altres ocasions es valora molt positivament la seva funció de detecció, supervisió i garant per assegurar una atenció adequada i de qualitat a tots els pacients amb moltes necessitats. "A veure, si em ve una gestora de casos i em diu que hi ha un cas social, si no el conec m'hauré de posar a treballar, és un tema de coordinació, i a tots ens surten casos que de vegades no coneixem, i així entre tots ho fem tot. Si comencem a dir que 'tu has fet això que em tocava a mí', si anem així, anem enrere". "Sempre és millor que t'ho digui una persona del mateix equip que no pas que t'ho digui un de fora, per exemple de l'hospital, que et digui des de l'hospital 'aquest pacient tenia això i vosaltres no en sabíeu res'. Sempre serà millor que t'informin des del teu equip". "A això ens hi haurem d'anar acostumant, perquè haurem assumir que a vegades passi que diem 'com pot ser que jo no controlï aquesta situació?'". En molts casos, la gestora de casos s'adapta a les diferents formes de treballar i necessitats de suport dels professionals (professionals que no la necessiten o que només la necessiten de manera molt puntual, altres que es coordinen en les descompensacions dels pacients i, també, una minoria que fins i tot cedeixen totalment els pacients problemàtics a la gestora). "Des que es va crear la unitat funcional, el tema és que nosaltres mai no portem un pacient sense que el seu metge i la seva infermera de referència hi estiguin d'acord. Definim molt els rols dels professionals que ens podem trobar, hi ha metges a qui els agrada molt que portem nosaltres

directament els pacients i en aquest cas els portem i els metges es desvinculen una mica. Però hi ha metges que no volen perdre el seu pacient i nosaltres ho entenem i entrem o sortim quan el professional ens crida, i fem més de suport. De totes maneres, sí que és veritat que de vegades hi ha metges que ens passen no tan sols el PCC sinó també el crònic, però això també és una mica establir els rols de cadascú. La nostra visió ara mateix és que els professionals ho viuen molt bé". Alguns professionals de l'equip d'atenció primària desconeixen quina és la funció de les gestores de casos o bé hi ha una certa confusió pel que fa a les seves competències. "No és clar, la resta dels professionals no tenen clar quina és la funció de les gestores. Els PREALT és una feineta més d'aquesta gent, però, sobretot, crec que la seva funció és evitar les exacerbacions o, si el pacient ha hagut d'anar a l'hospital, estar allà perquè vigilin el tractament. Jo crec que no tenim clar quina és la funció d'aquesta figura". Les resistències inicials als nous rols (gestores de casos) i els problemes de solapament de tasques han anat desapareixent a mesura que el procés ha anat avançant i els professionals han millorat la seva comunicació i coordinació, però ha estat un procés llarg. "Però aquesta gent, quan han anat veient que la resta dels companys obtenia resultats pel que fa als pacients o a la seva pròpia qualitat assistencial i els descarregava de feina, perquè això ajuda molt, han anat afegint-se al nou sistema, i la veritat és que ara ningú no ho discuteix. Però això ens ha costat cinc anys!". "Com a treballadora social, al principi, fa anys, la primera vegada que va entrar la gestora de casos a l'ambulatori, va ser una mica xocant. Hi havia tasques que se solapaven amb la treballadora social i hi va haver una mica de conflicte. Jo sempre ho he vist com una oportunitat i com una ajuda i un suport en aquests casos tan complexos que es poden portar entre tot l'equip. Però sí que és veritat que, de vegades i depenent de qui, la gestora de casos et venia i et deia 'aquesta senyora necessita una treballadora familiar cada dia perquè li faci...', coses que venien una mica imposades. Però amb el temps s'ha pogut treballar i, amb l'experiència, la veritat és que és molt positiu poder treballar amb la gestora de casos i parlar-ne i proposar coses a tot l'equip, perquè som un equip i hem de parlar tots, i tothom pot dir la seva. Al principi, fa molts anys, era com una amenaça, però al final s'ha vist que no, que realment és un treball conjunt". La vivència expressada per les gestores de casos pel que fa a la seva tasca diària en els equips manifesta una gran satisfacció per la tasca de suport realitzada als pacients i als professionals, però també dificultats i sentiment d'imptència per poder garantir una atenció igual per a tots. Es reflecteixen, així mateix, les dificultats en la coordinació amb la resta de companys de l'equip per intentar gestionar de la millor manera possible els inevitables solapaments, i a vegades la manca de suport que els dona l'Administració. "En referència a la satisfacció que em queda en l'atenció als pacients, diria que és elevada, sobretot en el cas dels pacients que em coneixen, sobretot els pacients que fan moltes transferències, perquè els truco, els vaig a veure i em coneixen molt. En altres coses sento una gran imptència, quan a vegades veig que tots els pacients no tenen els mateixos criteris de seguiment. Sobretot els pacients a domicili. En els pacients que van al centre hi ha diferents variabilitats. En els pacients que són més domiciliaris, hi ha moltes diferències en el territori i a mi em genera molta imptència, perquè hi ha coses que jo no puc resoldre sola. Jo, com a infermera, no ho puc resoldre tot, i com a infermera gestora, encara menys. Puc ajudar en certes coses, però jo no solapo la feina dels altres. A vegades hi fico cullerada però la trec perquè el pacient no és meu, el pacient és del mateix equip o el pacient és de si mateix, podríem dir. I el tema de la imptència també ve a vegades

per l'Administració, no m'agrada com es fan les coses a vegades, 'd'avui per demà s'ha de fer això per decret'. Jo això ho visc malament també, igual que vosaltres".

- *La resistència al canvi de model.* Algunes intervencions dels participants fan una defensa del model clàssic de l'atenció primària, perquè consideren que els nous models organitzatius no aporten cap millora. En alguns casos apareixen dures resistències, amb queixes relacionades amb la pèrdua de competències dels professionals de l'atenció primària que s'han anat produint en el temps i que han disgregat el model integral inicial de l'atenció primària (el metge de capçalera atenia tota la població, nens, dones, final de vida, etc.). *"No [rotund]. No. Vam perdre els nens, va entrar el rol dels pediatres i les infermeres de pediatria, vam perdre les dones, ara només ens falta perdre els crònics i els complexos. Què ens quedarà?".* Però també trobem discursos que plantegen molts dubtes i ambivalències creats pels nous escenaris poblacionals que estan apareixent. *"La pregunta seria 'per què existeix la gestora de casos?'. Què hauria de fer la gestora de casos i què hauria de fer l'equip? És a dir, tu com a gestora no hauries de ser aquí, perquè jo no tinc els mitjans logístics i econòmics per assumir això, sinó realment què ha de fer cadascú? Però també és cert que en el moment actual i amb els recursos que tenim, la immigració i la cronicitat i tot el que se ens ve a sobre, el model de cronicitat, al metge de família com a únic agent de salut li ve gran".* En alguns territoris s'ha seguit el model clàssic sense gaires canvis en la sistemàtica de treball (model de les UBA, sense gestores de casos, etc.) i s'han aconseguit bons resultats, però generant una càrrega important sobre els professionals d'infermeria i una incertesa de la seva viabilitat en el futur. *"El que a mi em preocupa una mica és la prevalença que tenim ara. Quan vam començar fa un any no era tan alta. L'únic que em preocupa és que el nombre d'aquests tipus de malalts seguirà pujant i els recursos són els mateixos i, si volem donar el mateix tipus d'atenció, podem anar una mica ofegats. Penso que és vàlid però no sé què caldrà fer més endavant".* En general, la resistència al canvi està més present en el col·lectiu dels metges, on es detecta menys motivació, més reticències i posicionaments més crítics. En general, la resistència dels professionals es fonamenta en diversos elements amb diferent pes (resistència natural al canvi, resistència reactiva a imposicions no consensuades ni prou justificades, etc.). *"Sí que és veritat que potser s'ha de canviar de model, però hauríem de tenir molta cura de com ho fem. Hi insisteixo, compte amb tants dispositius, que al final tu has dit que és per disminuir el nombre d'ingressos, que això és el que dèiem al començament, que potser per això és la resistència general que hi ha hagut a l'atenció primària. És clar, qui decideix els nostres objectius són els gestors i com a bons polítics els seus objectius són a curt termini".* En alguns discursos s'expressa també una resistència basada en un escepticisme profund respecte a la finalitat, els beneficis i les utilitats de l'estratègia. *"Nosaltres, amb molt escepticisme. El nostre equip és molt escèptic amb aquesta estratègia global. No hi veiem clarament la justificació, no hi veiem els beneficis que pot aportar a la nostra pràctica i, per tant, tampoc als pacients. No estem encara convençuts que això pugui tenir un benefici fins que no surtin uns números o uns resultats que realment ho avalin. Tenim la sensació que falta una mica d'aval a tota aquesta línia de treball, que repercuteix en la nostra feina i que les professionals veiem que no té una utilitat gaire..., i per això hi ha aquest desinterès i aquest..., la gent es pregunta 'tant PIIC i tant MACA serveix per a res? Em sembla que no. Estem una mica escèptics, som cronicoesceptics, per dir-ho d'alguna manera, i és una posició bastant estesa entre els professionals amb qui treballem dia a dia".* També hi ha una resistència més relacionada amb el sentiment que el canvi cap a una millora pot interpretar-se com

que la situació prèvia no era adequada i, per tant, valorar com un *menyspreu* tot el que es feia prèviament. *“Vam perdre els pal·liatius perquè van venir ‘els Vigatans’ [ho diu en veu baixa], es van inventar els PADES i adeu. En comptes de dir ‘aquests senyors, formem-los, donem-los temps, espai, formació, motivació, capacitació i competència i ho podrem fer tot’. No. Van dir ‘com que aquests són un desastre, que vinguin aquests altres i que ho arreglin’, i així ha anat”*. La resistència sembla que està relacionada amb perfils de professionals més sèniors, probablement més reticents en general a propostes innovadores. *“A casa nostra, el nostre equip és un equip relativament jove, i la gent jove accepta la implementació d’aquest programa de manera senzilla i sense tanta fricció com els que eren de la ‘vella escola’. En aquest cas costa més per això, per altres programes i per tot”*.

- *L’aposta pel canvi de model*. Alguns participants visualitzen clarament el canvi que s’està produint en el context epidemiològic (envelliment de la població, augment de la càrrega de malalties en els pacients, augment de la complexitat dels pacients que van a les consultes d’atenció primària) i que obliga a un replantejament del model actual. *“Que el més calent és a l’aigüera. De fet, ens ha passat el temps. No sé vosaltres, però la meua consulta avui no té res a veure amb la de fa deu anys, amb una quota semblant. Les tasques que fem i les actuacions que fem sobre la població han augmentat de complexitat tremendament. El ‘prengui’s el paracetamol i a córrer’, ‘ostres, anar a l’hospital amb insuficiència cardíaca, espera, que concilio medicació, espera, que t’ausculto”*. Les visites que fèiem abans eren de cinc minuts i ara, si te’ls has tret de la consulta abans de vint minuts és que és un èxit”. També veuen que el context social i sanitari ha canviat i cal adaptar-se a la nova realitat, tal com ha fet l’atenció primària en altres ocasions. *“Ha de comportar un canvi. Perquè hem de ser conscients que la població està cada vegada més envellida i que té unes necessitats assistencials que no són les mateixes que les de fa deu anys. Cada vegada tenim pacients amb malalties amb edats més avançades i amb unes necessitats diferents de les que podien tenir fa un temps. Jo crec que a poc a poc el model ha d’anar canviant i adaptar-se un mica com hem fet sempre. L’atenció primària s’ha anat adaptant mitjanament a les situacions que han anat sortint. Jo crec que s’ha de fer un canvi, una adaptació a aquest nou model d’atenció, i s’ha de ser conscient que la població que haurem d’atendre cada vegada serà més PCC i d’edat més avançada”*. Aquest canvi de model no tan sols hauria d’afectar el percentatge de pacients complexos de la punta de la piràmide, sinó que s’hauria de globalitzar a tot el conjunt de la població amb una reorganització de l’atenció en totes les fases prèvies, des de la prevenció fins a l’educació per la salut, passant per l’atenció a la malaltia crònica en les fases inicials i la seva evolució cap a la complexitat i la malaltia avançada. Cal reorganitzar el temps i la intensitat de l’atenció que inverteixen els professionals de l’atenció primària en tot aquest procés evolutiu. Cal ser més eficients en tot el procés i canviar la manera de com es fan les coses, la implicació dels professionals i dels pacients. També, cal deixar de fer algunes coses per fer-ne unes altres. *“Jo crec que sí que hi ha d’haver canvis. Tot comporta canvis, tant a escala d’estructura interna dels equips com des del punt de vista d’oferir una atenció integrada al pacient que és al centre. Cal centrar-se tant en els pacients identificats com en els PCC-MACA, que serà la població més envellida, però també reorganitzar-se profundament per no perdre de vista. Estem parlant de la piràmide de Kaiser Permanente i centrats en aquesta punta del 5% de prevalença, però tenim una base de gent molt gran en la qual estem oblidant la promoció i la prevenció perquè no en sabem més o perquè ens hem encallat i ens frustrem. Sí que crec que hi ha d’haver un canvi d’organització tant en els PCC-MACA com també a escala general, per no perdre*

de vista coses. Sí, de PCC-MACA n'hi haurà molts, però hi arribaran molt més perjudicats perquè viuran molts més anys". "Els gestors ens haurien de donar un toc d'atenció i dir a la infermera 'què estàs fent?'. I la infermera, prendre la TA cada mes". I, a més, et frustra perquè el pacient ve i et diu que ha tornat de l'IMERSO i ha menjat com el que més, s'ho ha passat de conya. Això sí que és una pèrdua de diners, de ganes, d'energies i de motivació. Així no anem enlloc". Cal no oblidar les accions preventives també en les persones grans (promoció de l'envelliment saludable). Es critica el fet d'haver d'invertir tants recursos en un segment molt petit de la població (5%), encara que aquest segment sigui un alt consumidor de recursos. Però també s'argumenta que determinades accions que planteja el nou model, com ara incidir de manera més proactiva per evitar les descompensacions i les repercussions posteriors (anades a urgències, ingressos hospitalaris, etc.), també comportaria un estalvi en la despesa. "És que precisament per això s'ha creat aquest servei. Jo crec que realment els gestors el que han pensat és que possiblement, si aquest pacient està més controlat, té una atenció, evitarà els ingressos. Un malalt, en el moment que entra per la porta d'urgències, costa molts diners. Mentre que una trucada telefònica d'un servei que ja existeix (un servei d'urgències, un servei CUAP) per dir 'com està?, com es troba avui?, té més mocs avui?, etc.', aquesta trucada telefònica no costa res. Si aquest malalt fa un ingrés i està vuit hores esperant a l'hospital, segurament agafà qualsevol cosa més".

- El lideratge de l'atenció primària en el nou model. Tot i la necessitat d'implicació de diferents nivells assistencials en el desenvolupament de l'estratègia PCC-MACA, els professionals consideren que el programa recau excessivament sobre l'atenció primària i és viscut com una nova sobrecàrrega sobre els equips, ja prèviament molt saturats per tasques assistencials. Cal destacar el paper fonamental dels professionals d'infermeria en la sustentació i el lideratge de les estratègies de la cronicitat, en totes les fases, des del procés d'identificació, la realització dels PIIC, la participació activa en els nous rols i models organitzatius i la defensa dels seus principis. Els metges d'atenció primària en general estan més absents en tot el procés i tenen més resistències per participar-hi i menys motivació, tot i que també hi ha un col·lectiu que participa activament i en col·laboració amb infermeria i treballador social. "Que si aquesta feina ha sobrecarat una mica més el personal d'infermeria? Doncs sí, perquè gairebé tot el PCC i totes les activitats que impliquen aquests malalts comporten en aquest moment més feina per a infermeria que per a medicina. I a medicina estem encara treballant perquè comencin a involucrar-se perquè el pacient és compartit, el pacient té un metge i té una infermera, tant si comparteixen UBA com si no. Però, per ara, el treball amb medicina encara està molt per fer, almenys a la nostra zona". Malgrat aquest lideratge, alguns professionals identifiquen una atenció primària acomplexada i amb sentiment d'abandonament i menyspreu per part de la resta del sistema, sense sentir-se prou valorada per la seva contribució al sistema sanitari, que no té en compte les seves opinions. "Sotmesa. L'atenció primària està sotmesa, infracapitalitzada, infradotada i sotmesa. Sí que som els protagonistes però absolutament sotmesos. No s'ha comptat amb nosaltres abans de muntar tot aquest xou. És així i aquesta és la sensació que tenim i ens dol, perquè ens fan fer coses i és 'tot per al poble però sense el poble'". Expressen un sentiment que l'atenció primària està contínuament qüestionada i valorada negativament, sense que s'apreciï i es reconeguin en cap moment les seves bondats. "I n'estem farts. Fa molts anys, dècades, que vivim aquesta història, 'sou molt dolents, no aneu a les cases, sou molt dolents, no veieu la gent? Com pot ser que no conegueu els pacients?'. Tot aquest discurs

negatiu: *'Sou un desastre i ja hi anem nosaltres i ho arreglem'*. Hem de posar pediatres, hem de posar PADES, hem de posar serveis d'atenció a la dona, perquè...". *"No hi ha cap missatge positiu cap a l'atenció primària, que dintre del sistema sanitari estem fent un treball més o menys bo amb el nostre model d'atenció primària, i no hi ha cap reforç positiu, tot és negatiu. 'Prescriuen molts antidepressius', 'gasten'..., mai no fem res bé. Llavors crec que si haguessin donat algun missatge positiu al col·lectiu que ho havia de fer, potser, no sé, després t'hi hauries implicat més"*. Algunes opinions reclamen el paper de l'atenció primària com a element protector i defensor dels interessos del pacient des de la base del seu coneixement integral de la situació i l'entorn d'aquest pacient. També demanen el respecte dels altres professionals especialistes al seu criteri i les seves opinions. *"Jo crec que més que tenir nosaltres fe en el PIIC, crec que el sistema ha de tenir fe en nosaltres. Aquest és el problema. Des del moment en què el superespecialista, enmig del seu acarnissament terapèutic, atén un dels nostres pacients, obviant del tot el criteri de la família, el criteri de l'equip d'atenció primària que després ha d'atendre el pacient a casa seva i ha de navegar amb el que li ha posat... En el moment en què no tenim cap credibilitat per part ni del sistema ni dels especialistes, el PIIC no serveix. El problema és aquest, no és que el fem bé o el fem malament, nosaltres ja ens ho creiem, el problema és que els altres no ens creuen"*. Malgrat aquest lideratge reclamat per l'atenció primària, també es veu necessària la participació coordinada, complementària i compartida dels altres professionals de l'atenció especialitzada en l'estratègia PCC-MACA. *"Si ens creiem el programa de la cronicitat, li hem de donar un temps perquè tots els professionals anem en la mateixa línia. A vegades caldrà decidir que potser el pacient no anirà més al cardiòleg o al pneumòleg i l'haurèm d'assumir més nosaltres amb un geriatre. Assumir aquest rol costa i ressituar-nos també ens costa. Jo crec que nosaltres ens estem ressituant, però també hi haurà altres especialitats que ho hauran de fer"*.

- *La crisi del model clàssic de l'atenció primària*. Algunes opinions posen de manifest l'existència d'un model actual de l'atenció primària una mica desfasat i cremat per haver d'assumir moltes tasques acumulatives, que han desbordat finalment la seva capacitat de gestió de la salut dels pacients. En aquest sentit, apareixen crítiques sobre si l'atenció primària hauria d'haver assumit competències especialitzades sense gaire justificació. *"És el que deia la companya, el Sintrom, la cirurgia menor, la crioteràpia, la tramitació de la pròtesi de genoll, els fons d'ull..."*. *"I tot en contra dels especialistes, perquè ells no volien que els traguessin aquesta parcel·la i els d'atenció primària ho accepten tot"*. Algunes veus assenyalen que potser a partir d'ara caldrà prioritzar i deixar de fer coses menys importants per fer-ne altres de molt més necessàries. *"Per poder fer això correctament hem de deixar de fer coses que probablement hauran de fer uns altres"*. *"Hem de deixar de fer coses, i aquest és el missatge que també se'ns ha dit. 'Has de deixar de fer això i això i això, per poder-te dedicar a...'"*. Sembla que hi ha una certa polaritat entre els professionals que defensen el model d'atenció integral i biopsicosocial, enfront d'altres més interessats en la subespecialització en diferents continguts o habilitats (cirurgia menor, diabetis, MPOC, obesitat, etc.). En ocasions es qüestiona la figura generalista del professional d'atenció primària, argumentant la dificultat per abordar amb qualitat l'ampli espectre de l'atenció en totes les etapes de la vida des del naixement fins a la mort. *"Jo crec que una cosa és la idea que tenim de com hauria de ser un metge i una infermera de família, i està molt bé, que atenguin les persones des que neixen fins que es moren. Això és genial i està molt bé cuidar totes les persones en tots els aspectes de la seva vida i en totes*

les situacions, al CAP i a casa seva. Però després hi ha una realitat, i aquesta realitat és que tots els professionals sanitaris som com som i hi ha persones que ens ve més de gust atendre la gent al domicili i a altres els agrada més atendre urgències. Això ho paguen els pacients". Però, malgrat això, es veu necessari que el metge de família disposi d'uns coneixements bàsics sobre diverses disciplines que assegurin uns mínims en l'atenció (saber una mica de moltes coses). "Jo penso que sí que és veritat que cadascú tenim les nostres preferències on podem ser més bons en algunes coses que en altres, però que dintre d'això jo penso que hi ha uns mínims que s'han de complir". Això és compatible també amb potenciar les experteses d'alguns professionals i adequar els seus perfils en els espais més eficients, encara que això trenqui els esquemes clàssics de la visió integral de l'atenció primària i creï un debat important. "És com aquell dia que a mi em van ficar a fer espirometries. Jo, que treballava al PADES i era de parlar baixet i de cop i volta havia de dir 'Bufi, bufi!'. No em trobava gens còmoda, em feia un mica de vergonya cridar a una persona tot i que sabia que era el que li convenia. A mi em posen a pediatria i... Déu meu, aquestes mares! A mi m'incomoden i no em trobo còmoda. Tenim experteses, sí, però també tots hem de tenir unes bases, tots". "Si no, estem perdent la...; si no, ens acabem especialitzant i subespecialitzant i si no tens la visió de familiar i comunitària..., és que si perdem aquesta visió... Ja hi ha diferències entre medicina i infermeria, una és més clínica que l'altra, però tenim una visió del pacient com un tot. L'expertesa s'ha de premiar en certa manera, però si no som família ni comunitària...". L'arribada de l'estratègia de la cronicitat qüestiona i posa a prova la vigència del model actual de l'atenció primària i mostra en alguns casos la pèrdua real de vells valors que cal recuperar (medicina familiar i comunitària). "Aquesta manera d'entendre i treballar, recuperar la medicina de família de tota la vida, la infermera comunitària de tota la vida, per a mi va ser un regal. Per què en principi el rebuig dels companys? Perquè molts d'ells..., jo recordo com treballava abans, estàs subjugat a una agenda de X pacients, 'ara em toca anar a fer les espirometries', 'ara em toca, em toca, tasques, tasques, tasques'. I la cultura d'asseure's, pensar, anar més enllà, treballar en equip, pensar que hi ha una treballadora social. Aquesta visió més global, més humanitària, s'ha anat perdent. Llavors, tornar a donar valor aquí és un rebuig, perquè has de tornar a treballar d'una manera diferent, molts companys no ho han fet mai, gent jove no ho ha fet mai i la direcció no hi ajuda. És a dir, no canvien les agendes, no es facilita el fet d'anar al domicili". També les dificultats i les resistències per part dels professionals i les direccions dels centres per sortir d'aquest estatus actual en crisi. "Sembla que hi hagi por, és com por de tocar tot el que ja hi ha". "Què significarà? Des de la direcció, què significa si jo poso que li reservo un dia exclusiu a aquell professional perquè pugui fer els domicilis? Això vol dir que en lloc de treballar estarà fent altres coses? Des de la direcció hi ha aquest rebuig a facilitar-ho i des dels companys de peu ho troben a faltar, però després quan se'ls ofereix tampoc no fan gaire". "I el rebuig, jo penso que és també per aquesta dificultat que tenen els companys de canviar el xip i deixar de treballar de manera reactiva. Fins ara, el que el que em sorprèn dels companys és quan diuen 'no, però si a mi la família no m'ha dit res, si és que no necessiten res'".

- La maduresa dels professionals i de les organitzacions per assumir els nous reptes de la cronicitat. Al marge de com s'ha produït el procés d'implementació del programa amb els seus errors i encerts, alguns professionals segueixen sense entendre gaire la justificació, la transcendència i l'impacte positiu del programa sobre els pacients, i els seus posicionaments individuals i argumentacions són a vegades superficials i allunyats de la realitat. Aquesta lectura és més evident en les realitats

expressades en els grups rurals, que sembla que visquin instal·lats en els plantejaments més clàssics i conservadors, amb baixa autocrítica i escasses propostes innovadores (amb algunes excepcions). Les realitats expressades en els grups urbans, per contra, són més crítiques i autocrítiques i expressen més inquietuds de canvi i innovació. Alguns dels participants d'algun dels grups, sobretot dels grups rurals, expressen un cert desconeixement i confusió en alguns conceptes bàsics de l'atenció a la cronicitat, cosa que probablement dificulta la seva comprensió general o específica del programa PCC-MACA. Els proveïdors no ICS en general estan més ben posicionats davant l'estratègia de la cronicitat (ja ho estaven en les fases inicials i s'afegeixen de manera ràpida a les inèrcies marcades pel departament). Les seves organitzacions han generat canvis amb models innovadors i amb reestructuració dels recursos per afrontar els nous reptes. En el cas de l'ICS, pel que es desprèn dels discursos dels participants dels grups que pertanyen a aquesta entitat, hi predomina un cert immobilisme quant a models innovadors, els nous rols de professionals i el posicionament amb vista al futur.

- *Impacte de l'estratègia PCC-MACA sobre els professionals.* Molts professionals han viscut l'arribada de l'estratègia PCC-MACA com una sobrecàrrega, més feina sobre la que ja tenien. També es critica la burocràcia que comporten algunes de les activitats d'avaluació i seguiment dels pacients amb malalties cròniques (dinàmiques de registre de múltiples variables que s'han de clicar i registrar). *“Per què ho viuen com una sobrecàrrega? Perquè, almenys a nosaltres, ens han començat a envair amb llistes, que si la llista de l'MPOC, la de la insuficiència cardíaca, la del PCC... La registritis que comentava la companya, que tot ho hem de tenir ben clicat, ben documentat, ben registrat, ens ha arribat tot alhora. Tots ho han viscut com una sobrecàrrega, no tan sols el PCC, perquè també ha vingut molta cosa amb el pacient amb MPOC, que també és pacient crònic, el pacient amb insuficiència cardíaca, i tot comporta una sèrie d'activitats, una sèrie de registres i una sèrie de feina sobreafegida”.* Això genera una certa confusió a l'hora d'entendre quin és l'objectiu real del registre i de l'avaluació de les activitats (el registre pel registre o el registre per l'avaluació, la presa de decisions i la millora de la qualitat de l'atenció). *“Jo penso que quan vam estudiar era la medicina de les malalties, quan vaig fer la residència era la medicina del malalt, biopsicosocial. Ara és la medicina de les dades, tot són dades, dades, dades. I a vegades hem de dir ‘parem! Això és una persona”.* *“I que és una valoració molt quantitativa. Valoren la quantitat, ‘has fet els peus del diabètic, sí, no; les tensions estan bé, sí, no; has fet una glicada, sí, no... No és una valoració qualitativa de la nostra feina. Al final tot són creuetes, i això no incentiva”.* Però en general els professionals valoren positivament el programa PCC-MACA des del punt de vista de model teòric i de model per seguir. *“El model en si és una passada i, si et pares a pensar que és una forma d'atendre el pacient d'una manera multidisciplinària i multidimensional, és ideal”.* *“El model per seguir, per a mi, és una mica el vostre [es refereix a altres participants del grup que han desenvolupat models integrals i efectius], on un equip d'infermeria, una o dues, i un equip de metges siguin els referents i acabin portant aquests pacients, perquè realment pots fer molta prevenció i hi pot haver molt més retroacció amb els pacients si ells et coneixen a tu i tu a ells. El programa en si és bo i és una bona idea si es porta bé, i si es porta així llavors pot funcionar molt bé. Qualsevol altra manera, per a mi, queda coixa”.* Malgrat les reticències inicials, els professionals han acabat veient la seva repercussió positiva sobre els pacients. *“Però ara a mi em sembla que la gent se l'ha cregut, el programa, perquè ara es queixen una mica però ho viuen bé, el fet de fer més seguiment, penso*

que s'ha vist la utilitat i llavors veuen que els pacients estan més compensats, no es reaguditzen tant. Una vegada has fet tota l'educació és agraït, perquè veus que els pacients fan millor els inhaladors, etc.". Encara que es plantegen dubtes sobre quin serà el seu desenvolupament i continuïtat en el temps i a tots els territoris. "Jo crec que, en el nostre cas, a la nostra ABS al principi es valorava com una oportunitat, es valorava positivament. Però després, com que de fet pels motius que sigui els recursos no han acabat de funcionar, aquest programa ha perdut tot el sentit i no se'l creu ningú, i aquest és el principal problema".

- *Impacte de l'estratègia PCC-MACA sobre els pacients i les famílies.* El programa té un impacte molt positiu en els pacients i les seves famílies, que expressen una gran satisfacció per l'atenció rebuda per part dels professionals (metges i infermeres). "Els agrada molt. Fins i tot tenen la sensació que estem molt a sobre d'ells. La sensació dels malalts sí que és bona. La gent no ho veu com que 'm'han etiquetat', sinó com que 'soc especial i em tenen més en compte'". "I també que no solament és el pacient sinó també la família, que tenen els fills que estan treballant i que no poden anar a urgències. Un bon tractament a domicili, que es mogui el pacient crònic i el pacient fràgil el mínim possible i que estigui confortable dona confort no tan sols al pacient, sinó també a la seva família, que va al darrere d'aquest pacient. Anar a l'hospital no és agradable ni per al pacient ni per a ningú; és un ambient agressiu". "En el nostre cas, la valoració és molt positiva. Els pacients fan una valoració excel·lent i molt positiva dels professionals d'infermeria. Són les que tenen més presència física, les que fan més cures i donen més suport i acompanyament al pacient i a la família. I després tenen una percepció molt bona de l'actitud dels metges, saben perfectament qui és el seu metge de capçalera i els seus especialistes, però els manca presència física dels metges i exigeixen encara més presència". Però és necessari avaluar els programes per veure quin ha estat realment el seu impacte i no caure en l'error d'anar implementant diferents iniciatives l'una darrere l'altra sense saber el que ha comportat realment per al sistema i per als pacients. "Però quant a recursos, tampoc no tenim resultats pel que fa a la satisfacció, a l'estalvi i al funcionament. Hi ha moltes iniciatives i s'han invertit molts recursos a fer coses. Amb el muntatge que teniu al vostre territori del 7 x 24, sembla que la percepció que tenim és que funciona i que el pacient està molt content, però que això no és una cosa que està a tot arreu. S'han fet rutes, hi ha professionals posats aquí, es posen gestores de casos allà, i ara fem una iniciativa de formar professionals i... No sé si aquestes coses s'estan avaluant o no, si algun dia algú ho avaluarà i dirà si això funciona o no".

- *La variabilitat dels models i la manca d'equitat del sistema.* En les múltiples experiències relacionades pels participants s'identifiquen diferents models d'atenció més o menys desenvolupats pels diferents proveïdors dels territoris. Fins i tot un mateix proveïdor pot tenir diferents models en un mateix territori, amb la coincidència d'un model clàssic sense gaires canvis organitzatius al costat d'experiències puntuals aïllades però molt innovadores. "Jo penso que s'estan provant diferents models a diferents llocs, a veure quin és... És aquesta la impressió, perquè l'altre dia vaig estar en unes jornades d'expertesa de cronicitat i em vaig trobar que cadascú fa el que pot amb el que té". La diversitat de models amb diferents propostes d'atenció als PCC-MACA en els diferents territoris (atenció clàssica, atenció molt personalitzada i innovadora, atenció reactiva, atenció proactiva, presència de gestores de casos, unitats funcionals de PCC o únicament figures de referents amb una funció més de suport, etc.) qüestiona la iniquitat del sistema. "Però jo crec que el sistema que

s'ha ideat per al 7 x 24, el SEVIAC, és un sistema que funciona molt bé. Que els ingressos que s'han de fer, s'han de fer. Però que moltes vegades el control a domicili exhaustiu i de control telefònic per veure com evoluciona és molt efectiu per evitar els ingressos. "I aquest dispositiu on és?". "Nosaltres estem a la SAP Delta del Llobregat i l'Hospitalet". "I on està la justícia? Per què els pacients de Barcelona no tenen dret a aquests recursos igual que ells? Quan es posen recursos penso que s'ha de ser bastant equitatiu perquè, és clar, a Barcelona també hi ha pacients complexos". "Però on hi ha també una variabilitat brutal és en el finançament dels territoris sanitaris. Si tu ara mires la Central de Resultats, el volum de metges, infermeres i administratius, etc., per zones concretes varia bastant. Fins i tot els sous de segons quines EBA, els sous de segons quins directius d'atenció primària, el volum de pacients, etc. Ho dic perquè tot això no deixen de ser recursos. Per exemple, a l'Alt Empordà no hi ha cap psicòleg que vagi a cap ABS, però al Baix Empordà sí. Les equitats són també..."

La continuïtat de l'atenció en clau territorial: de l'atenció individual a l'atenció compartida

- El concepte d'atenció compartida. No queda clar quin és el concepte real d'atenció compartida per part dels diversos professionals dels diferents nivells assistencials i dispositius que treballen en l'atenció d'un pacient. "És que realment l'atenció compartida per definició solament s'ha fet a l'atenció primària. La visió global del pacient, quan va a l'especialista i va al seu metge de capçalera a preguntar si es pot prendre el que li han receptat. Aquest concepte el tenim nosaltres de tota la vida. I és al revés, són els nostres col·laboradors els que l'han d'integrar i que potser la darrera paraula no és la del cardiòleg, la de l'internista o la del pneumòleg, sinó que hauria de ser un comitè multidisciplinari en el qual totes les veus tinguessin el mateix pes". Cadascú treballa en la seva parcel·la i defensa els seus interessos i recursos sense tenir clar que l'objectiu final és l'atenció a la població del territori. "Amb els regnes de taifes de l'hospital, cada unitat defensa la seva parcel·la i que no li toquin, i 'aquesta infermera, si la pagues tu, d'acord, però si l'haig de pagar jo, no'. Ja estem així. Des del moment en què la implementació d'un programa de salut que hagi de tenir un impacte en una població depengui que cadascú posi la voluntat i la decisió de dir que cedeix la seva parcel·la perquè tot això es faci entre tots, 'cagada pastorets'. No sortirà de la voluntat". Sovint, l'atenció compartida genera tensions a partir de la base de qui té el poder i el protagonisme de les actuacions, i això dificulta poder arribar a un treball compartit real. "Al territori hi ha la tendència a dir 'escolta'm, allà on no arriba l'atenció primària ja hi arribarem nosaltres', i ho diu l'hospital i ho diu el sociosanitari, i nosaltres els diem 'para, compte!'. Sí que hi pot haver atenció primària que no funciona, com hi ha també en el terreny hospitalari coses que no funcionen, però això no vol dir que ens hagin de treure un rol que volem seguir tenint nosaltres. Crec que ens podem reorganitzar per facilitar que hi hagi casos que els podem fer compartits, perquè és que jo tinc pacients molt complexos que necessito que vingui a vegades el PADES a casa o l'equip d'hospitalització domiciliària. A vegades, ens diuen 'farem un equip de suport territorial que actuï a tot el territori i que us ajudarà a l'atenció primària' i vindran ells des del sociosanitari..., 'atura't! Ja et diré jo quan has de venir'". La presència de diferents proveïdors al mateix territori amb diferents dispositius assistencials, diferents tipologies de professionals i diferents implicacions i interessos particulars dificulta el treball de coordinació entre atenció primària i hospitalària. "En el meu territori és un desastre! És un desastre perquè nosaltres tenim l'Hospital Verge de la Cinta de Tortosa, que és de

l'ICS, i tenim l'Hospital d'Amposta, que és del Grup SAGESSA, que és una entitat que controla diferents dispositius i nivells assistencials. Nosaltres a la comarca del Montsià tenim de referència l'Hospital d'Amposta, un hospital comarcal relativament petit. Alguns especialistes que visiten allà venen de l'Hospital de Tortosa, pocs, però la resta són del grup SAGESSA. El president de l'Hospital d'Amposta és l'alcalde d'Amposta i té alguns interessos polítics i és un problema greu. És molt complicat. La coordinació que podem tenir amb l'Hospital de Tortosa i els seus serveis d'hospital de dia, etc., és molt bona, utilitzem el mateix sistema informàtic, hi ha bona predisposició cap a l'atenció primària, el personal d'aquest hospital és força jove, i hi ha una bona entesa. Però nosaltres tenim com a primer referent l'Hospital Comarcal. En algunes especialitats, no, però en la majoria, sí. Ho patim. Tripliquem el nombre de primeres derivacions als especialistes que els altres professionals, que no és real, però això passa quan subcontractes els serveis a una empresa que no és la teva. Tot canvia molt i l'assistència també canvia molt. El personal de l'ACUT de l'Hospital d'Amposta no són especialistes, és gent de fora, moltes vegades amb una formació no gaire bona, i això ens ho complica molt, moltíssim. El tema de les derivacions, d'estades hospitalàries, d'atencions a domicili que no es fan perquè automàticament es trasllada el pacient a l'hospital perquè es facturi més, per una qüestió econòmica...". Les relacions i la comunicació entre els professionals d'atenció primària i els especialistes de l'atenció hospitalària són a vegades difícils i en ocasions no són mai entre iguals. "Em refereixo al fet que quan jo parli amb l'especialista em consideri un igual, però no tan sols com un igual, sinó també com l'advocat o l'amo del pacient. 'Mira, a aquest pacient no li facis més coses', i que respecti el meu criteri o almenys el tingui en compte". "Sí, però no es parla el mateix idioma, primària-hospital. Aquí falla alguna cosa". És necessari resoldre aquest problema de comunicació i de coordinació per assegurar la transversalitat de l'atenció. "En el cas de la transversalitat, és inevitable que l'atenció especialitzada i l'atenció primària parlin un idioma molt coherent i sigui una autopista. Que no sigui que per anar d'aquí a allà hi hagi tres hospitals comarcals i quatre ports de muntanya". Segons els participants no és prou valorada la funció de l'atenció primària com a advocat i referent principal dels pacients i la seva rellevància en el sistema sanitari (porta d'entrada, coneixement integral del pacient, etc.). Els professionals reclamen una coherència en els discursos que reben els pacients des de l'atenció primària i hospitalària i es demana als especialistes que potenciïn la figura dels professionals de l'atenció primària. "Els especialistes hospitalaris, jo tinc la sensació que almenys al nostre hospital ho fan, haurien de fer una feina important de validar-nos davant del pacient. Alguns especialistes fan aquesta validació i després això ens dona molt més poder, ben entès, per poder tornar a tractar una descompensació o fer el seu seguiment si té un problema. Independentment de si ens coordinem millor o pitjor, a vegades poder parlar per telèfon és molt difícil. Moltes vegades, quan els pacients van a una primera visita ja no han de tornar a anar-hi mai més, perquè els donen unes instruccions específiques si passa qualsevol cosa, ens validen, i això està bé". "Quants n'hi ha que diuen 'que el teu metge de capçalera, que és el que et coneix, valori l'adequació d'aquest tractament. Jo li dono la meva opinió i que ell decideixi'? Quants n'hi ha així? Molt pocs". També alguns professionals d'atenció primària manifesten certa autocrítica que a vegades l'atenció primària tampoc no està a l'altura del que hauria d'estar. "Tirant pedres a la pròpia teulada, també tenim companys que no s'impliquen, tots en tenim i són a totes les cases. I a més a més és quan tu et reuneixes amb l'especialista i et treuen el P-10 de tal persona i et diuen 'mira què estan enviant'. Amb això tenim els mateixos problemes,

que hi ha professionals que no funcionen a l'hospital, professionals que no funcionen a l'atenció primària i que són armes llançables entre nivells, i això també ho hem de treballar. És una mica entonar un mea culpa. És tota la culpa de l'hospital que no ens fa cas? No, també hi ha gent d'atenció primària que està a l'altura i això és un fet". A vegades, el sistema no pot assegurar una atenció compartida en tots els entorns, ja que, malgrat que l'organització vetlli pel seu compliment, finalment hi intervenen aspectes difícilment controlables, pel fet de ser molt *persona-dependent*. "Operador dependent. El tema de l'accessibilitat al segon nivell o al tercer nivell assistencial i la implementació i la col·laboració entre nivells depenen molt de la persona, no del sistema, i en això és on potser encara hi ha una iniquitat. No pot ser que, dependent que jo tingui una persona o una altra de pneumòleg, pugui parlar amb ell o el vegi més ràpid o no o li faci l'ecocardiograma abans o no".

- La necessitat de coordinació entre els diferents proveïdors i dispositius d'atenció per a l'èxit del programa. La implementació del programa PCC-MACA requereix no solament la participació de l'atenció primària en les primeres fases —identificació, redacció dels PIIC, atenció proactiva, etc.—, sinó també un plantejament multidisciplinari, amb la complicitat dels diferents nivells assistencials i dispositius específics. En alguns territoris amb xarxes deficientes, l'estratègia s'està desenvolupant amb moltes dificultats. "Des del meu àmbit no s'acaba de veure. Identificar sí, però si al darrere no hi ha ningú amb més disponibilitat, o que en sàpiga més, o que pugui mobilitzar, que no sigui la porta tancada d'urgències de l'Hospital de Bellvitge, que és el meu hospital de referència... Llavors, és clar, aquestes rutes assistencials que no existeixen, aquestes unitats de subaguts que no existeixen, aquests hospitals de dia o hospitalització a domicili on sí que hi ha algun pacient que hi va però sempre que estiguin pautat des de l'hospital". La coordinació entre els dispositius que atenen els pacients a domicili (atenció primària i PADES) és variable. En general, sembla que hi ha bona coordinació amb un model de planificació de visites alternades i algunes conjuntes, però en altres casos hi ha una certa descoordinació i es produeixen duplicitats en l'atenció. "Perquè a la pràctica al poble on jo treballa, a Porrera, podem coincidir a la mateixa casa el PADES i jo i cadascú va a la seva. Coincidim tots el mateix dia i dius 'per què tots dos avui?'. "Amb això del PADES, jo, en canvi, per exemple, moltes vegades intento quedar amb el PADES per anar junts. Perquè va molt bé i així entre tots dos treballem conjuntament, perquè l'objectiu és millorar l'atenció al pacient. Entre tots dos intentem coordinar-nos; com que també tenen molta feina, si treballes conjuntament amb ells llavors no hi han d'anar tant i pots trucar tu o el metge en qualsevol moment si tenim dubtes". El PADES actua també com un facilitador d'accés dels pacients a diferents dispositius hospitalaris i també en la coordinació d'actuacions. "I també a la nostra zona el PADES ens obre la porta perquè el pacient pugui anar al sociosanitari sense haver de passar per urgències, perquè ja hem tingut contacte previ". "El PADES ens ha fet com de mitjancer per redirigir pacients cap a l'hospital de dia i ens ha servit per millorar la coordinació amb altres serveis". En el cas de l'activació del PADES en el moment de l'alta hospitalària per assegurar la continuïtat de cures pal·liatives en el domicili del pacient, es donen situacions en les quals no es compta amb l'atenció primària per gestionar aquesta atenció i, en tot cas, s'utilitza la seva intervenció per qüestions purament administratives. "Fins i tot per demanar la intervenció del PADES, en cas que un internista de l'hospital decideixi que el pacient l'ha de portar el PADES, però el PADES no és de la mateixa empresa o no hi està d'acord, t'envien a tu un informe de l'hospital perquè tu demanis el PADES. Per a

pacients que no coneixem. Estem fent de secretaris d'altres persones. Aquests circuits són al final molt burocràtics, purs actes administratius, i compten amb tu perquè el metge ha de fer un informe. I en molts casos nosaltres tenim capacitat de portar aquests pacients, però ells donen per fet que tu has de fer el paper i ja no compten amb tu, això és un element de frustració per als professionals". Els hospitals de tercer nivell plantegen moltes dificultats a l'hora d'aconseguir una bona comunicació i coordinació per la seva inaccessibilitat, fet que no passa en el cas dels hospitals comarcals, etc., de mida inferior, que en general solen ser molt més accessibles. "Jo, per exemple, tinc hospitals comarcals i un altre de tercer nivell que és un colós. Amb l'Hospital Comarcal ens movem còmodament, perquè jo obro la porta, em coneixen, em saluden i és molt més fàcil. També es va iniciar la ruta en el seu moment i, tot i que s'ha anat perdent, la cultura hi és. L'hospital de tercer nivell és com morir-se. Parles d'unificar visites per a un pacient que té problemes de mobilitat i és com impossible. Intentes unificar analítiques i és molt difícil". En alguns territoris hi ha experiències que depenen d'un únic proveïdor amb unitats funcionals específiques per a l'atenció a la complexitat que integren diferents dispositius coordinats que tenen una oferta de servei molt integral. "En el nostre cas, dins de la UFACC estem els PADES, estem la gestió de casos, l'hospitalització a domicili, l'hospital de dia..., podem gestionar... Jo també vaig a veure pacients del PADES, el SEVIAC està allà per al 7 x 24".

- *Coneixement i implementació de la RAC en els territoris.* Les RAC són conegudes en general en els diferents territoris, però no hi ha una clara percepció de la seva implantació i de la seva utilitat real. "En el nostre cas, la ruta de complexitat sí que es va presentar, la coneixem, però jo personalment penso que, com passa a la resta de rutes que existeixen, no sé si seguim gaire res. És va fent una mica com s'ha fet sempre". "Les rutes assistencials es van elaborar a l'atenció primària en presència de l'hospital, però estan al calaix i ja està, tal qual". "Jo crec que això de les rutes ha quedat a nivell teòric. Des del punt de vista pràctic això encara no s'ha acabat d'implantar. Sí que es fan sessions amb les gestores, l'equip del PADES i l'hospital i posem en comú els nostres casos, però pel que fa a la ruta com a tal, jo crec que encara no s'ha implantat". En altres territoris, la ruta sembla implantada, en funcionament i amb impacte positiu, i s'agilitzen els circuits d'ingrés de pacients en els diferents dispositius (hospital, subaguts, cures pal·liatives, etc.). "Nosaltres sí que la tenim a l'Hospital del Mar i als centres de la zona litoral, però no estic tan segura de si funciona o no. Està implantada, hi ha un telèfon de contacte al qual podem trucar des d'urgències per a algun tipus de pacient amb aquesta identificació. I ara tenim un llit de subaguts per ingressar algú, que sempre està ocupat. Sí que està implantada, cada vegada millor. Abans trucaves a pal·liatiu per a un ingrés i era com una hecatombe i ara truques a pal·liatiu, que els tenim a l'altre extrem de Barcelona, a l'Hospital de l'Esperança i, bé, saben qui ets i sembla que va funcionant". Tot i que en teoria han estat creades amb consens entre diferents interlocutors (atenció primària, especialitzada, hospitalària, sociosanitari, etc.), es manifesta una percepció que predomina molt la visió hospitalària. "Això no és el que ha passat fins ara, que ens hem imposat uns models d'actuació en els quals no se'ns ha donat veu ni vot i si alguna vegada ho fan és més per testimoni, 'tu signa aquí conforme has estat en l'elaboració de la ruta assistencial de la cronicitat', perquè hi ha d'haver un representant de l'atenció primària, però després els de l'hospital faran el que els doni la gana". En alguns territoris, la RAC encara està en procés de desenvolupament, en fase de consens i reunions operatives, amb l'esperança que pugui ser un instrument per resoldre els problemes existents.

“Nosaltres l'estem treballant ara amb l'Hospital Parc Taulí. L'última reunió serà el 26 de febrer i ja acabem el document. Des del desembre fins ara hi ha hagut unes cinc o sis reunions i hem anat treballant el tema, fent la ruta, establint com coordinar-nos. Tenim una infermera d'enllaç a l'Hospital Parc Taulí, que és la que ens fa els PREALT que després arriben a la gestora de cas, la qual els redistribueix. Amb moltes dificultats amb l'Hospital Parc Taulí, però a poc a poc se suposa que amb aquesta ruta milloraran molts aspectes. Tenim molts problemes amb els especialistes, el tema de la coordinació, de les derivacions, molta llista d'espera allà al Vallès, tant de pneumologia com de neurologia. Ho estem intentant solucionar”. La implantació de la ruta sembla que ha estat un procés més fàcil als territoris amb perfil de pocs proveïdors o proveïdor únic i ha servit per definir els diferents rols d'actuació compartida i la creació de circuits ràpids i redistribució de tasques específiques entre els professionals. “S'han definit els rols d'alguns especialistes de l'hospital, hi ha un pneumòleg de referència, els PCC pneumològics, un internista que porta el PCC d'insuficiència cardíaca de referència i poca llista d'espera. Si necessitem una valoració la podem activar ràpidament, i també la poden veure els metges de capçalera. El pneumòleg i l'internista porten malalts de 40-50 anys que es poden desplaçar a l'hospital per fer el seguiment. Nosaltres portem més la demència i els PCC més grans que no poden anar a l'hospital. Després hi ha també la part de la unitat de subaguts, que també ens ajuda a estabilitzar les persones que no podem controlar al seu domicili”. El desplegament de diverses rutes assistencials en els darrers anys (ruta d'MPOC, d'IC, de complexitat) ha creat una certa confusió en els professionals i la sensació de duplicitats en les actuacions i els circuits. “Però anem tots molts saturats, hi ha moltes rutes, a cada ruta s'ha fet una cosa diferent. Jo he estat en una ruta de depressió i dius ‘als depressius els fem una cosa, als d'insuficiència cardíaca una altra, als MPOC una altra, als PCC una altra’, cadascú fa un sistema i una xarxa diferent. Si els PCC tenen MPOC, IC, diabetis, per què no fem una ruta per a tothom i amb una aclarim els recursos que tenim? Perquè, si no, el PCC, quan es descompensa de la seva insuficiència cardíaca, l'he d'enviar segons la ruta de la insuficiència cardíaca i llavors ja no l'envio a la ruta del PCC, perquè té IC. Què fem? Llavors, per al professional tot això és caòtic”. Malgrat tot, hi ha experiències positives en territoris amb experiència històrica de treball compartit des de fa anys abans de la implantació de la RAC, en els quals el desenvolupament de la ruta ha implicat una continuïtat i un element clarificador i de suport. “Al territori tenim una tradició de molts anys d'un equip de professionals dels diferents proveïdors que ens trobem un cop al mes per abordar com organitzem l'atenció a aquests pacients, i amb més o menys encerts hem anat fent un camí molt llarg, i la ruta de la complexitat la tenim des de fa molt temps”. “A casa nostra, la ruta ens ha servit per posar negre sobre blanc allò que ja s'estava fent d'alguna manera i per definir i clarificar quins són els recursos, quin és el cronograma, com es deriva, a qui es deriva. D'alguna manera ha vingut a donar suport a la nostra activitat”.

- *La comunicació entre els proveïdors i els fluxos per compartir la informació.* Es valora l'existència de fluxos de comunicació entre els diferents proveïdors com un factor estratègic clau per al desenvolupament del programa PCC-MACA i, en aquest sentit, alguns territoris han fet una aposta clara per aconseguir-ho. “La nostra experiència és molt positiva, perquè gràcies al programa de la cronicitat hem aconseguit entendre'ns millor amb l'hospital que abans. Perquè una altra empresa, un altre programa informàtic... Hem aconseguit connectar els diferents programes informàtics, tothom de l'ABS pot accedir al curs clínic de l'hospital i del sociosanitari. Quant a plataformes

informàtiques, ha estat un avenç. També han estat importants els circuits que s'han muntat i la comunicació ha estat vital. Si s'ha apostat per la cronicitat ha estat l'excusa per tenir més comunicació. No vol dir que abans no n'hi hagués, però crec que hi ha hagut un abans i un després". En alguns territoris amb diversos proveïdors i amb diferents sistemes d'informació hi ha problemes en la comunicació i l'entesa dels diferents sistemes informàtics, així com en la connexió amb l'HCCC (comunicació parcial en alguns circuits, però no bidireccional). Això planteja grans problemes en l'atenció continuada i la comunicació entre els dispositius que realitzen aquesta tasca en el mateix territori (centres d'atenció primària, CUAP, urgències hospitalàries i 061). "Aquest problema també el tenim nosaltres. I nosaltres encara tenim un altre problema més afegit, ja que encara que som dos proveïdors, al final en som tres. Perquè l'hospital és independent, i l'atenció primària de l'ICS és una i l'atenció primària de SAGESSA és una altra, des del punt de vista del registre de les dades. Nosaltres no entrem a l'ECAP i no sabem res dels pacients de l'ICS. I després, l'atenció continuada es pot donar a Cambrils, que és CUAP, o a Reus, que és un altre centre d'atenció continuada. El CUAP de Reus és ICS i no té accés a les històries clíniques de SAGESSA, el CUAP de Cambrils és de SAGESSA i no té accés a les històries clíniques de l'ICS, i l'hospital de referència, que és el de Reus, no té accés a les dades ni de l'ICS ni de SAGESSA. Llavors, l'única història clínica que entren ells és la de l'hospital, però aquí els professionals d'atenció primària, tant els de l'ICS com els de SAGESSA, sí que tenim accés a la història clínica de l'hospital. I nosaltres, a la història clínica de l'hospital sí que tenim identificats els PCC i MACA i hi tenim el PIIC penjat. Un professional d'urgències de l'hospital de referència sí que té accés a la història de l'hospital i pot veure la identificació i el PIIC, però el 061 no coneix ni l'ICS ni SAGESSA ni l'hospital de referència". Malgrat això, s'han trobat solucions informàtiques que permeten la comunicació entre els diferents sistemes i aconseguir finalment l'objectiu de compartir la informació entre atenció primària i atenció hospitalària. "El que sí que hem fet nosaltres és que, amb el nostre hospital de referència, amb la nostra unitat de subaguts, sí que podem introduir tota aquesta avaluació que hem fet nosaltres a dins de la història clínica de l'hospital, que és una altra història clínica diferent, no és l'OMI-Web. I en aquesta història clínica, d'alguna manera podem traspasar aquesta informació i, a l'hospital de referència, l'especialista de referència té aquesta informació penjada a la seva història i en obrir-la sabrà que nosaltres tenim identificat el pacient, que té el seu pla de cures fet. Si després volen fer alguna cosa amb allò perfecte, i si no... Tenim tres maneres de penjar la informació i un d'ells s'entén amb tots tres". S'utilitzen diverses tecnologies (de les més simples a les més complexes) que faciliten la comunicació entre els professionals d'atenció primària i els especialistes hospitalaris i altres dispositius d'atenció en entorns no presencials i virtuals per a l'atenció compartida d'aquests pacients. "Amb el PADES tenim la sort que els tenim al costat i sempre que fan un servei, el que sigui, ens envien un correu al metge i a la infermera, perquè no tenen ECAP amb les dades del pacient que han vist i amb el que té. Per tant, quan hi ha comunicació no tenim cap problema, ja que ens avisen". "Nosaltres hem muntat institucionalment a la nostra zona un sistema d'interconsultoria virtual, perquè els correus electrònics entre entitats proveïdores no es poden fer servir, per més que intentes anonimitzar amb el CIP, etc. El que hem fet és que a totes les ABS que no són de l'hospital hem posat un visor del que està passant a l'hospital, un programa que et permet veure els cursos clínics de l'hospital i també fer una interconsulta virtual amb el pneumòleg, etc. Això facilita els accessos i les interconsultes i, a més, es garanteix una resposta a tants dies". Però l'èxit d'aquestes iniciatives

està subjecte a molta variabilitat, depèn del grau d'implicació dels professionals. *“En això també hi influeix el servei amb el qual treballis. En el nostre cas, quan treballem amb cardiologia, el sistema de contacte per correu electrònic funciona molt bé, els envies dubtes i et contesten en 24 hores. Però hi ha altres serveis que no responen mai, i al final et canses d'enviar correus electrònics. Ja s'està negociant i organitzant, però després veus que això depèn molt dels especialistes, de l'interès dels que fan d'intermediaris i d'enllaç a l'atenció primària, i després a l'atenció primària tampoc no es respon”*. En alguns territoris han pogut solucionar el problema d'intercomunicació de diferents programes de diversos proveïdors garantint els aspectes de seguretat de les dades mitjançant plataformes virtuals que interconnecten els sistemes d'informació i també fan la reposició de dades a l'HCCC. *“Tota l'atenció primària va amb l'ECAP i l'hospital va amb el programa GAVINA. El programa de l'hospital solament té l'obligació d'estar connectat a l'HCCC i drenar el que el Departament de Salut demana a l'HCCC. Però el que vam fer nosaltres fou obrir una finestra perquè l'atenció primària veiés què passava a l'hospital i instal·lar-la a cada ABS, i també aprofitar-la per a les interconsultes virtuals i el diagnòstic ràpid; això funciona i els professionals ho valoren positivament i el fan servir diàriament”*. Es narren també diferents experiències presencials per compartir informació entre professionals sobre els PCC-MACA i la presa de decisions compartides (interconsultories presencials amb especialistes que es desplacen al CAP, sessions clíniques compartides per a la discussió de casos, comunicació bidireccional sobre pacients identificats com a PCC-MACA, etc.). *“Nosaltres també fem interconsultories amb pneumòlegs i cardíologs que venen al CAP amb els metges, tenim sessions de 14 a 15 h, tenim un dia al mes per a cada un d'ells. I també nosaltres, dins la unitat, ens veiem amb els geriatres periòdicament, una vegada al mes, per comentar casos. Llavors en l'àmbit hospitalari, també hi ha un recurs d'una internista dedicada al PCC, i també hi ha vegades que ens comenten PCC que els metges de capçalera potser no han identificat però la Internista, com que veu que està fent reingressos, els captura des de l'hospital i ens ho comunica al personal de la unitat funcional”*.

- *La continuïtat assistencial i l'atenció 7 x 24*. En general, és complicat aconseguir i assegurar una continuïtat assistencial dels pacients amb un grau de cobertura 7 x 24. *“Nosaltres, no”*. *“Nosaltres justet, tot i el que us estic dient”*. *“Jo, definitivament no”*. *“Jo tampoc”*. *“No hi ha recursos, no es pot”*. *“Nosaltres tenim gestora de casos fins a les 17 hores, especialistes fins a les 15 hores, hospital de dia de medicina fins a les 13 hores i llavors el torn de tarda, s'aguanta, talment així. Si tens un PCC a la tarda, 'ja l'has cagat', i ja no et parlo de les nits. Llavors, continuïtat assistencial, no, no n'hi ha”*. *“A la meua zona, a les 17 hores s'acaba tot. A partir de les 17 hores es tanca l'hospital de dia i si algú es descompensa a les 19 hores...”*. En alguns llocs, la continuïtat assistencial l'asseguren els mateixos professionals amb circuits clàssics que depenen dels professionals i no tant del sistema. *“I dintre de nosaltres, dintre de l'EAP sí que existeix entre cometes, però també partim de la bona voluntat de les persones, de dir 'tinc aquest pal·liatiu i el passo al company de la guàrdia, busques al company que està de guàrdia, escolta'm, que tinc aquest inestable, si s'ha de sedar recorda que la morfina és allà i...'. És una continuïtat que no la garanteix el sistema, sinó que la garanteixen les persones, operadors dependents”*. Això contrasta amb altres territoris en què s'han creat dispositius de suport específic per als PCC-MACA que cobreixen de manera efectiva el 7 x 24, amb comunicació directa dels pacients amb professionals referents i, també, amb servei de suport a domicili quan és necessari. *“I des de fa aproximadament un any i mig tenim un servei de guàrdies*

telefòniques, que en diuen 7 x 24, en què d'alguna manera aquests pacients etiquetats com a PCC i pacients amb MACA i del PADES, en horari que els professionals d'atenció primària o del PADES no hi poden anar, ells els van a veure, si cal, a casa seva". "El que han afegit és que dins de l'equip d'atenció continuada han fet un equip especial que es diu SEVIAC, que és del 7 x 24, s'ha ofert a aquests PCC-MACA i dona resposta a les nits i les 24 hores durant tot el cap de setmana". "Llavors, els pacients en el moment que entren en aquesta identificació tenen tant el telèfon de la gestora com el telèfon del SEVIAC i saben que, si tenen qualsevol dubte o pateixen qualsevol descompensació, tenen de manera ràpida una persona que els pot ajudar i que no han d'anar a un servei d'urgències per poder solucionar el problema". Aquestes experiències que faciliten l'accessibilitat dels pacients als professionals (via telefònica) són molt ben valorades pels pacients i donen molta seguretat. "Sí. Els dona tranquil·litat saber que estan connectats. Que tenen un telèfon per si tenen qualsevol cosa". "Ells ho viuen bé, el fet que els donis el telèfon. Hi ha una anècdota d'una senyora que tenia el seu marit en situació de final de vida per una insuficiència cardíaca i l'accessibilitat era tan bona que, quan el marit es va morir, la senyora després encara em trucava per parlar amb mi. Viuen bé el fet de tenir un telèfon de comunicació, on poden demanar dubtes, què faig?, pujo medicaments?, etc.". Alguns territoris gestionats per un únic proveïdor (atenció primària, especialitzada i hospitalària, atenció continuada) amb models que aconsegueixen assegurar la continuïtat assistencial 7 x 24, presenten problemes descoordinació amb el 061, fet que limita i a vegades impedeix el compliment adequat de tots els circuits dissenyats i de les directrius del PIIC. "El nostre territori de Sant Cugat té centres d'assistència primària les 24 hores del dia. Territorialment hi ha metges que atenen en el mateix centre però que si els pacients ho necessiten van al domicili. Nosaltres estem interconnectats amb els equips, amb els serveis d'urgències i amb els serveis hospitalaris. Les nostres històries les poden veure tots els centres. Nosaltres intentem treballar amb el PIIC i amb anotacions a la història, perquè tots els professionals ho tinguin fàcil a l'hora de prendre decisions internament. Si el pacient truca al CAP Sant Cugat ho tenim bastant treballat, i ara ens falta la coordinació amb el 061, ja que moltes vegades truquen al 061 i porten el pacient directament a l'hospital". La manca de coordinació amb el 061 és un tema recurrent en els grups i es detecta un descontent força generalitzat pel que fa a les seves intervencions en cas de descompensacions i crisis que activen aquest dispositiu. Hi ha problemes en qüestions referents a l'accés del 061 a la informació d'atenció primària, la visualització de les recomanacions del PIIC i el compliment de les accions pactades *a priori* entre professional, pacient i família. "O almenys els casos que hem tingut al nostre barri, que actives el 061 o actives un circuit de ruta perquè és un PCC i s'ha picat una mica i s'ha posat pitjor i, en comptes de derivar a l'hospital, recomanes enviar-lo al CUAP perquè a la tarda el tornin a casa i veus que el SEM no s'ha mirat ni el PIIC ni fa res del que voldríem". "Però pel que fa als sistemes d'informació, m'encantaria veure el que consulten de l'atenció primària o, quan els truca algú d'alguna zona des del domicili, voldria saber què veuen a la pantalla. Jo vull saber què veuen dels meus malalts. Si jo he pactat amb un PCC que estigui tranquil a casa seva, doncs que l'atengui algú a domicili". També es detecten disfuncions respecte al coneixement que té el 061 dels recursos i els circuits específics creats per a l'atenció als PCC-pacients amb MACA que existeixen al territori, fet que crea disfuncions en l'activació i la coordinació de dispositius. "En el cas del SEM, la prioritat d'activació és una cosa que a vegades no saps mai quins recursos tindràs i a vegades no tenen coneixement de quin territori estàs activant.

Els costa molt coordinar els serveis en el mateix territori". El model PREALT està present en molts territoris i funciona en general de manera adequada, encara que puntualment hi ha deficiències que no acaben d'assegurar aquesta continuïtat a l'alta. En general, és una competència habitual de les gestores de casos que coordinen molt bé la continuïtat assistencial a l'alta (comunicant la incidència als respectius professionals o assegurant elles mateixes el contacte posterior). En alguns casos, l'estratègia PREALT es complementa amb un protocol de seguiment dels pacients quan arriben a casa seva després de l'alta. "Respecte al 7 x 24, allà a Girona els pacients..., només és amb els pacients amb insuficiència cardíaca o MPOC. En cas que els donin d'alta el cap de setmana, els centres d'atenció primària tenen una sèrie de preguntes que han de fer a aquest pacient per valorar si s'ha d'anar al domicili". La distribució d'aquests nous recursos i figures és molt variable en els diferents territoris de Catalunya, amb zones molt ben dotades i d'altres també molt precàries. En alguns casos encara es mantenen les inèrcies que automatitzen la derivació d'aquests pacients en les descompensacions als serveis d'urgències hospitalaris (com a estratègia poc reflexiva però eficaç o com l'única alternativa davant la pressió assistencial i la manca de temps). "Jo és que crec que estem aterrant. Encara que tingui l'etiqueta del PCC, també cal començar a veure això de l'hospital de dia, això de l'hospitalització de subaguts, tot és molt nou, molt nou, com una bomba d'idees que la gent encara no acaba de... Un pacient que s'ha descompensat i que potser és més complex, doncs el professional que no ho té encara molt rodat l'envia a urgències —'¡Ai, si tenia l'hospital de dia i el podia haver enviat allà!, no ho sabia'. És tot com molt nou i els recursos que tenim..., doncs és que pràcticament farà un mes que va venir un metge a explicar-nos això de l'hospital de dia, l'hospital de subaguts, la unitat de curta estada... Llavors és que tot és tan nou que des del meu punt de vista d'on jo soc encara no podem fer un balanç global". "I després encara portem el xip de l'hospitalària, que et ve un pacient identificat com a PCC o com a MACA i la primera cosa en què pensa el metge és a enviar-lo a urgències. I costa molt que visualitzin que hi ha molts recursos i que no sempre s'ha d'anar a urgències. I moltes vegades has d'estar a sobre del metge i dir-li 'no, no l'enviïs, no cal, podem valorar i fer altres intervencions i evitar que el senyor vagi a urgències'. Em costa d'entendre que la gent no sigui capaç de veure que hi ha un ventall de possibilitats que poden fer que el pacient no acabi anant a urgències".

3.2.1.1.35. El posicionament polític i estratègic

Les polítiques de difusió, comunicació i incentivació de l'estratègia del PPAC

- *La comunicació del programa PCC-MACA i com és viscuda pels professionals.* En alguns territoris, la comunicació de l'estratègia de la cronicitat sobre el col·lectiu de PCC-MACA és viscuda malament pels professionals, com una qüestió imposada a partir de les direccions i una nova càrrega que se suma a l'alta pressió assistencial ja present en els equips. "A nosaltres ens va arribar via direcció, com una cosa imposada, com una càrrega de més, com més feina..., 'això és el que hi ha, no hi ha més recursos, i has de treballar més'. I aquesta és la realitat, perquè és això, segur que hem de treballar més, traient la llengua". "Al Vallès Occidental, la veritat és que es viu una mica com una agressió. Al CAP on estic jo és així, a diferència d'altres CAP del costat, que funcionen d'una altra manera, amb equip ATDOM de metge i infermera; es viu molt millor. Però, és clar, en el nostre cas

cada metge i cada infermera fa la seva quota amb els PCC-MACA, però amb tota la resta han de fer d'especialistes, de salut mental. I, és clar, quan van allà i els expliquen tot això del PCC ho viuen molt malament, com una càrrega. I a més, i a més i a més, i què volen, que no som minyones. És com que ja no poden més. Hi ha vegades que potser estan fins a les 10 de la nit fent l'atenció de la consulta, amb 60-80 visites. Estem en un moment complicat, i es viu com una nova càrrega". En alguns casos també és viscuda com una moda que acabarà passant, com ho han fet tantes altres. *"Hi ha una moda. Jo tinc companys que diuen 'jo no fa tants anys que soc a la casa, però pel que m'expliquen gent que fa molts anys que hi són hi ha hagut com diferents onades de modes, doncs aquesta és una moda més, deixem que vagi passant l'onada i jo seguiré aquí, perquè jo seguiré en aquesta casa in eternum'".* Alguns participants opinen amb terminologia publicitària que l'estratègia comunicativa ha estat deficient, amb un *màrqueting* mal plantejat que no ha aconseguit vendre la idea de manera adequada perquè la *compressin* els professionals. *"Però jo crec que el problema va ser que si això fos publicitat es va fer una mala campanya. Jo crec que l'inici es va vendre malament. Si tothom és reticent és que alguna cosa ha fallat, som tots molt diferents, tenim diferents models de gestió. Quins missatges t'arriben en aquesta campanya publicitària, diners, ingressos? No hi ha cap missatge positiu cap a l'atenció primària, que dintre del sistema sanitari estem fent una feina més o menys bona amb el nostre model d'atenció primària, i no hi ha cap reforç positiu, tot és negatiu".* Els directius dels equips d'atenció primària han hagut de gestionar comunicativament una directriu complicada (han rebut poca informació, mediatitzada per les DPO i per les presses). Malgrat tot, alguns d'ells han decidit prendre les seves decisions i establir les seves prioritats (alentir el procés, buscar més la qualitat que la quantitat). *"Jo estic a la direcció i no faig assistència. Des de la direcció hem donat poca informació realment i els professionals ens preguntaven què era això dels PCC. Nosaltres hem començat a explicar tot això de la missió i la visió de l'equip orientat a la cronicitat per intentar..., però ho veuen com una feina extra".* *"A l'estiu ens ho van comentar — 'l'any que ve, PCC i MACA'—, què? Sí que havíem sentit a parlar de la cronicitat, però no sabíem exactament què volia dir tot això. I quan ens va arribar això vam preguntar, i jo amb el director del centre vam dir que fins que no sabéssim què havíem de fer, com ho havíem de fer i per què ho havíem de fer no fariem res. I així és com va començar tot. Teníem dues gestores de casos que no estaven al centre, l'equip no entenia res, la veritat és que el tema dels PCC-MACA ha estat aquest any l'assignatura pendent d'auxili, no hem arribat molt tard, sinó tardíssim".* Els referents de cronicitat i PCC-MACA dels centres van ser els encarregats d'informar i formar la resta de l'equip per transmetre'ls la idea del programa i els seus objectius, a vegades sense gaire èxit. *"En el nostre cas, jo crec que el gran problema que hem tingut és que..., no hem..., potser els que havíem d'explicar de què anava la cosa no vam saber explicar-ho bé o no ho vam entendre bé, i llavors a la nostra àrea ningú no ens ha comprat la idea".* L'arribada inicial de la informació als equips moltes vegades a partir dels missatges dels referents és incompleta, poc estructurada i poc participativa, sense explicar adequadament els objectius reals, fet que ha contribuït a una certa confusió conceptual de l'estratègia i al rebuig posterior dels professionals. *"Però, en aquest cas, el problema de l'atenció a la complexitat és que..., en el nostre equip s'ha viscut potser des de dalt —s'ha de fer l'atenció a la complexitat. Complex... què? Ens va venir una gestora de casos que ens va fer la formació del mòdul d'ECAP de la complexitat i ens deia 'apunteu-ho aquí' i la setmana següent ens deia 'no, que no és aquí, que és aquí' i vam anar una mica així de bandes. Després, paral·lelament,*

per uns altres interessos vaig estar implicada en el Pla de salut i vaig veure el Pla de salut i els seus plans directors, i llavors vaig entendre-ho una mica més i vaig veure per on anava i em vaig preguntar per què no havien començat per aquí. El pla de difusió l'han fet molt malament, han fet un màrqueting molt dolent". "Ben raonades i tenint en compte l'opinió dels professionals. Si a tu t'haguessin convocat, t'haguessin explicat els plans directors i justificat que calia començar per la cronicitat i t'haguessin preguntat com calia fer-ho en el teu centre i com calia fer sessions de formació, hauria canviat tot, però no, ens han enviat un paquet i no ens han dit el que deixàvem de fer, sinó el que havíem de fer a més a més". A tall d'anècdota, algun participant, amb responsabilitat de referent de PCC-MACA en el seu equip, manifesta que coneix des de fa molt poc les directrius generals del programa i alguns conceptes clau del programa. "Què és el PIIC? [La participant ho pregunta perquè no ho sap]". "És el pla individualitzat amb el pla terapèutic compartit [altres participants expliquen què és el PIIC a la persona que no ho sap]". "Ah, ja. És que a la meua àrea, el que tu has dit, quan se'ns va presentar va ser haver d'escollir una sèrie de pacients per aconseguir un objectiu. La majoria dels pacients els va proposar infermeria i, a mi, una de les infermeres de l'ABS em va donar el fullet del programa, que m'he anat llegint mentre venia a l'autobús i m'he adonat que és més complicat del que ens van dir. Que es tracta d'una coordinació entre diferents hospitals i assistència social i que és complicat portar-ho a terme i no s'ha fet res. A veure a partir d'ara... Des del punt de pràctic, és clar, tots sabem què és un pacient crònic, al principi semblava que s'havien d'incloure els terminals, els que tenien una malaltia terminal a mesos vista, però no ho teníem gens clar". Es manifesten queixes sobre que la comunicació del programa PCC-MACA no ha anat suficientment acompanyada d'evidència que avalués la seva justificació i la seva implementació posterior. "Jo pregunto si hi ha prou evidència, si tot això té prou evidència, perquè ens passem la vida discutint sobre les coses, les activitats que fem, si tenen evidència o no, i estem en la cultura del tot basat en l'evidència o moltes coses basades en l'evidència, si haguéssim de posar un grau de recomanació a tota aquesta estratègia, quin li donaríem? A, B, C o D? Pregunto. Basant-se en aquest nivell d'evidència, 1, 2, 3...? Jo ho pregunto perquè no soc expert i no m'ho he llegit i, perdoneu la ignorància, però tinc la sensació que no estem amb tota la solidesa i la força que cal per implementar tot aquest desplegament". També es qüestiona la validesa de les evidències existents pel fet de ser importades d'altres entorns molt diferents del nostre i amb realitats molt distants que posen en dubte la seva aplicabilitat real en el nostre país. "Hi ha algunes coses que en altres llocs han funcionat, que hom es planteja si aquí poden funcionar. Jo suposo que l'evidència l'hem de generar també. Entenc que s'intenten provar coses que en altres llocs han funcionat, i estan funcionant, que no vol dir que aquí hagin de funcionar, perquè aquí, el que diem, som mediterranis, som d'una altra manera, però sí que s'intenten aplicar coses que en alguns llocs han funcionat". "A mi, les comparacions amb els països nòrdics a tots els nivells no m'agraden perquè són totalment diferents. I jo estic convençuda que no és fàcil que una cosa que funciona allà funcioni també aquí, almenys com allà".

- Les polítiques d'incentivació de l'estratègia. Les DPO van influir directament sobre tot el procés d'identificació, a vegades de manera perversa, i van provocar una identificació excessivament precipitada i poc reflexiva que probablement va afectar la qualitat del procés d'identificació. "Jo crec que és pervers perquè, segons em diuen els companys, és que posant creuetes, perquè és el

que en demanen'. Primer, els objectius els donen el mes d'abril, després necessito córrer per poder complir-ho i he de marcar creuetes, amb una llista que em va arribar. Crec que, com diu ella, el que hauríem de fer tots és treballar bé, tenir temps i tenir un sou digne. Jo crec que la majoria de professionals, a excepció d'uns quants, el que volen és treballar bé i fer bé la seva feina. Incentivar perquè no reingressin, incentivar perquè identifiquin PCC...". "Una arma molt dolenta també ha estat incloure les DPO. Nosaltres havíem de fer un percentatge o, si no, no cobràvem les DPO. I llavors què feies? Ho feies a la babalà. Si no, ho faries a consciència i miraries els que realment necessiten una intervenció. Et deien des de dalt que necessitaves el 25% per omplir les DPO, i nosaltres què fèiem? Començàvem a valorar cap avall. No s'està fent amb el cap ni s'està fent de la manera correcta". Els professionals rebutgen de manera força generalitzada aquesta incentivació econòmica, encara que en alguns casos es valoren positivament les DPO pel que fa a la seva funció de marcar directrius que són necessàries per assegurar estratègies de millora per a l'atenció dels pacients. "Jo crec que són necessàries, no enteses com les tenim ara. Si les entenem com una eina de millora, la recompensa no hauria de ser econòmica ni tan perversa, i si fos una eina de reconeixement, encara ens haurien de pagar millor. Com a factor de millora i de moure el tema del PCC-MACA perquè la gent hi entrem; igualment no hauria de ser la manera, en el cas de recompensa econòmica. Sí que és un motor que genera canvis i ha servit per millorar, algun tipus de cosa hauria de ser. Entesa d'una manera o una altra, en forma de vacances, formació..., que ens motivi i no ens perverteixi". L'impacte de les polítiques generals del CatSalut amb objectius que incentiven la transversalitat de l'atenció potenciant el treball conjunt dels diferents proveïdors al voltant del mateix objectiu i com això arriba finalment a implementar-se en els diferents territoris. "Tots els proveïdors d'un territori tenen un objectiu transversal, tots han de signar un pacte territorial amb les normes del joc. El problema és que jo puc tenir un pacte que és evitar ingressos de PCC, per exemple, però l'hospital pot dir 'a mi, què em surt més a compte, tenir més volum d'altres perquè així cobraré més independentment del que ingressi o no ingressar PCC perquè així compliré aquest objectiu i me'l pagaran a tal preu?'. Jo puc tenir aquest pacte, però el Servei Català de la Salut, que va a pressupost tancat, pot no tenir-lo amb mi o amb altres proveïdors. Amb la qual cosa jo m'estic jugant els diners, i l'altre proveïdor, no. Abans de baixar a la microgestió, s'ha de veure la macrogestió i el director de l'hospital sap amb què se la juga i amb què no". "Vol dir que si jo mesuro i per tant hem de tenir indicadors, si tu vols simplifica'ls o fes-los reals i de bona pràctica sobre el malalt; aquests indicadors han d'existir i intentar no trampejar-los. I que els hospitals no portin dobles comptabilitats ni en llistes d'espera ni tampoc amb segons quins indicadors. Si les regles del joc són molt clares i no juguem a mentir-nos entre el departament i l'entitat que dona la prestació de salut, anirem bé, el malalt anirà bé i el professional també. Però com que la juguesca existeix i les dobles comptabilitats també, a vegades estàs preocupat per saber si la meua unitat de subaguts és prou productiva en funció dels dies d'estada".

- El context sanitari i social present en el moment de la implantació del programa PCC-MACA. El context econòmic de crisi que estava vivint el sistema sanitari català en el moment que apareix l'estratègia de la cronicitat, amb importants retallades en el sector sanitari, ha contribuït d'alguna manera a la percepció per part d'alguns professionals que l'objectiu de l'estratègia era purament economicista. "Quant a reticència, crec que el programa tampoc no va començar amb bon peu, o que la difusió que se'n va fer en moments de crisi i la idea que es va vendre es van fer malament.

Retallades i retallades als equips, a atenció primària no estem reconeguts, els metges de família i les infermeres som el primer esglaó però no som ningú. L'atenció primària no és ben valorada”.

- *La continuïtat del programa en el futur.* La necessitat expressada pels participants que després de la primera implementació de l'estratègia es doni continuïtat a les expectatives creades i se solucionin els problemes detectats a l'inici per assegurar que l'estratègia es compleix en tots els entorns multidisciplinaris i situacions. *“Vinculat amb l'etiquetatge, et diria que, com que atenció primària és molt disciplinada, la primera onada es va fer, perquè després d'haver-ho explicat amb menys o més encert es va de passar als equips la necessitat de fer-ho. Però el que sí queestic veient ara és un bloqueig d'etiquetatge des de fa uns mesos, perquè la gent diu que les expectatives que els vam vendre no les veuen gaire clares, perquè sí que després parlarem que hi ha molts problemes amb el SEM, que no sé si consulten els PIIC. Tinc dubtes raonables sobre si se'ls miren. I llavors diuen ‘jo em preocupo per etiquetar, per emplenar el PIIC a la perfecció, fins i tot amb un pla de medicació per si a la nit passa res, i al PIIC diu que cal administrar medicació subcutània i tal..., i el SEM no sé què carai mira ni què carai fa’. Tot això sí que bloqueja, perquè la gent segueixi etiquetant. La gent pregunta ‘i ara què farem? Per a què serveix tot això? Què fem proactivament? Els truquem? No els truquem? Fem la trucada famosa del divendres? El dia que es preveu una nevada els truquem a tots? Parlem amb la treballadora social perquè tenim...? O ho articulem i tanquem el cercle?’. A la segona onada d'etiquetatge la gent dirà que, com les rutes, anirà a un calaix”. “Si no tanquem el cercle ens avorrirèiem i deixarem de fer coses, com ha passat altres vegades. És molt important. Jo crec que ara tenim un adolescent i ara hem de decidir si aquest adolescent anirà cap a un camí o cap a un altre. I aquest adolescent l'hem de tractar amb molt d'amor”.*

Les polítiques de formació

- *L'estratègia formativa inicial.* Segons les opinions dels participants en els grups de discussió, en general no hi ha hagut una formació específica lligada al desplegament de l'estratègia PCC-MACA, i alguns professionals només han rebut informació. *“En el nostre cas, jo diria que hem rebut informació però no formació. Se'ns ha informat però no se'ns ha format. Se'ns ha informat i després t'has d'espavilar! Quan ha començat a rodar la cosa és quan dius ‘mira, puc fer això’ o ‘puc fer servir la gestora de casos’, i amb la pràctica ens hem anat formant de manera autodidacta”.* Es detecta una manca d'estratègia formativa planificada en l'àmbit dels proveïdors de cada territori que pogués arribar a la totalitat dels professionals implicats en el programa PCC-MACA. *“En el nostre cas, quan se'ns presenta l'estratègia no hi havia en el mateix paquet cap programa de formació. Entre en el mateix paquet, ‘això s'ha de fer’, ‘han de ser identificats’, el perquè ben bé no se sap, què hi ha al darrere tampoc no se sap. I sí que hi ha hagut algun curs de PCC, però sense que arribés a tots els professionals, no s'ha garantit que tothom el tingués”.* En alguns casos, la formació ha estat inexistente o molt precària, mentre que en d'altres ha estat més desenvolupada amb una variabilitat àmplia en el format (informació a partir de tríptics, sessions clíniques, cursos monogràfics) o ha estat una formació únicament dirigida als referents del programa. *“Nosaltres vam fer algunes sessions i ens arribava molta informació per correu electrònic del PCC-MACA, dels tríptics, de tot el que comportava això. I llavors a partir d'aquí vam començar a etiquetar PCC-MACA, uns molts i altres menys”. “Jo crec que va ser molt dispar entre uns llocs i uns altres. A Barcelona es va donar informació i es van fer cursos i jornades diferents per a cada sector. Hi havia gent que tenia*

molta informació del que eren els PCC, que s'ho havia treballat molt, i altres que tenien molt poca informació, que no sabien pràcticament què era un PIIC i on el MACA funcionava com un rellotge. En alguns equips es detecta també una manca de formació a professionals considerats clau per tirar endavant l'estratègia de la cronicitat, com, per exemple, les gestores de casos, que en ocasions s'han incorporat als equips només amb unes directrius molt bàsiques. *“En el nostre cas no han format la gestora. És una infermera d'atenció primària a qui han dit ‘mira, a partir d'ara tu fas aquesta feina’ i ja està. Enllaçar les altes i els ingressos a les UBA corresponents i res més. No fa res més”*. Malgrat això, alguns proveïdors han fet una aposta clara per aquesta formació amb diverses estratègies dirigides a tots els professionals. En aquest cas, els professionals amb funcions específiques (gestores de casos, etc.) han rebut formació específica teòrica i també estades formatives en diferents dispositius relacionats amb l'estratègia (hospitals, centres sociosanitaris, unitats funcionals, PADES, etc.). *“Nosaltres hem fet una formació a les unitats funcionals perquè després aquestes unitats funcionals fessin la formació de la resta dels professionals. Nosaltres ens hem format en PCC-MACA, en insuficiència cardíaca i en pneumologia, i ara, per exemple, estem fent la formació en insuficiència renal. Llavors a partir d'aquí nosaltres som els responsables de la formació a les ABS a través d'interconsultories”*. *“Cada equip i cada centre han estat formats perquè hi ha hagut alguns referents que s'han format amb un curs de formador de formadors i després, cada any, estem implementant un curs de PCC i MACA, i en aquest curs els que són formadors i ponents són geriatres i cardòlegs dels hospitals de referència i, també, hi ha alguns metges d'atenció primària que són referents, i infermeria”*. En altres casos, la formació bàsica que han rebut els referents l'han complementat ells mateixos amb autoformació i estratègies més autodidactes. La manca de formació inicial podria haver condicionat en gran manera les reticències i les resistències inicials dels professionals en les diferents fases (identificació, visió del programa, realització dels PIIC, canvi del model assistencial, etc.), pel fet de no haver incidit suficientment en la justificació i l'objectiu del programa. En alguns territoris es constata clarament que la formació prèvia ha estat una estratègia molt important per assegurar l'èxit de la implantació del programa sobre PCC-MACA. *“A casa nostra hi ha un abans i un després. Ho vam començar com una feina més però, després de la formació, nosaltres hem pogut fer formació específica tant en l'àmbit d'infermeria com en l'àmbit de metges i en l'àmbit conjunt de l'equip, o fins i tot en l'àmbit de tot el que és un equip integrat amb PADES i geriatría. I després de tota aquesta formació és quan la gent s'ha adonat que realment identificar els problemes i posar-los a sobre de la taula i, a més, intentar que aquesta identificació pugui servir per millorar l'assistència... Però la formació sí que ens ha donat aquest altre punt de vista, que he identificat amb unes característiques molt concretes: em puc treure feina perquè hi haurà un altre company que en sabrà més que jo o que em donarà un cop de mà i ja farà. Jo crec que això s'ha viscut bé”*. Alguns participants reclamen també una formació dirigida a altres professionals d'altres nivells assistencials implicats en l'atenció compartida dels PCC-MACA (especialistes hospitalaris).

- *Estratègia de formació continuada i necessitats formatives per al futur*. Alguns proveïdors disposen d'un pla formatiu per a aquest any en el qual ja han inclòs un programa de sessions formatives específiques de la cronicitat. *“A nosaltres ens han presentat la formació que tenim pendent del PSAP, i una de les sessions és una formació en cronicitat del PCC-MACA. El PSAP és la formació obligatòria que tenim a la nostra zona amb el programa de sessions formatives que tenim cada*

any". *"Des de la direcció del SAP es decideixen uns temes que interessa que treballin els equips i s'organitza una formació als professionals. És un programa de formació del qual cada equip pot escollir la sessió que l'interessa. La formació la fan els mateixos professionals de l'àmbit i se'ls encarrega que vagin pels equips a fer la formació. Aquest any, una de les prioritats és fer el PSAP de la cronicitat, que em sembla que ja el tenen organitzat i es farà a tot Girona".* Les necessitats formatives habitualment expressades pels professionals són aquelles relacionades amb l'abordatge psicològic i emocional d'aquests pacients (habilitats en entrevista clínica i comunicació), la planificació de voluntats anticipades, el control de símptomes i el maneig de fàrmacs. També es detecten moltes necessitats formatives per millorar la redacció dels PIIC, no tant en format més teòric sinó en un format més pràctic (tallers amb casos clínics). El format d'aquesta formació hauria de ser amb visió integral i amb pràctiques (casos clínics abordats de manera molt integral, multidimensional i multidisciplinària). *"El PIIC penso que és una eina molt útil, però a vegades molt complicada de fer... Hi ha d'haver molta formació, fer tallers de PIIC, perquè per més documents que hi hagi de què és un PIIC i com s'ha d'omplir, és qüestió de fer tallers, anar fent casos, saber quines paraules són les més adequades per posar allà i conèixer molt el pacient i la família".* Es valora com a molt útil la formació amb un format específic d'estades formatives en els diferents dispositius relacionats amb la ruta de la complexitat, pel seu element d'aprenentatge no solament clínic, sinó també de coneixement dels serveis, els circuits i la interacció positiva amb professionals d'altres nivells assistencials. *"Jo penso que molts necessitem sortir de la consulta, allà estàs totalment atrapat, amb la consulta, amb el dia a dia, i pràcticament no tens opció perquè estàs allà donant, donant, desgastant-te, i tens la sensació de voler aprendre, de voler tenir més eines, més coneixement, més habilitats. Et manca tot això i cada cop et debilita més també. Penso en una formació amb una part potser més teòrica, però després també seria molt bo que hi hagués una part de rotació de pràctiques, que incorporés deures per fer i que es traduïssin en una acció assistencial al teu entorn, amb una directriu pràctica".* Es valora de manera molt important la formació amb una perspectiva integral. *"Jo penso que, encara que es parli de les patologies en el cas de la cronicitat, la visió hauria de ser integral". "Que pocs pacients són MPOC només. Habitualment són diabètics, HTA, IRC i MPOC i amb deteriorament cognitiu. I la valoració geriàtrica integral és molt important en aquests pacients".* En alguns grups, els participants han valorat l'experiència dels grups de discussió com una experiència interactiva formativa i d'intercanvi d'experiències molt positiva.

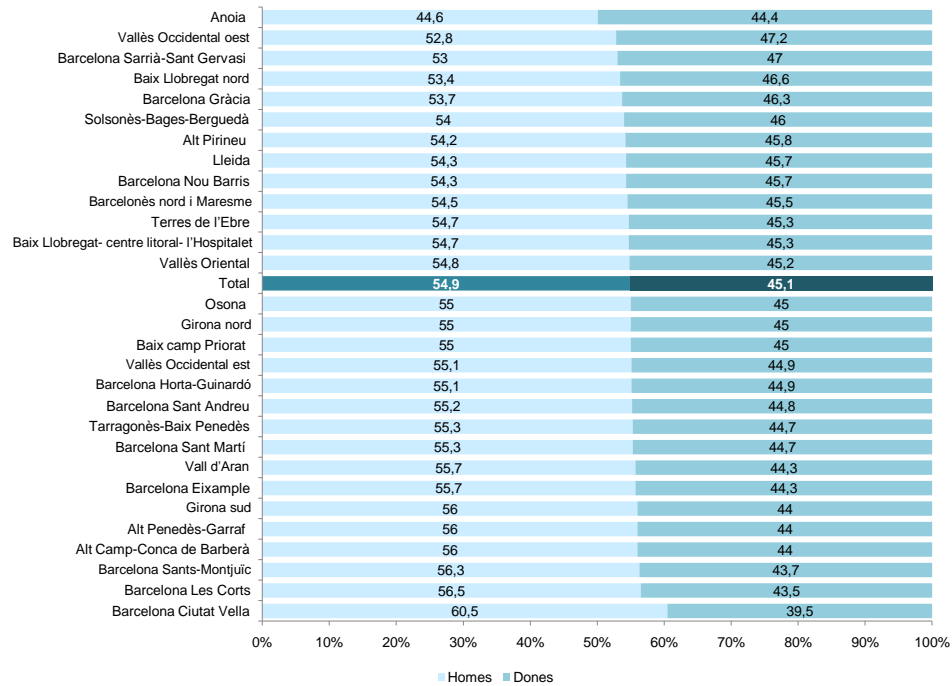
4. Annexos

Índex

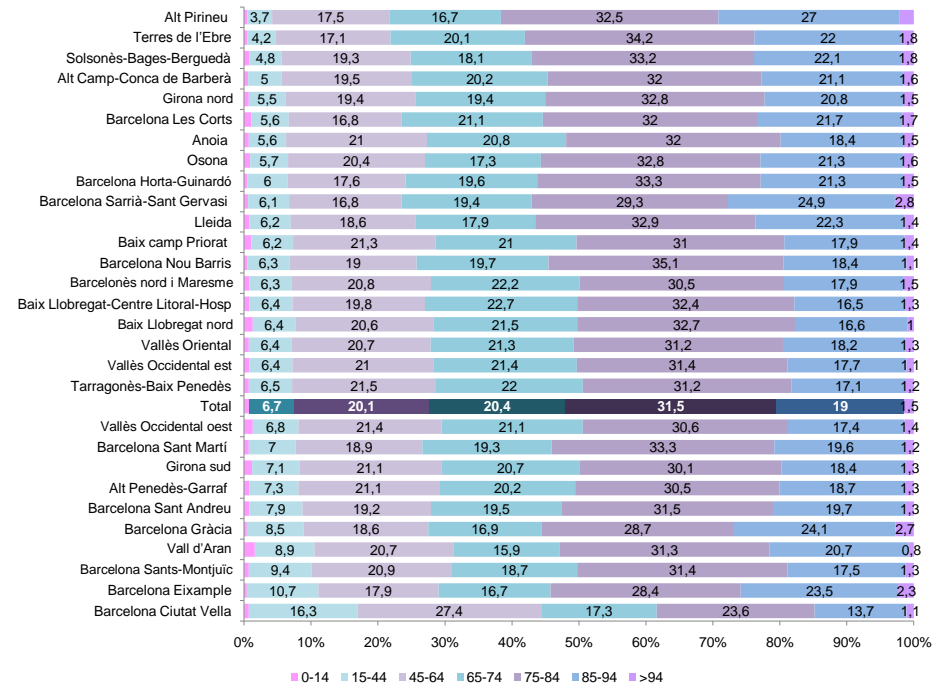
Annex 1. Característiques de la població crònica complexa teòrica segons el sector sanitari	231
Annex 2. Característiques de la població crònica complexa real segons el sector sanitari.....	233
Annex 3. Característiques de la població crònica complexa teòrica segons la identificació i el sector sanitari.....	254
Annex 4. Models logístics de la població crònica complexa teòrica segons el sector sanitari (Identificació vs No identificació).....	259
Annex 5. Característiques de la població crònica complexa real segons el compliment del constructe i el sector sanitari	267
Annex 6. Models logístics de la població crònica complexa real segons el sector sanitari (No constructe vs Constructe).....	273
Annex 7. Elements que cal considerar dels projectes estratègics.....	280
Annex 8. Protocol de recollida de dades. TERRITORI	291
Annex 9. Resultats provisionals de la implementació el 2013.....	330
Annex 10. Criteri/variable de segmentació dels grups de discussió (EAP urbans i EAP rurals). Criteri de municipis rurals/urbans (SISAP_ICS)	335
Annex 11. EAP de Catalunya participants en els grups de discussió (EAP urbans i rurals).....	336
Annex 12. Guió general de l'entrevista grupal. Esquema dels apartats i els continguts (escenaris i preguntes).....	338
Annex 13. Full de registre de l'entrevista amb el grup de discussió.....	341
Annex 14. Full de registre per a l'observador del grup	343
Annex 15. Full de consentiment informat.....	345

Annex 1. Característiques de la població crònica complexa teòrica segons el sector sanitari

Població crònica complexa teòrica segons el sexe i el sector sanitari

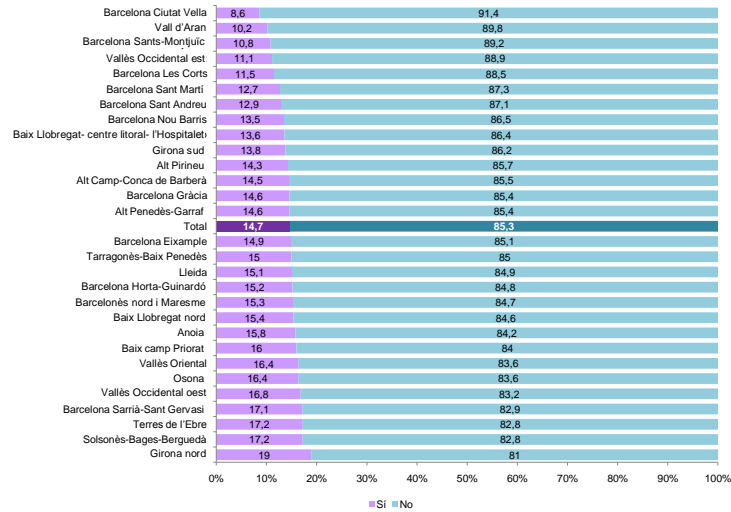


Població crònica complexa teòrica segons el grup d'edat (n=320.390)

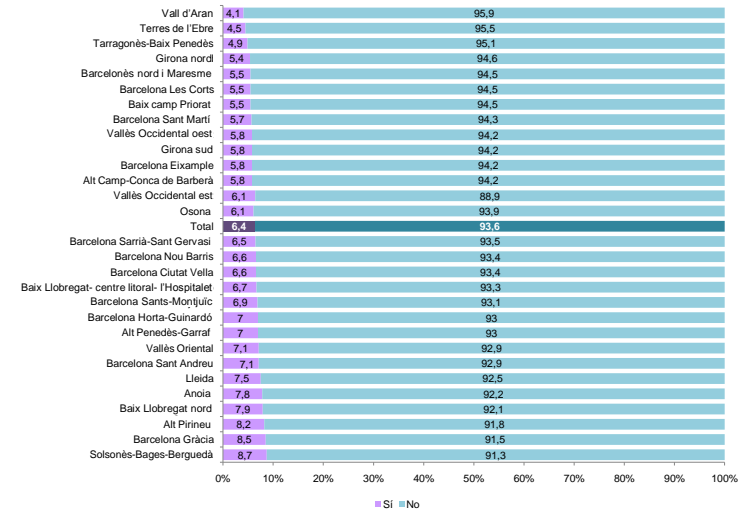


Resultats de l'avaluació del PPAC (2011-2014)

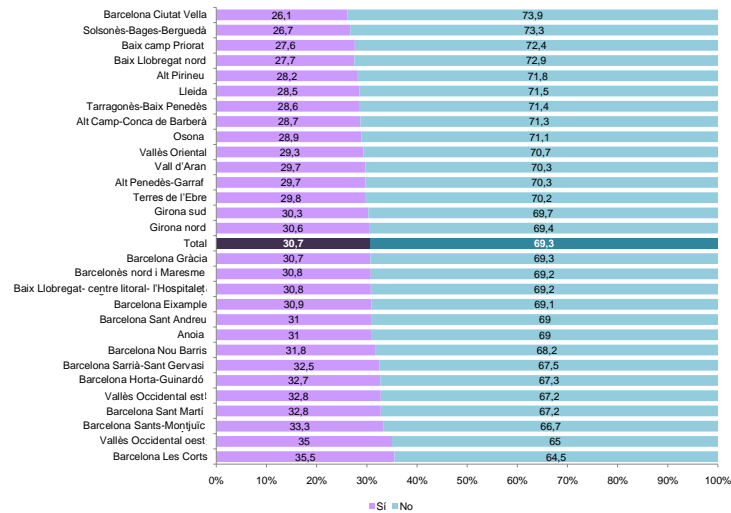
Població crònica complexa teòrica segons si es pateix demència (n=320.390)



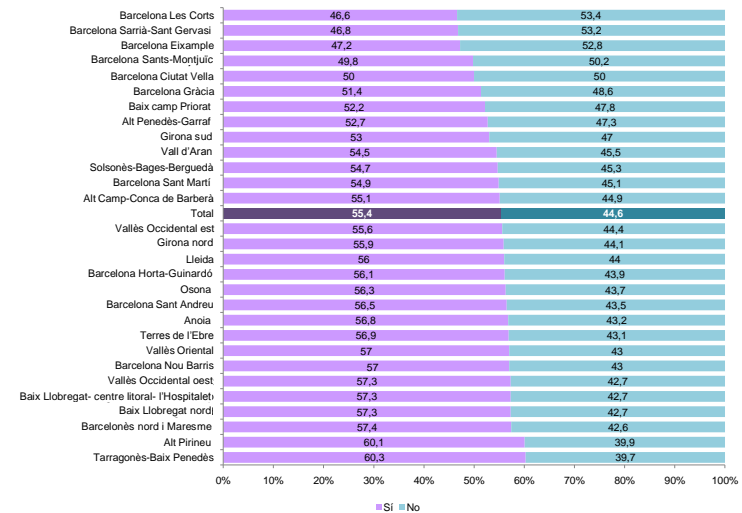
Població crònica complexa teòrica segons si es pateix trastorn mental sever (n=320.390)



Població crònica complexa teòrica segons si es pateix neoplàsia (n=320.390)

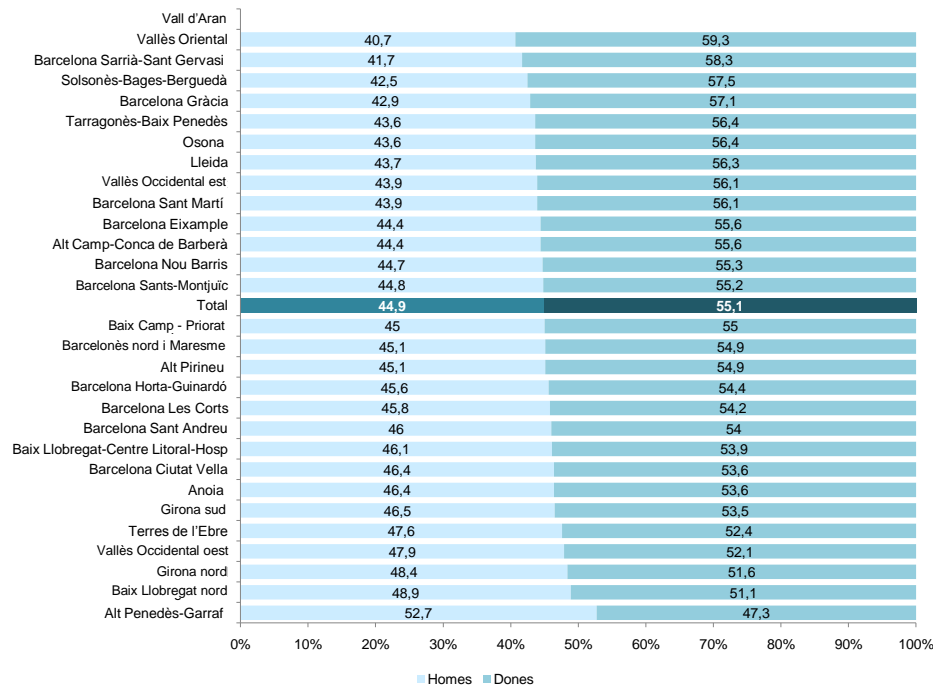


Població crònica complexa teòrica segons si es pateix malalties d'òrgans (n=320.390)

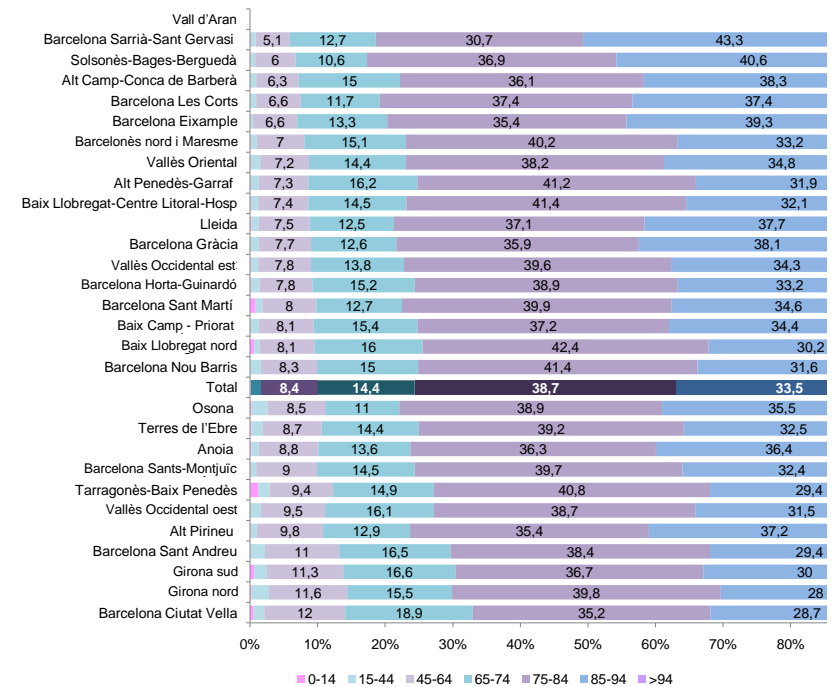


Annex 2. Característiques de la població crònica complexa real segons el sector sanitari

Població crònica complexa real segons el sexe (n=101.415)

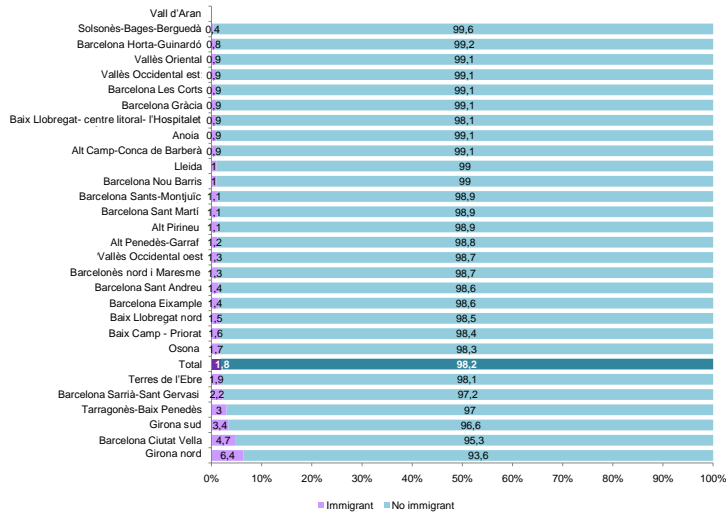


Població crònica complexa real segons el grup d'edat (n=101.415)

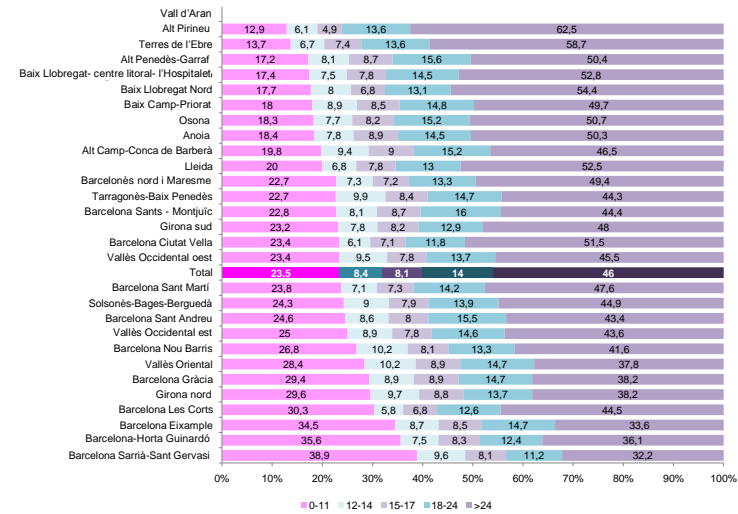


Resultats de l'avaluació del PPAC (2011-2014)

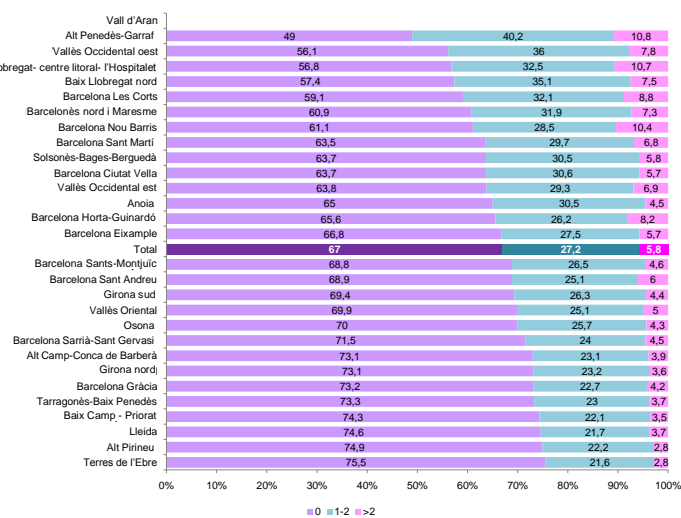
Població crònica complexa real segons la immigració (n=101.415)



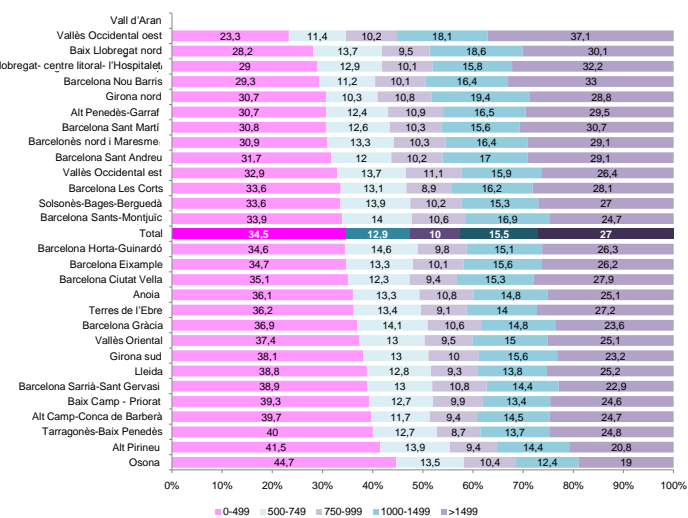
Població crònica complexa real segons les visites a atenció primària (n=101.415) i)



Població crònica complexa real segons les hospitalitzacions urgents(n=101.415)

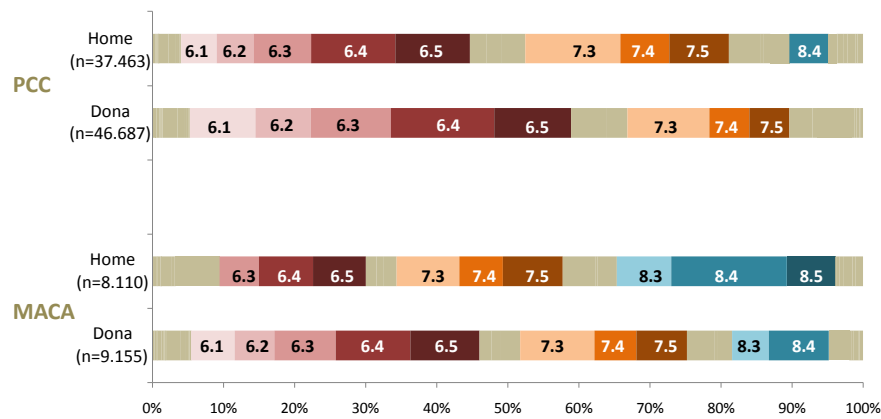


Població crònica complexa real segons la despesa en farmàcia (n=101.415) j)

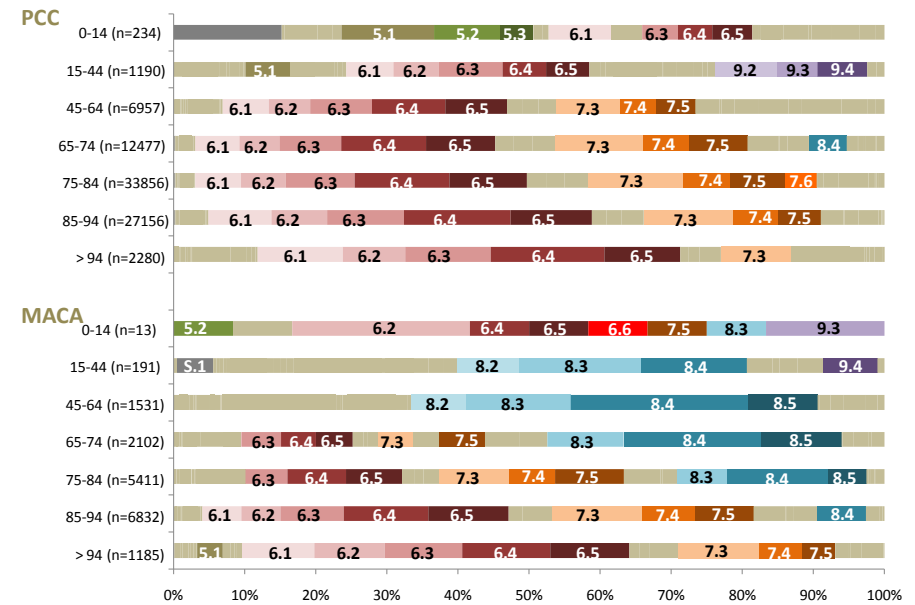


Annex 2A. Característiques de la població identificada com a PCC i de la població identificada com a MACA segons el sexe, l'edat, la immigració i l'índex de renda territorial

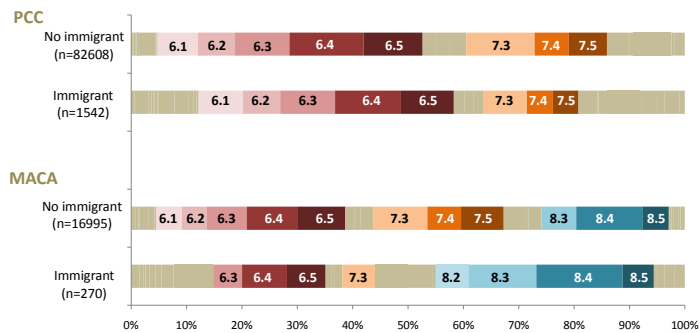
Percentatge dels CRG i severitat més grans del 5% segons el sexe



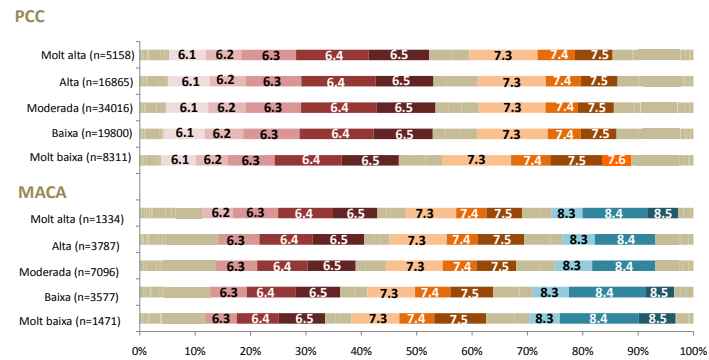
Percentatge dels CRG i severitat més grans del 5% segons el grup d'e



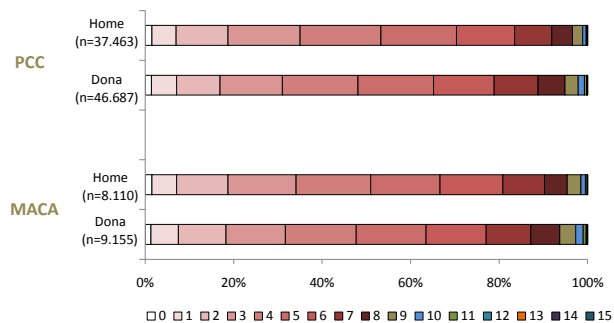
Percentatge dels CRG i severitat més grans del 5% segons immigració



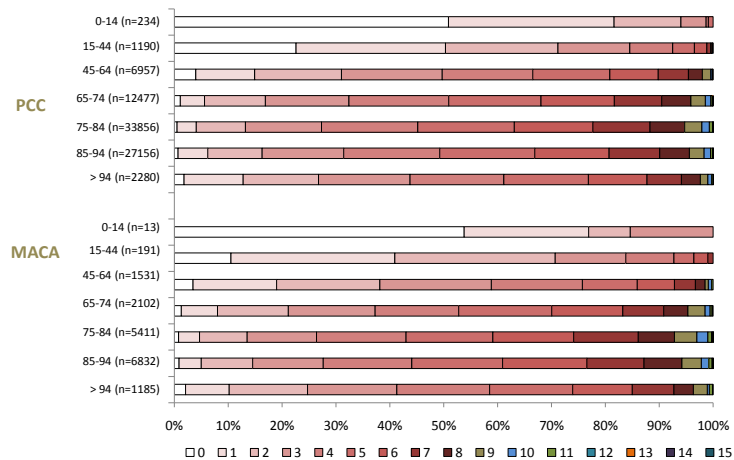
Percentatge dels CRG i severitat més grans del 5% segons renda territorial ajustada



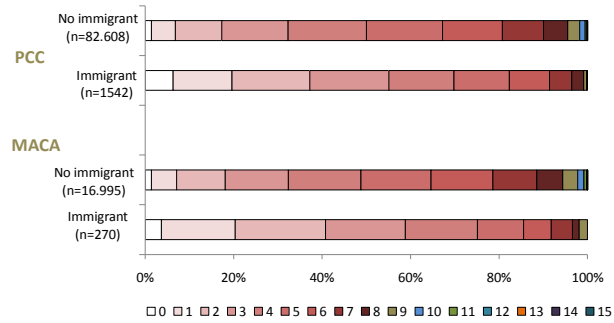
Percentatge de nombre de trastorns crònics segons el sexe



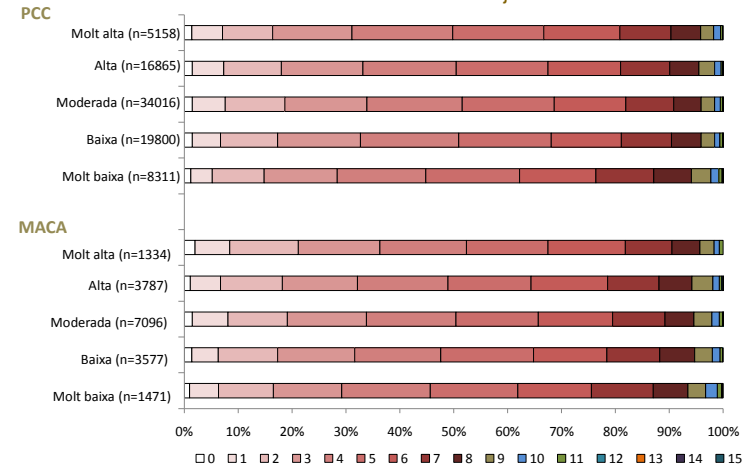
Percentatge de nombre de trastorns crònics segons el grup d'edat



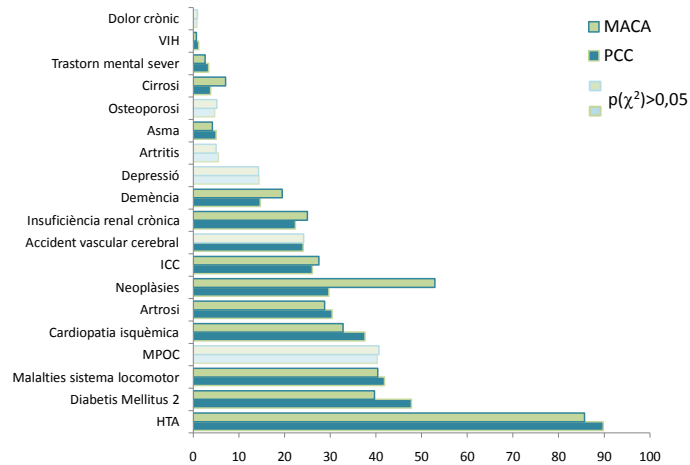
Percentatge de nombre de trastorns crònics segons la immigració



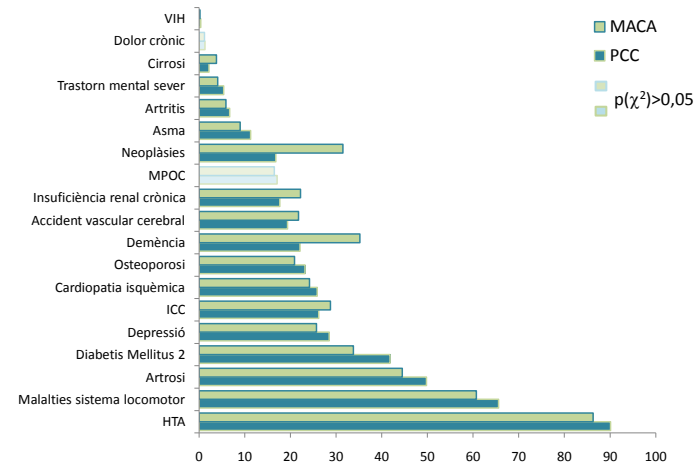
Percentatge de nombre de trastorns crònics segons la renda territorial ajustada



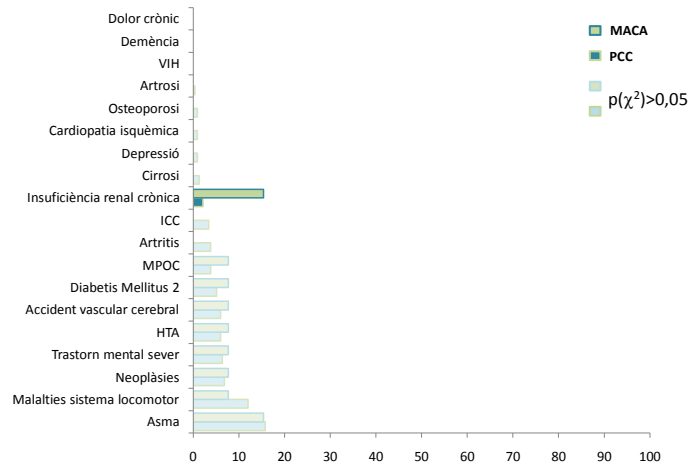
Percentatge de cada trastorn crònic. HOMES



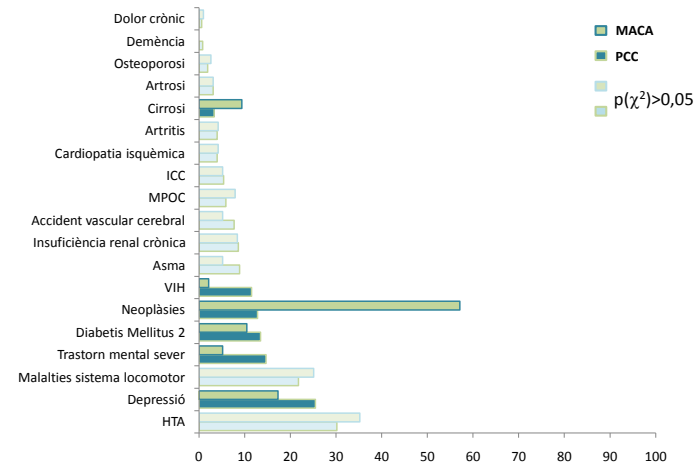
Percentatge de cada trastorn crònic. DONES



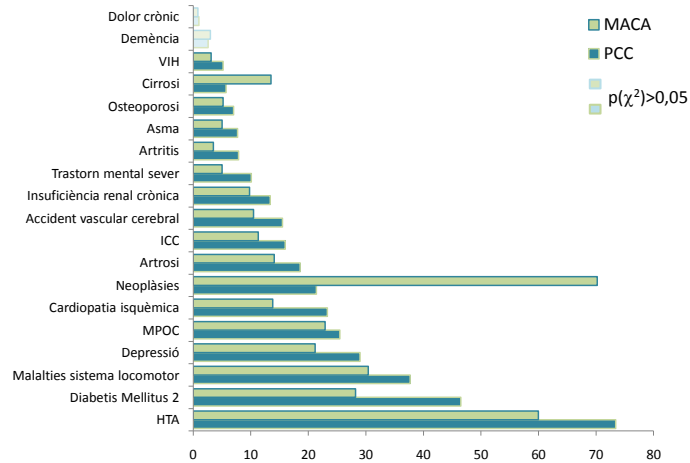
Percentatge de cada trastorn crònic. 0-14 ANYS



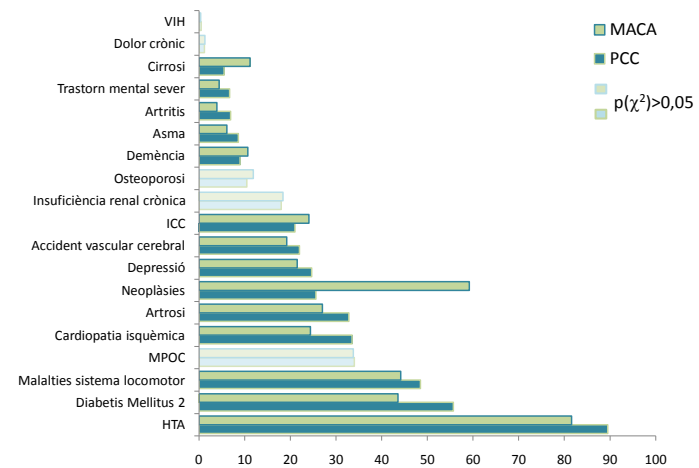
Percentatge de cada trastorn crònic. 15 A 44 ANYS



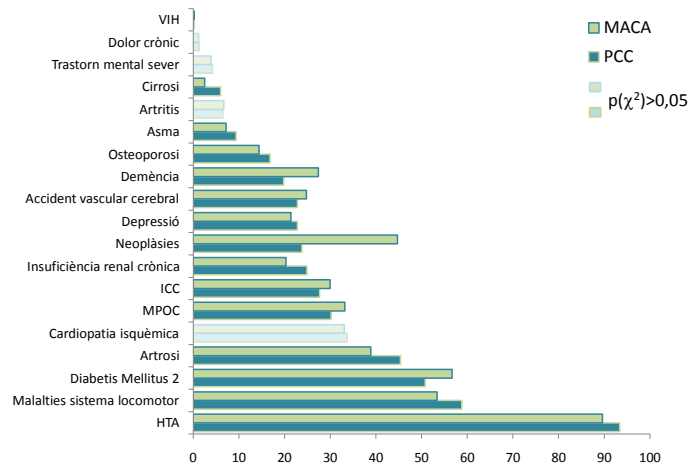
Percentatge de cada trastorn crònic. 45 A 64 ANYS



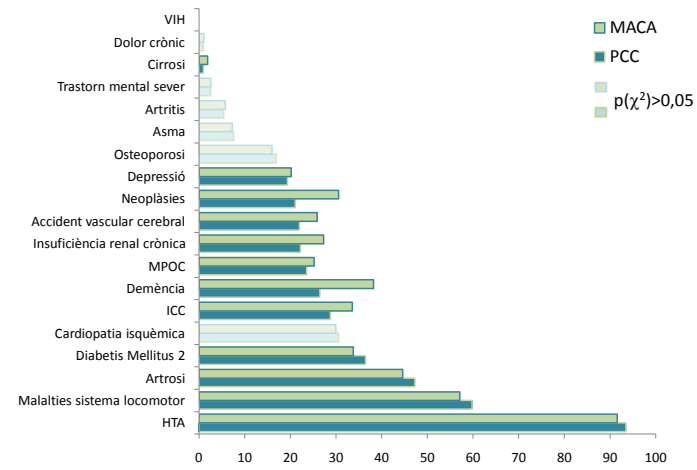
Percentatge de cada trastorn crònic. 65 A 74 ANYS



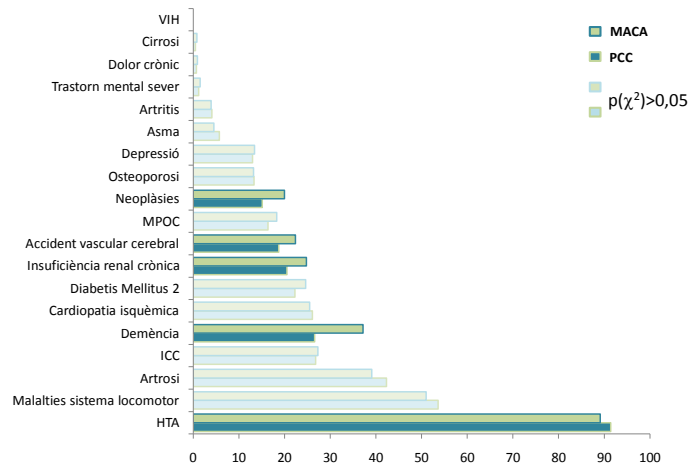
Percentatge de cada trastorn crònic. 75 A 84 ANYS



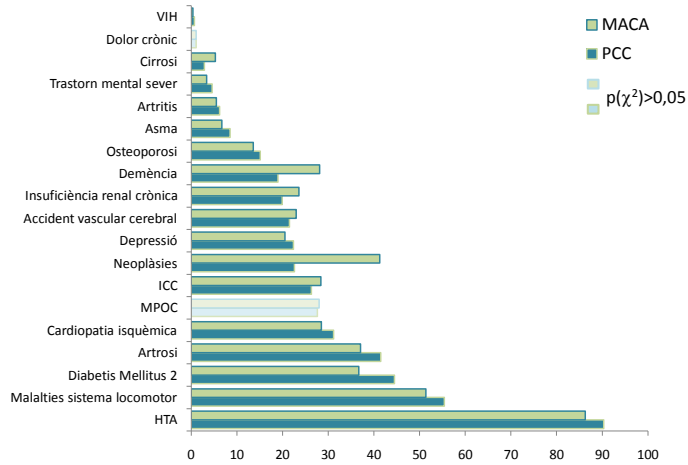
Percentatge de cada trastorn crònic. 85 A 94 ANYS



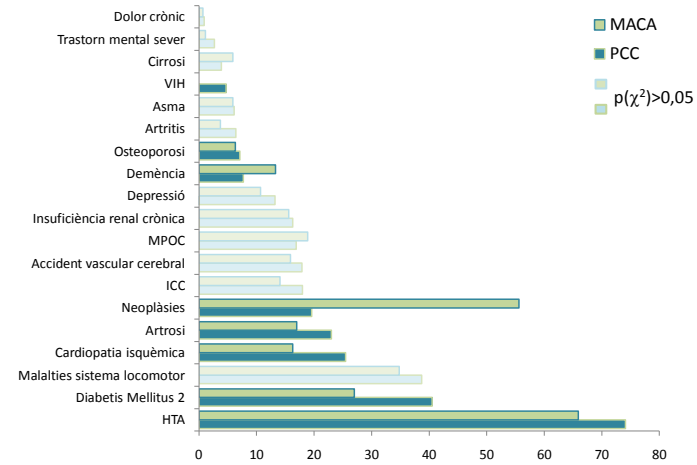
Percentatge de cada trastorn crònic. >94 ANYS



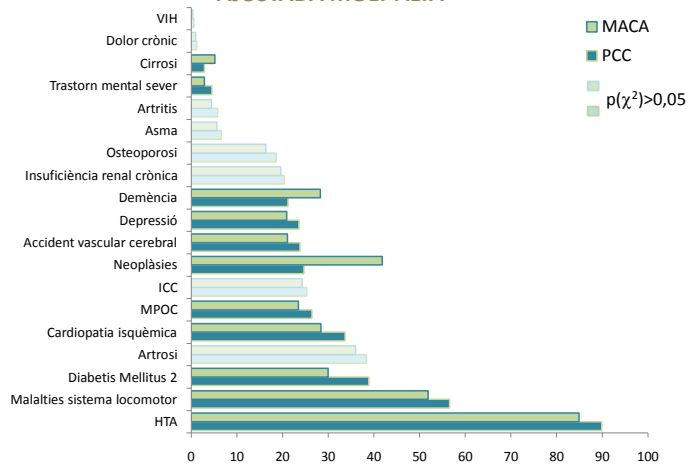
Percentatge de cada trastorn crònic. NO IMMIGRANTS



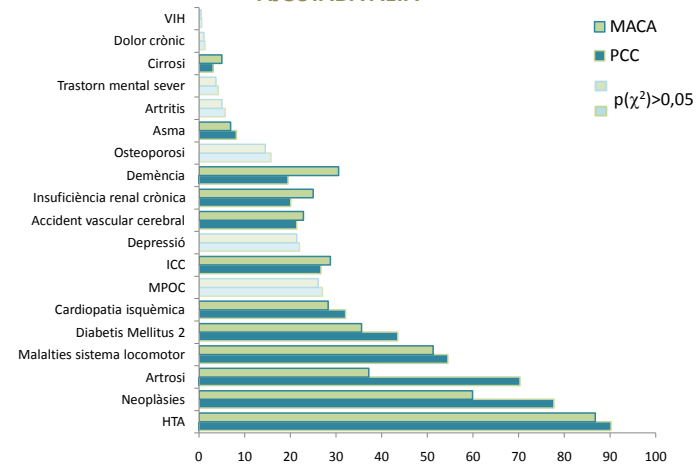
Percentatge de cada trastorn crònic. IMMIGRANTS



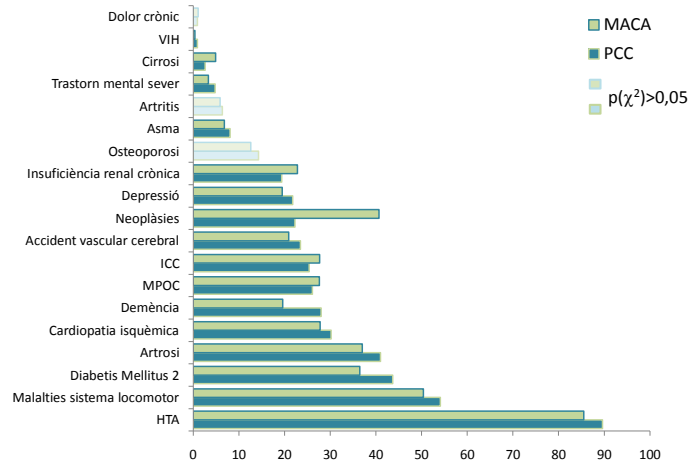
Percentatge de cada trastorn crònic. RENDA TERRITORIAL AJUSTADA MOLT ALTA



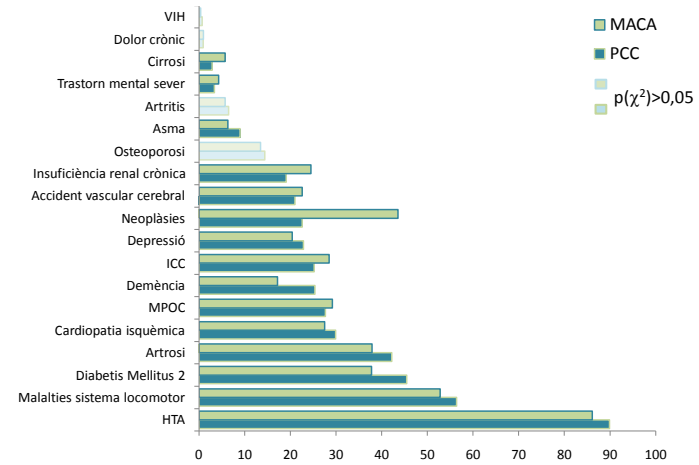
Percentatge de cada trastorn crònic. RENDA TERRITORIAL AJUSTADA ALTA



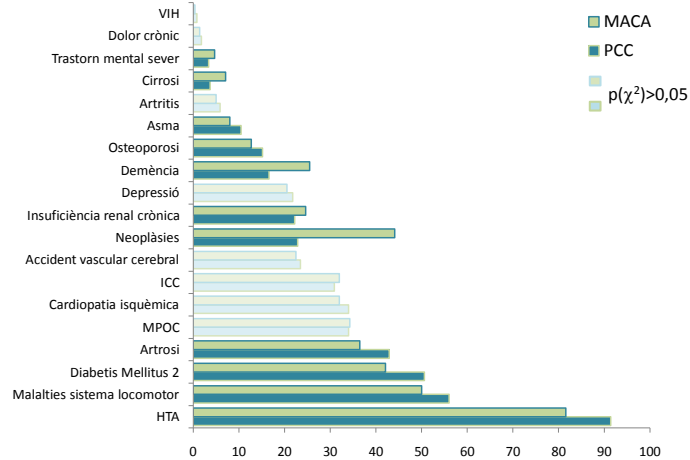
Percentatge de cada trastorn crònic. RENDA TERRITORIAL AJUSTADA MODERADA



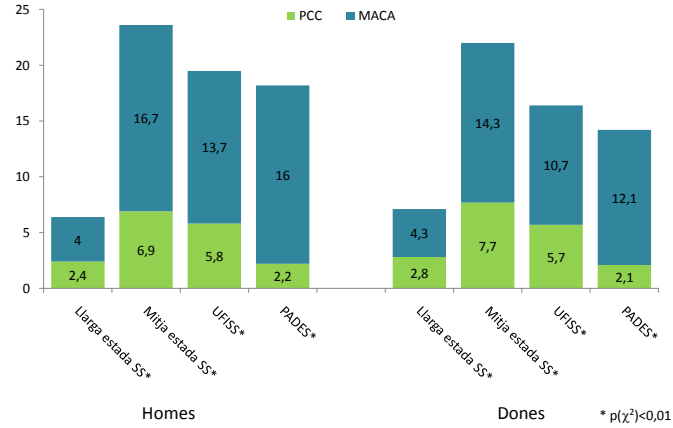
Percentatge de cada trastorn crònic. RENDA TERRITORIAL AJUSTADA BAIXA



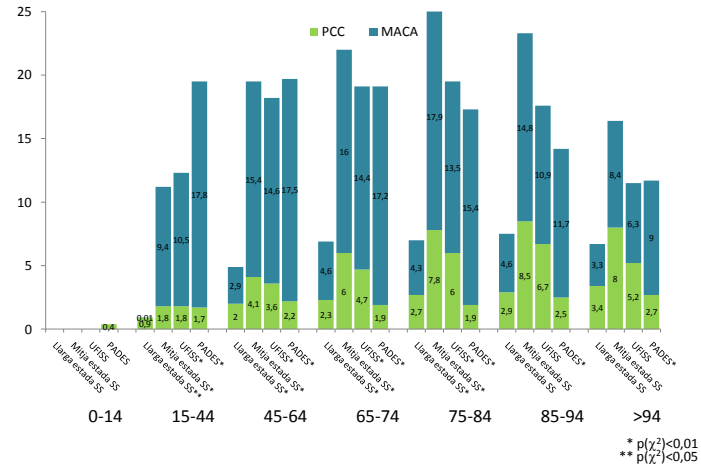
Percentatge de cada trastorn crònic. RENDA TERRITORIAL AJUSTADA MOLT BAIXA



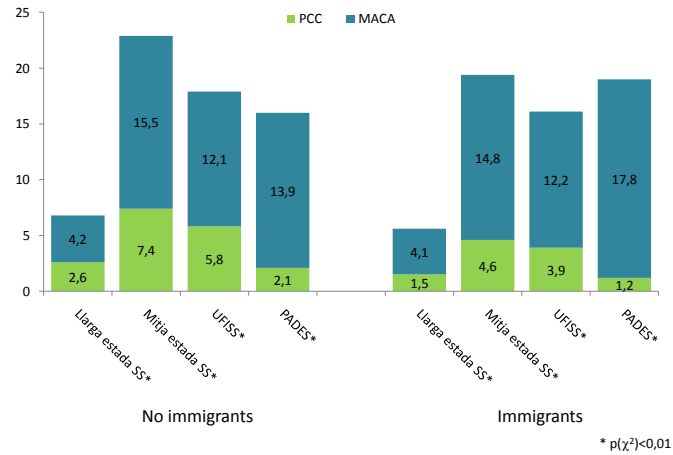
Percentatge de l'ús dels recursos durant el 2013 segons el sexe



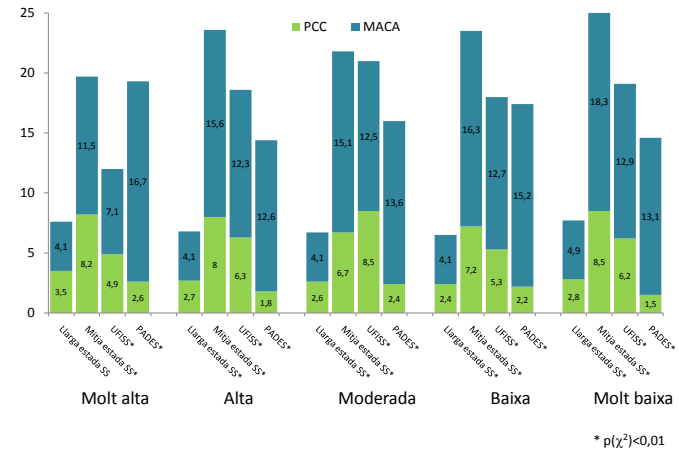
Percentatge de l'ús dels recursos durant el 2013 segons el grup d'edat



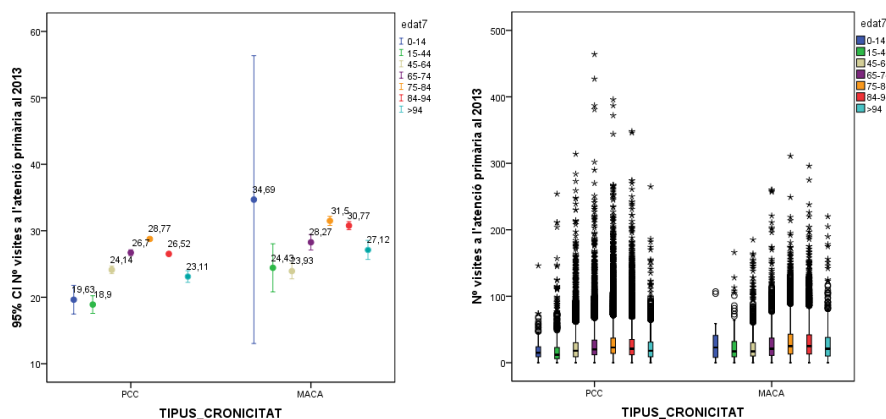
Percentatge de l'ús dels recursos durant el 2013 segons la immigració



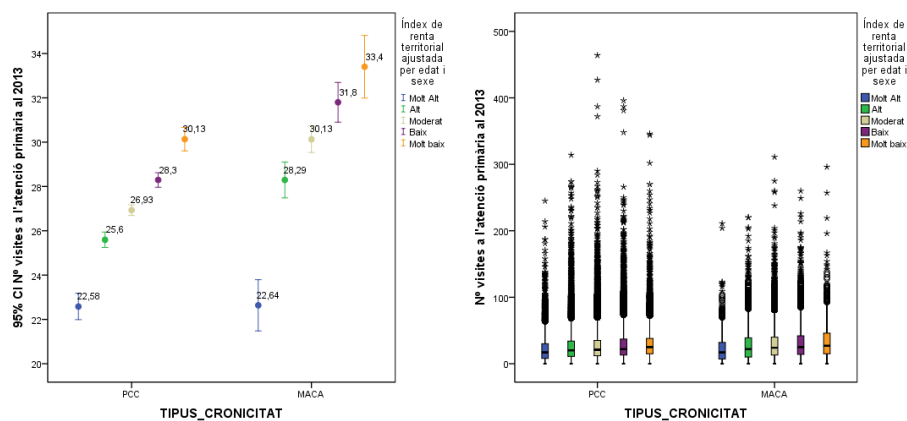
Percentatge de l'ús dels recursos durant el 2013 segons la renda ajustada territorial



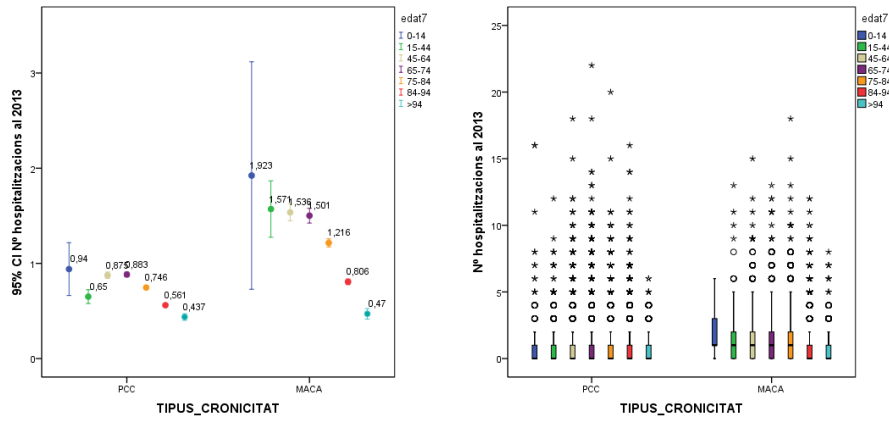
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de visites d'atenció primària segons el grup d'edat



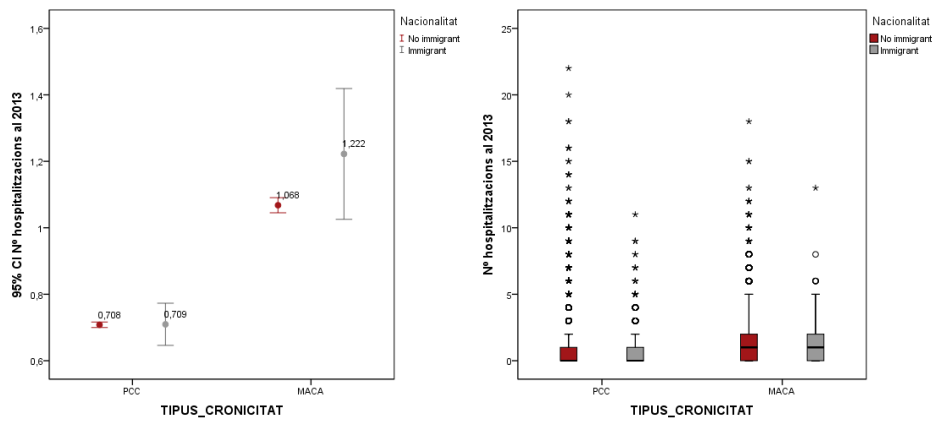
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de visites d'atenció primària segons l'índex de renda territorial ajustada per edat i sexe



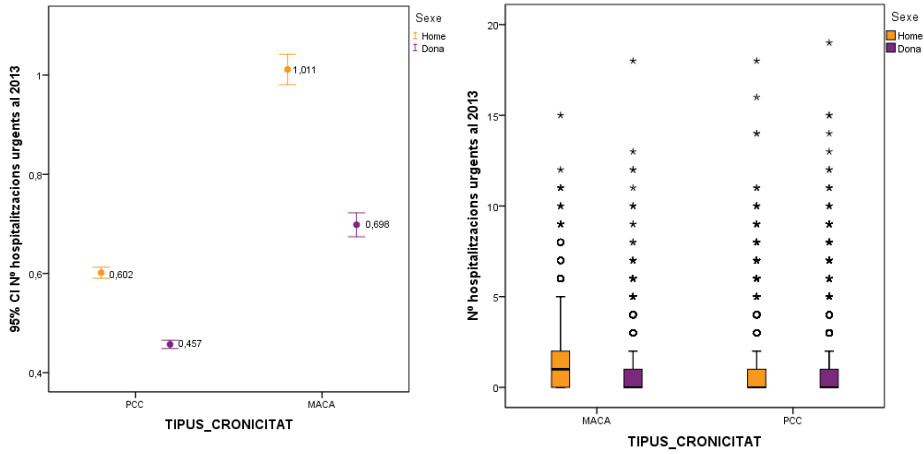
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre d'hospitalitzacions segons el grup d'edat



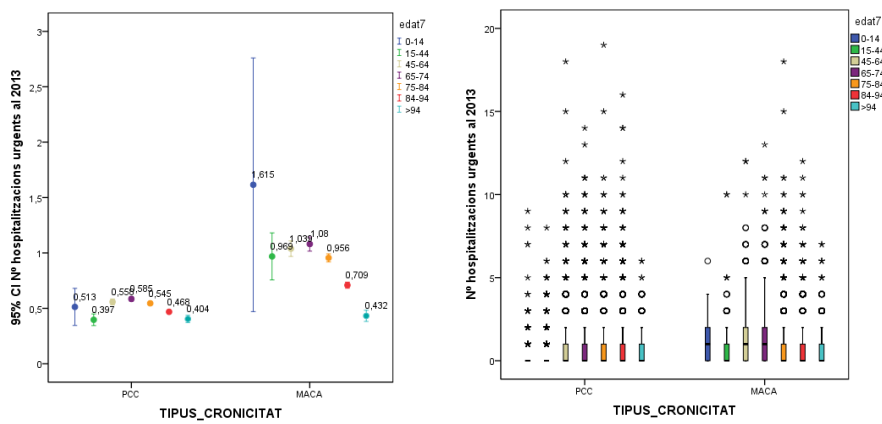
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre d'hospitalitzacions segons la immigració



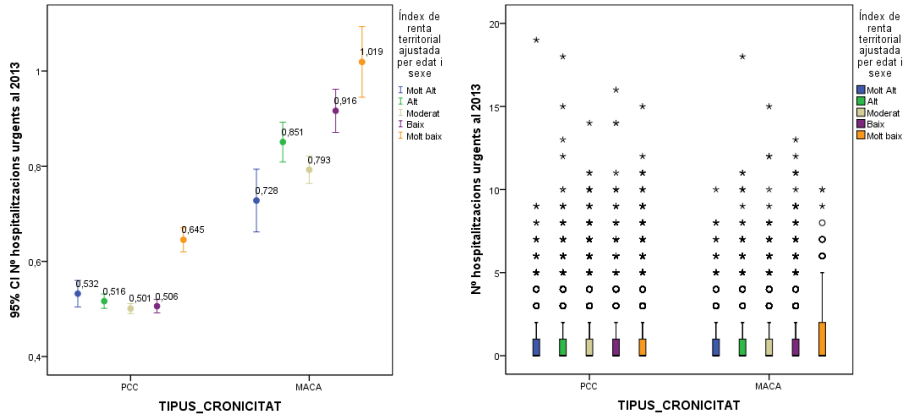
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre d'hospitalitzacions urgents segons el sexe



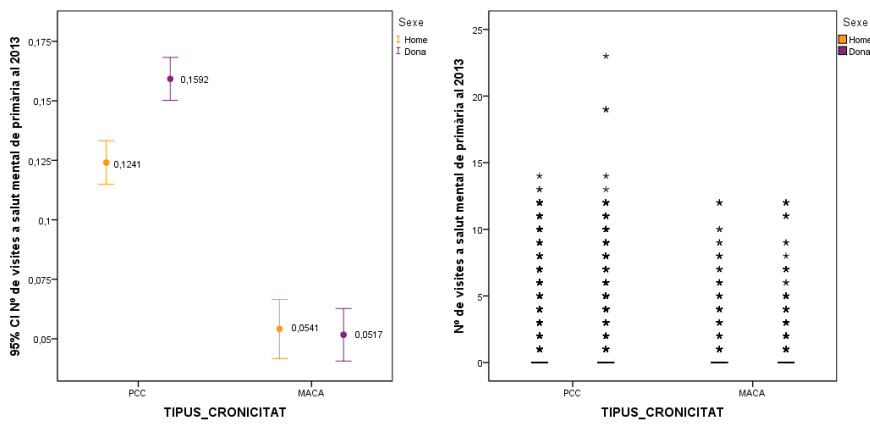
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre d'hospitalitzacions urgents segons el grup d'edat



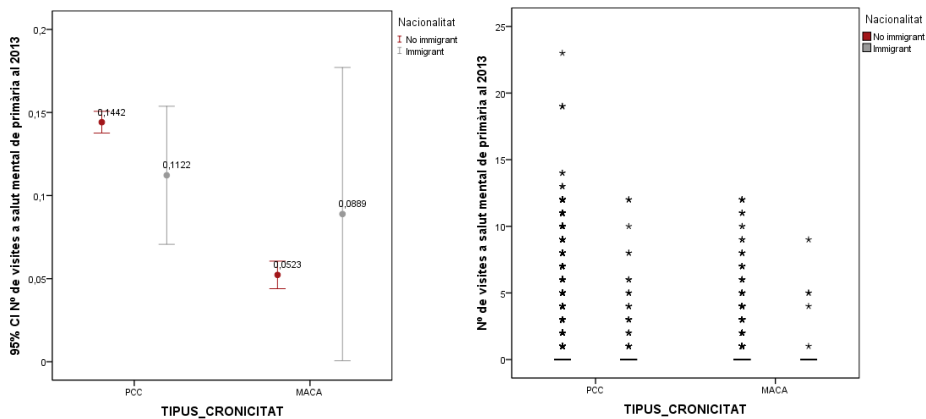
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre d'hospitalitzacions urgents segons de renda territorial ajustada per edat i sexe



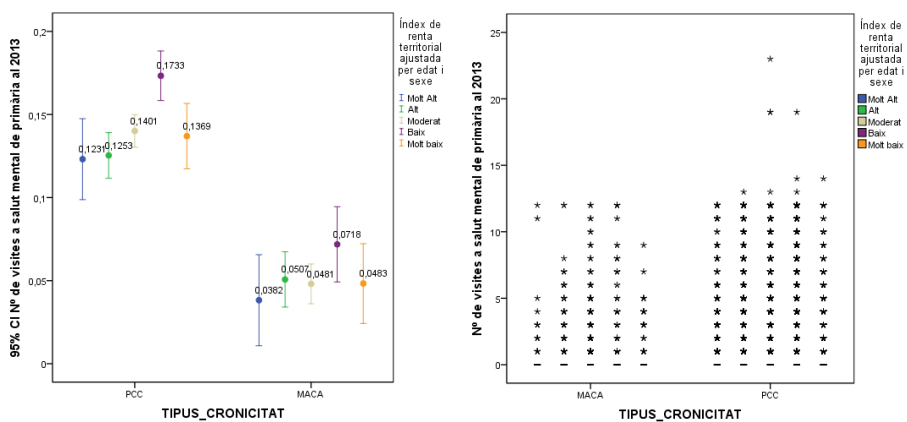
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de visites a salut mental de primària segons el sexe



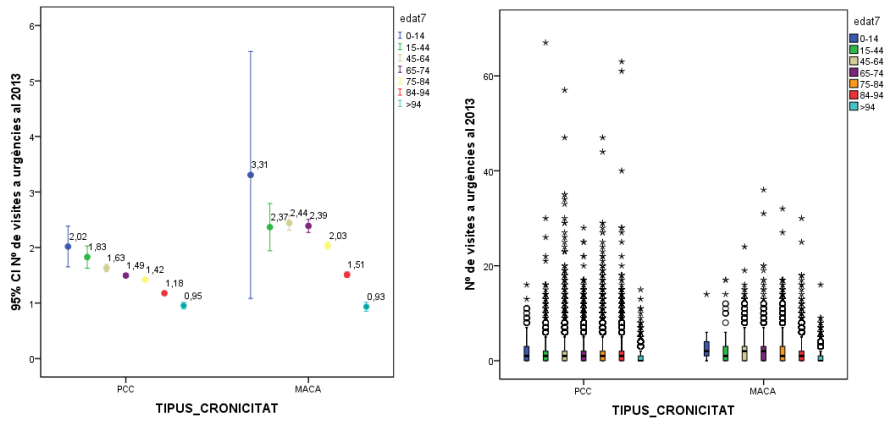
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de visites a salut mental segons la immigració



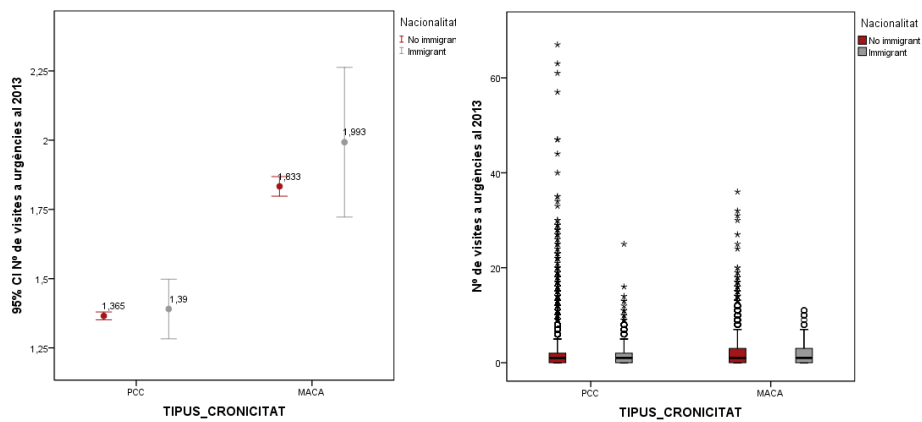
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de visites a salut mental de primària segons l'índex de renda territorial ajustada per edat i sexe



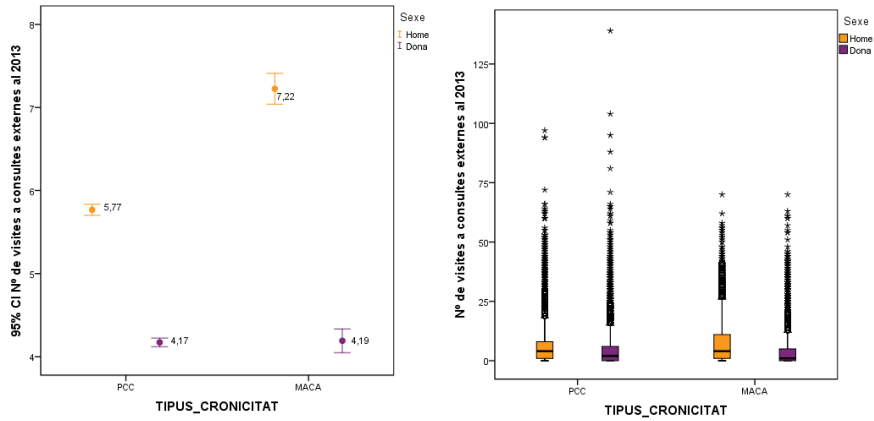
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de visites a urgències segons el grup d'edat



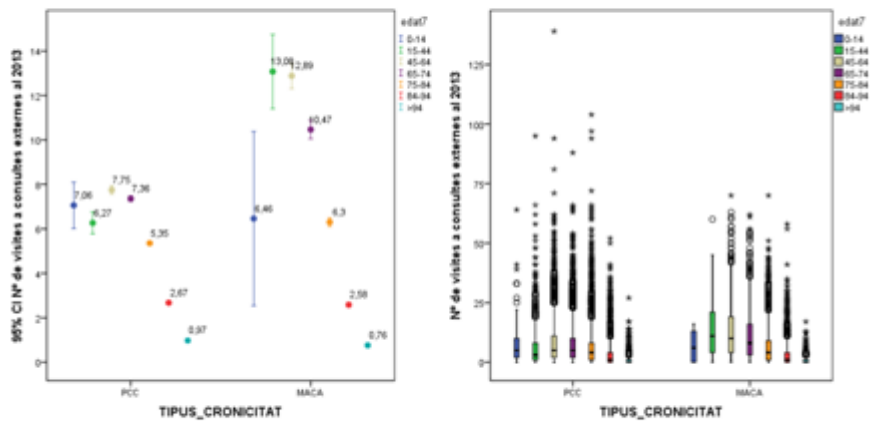
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de visites a urgències segons la immigració



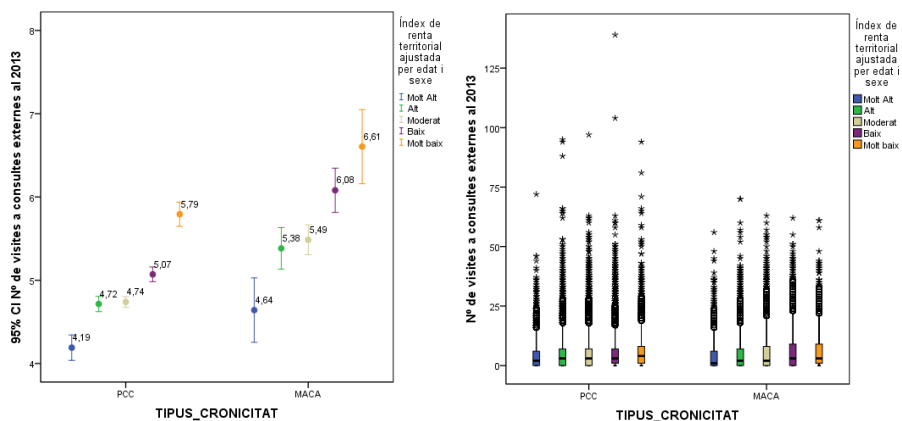
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de visites a consultes externes segons els sexe



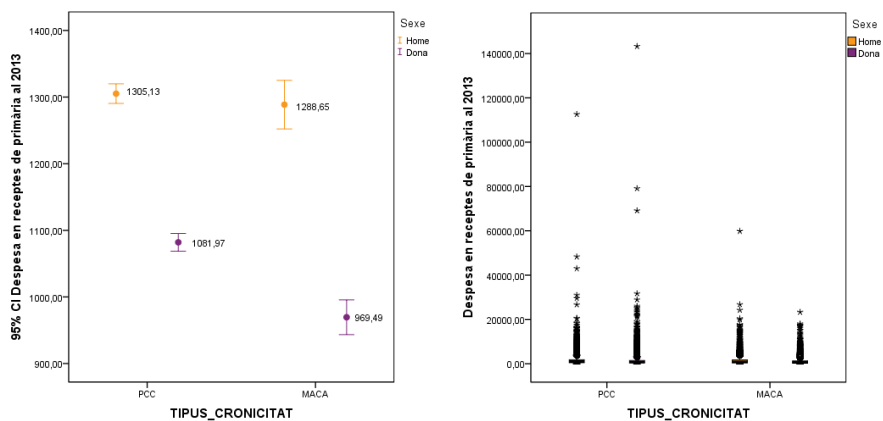
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de visites a consultes externes segons el grup d'edat



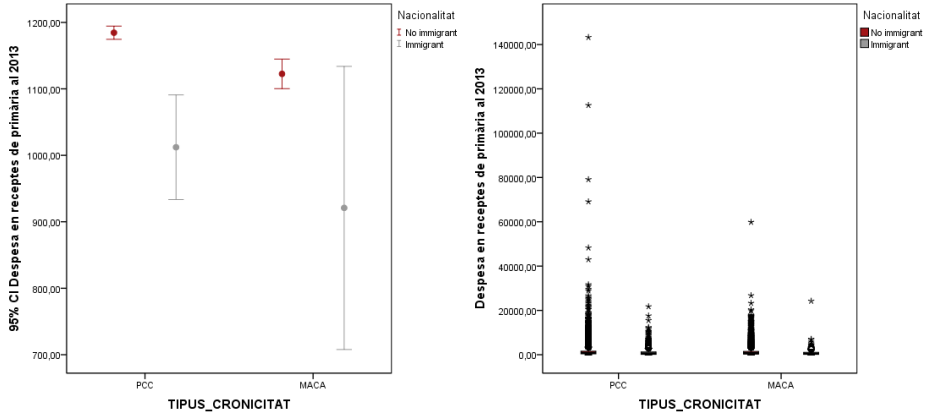
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de visites a consultes externes segons l'índex de renda territorial ajustada per edat i sexe



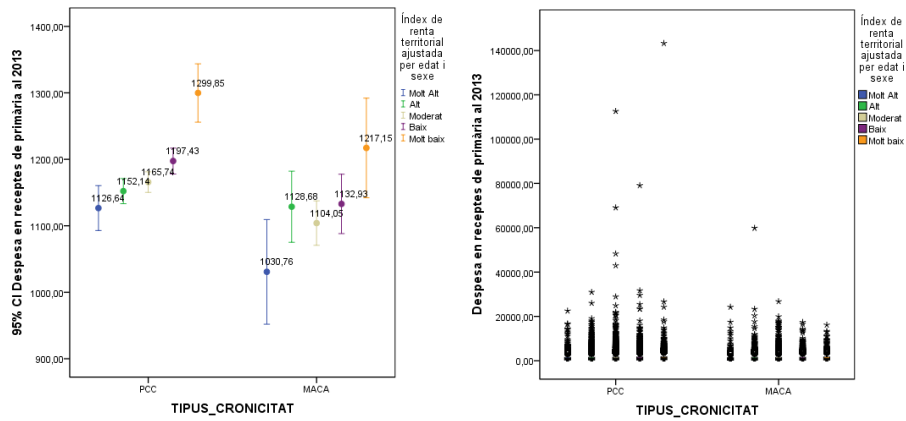
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de receptes de primària segons el sexe



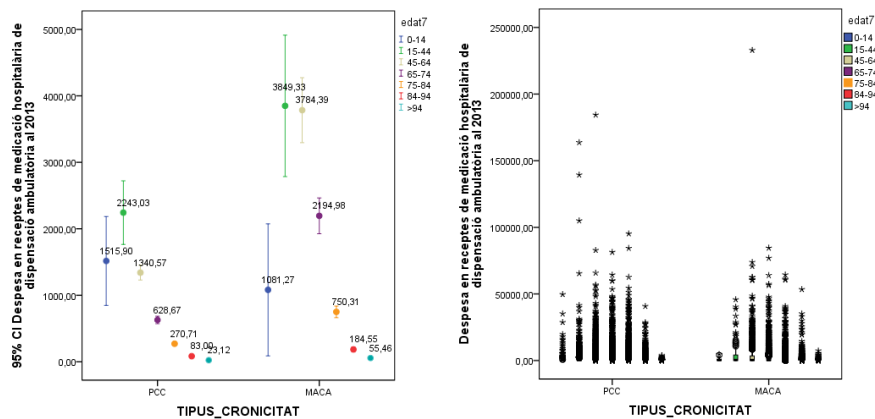
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de receptes a primària segons la immigració



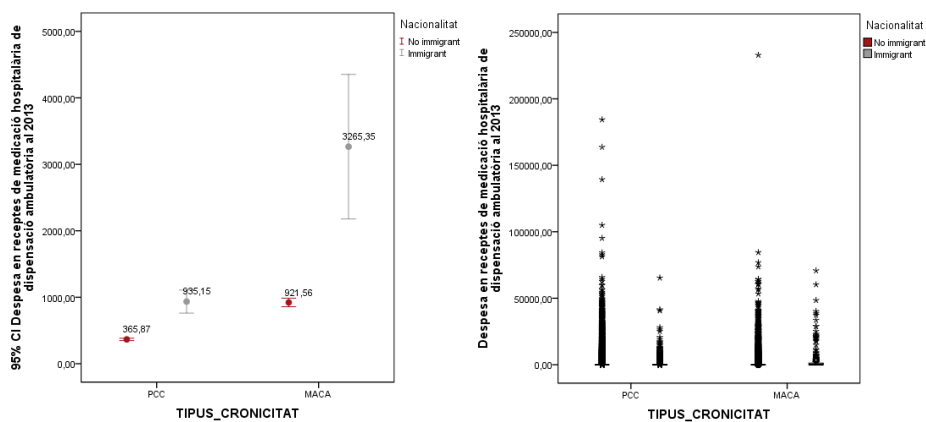
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de receptes a primària segons l'índex de renda territorial ajustada per edat i sexe



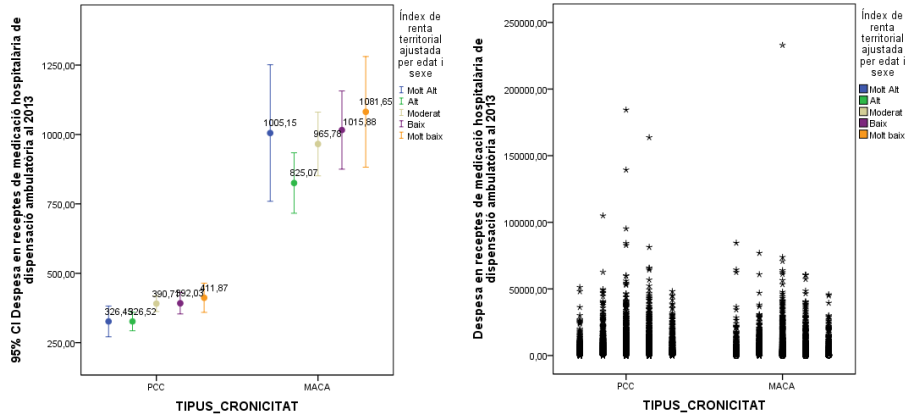
Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de receptes de MHDA segons el grup d'edat



Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de receptes de MHDA segons la immigració

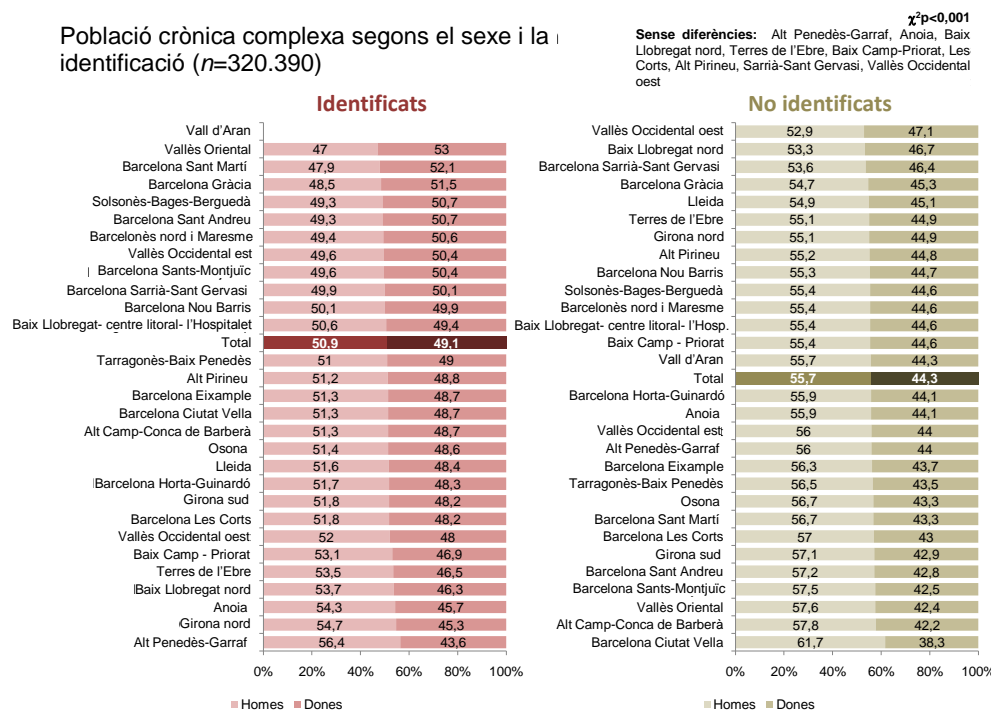


Mitjana (IC 95%) i mediana (RIQ) del nombre de receptes de MHDA segons l'índex de renda territorial ajustada per edat i sexe

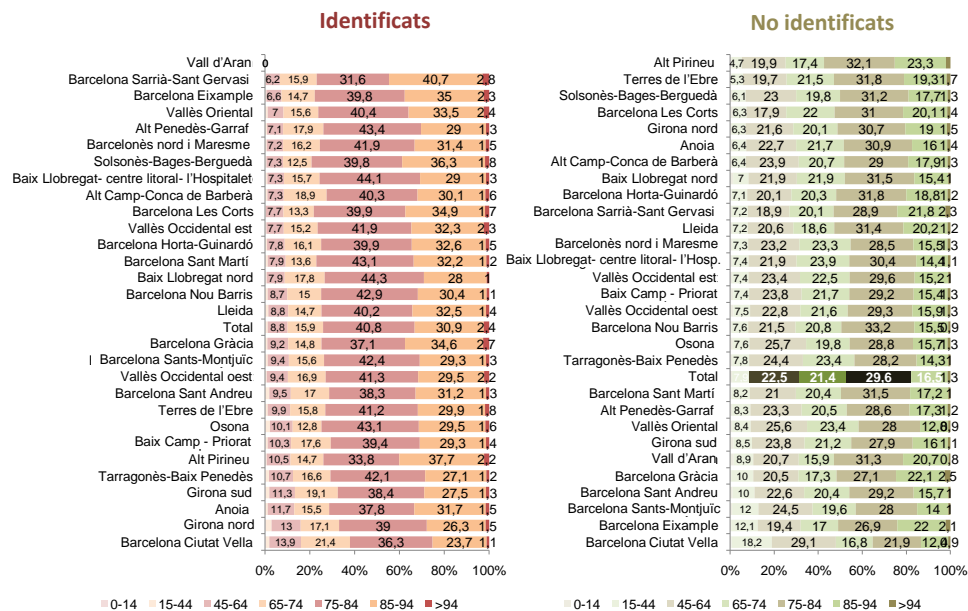


Annex 3. Característiques de la població crònica complexa teòrica segons la identificació i el sector sanitari

Població crònica complexa segons el sexe i la identificació (n=320.390)

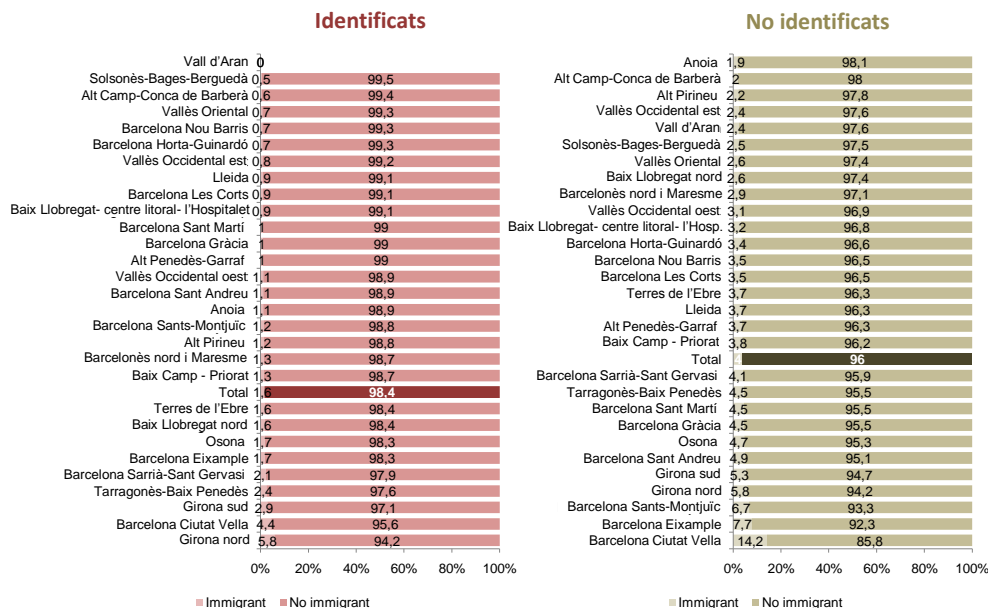


Població crònica complexa teòrica segons el grup d'edat i la identificació (n=320.390) $\chi^2 p < 0,001$



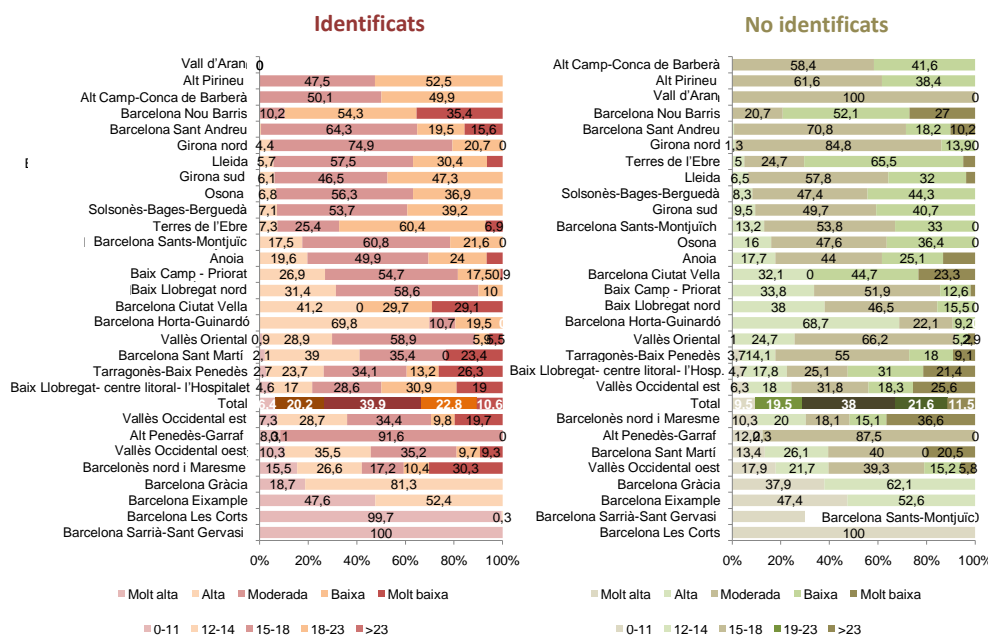
Població crònica complexa teòrica segons la immigració i la identificació (n=320.390)

$\chi^2 p < 0,001$
 $\chi^2 p < 0,05$ (Alt Camp-Conca de Barberà, Les Corts)
 Sense diferències: Alt Pirineu, Anoia, Baix Llobregat nord, Girona nord



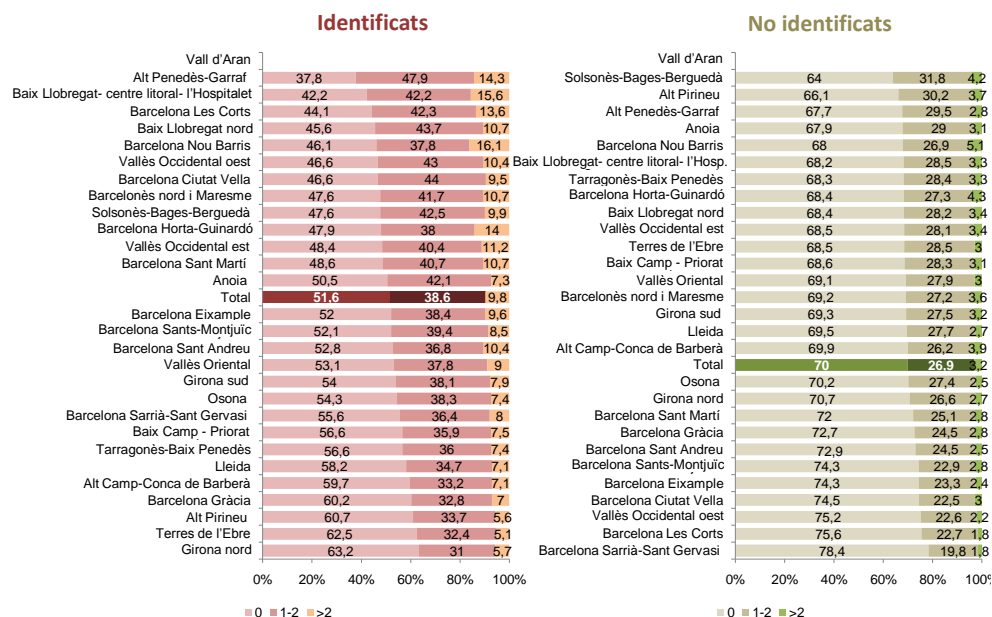
Població crònica complexa segons l'índex de renda territorial ajustat i la identificació (n=320.390)

$\chi^2 p < 0,001$
 $\chi^2 p < 0,05$ (Les Corts)
 Sense diferències: (Eixample, Sarrià-Sant Gervasi)



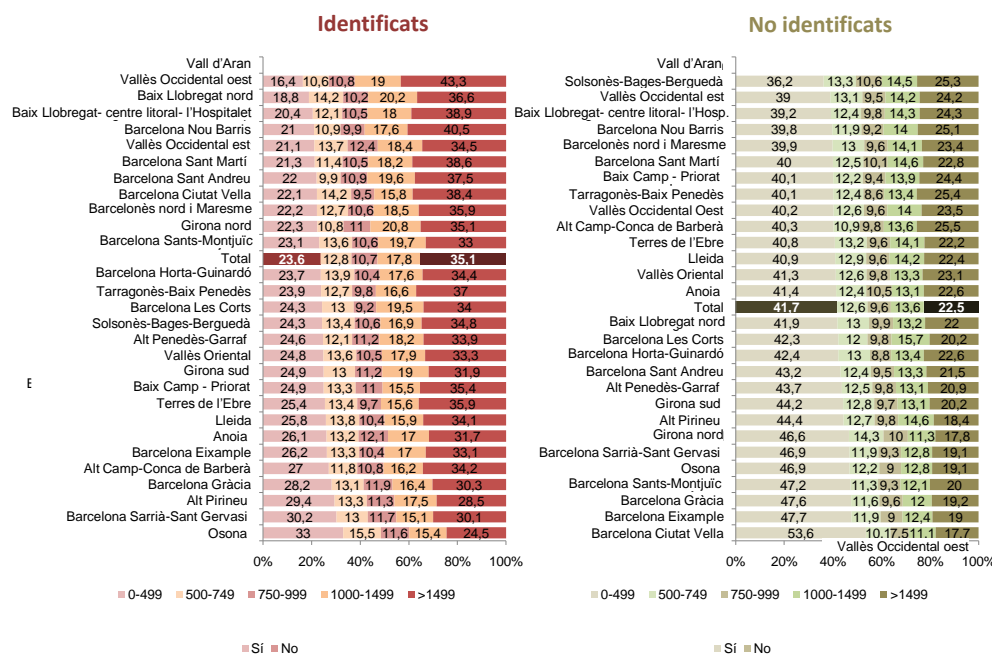
Població crònica complexa teòrica segons les hospitalitzacions
Urgents i la identificació (n=320.390)

$\chi^2 p < 0,001$

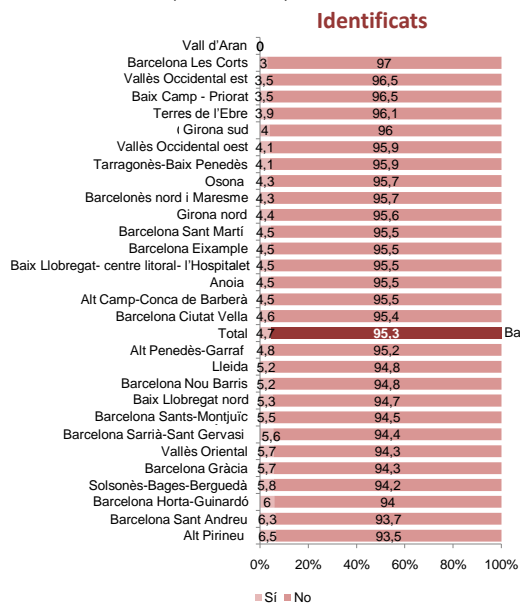


Població crònica complexa teòrica segons la despesa en farmàcia i la identificació (n=320.390)

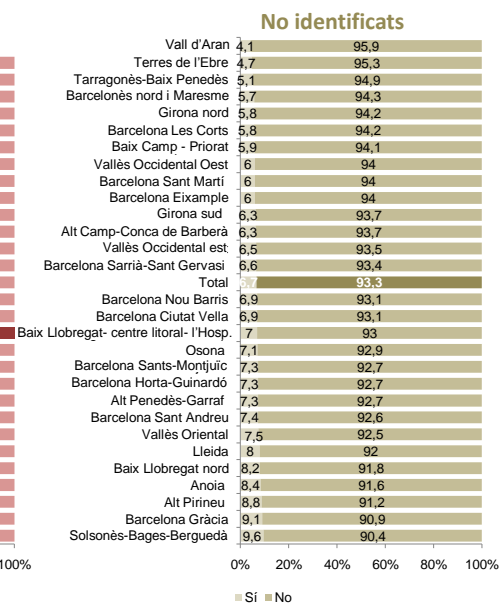
$\chi^2 p < 0,001$



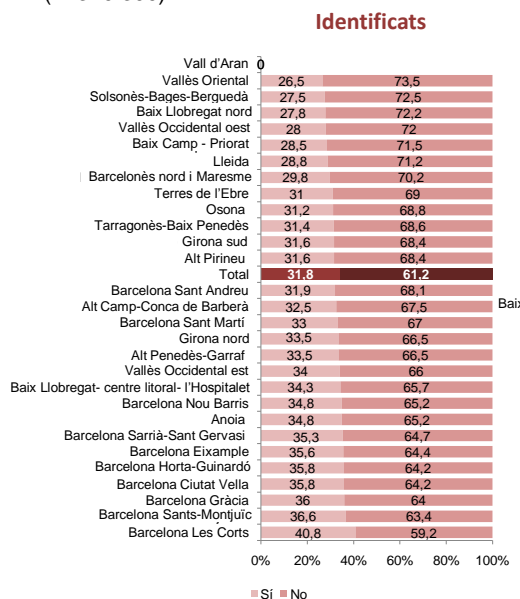
Població crònica complexa teòrica segons si es pateix trastorn mental sever i la seva identificació (n=320.390)



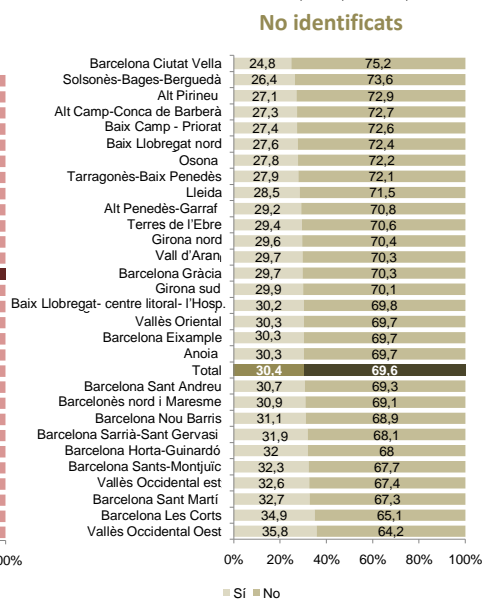
$\chi^2 p < 0,05$ Alt Pirineu, Baix Llobregat nord, Ciutat Vella, Eixample, Les Corts, Sant Martí Tarragonès-Baix Penedès
Sense diferències: Alt Camp, Conca de Barberà, Horta-Guinardó, Sant Andreu, Sarrià-Sant Gervasi, Terres de l'Ebre



Població crònica complexa teòrica segons si es pateix neoplàsia i la seva identificació (n=320.390)

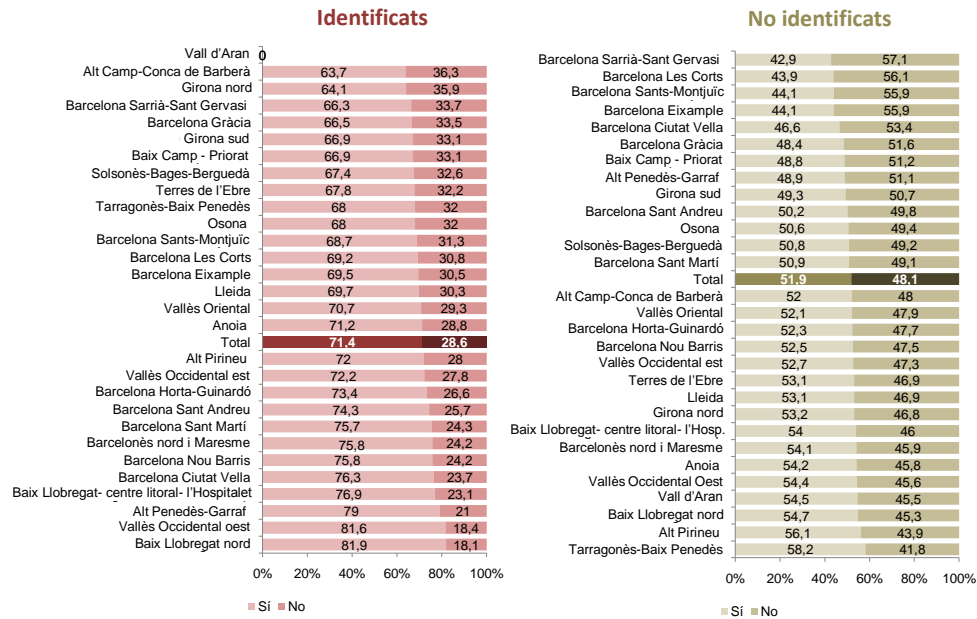


$\chi^2 p < 0,001$ Baix Camp, Baix Llobregat nord, Sant Andreu, Sant Martí, Barcelona nord i Maresme, Girona nord, Lleida, Solsonès-Bages-Berguedà, Terres de l'Ebre, Vallès Occidental est
Sense diferències: Alt Pirineu, Anoia, Les Corts, Girona Sud

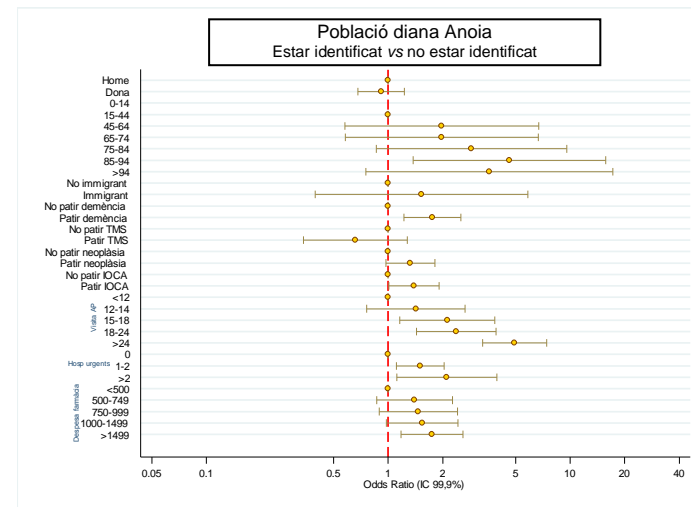
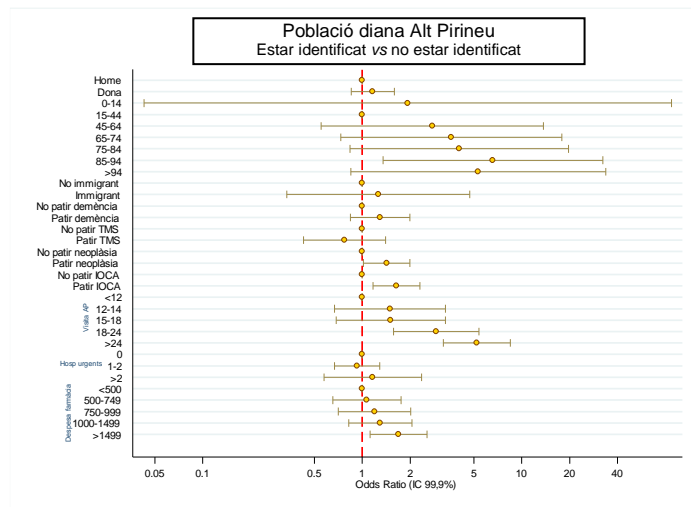
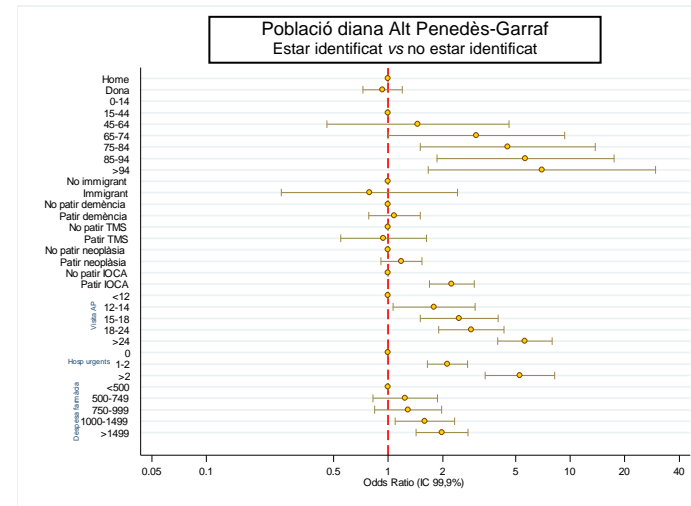
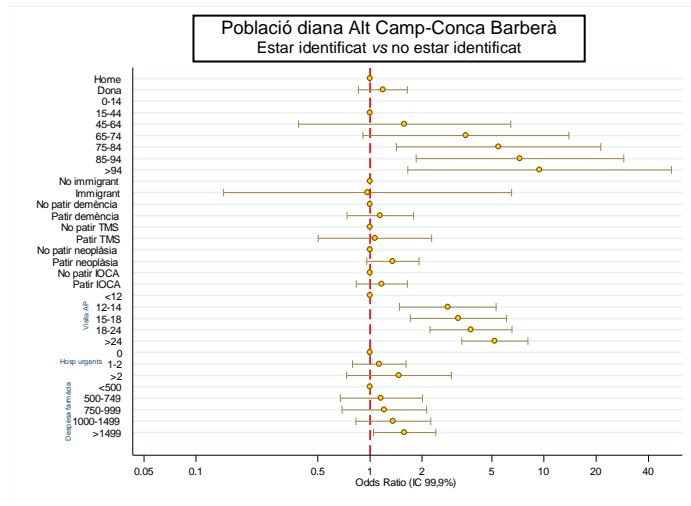


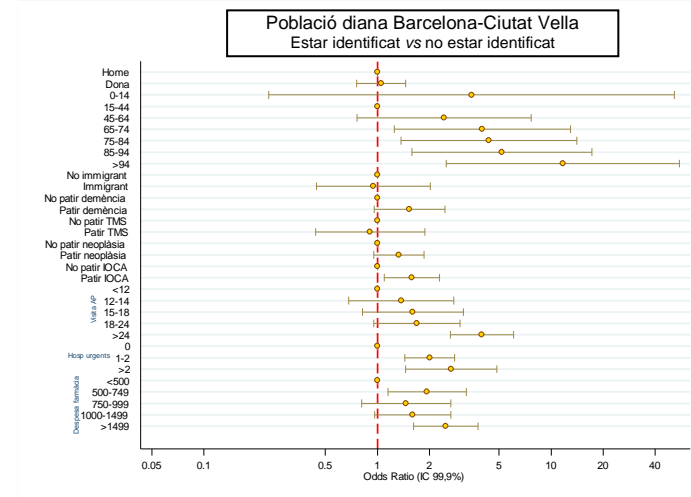
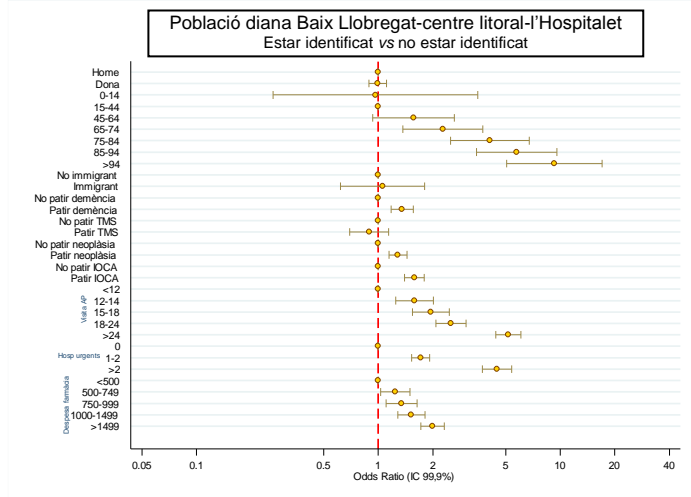
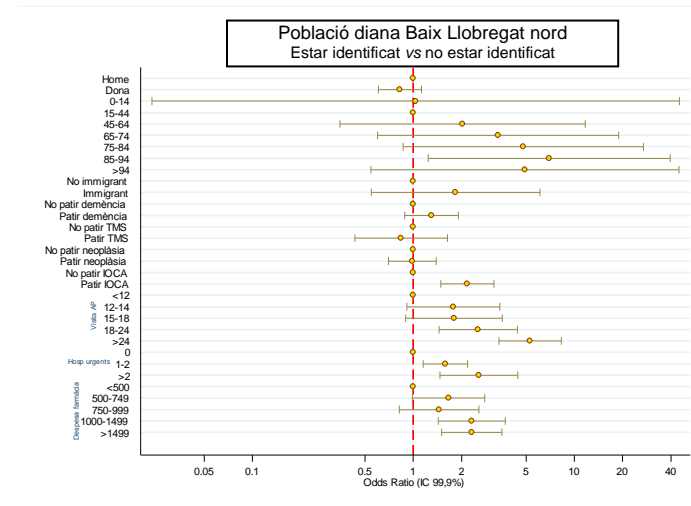
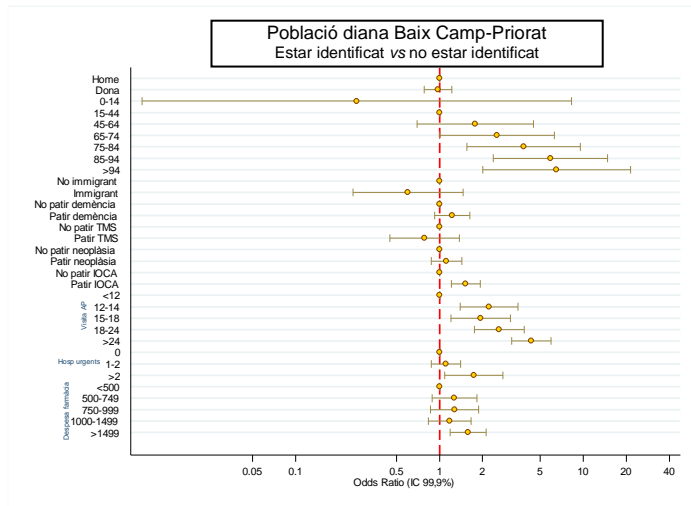
Població crònica complexa teòrica segons si es pateixen malalties d'òrgans i la seva identificació (n=320.390)

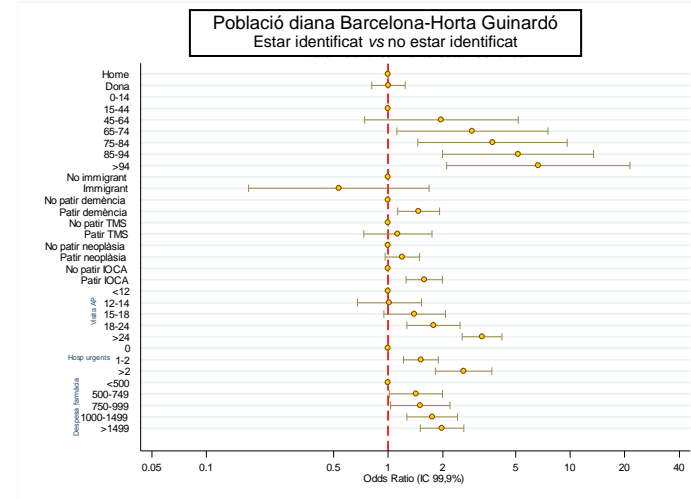
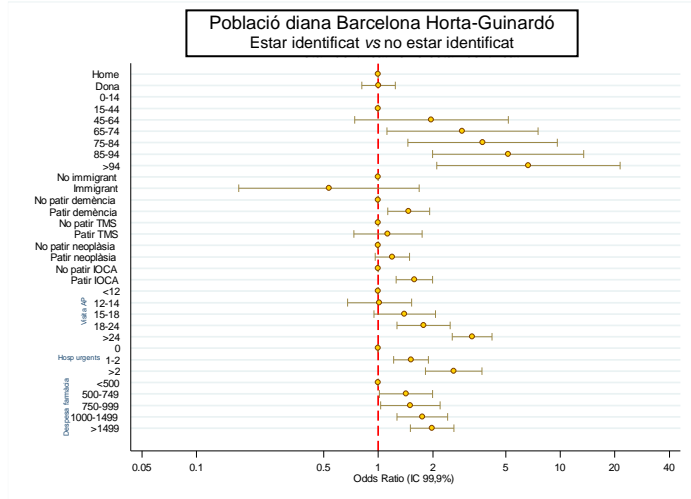
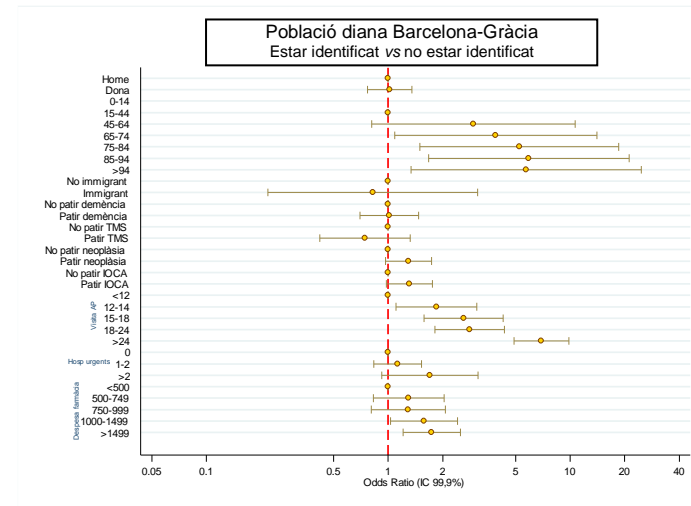
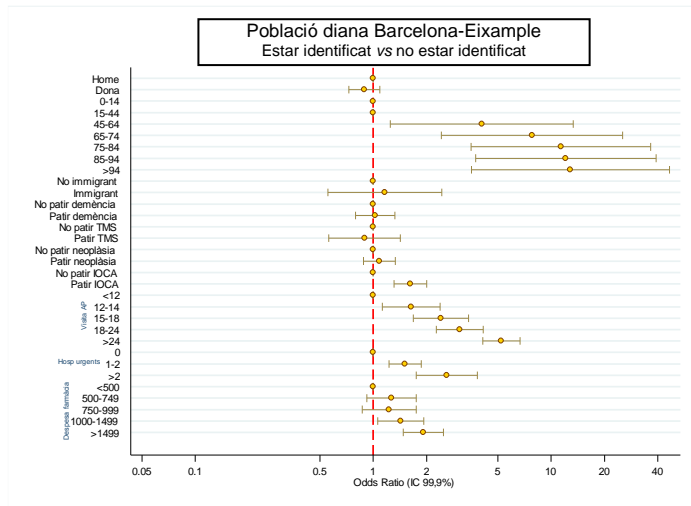
$\chi^2 p < 0,001$

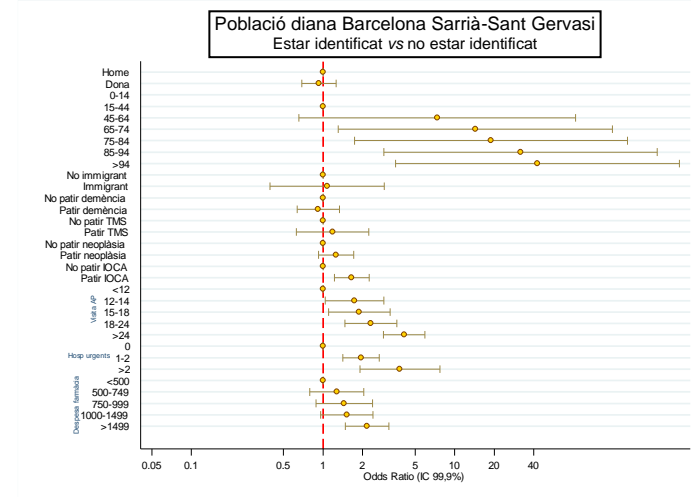
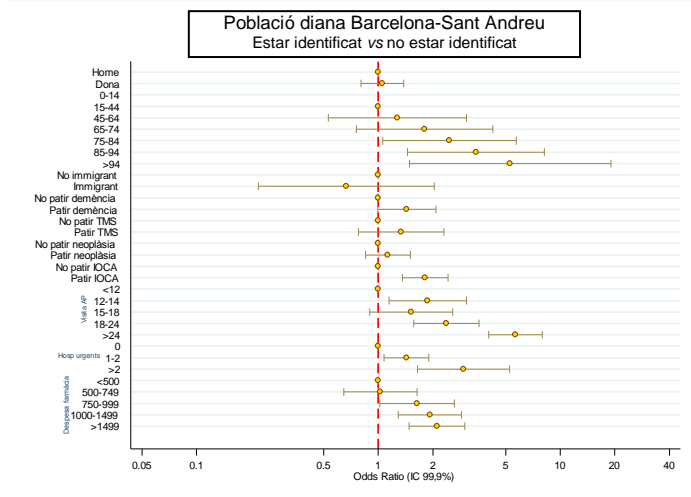
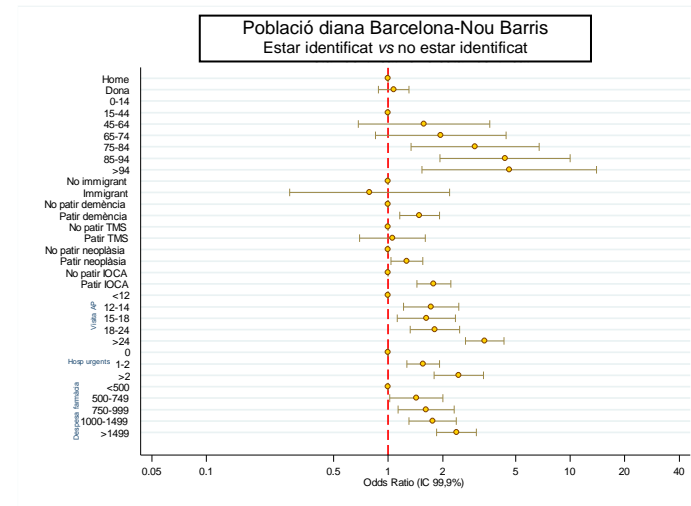
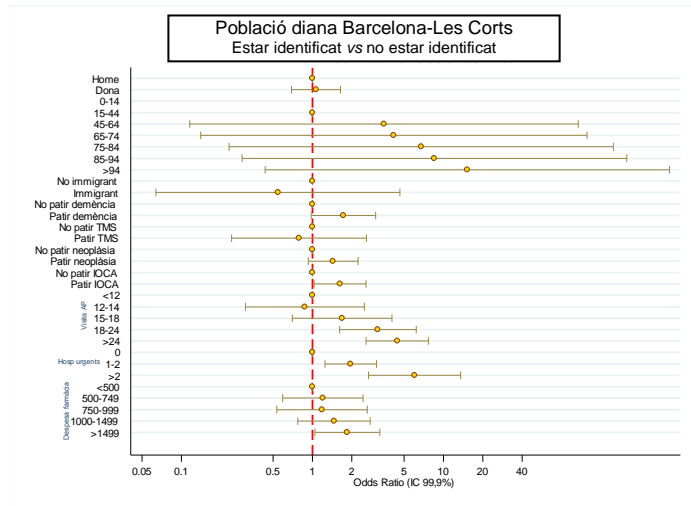


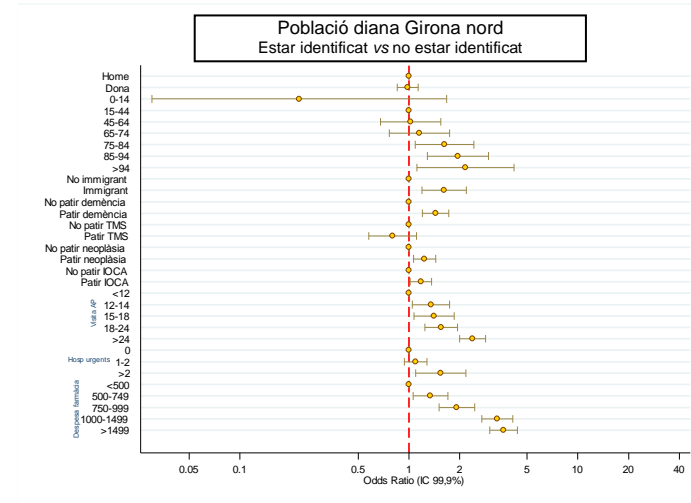
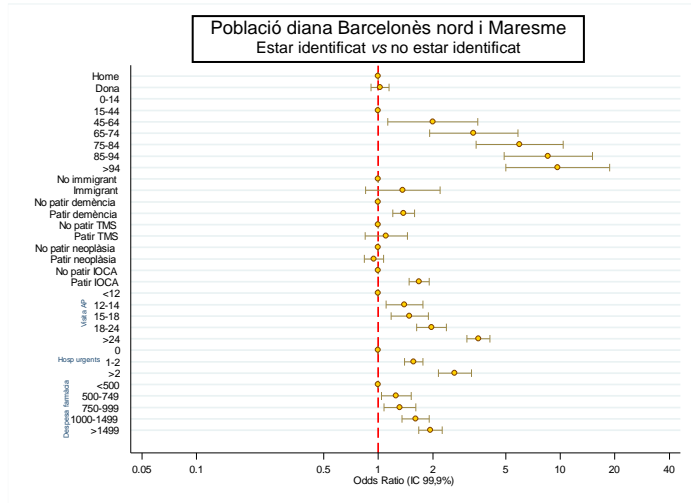
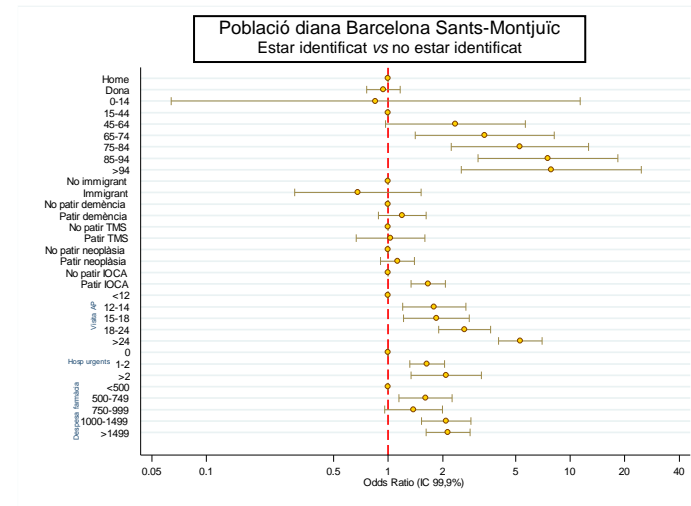
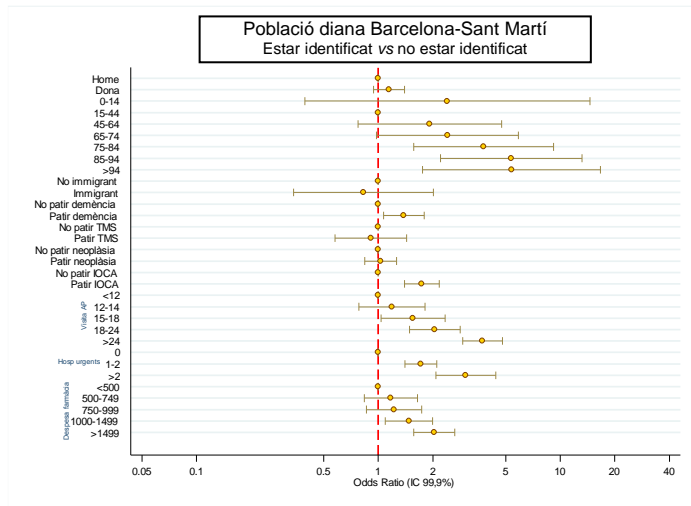
Annex 4. Models logístics de la població crònica complexa teòrica segons el sector sanitari (Identificació vs No identificació)

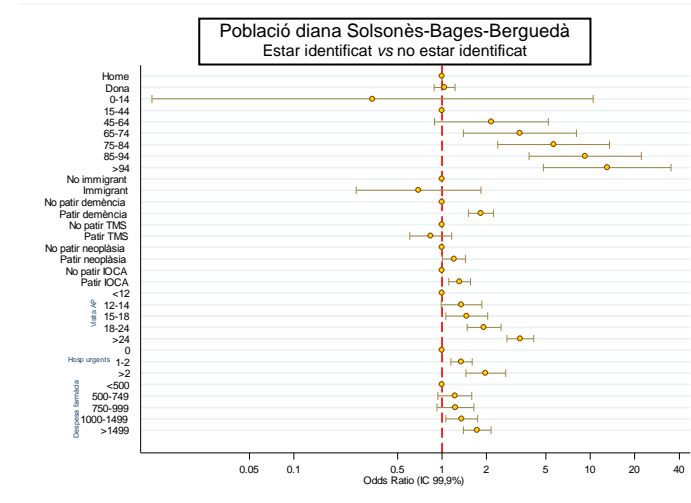
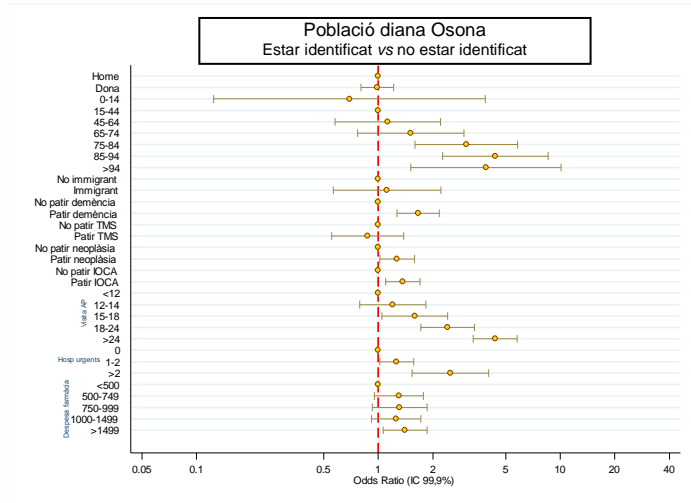
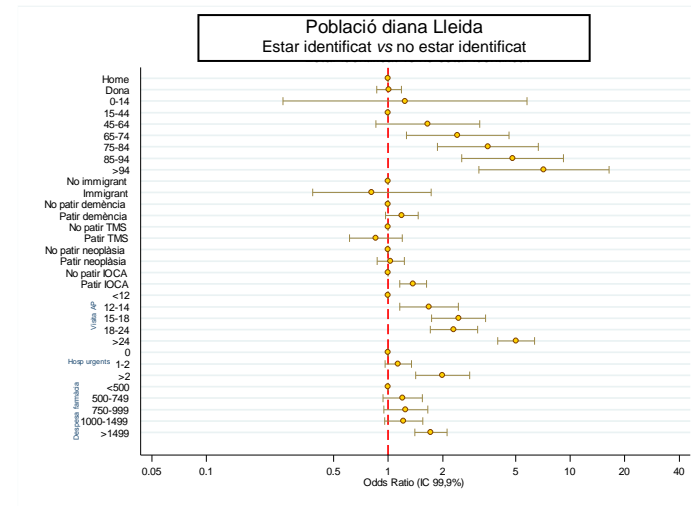
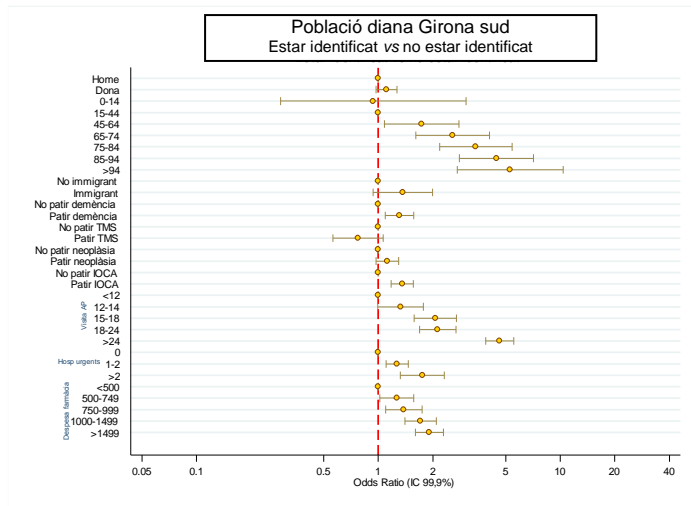


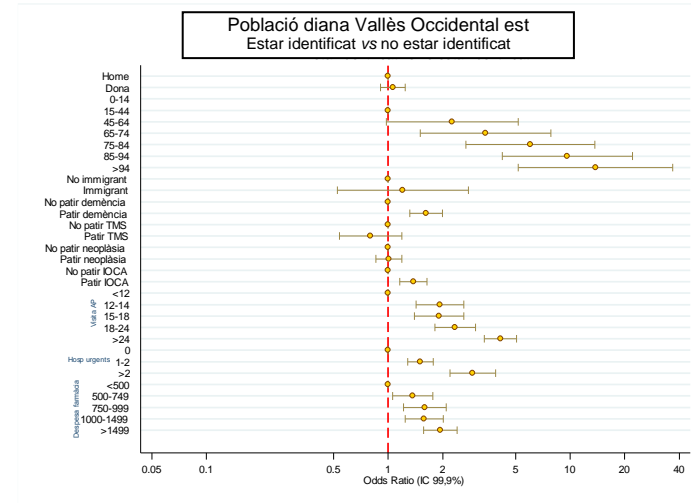
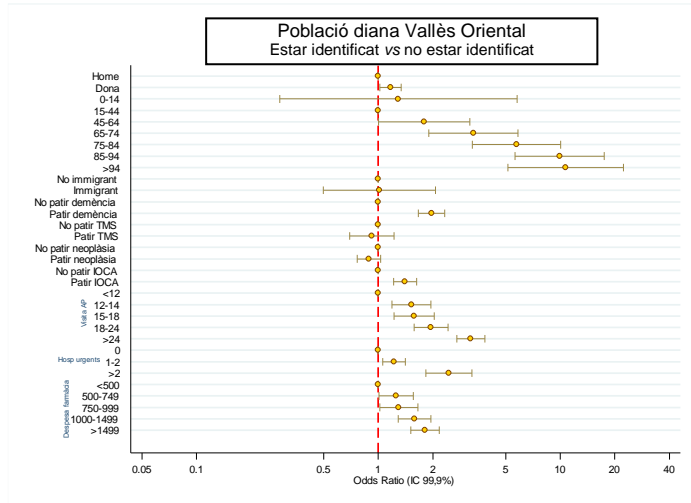
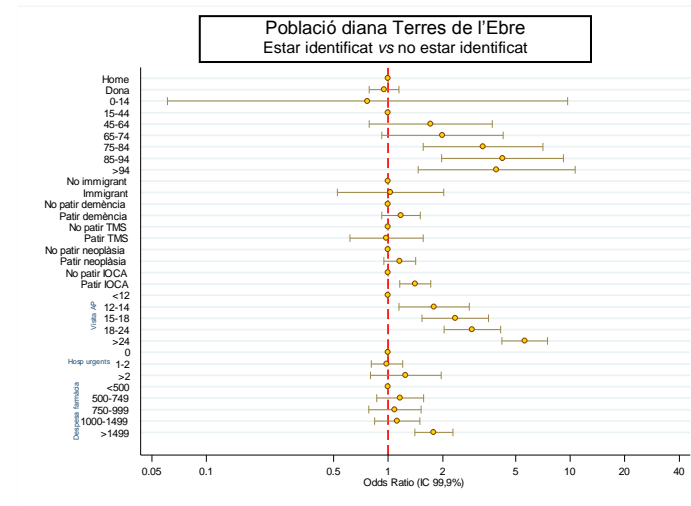
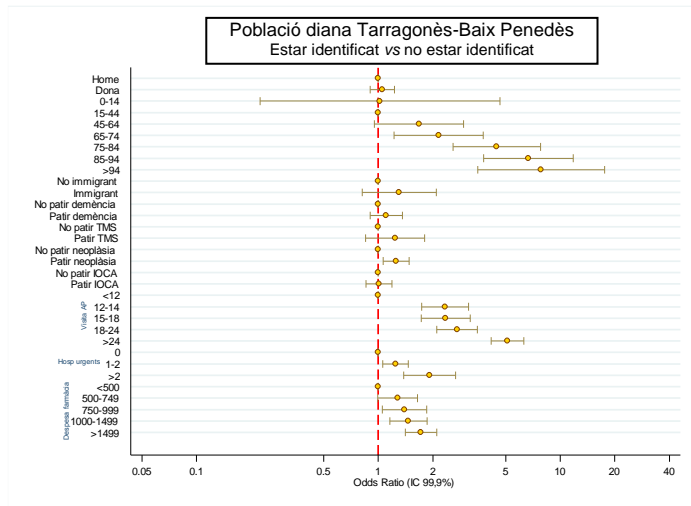


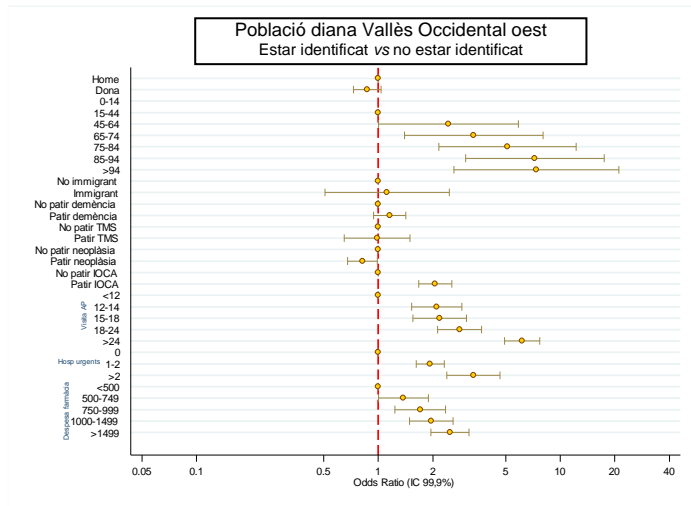








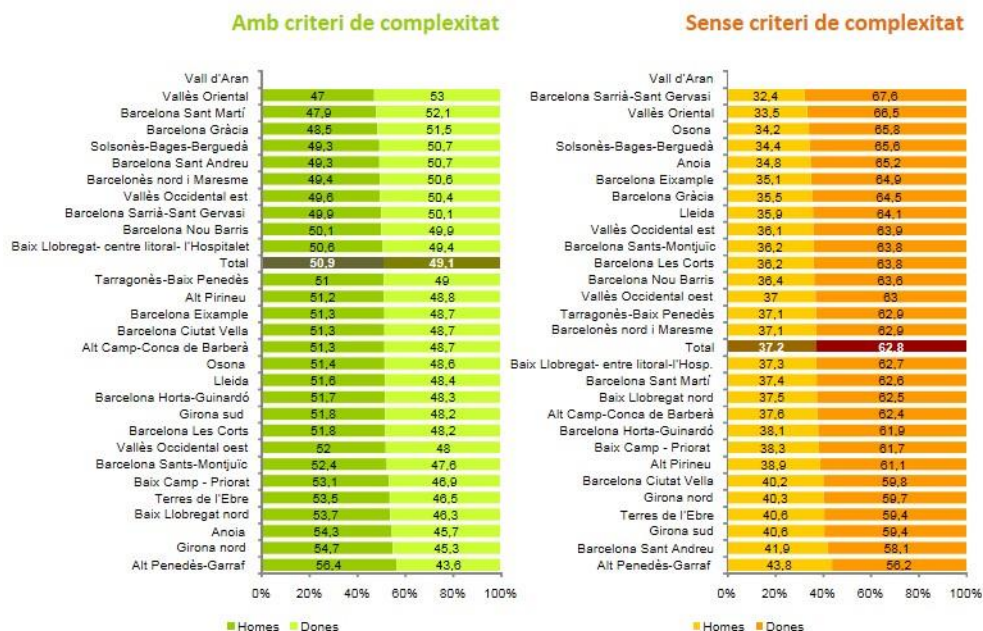




Annex 5. Característiques de la població crònica complexa real segons el compliment del constructe i el sector sanitari

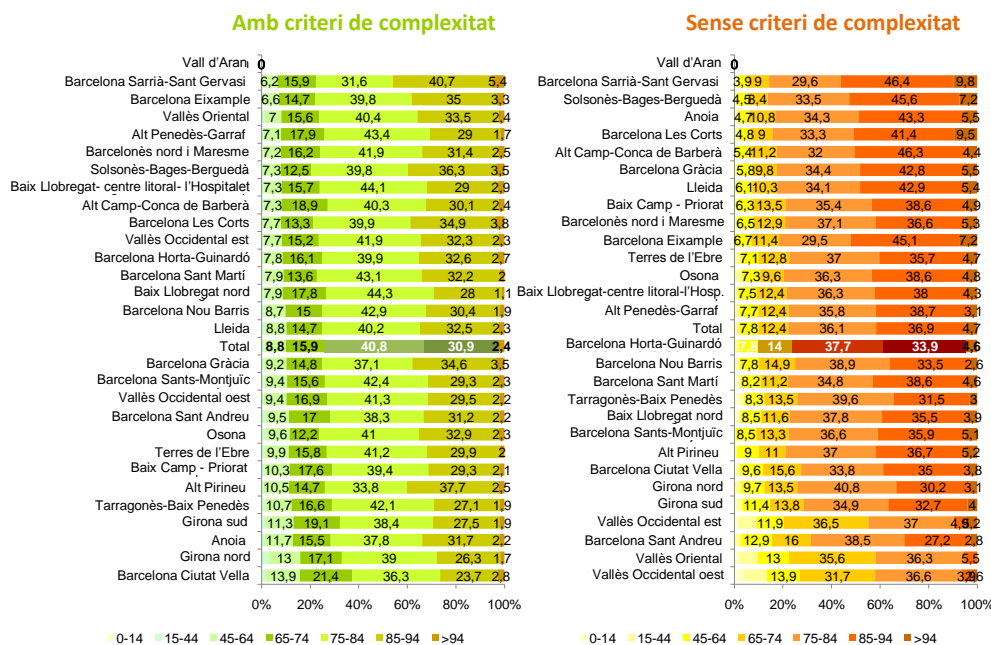
Identificats segons el sexe i el criteri de complexitat (n=101.415)

$\chi^2 p < 0,001$

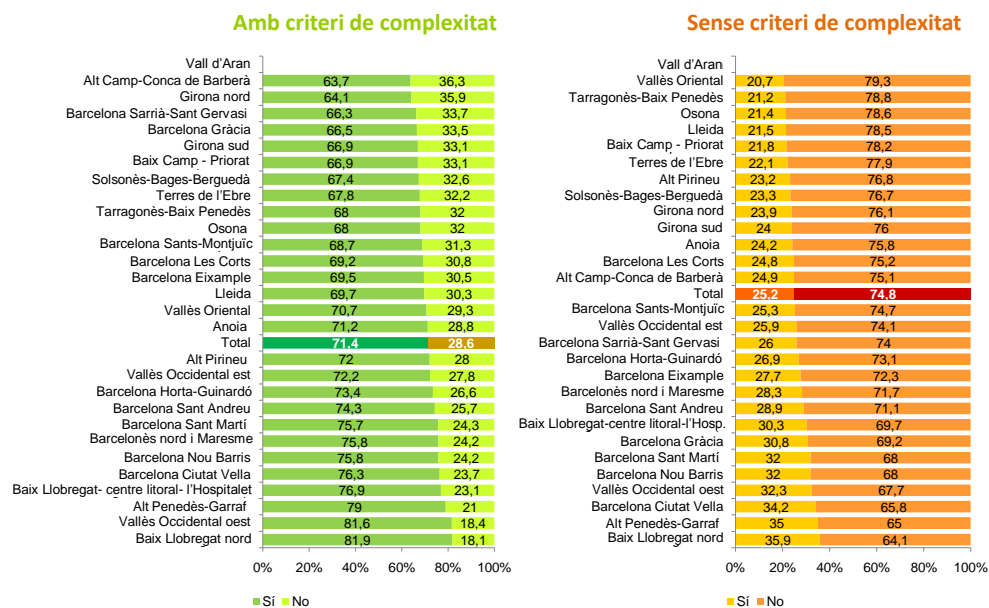


Identificats segons el grup d'edat i el criteri de complexitat (n=101.415)

$\chi^2 p < 0,001$ (Alt Pirineu i Nou Barris)
 $\chi^2 p < 0,05$

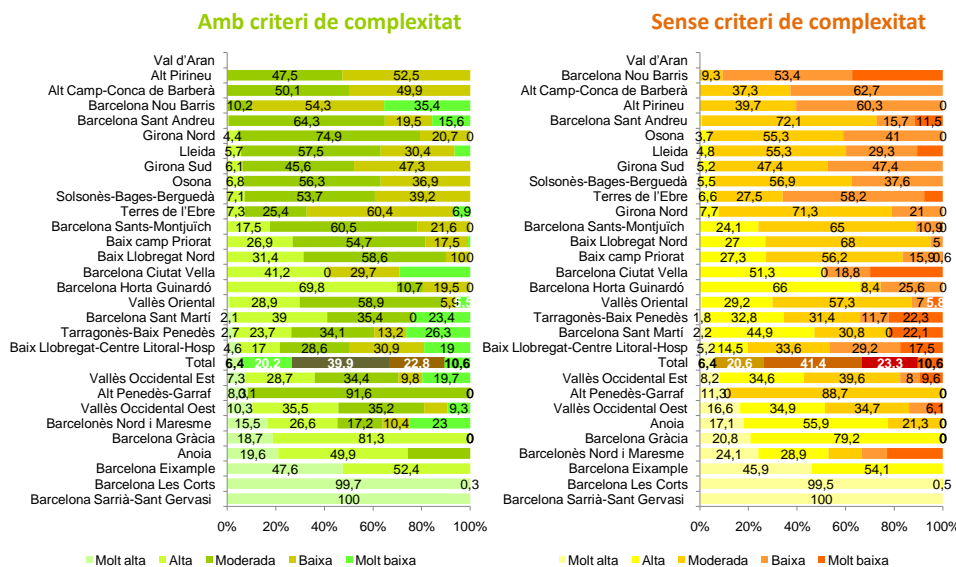


Identificats segons es pateixen malalties d'òrgans i el criteri de complexitat (n=101.415) $\chi^2 p < 0,001$



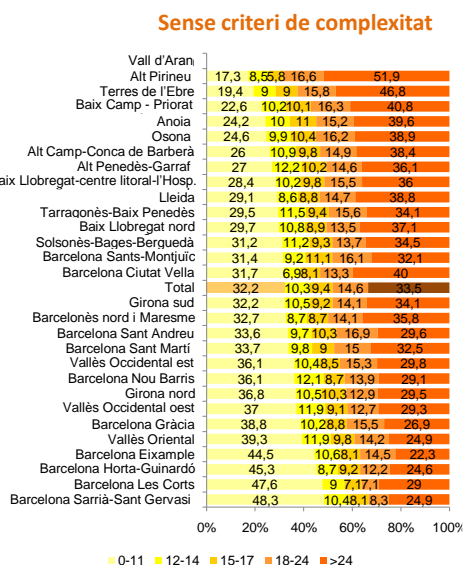
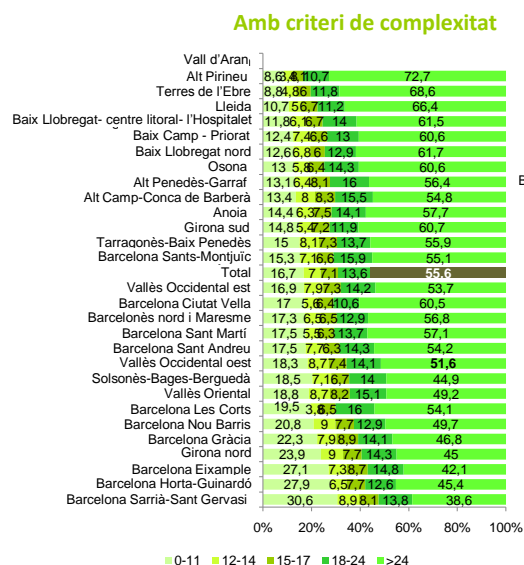
Identificats segons l'índex de renda territorial ajustat i el criteri de complexitat (n=101.415)

$\chi^2 p < 0,001$
 $\chi^2 p < 0,05$ (Baix Llobregat Nord, Sant Martí, Solsonès)
 Sense diferències:
 Alt Penedès, Alt Pirineu, Baix Camp, Eixample, Gràcia, Les Corts, Nou Barris, Sarrià, Terres de l'Ebre



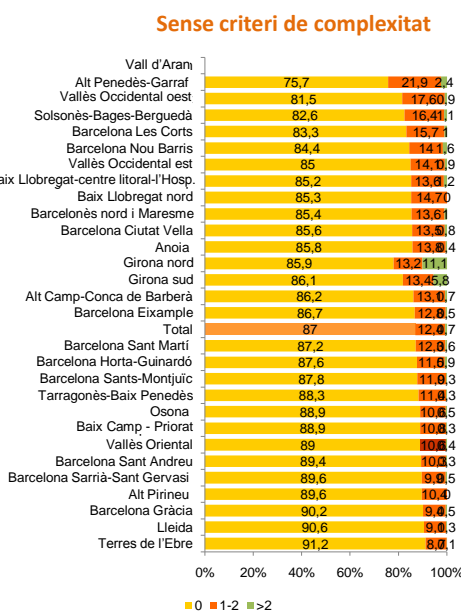
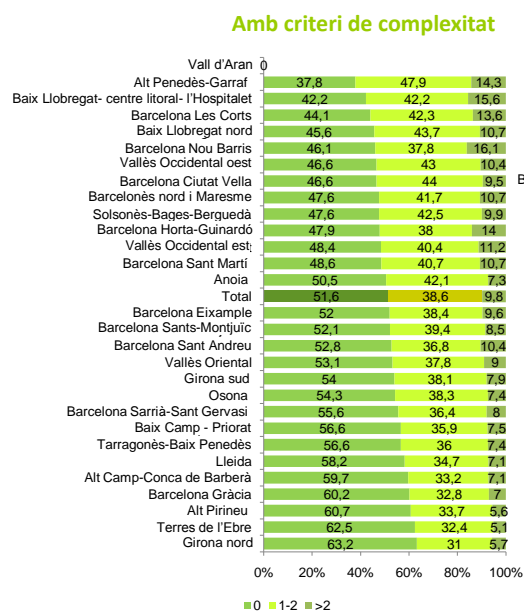
Identificats segons les visites a l'atenció primària i el criteri de complexitat (n=101.415)

χ²p<0,001



Identificats segons les hospitalitzacions urgents i el criteri de complexitat (n=101.415)

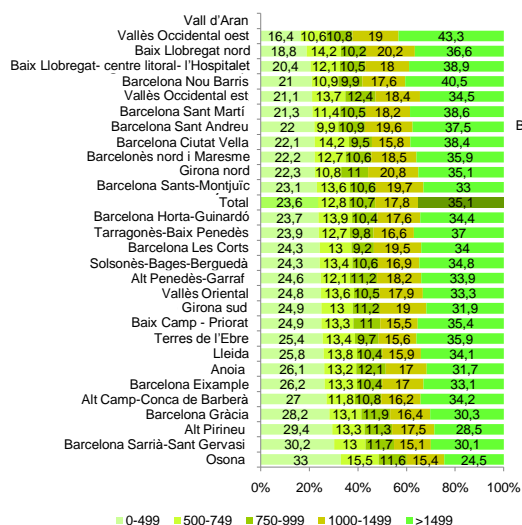
χ²p<0,001



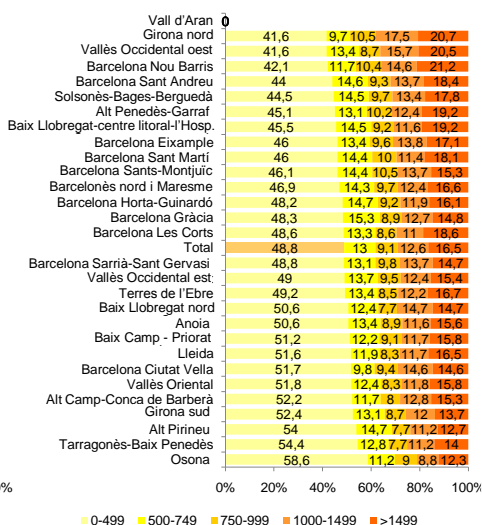
Identificats segons la despesa en farmàcia i el criteri de complexitat (n=101.415)

$\chi^2 p < 0,001$

Amb criteri de complexitat



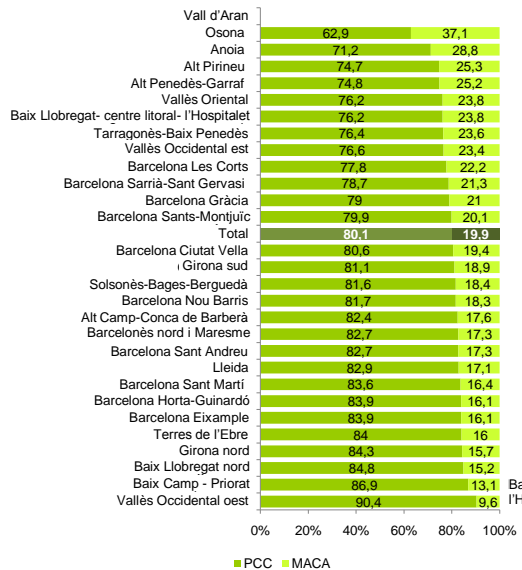
Sense criteri de complexitat



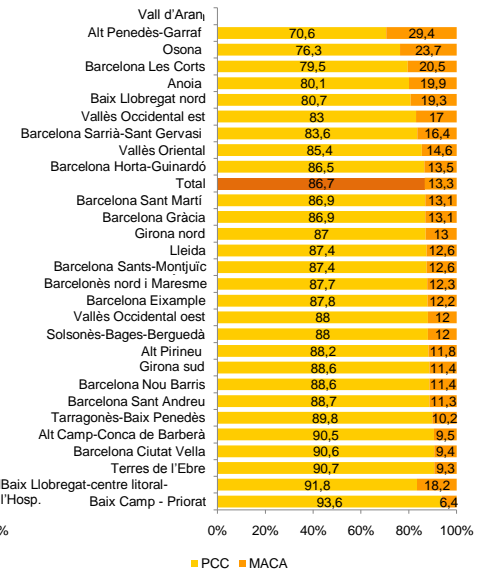
Identificats segons el tipus d'identificació i el criteri de complexitat (n=101.415)

$\chi^2 p < 0,001$
 $\chi^2 p < 0,05$ (Sant Martí, Sarrià-Sant Gervasi)
Sense diferències: Alt Penedès, Anoia, Baix Llobregat, Horta Les Corts, Sant Andreu, Vallès Occidental oest

Amb criteri de complexitat



Sense criteri de complexitat

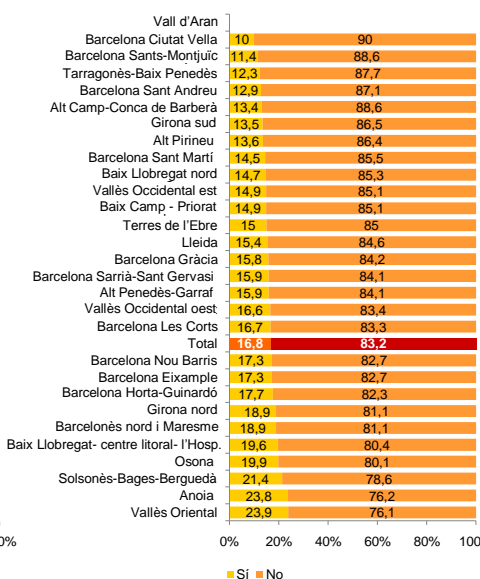
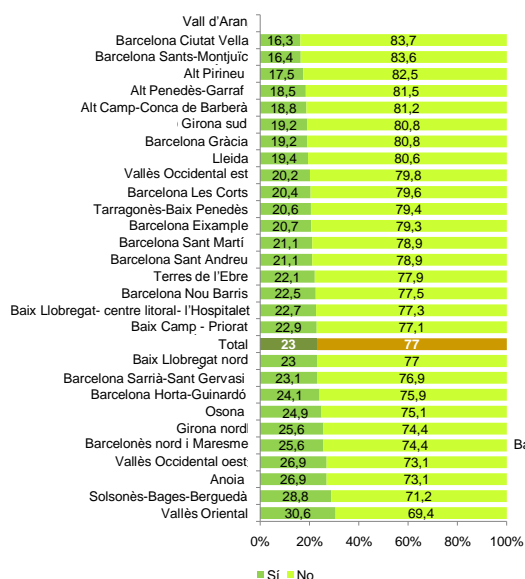


Identificats segons si es pateix demència i el criteri de complexitat (n=101.415)

$\chi^2 p < 0,001$ (Alt Pirineu, Ciutat Vella)
Sense diferències:
Alt Penedès, Anoia, Eixample, Les Corts, Sant Andreu

Amb criteri de complexitat

Sense criteri de complexitat

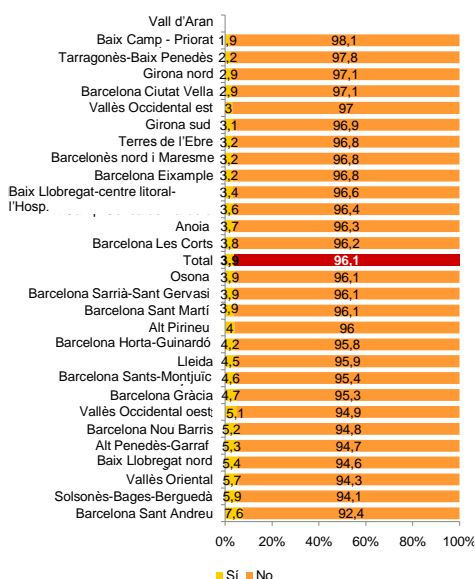
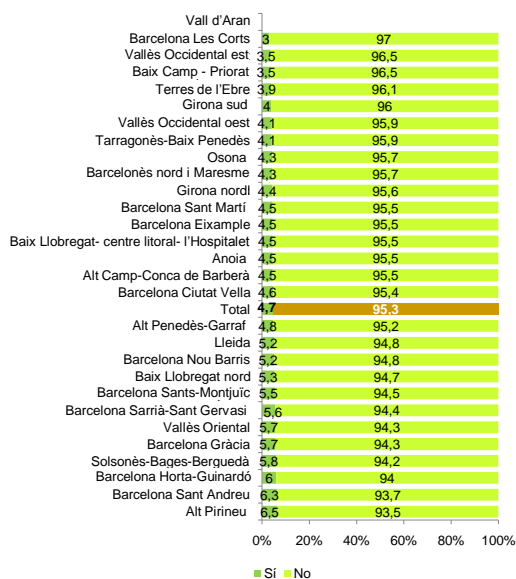


Identificats segons si es pateix un trastorn mental sever i el criteri de complexitat (n=101.415)

$\chi^2 p < 0,001$ (Baix Camp, Sants, Girona nord, Tarragonès, Vallès)
 $\chi^2 p < 0,01$ (Alt Pirineu, Baix Llobregat-centre, Horta, Barcelonès nord)

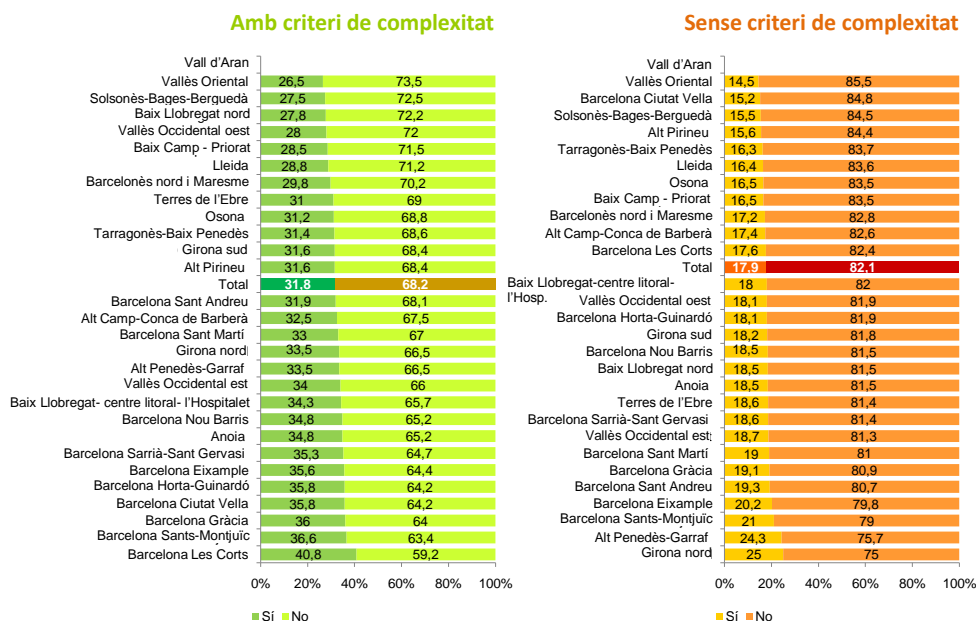
Amb criteri de complexitat

Sense criteri de complexitat



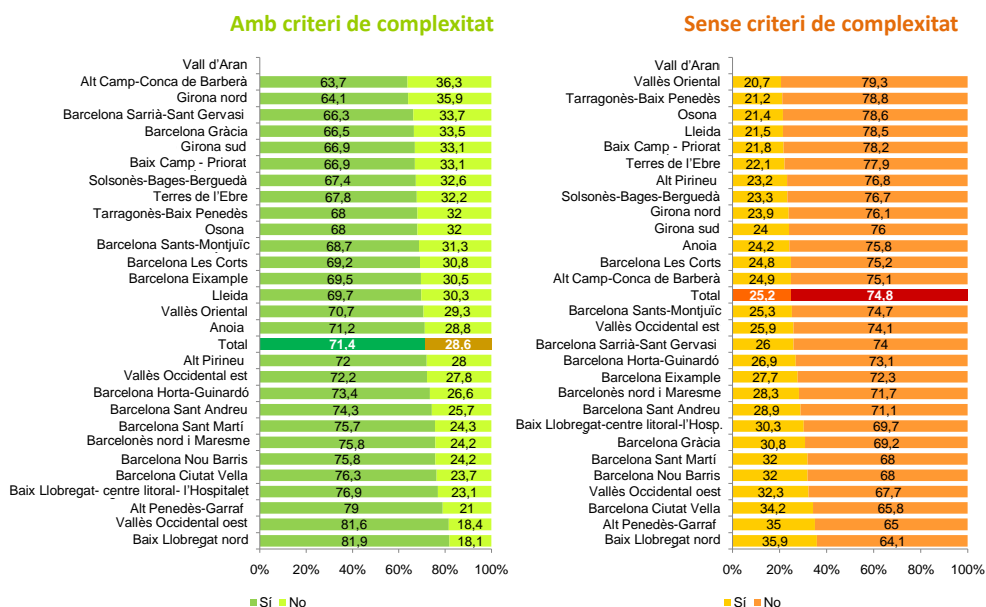
Identificats segons es pateix neoplàsia i el criteri de complexitat (n=101.415)

$\chi^2 p < 0,001$

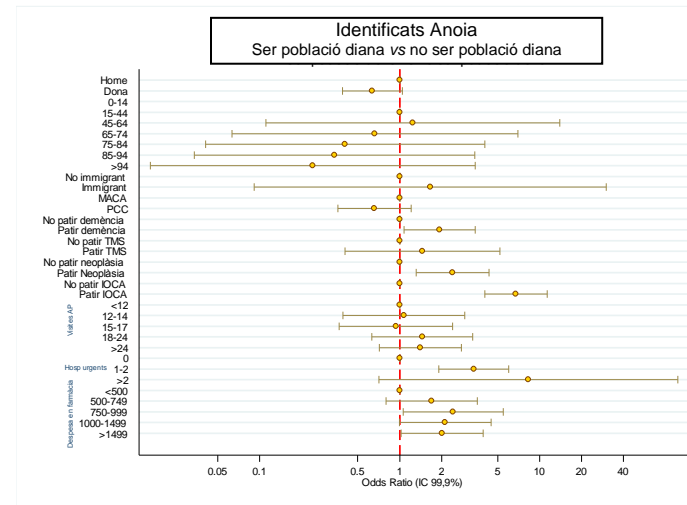
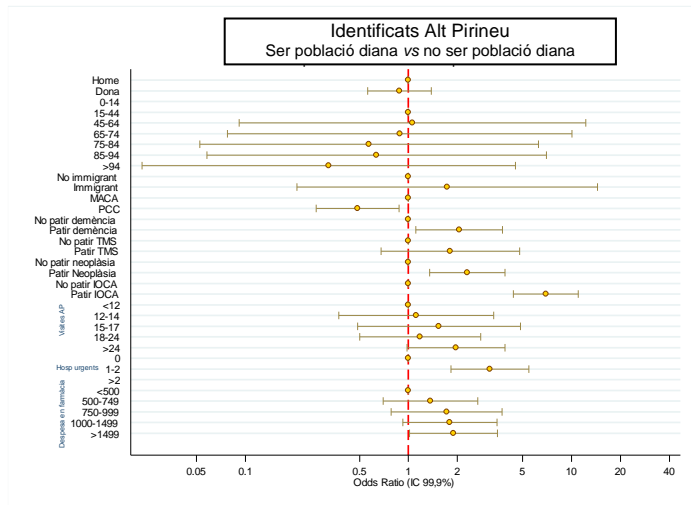
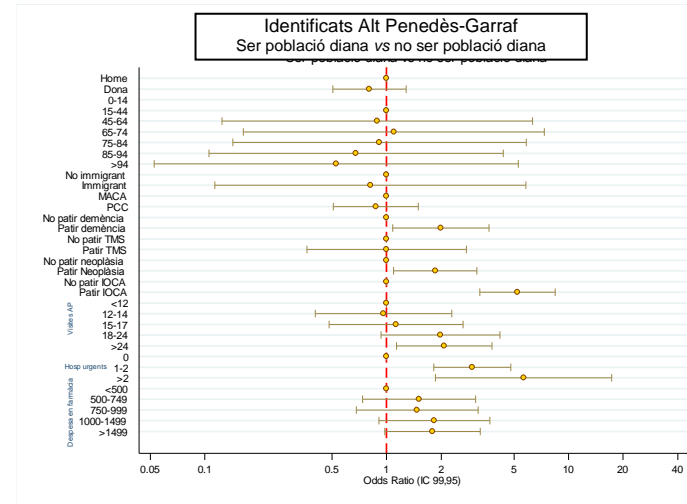
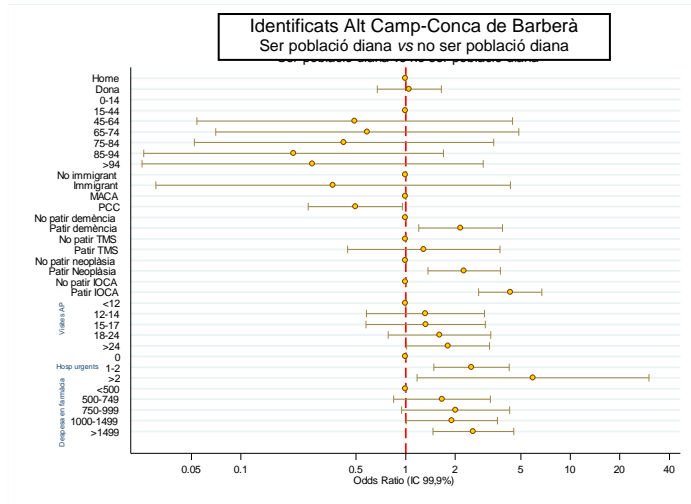


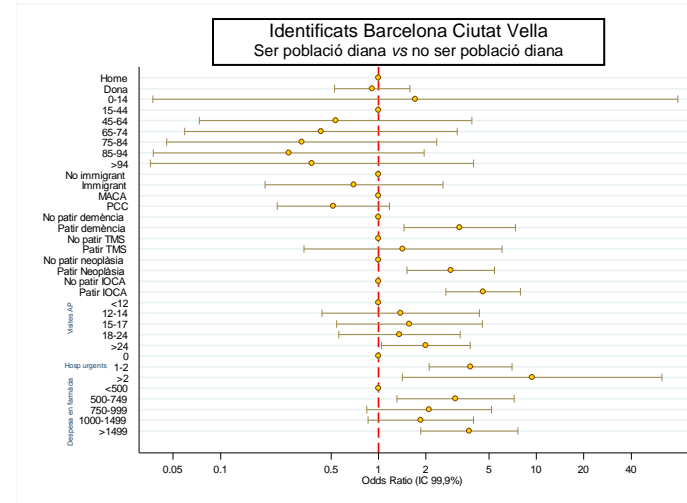
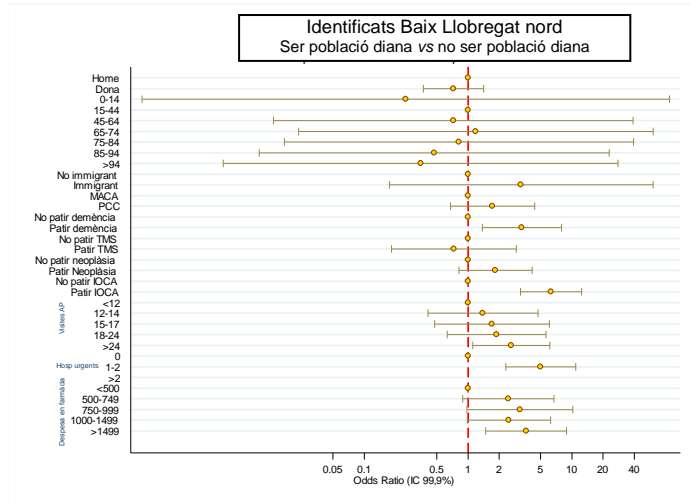
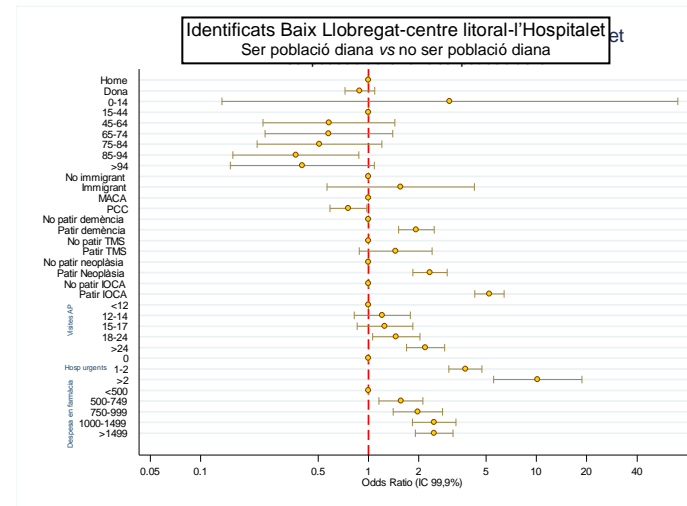
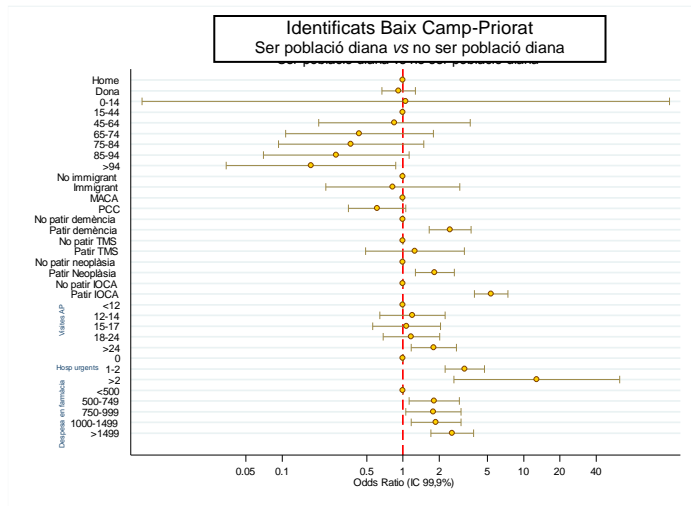
Identificats segons es pateixen malalties d'òrgans i el criteri de complexitat (n=101.415)

$\chi^2 p < 0,001$

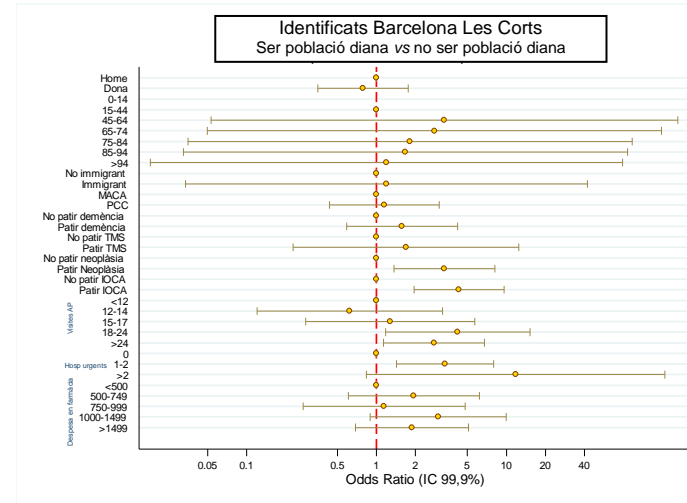
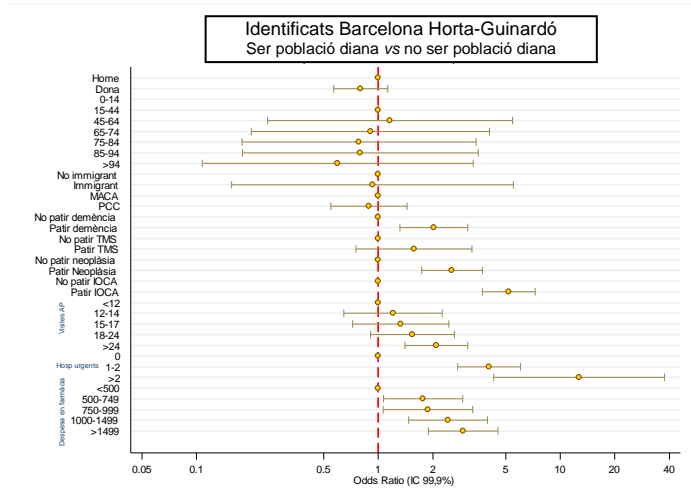
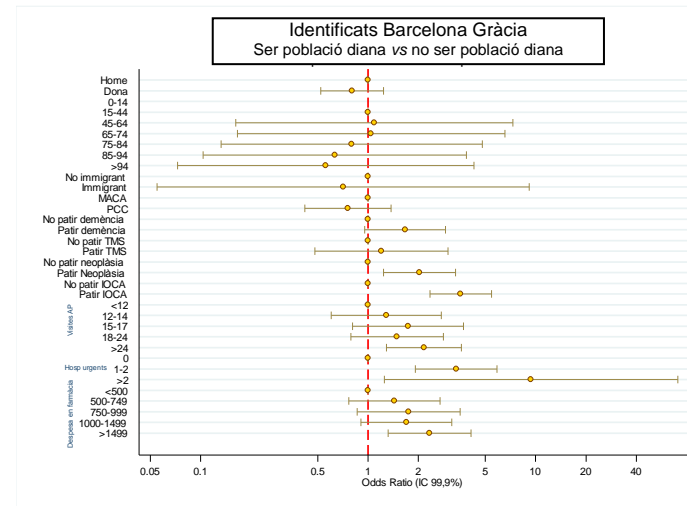
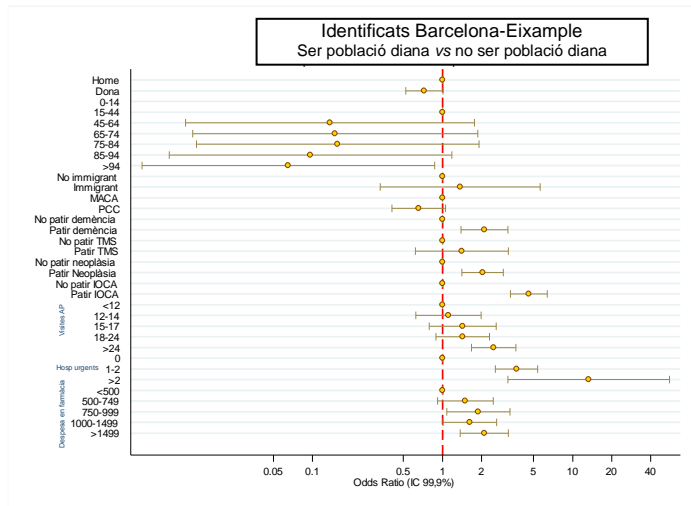


Annex 6. Models logístics de la població crònica complexa real segons el sector sanitari (No constructe vs Constructe)

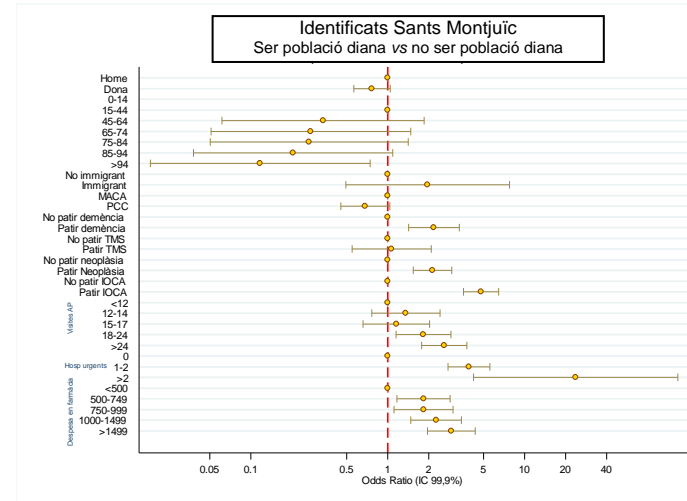
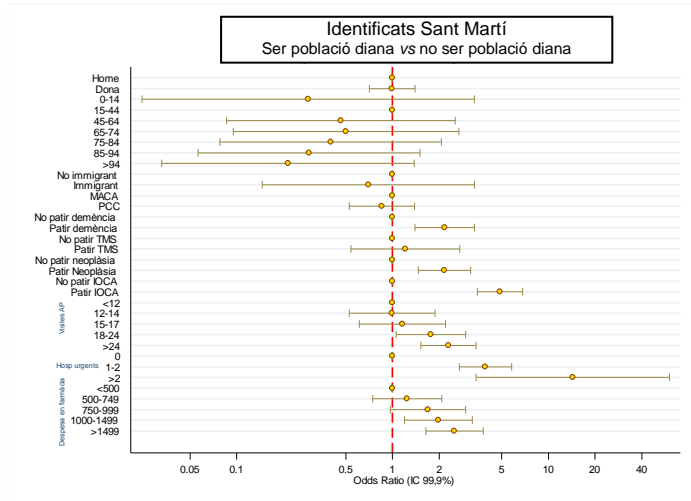
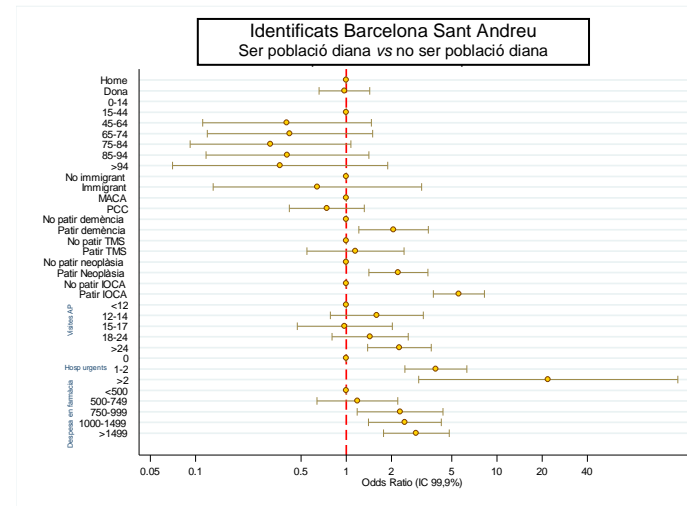
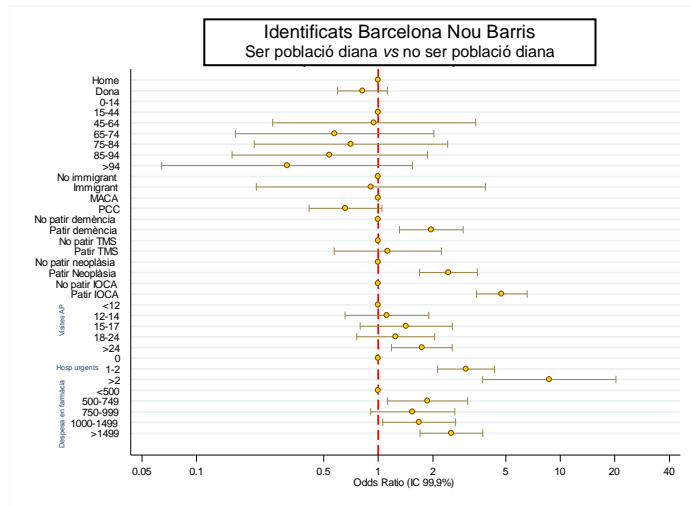




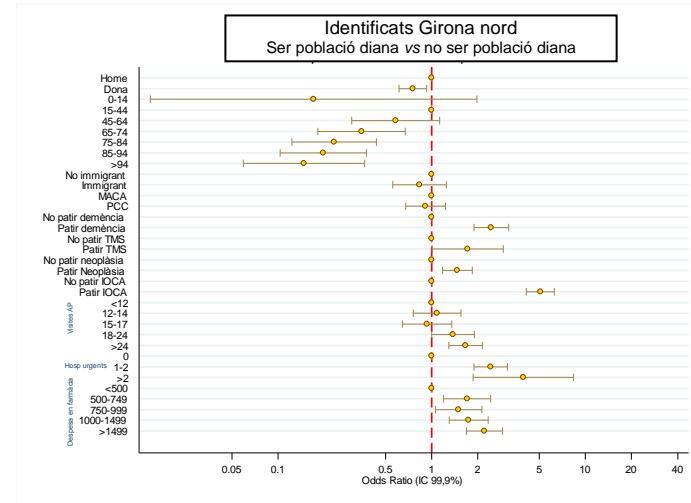
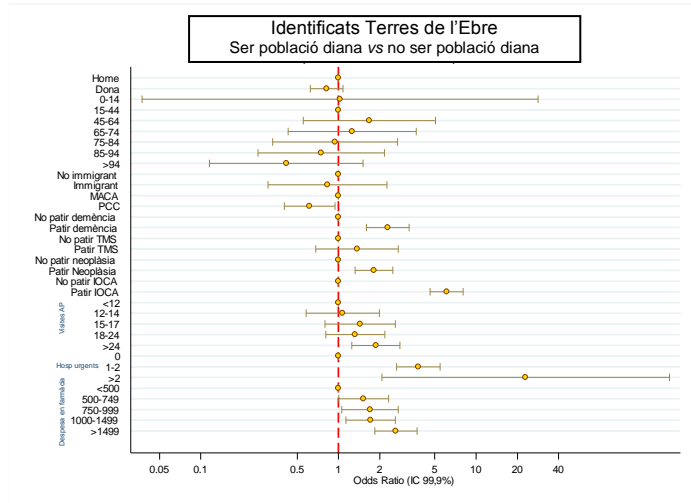
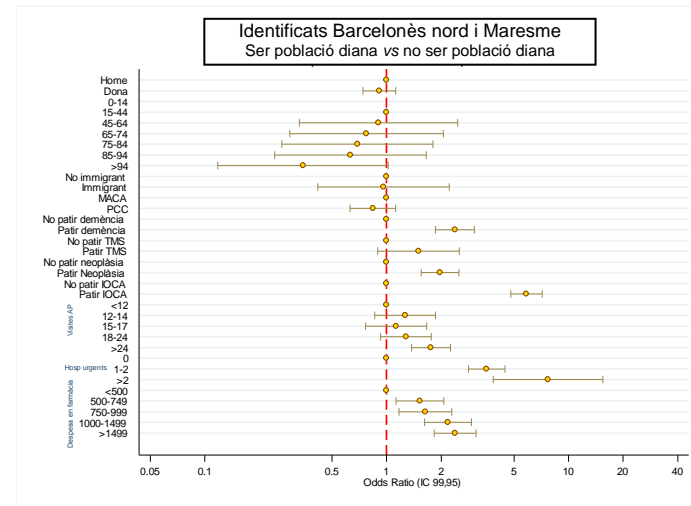
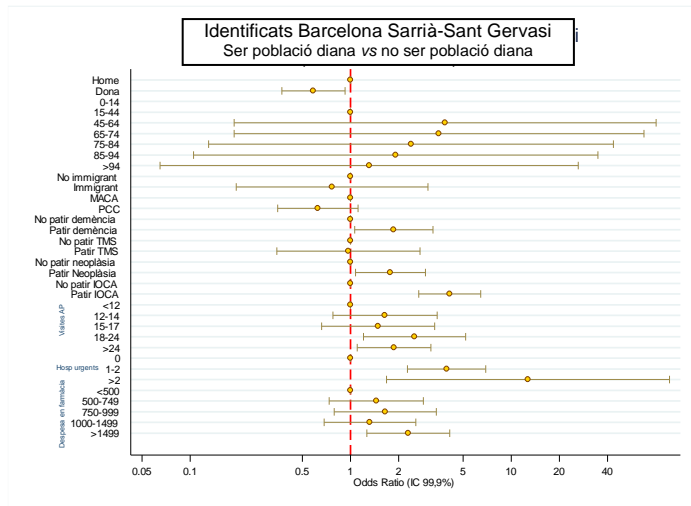
Resultats de l'avaluació del PPAC (2011-2014)

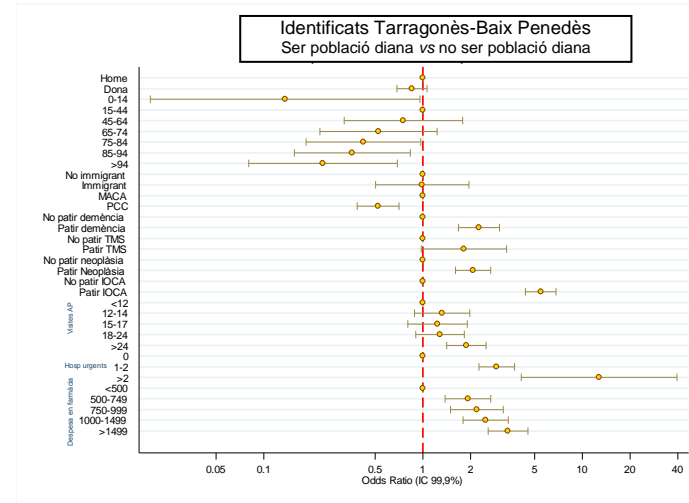
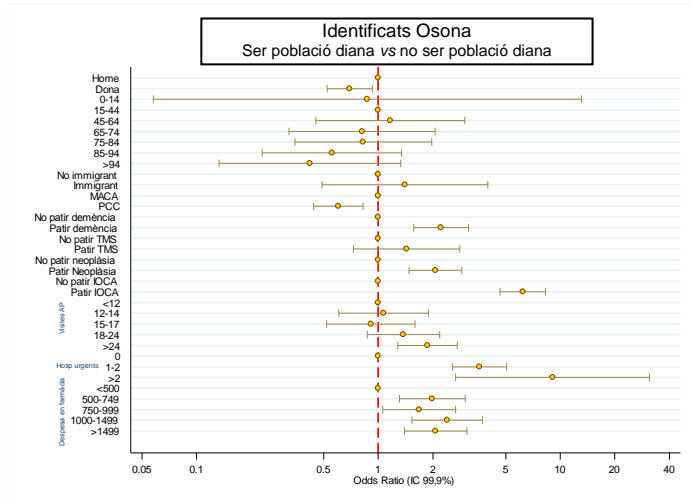
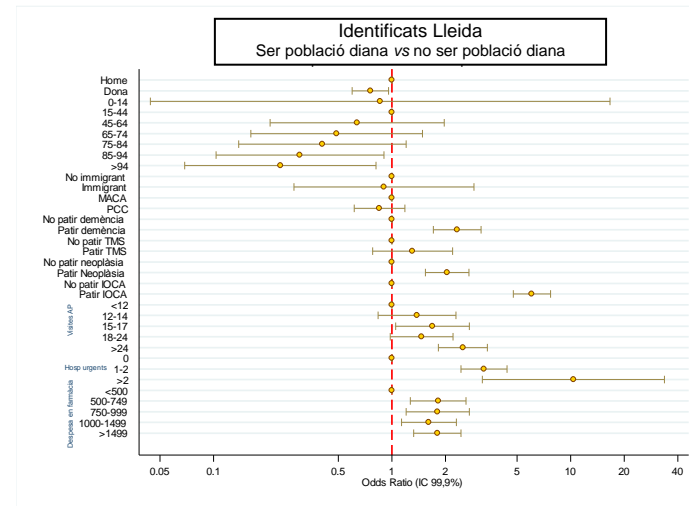
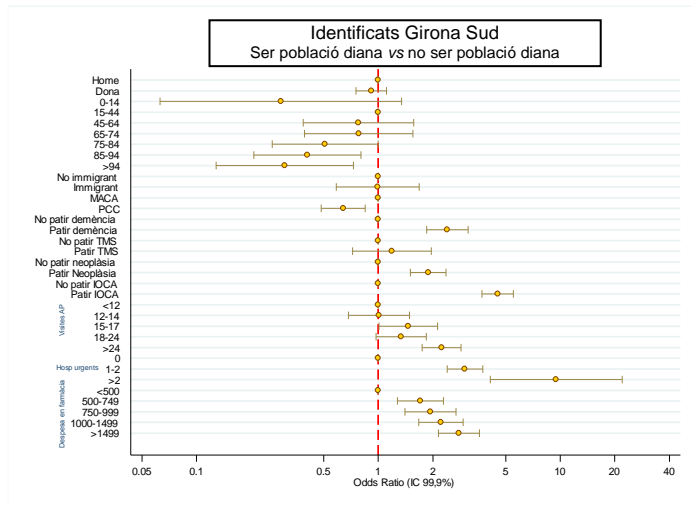


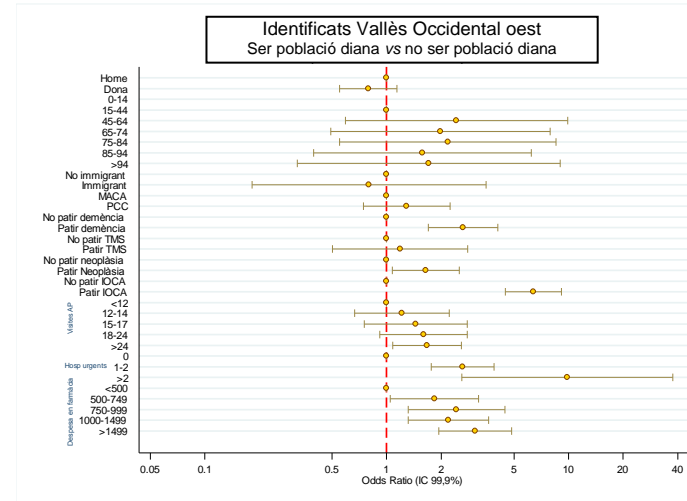
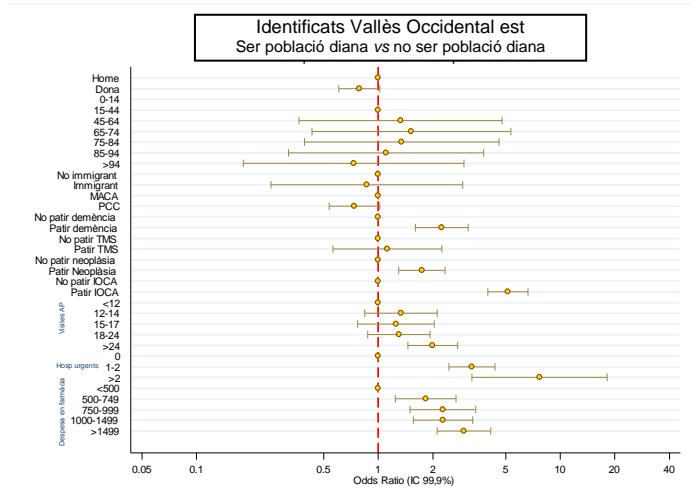
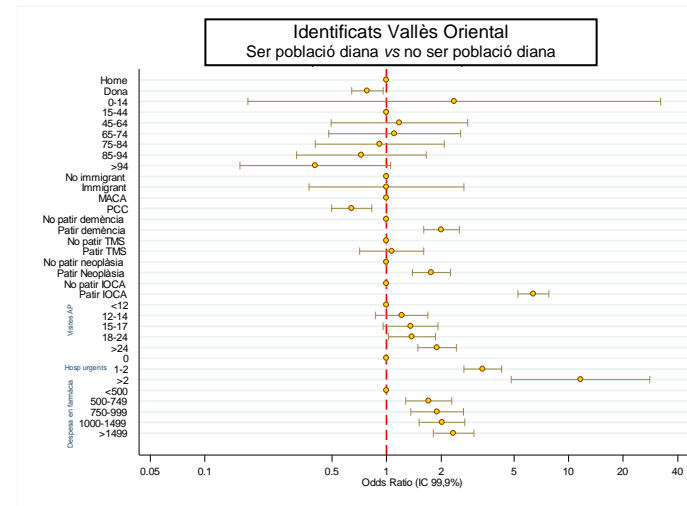
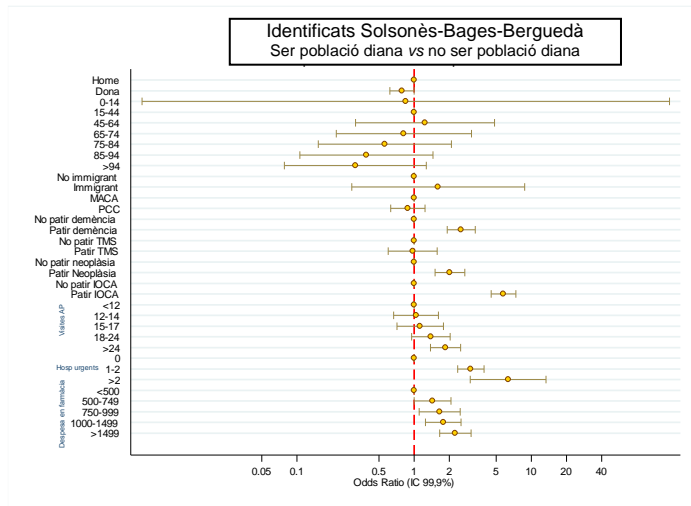
Resultats de l'avaluació del PPAC (2011-2014)



Resultats de l'avaluació del PPAC (2011-2014)







Annex 7. Elements que cal considerar dels projectes estratègics

Per a cada PE es mostren els elements que cal considerar en dues taules:

- Taula 1: amb els diferents elements per assolir abans i després del 2015 recollits al Pla de salut, el document conceptual del PPAC i el document operatiu del PPAC per a cada un dels fronts d'actuació. Aquesta taula va servir com a orientació als experts per validar que les fites seleccionades tenien en compte tots els aspectes rellevants.
- Taula 2: amb les fites per als anys 2012, 2013 i 2014, consensuades amb l'Oficina del Pla de Salut per a cada un dels fronts d'actuació. Aquesta taula és la que va treballar en primera instància cadascun dels experts per extreure'n les fites.

Projecte estratègic 2.1. Desenvolupar processos clínics integrats per a les deu malalties cròniques de més impacte al país: insuficiència cardíaca, nefropatia i malaltia pulmonar obstructiva crònica i asma, diabetis *mellitus*, depressió, demències, trastorns mentals greus i molt greus, càncer, malalties del sistema musculoesquelètic i el dolor crònic.

Fites trobades en els diferents documents de referència segons els fronts

Elements de les guies de pràctica clínica	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar guies de pràctica clínica (GPC) de referència per a les deu malalties cròniques [s'identifiquen les GPC ja validades de més qualitat que estiguin en funcionament. S'intenta seleccionar la millor per a cada patologia]. • Establir els elements clau prioritzats (ECP) de cada un dels deu processos [s'estableixen entre cinc i deu aspectes importants de cada patologia seguint els criteris: més impacte en salut (reducció de mortalitat i morbiditat), més impacte en el sistema, dèficit clínic establert, factibilitat, possibilitat de registre]. • Ordenar els indicadors i integrar-los a l'HCCC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar les guies de pràctica clínica (GPC) de referència per a les quatre patologies prioritzades: diabetis <i>mellitus</i>, insuficiència cardíaca, MPOC-asma i depressió en un 30% de la població. • Establir els elements clau de procés (ECP) per a les quatre patologies prioritzades: diabetis <i>mellitus</i>, insuficiència cardíaca, MPOC-asma, depressió [per a cada ECP es farà: a) definició del problema; b) recomanació de bona pràctica; c) acció assistencial que comporta; d) objectiu per assolir]. • Definir els registres i els resultats esperats respecte al seguiment dels ECP i integrar-los a l'HCCC. • Incorporar els indicadors al SIIS.
Elements de les rutes assistencials	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar un model genèric de ruta assistencial (RA) per a cada una de les deu patologies a tot el territori [s'estableix el prototip nuclear de cada RA basat a: establir aspectes de partida, descriure àmbits respecte al trànsit del pacient, decidir en quines condicions es dona el trànsit, proposar progressió dels circuits; cal identificar referents: 1 coordinador de la RA per regió, 1 referent per sector, 2 persones de suport CatSalut, 1 persona de l'entitat proveïdora]. • Ordenar els indicadors i integrar-los a l'HCCC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar les RA per a les quatre patologies prioritzades: diabetis <i>mellitus</i>, insuficiència cardíaca, MPOC-asma i depressió en un 30% de la població. • Completar la formació en rutes assistencials a totes les regions [crear una proposta formativa per a les regions incloent-hi professionals dels sectors i les entitats proveïdores]. • Definir els registres i els resultats esperats respecte al seguiment de les RA i dels ECP i integrar-los a l'HCCC.

Fites consensuades amb l'Oficina del Pla de Salut per als anys 2012, 2013 i 2014 segons els fronts

	2012	2013	2014
Implantar rutes assistencials (RA) de base territorial per a les patologies prioritzades.			
Descriure el marc genèric de RA + prototip formatiu.			
Aplicar el prototip formatiu a les regions sanitàries.			
Dissenyar les RA de base territorial per a DM, MPOC, IC i depressió.			
Implementar les RA per a DM, MPOC, IC i depressió.			
Consolidar la implantació de les RA per a DM, MPOC, IC i depressió per al 100% de la població.			
Iniciar la redacció de les RA per a demència i malaltia renal crònica.			
Identificar elements clau de procés (ECP) i recomanar GPC per a les patologies prioritzades.			
Determinar els ECP i recomanar GPC de referència per a DM, MPOC, IC i depressió.			
Determinar els ECP i recomanar GPC de referència per a demència, malaltia renal crònica, dolor crònic, trastorn mental greu i molt greu, SIDA, càncer i patologia osteoarticular crònica.			
Definir el registre a l'HCCC per a DM, MPOC, IC i depressió.			
Definir el registre a l'HCCC per a demència, malaltia renal crònica, dolor crònic, trastorn mental greu i molt greu, SIDA, càncer i patologia osteoarticular crònica.			
Dissenyar informació a la Carpeta Personal de Salut i al Canal Salut per a DM, MPOC, IC i depressió.			
Dissenyar informació a la Carpeta Personal de Salut i al Canal Salut per a demència, malaltia renal crònica, dolor crònic, trastorn mental greu i molt greu, SIDA, càncer i patologia osteoarticular crònica.			
Determinar el paquet d'indicadors de seguiment ECP.			

Projecte estratègic 2.2. Potenciar la protecció i la promoció de la salut i la prevenció com a instruments per mantenir la salut i evitar la malaltia crònica.

Fites trobades en els diferents documents de referència segons els fronts

Elements de la promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Implantar un programa prioritari de promoció d'exercici físic i alimentació saludable. 	<ul style="list-style-type: none"> Definir i iniciar la implantació del PAFES a totes les ABS [definició del model d'atenció a l'obesitat, definició del model comunitari PAAS, extensió de la revisió de menús escolars, extensió de l'AMED]. Definir un conjunt d'indicadors per a l'HCCC. Millorar els continguts del Canal Salut. Realitzar activitats en atenció primària de salut.
Elements de prevenció del tabaquisme	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Implantar un programa prioritari de prevenció de tabac en tot el territori. 	<ul style="list-style-type: none"> Definir i iniciar la implantació del Programa de prevenció del tabaquisme als territoris prioritzats [extensió del programa Hospitals sense Fum]. Definir un conjunt d'indicadors per a l'HCCC. Millorar els continguts del Canal Salut. Realitzar activitats en atenció primària de salut.

Elements de prevenció del consum d'alcohol	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Implantar un programa prioritari de prevenció de consum d'alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> Definir i iniciar la implantació del Programa de prevenció de consum d'alcohol als territoris prioritzats. Definir un conjunt d'indicadors per a l'HCCC. Realitzar activitats en atenció primària de salut.
Elements de les vacunes	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Implantar un programa prioritari de promoció de les vacunes. 	<ul style="list-style-type: none"> Augmentar la cobertura vacunal vírica fins al 80%. Impulsar la vacunació entre els professionals sanitaris. Definir un conjunt d'indicadors per a l'HCCC. Millorar els continguts del Canal Salut. Realitzar activitats en atenció primària de salut.
Elements de la infància	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Implantar un programa prioritari de la infància. 	<ul style="list-style-type: none"> Estendre el cribratge prenatal al 100% dels centres. Desplegar el cribratge d'hipoacúsia. Definir un conjunt d'indicadors per a l'HCCC. Millorar els continguts del Canal Salut. Realitzar activitats en atenció primària de salut.

Els elements en color negre signifiquen que estan en dos o més dels documents de referència.

Fites consensuades amb l'Oficina del Pla de Salut per als anys 2012, 2013 i 2014 segons els fronts

	2012	2013	2014
Potenciar els programes de promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable.			
Definir els requeriments mínims d'informació que cal recollir a l'HCCC i al Sistema d'Informació de Salut.			
Definir el model de Programa comunitari territorial que integri les activitats de salut pública.			
Implementar el Programa comunitari territorial en un territori i avaluar-ne els resultats.			
Implementar el Programa comunitari territorial que integri les activitats de salut pública en dos territoris (Castellbisbal-Rubí i l'Hospitalet-Baix Llobregat) i avaluar-ne els resultats.			
Estendre el Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES) a totes les ABS.			
Definir el model d'atenció a l'obesitat en l'àmbit assistencial.			
Implementar el model d'atenció a l'obesitat.			
Estendre la revisió de menús escolars.			
Estendre la revisió de menús escolars a 300 noves escoles.			
Estendre el segell de promoció de l'Alimentació Mediterrània (AMED).			
Estendre el segell de promoció de l'Alimentació Mediterrània (AMED) en 270 establiments.			
Sensibilitzar/conscienciar la població sobre l'obesitat i la seva prevenció/promoció mitjançant accions comunitàries d'alt impacte.			
Elaborar document de bases sobre l'envelliment actiu i saludable.			
Potenciar els programes de prevenció i control del tabaquisme.			
Definir els requeriments mínims d'informació que cal recollir a l'HCCC i al Sistema d'Informació de Salut.			
Definir el model de Programa comunitari territorial que integri les activitats de salut pública.			
Estendre el programa Hospitals sense Fum al 90% dels centres de la XHUP.			
Implementar el Programa comunitari territorial a Lleida i Vallès Oriental.			

Millorar els continguts definits al Canal Salut.			
Potenciar els programes de prevenció i control del consum de risc d'alcohol i l'alcoholisme.			
Definir els requeriments mínims d'informació que cal recollir a l'HCCC i al Sistema d'Informació de Salut.			
Definir el model de Programa comunitari territorial que integri les activitats de salut pública.			
Implementar el programa en un territori.			
Implementar el programa als territoris de Tarragona i Alt Pirineu.			
Potenciar el programa Beveu Menys.			
Potenciar els programes de prevenció i control de les malalties vacunables.			
Definir els requeriments mínims d'informació que cal recollir a l'HCCC i al Sistema d'Informació de Salut Pública.			
Incorporar informació vacunal normalitzada a l'HCCC.			
Elaborar el model del Programa comunitari territorial que inclou activitats de salut pública.			
Aplicar el programa en un territori.			
Aplicar el programa a Lleida.			
Realitzar programes per a l'impuls de la vacunació en els professionals sanitaris.			
Formar professionals per promoure la vacunació.			
Adequar-se al calendari vacunal únic estatal.			
Potenciar el Canal Salut.			
Potenciar els programes de prevenció i control de les malalties cròniques a la infància.			
Desplegar el cribatge d'hipoacúsia i el cribatge prenatal de primer trimestre fins al 50% dels centres de Catalunya.			
Desplegar el cribatge d'hipoacúsia i el cribatge prenatal de primer trimestre fins al 100% dels centres de Catalunya.			
Millorar l'atenció a la prematuritat: difondre i implantar les noves guies d'atenció.			
Continuar el desplegament territorial del pla SEC.			
Potenciar el Canal Salut.			
Potenciar projectes comunitaris en prevenció ITS i VIH.			
Desplegar models de prevenció/atenció a escala territorial.			
Potenciar el Canal Salut.			

Projecte estratègic 2.3

Fites trobades en els diferents documents de referència segons els fronts

Elements del PPECat	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Estendre el programa Pacient Expert Catalunya (PPEC) en cinc malalties cròniques a tot el territori català. Assolir la xifra de 5.000 pacients incorporats als diferents grups de malalties. 	<ul style="list-style-type: none"> Estendre el programa a tot en territori en ICC, tractament anticoagulant oral (TAO), MPOC, diabetis <i>mellitus</i> de tipus 2 (DM2) i fibromiàlgia (FM). Incloure 2.000 pacients al programa Pacient Expert Catalunya. Elaborar les noves guies i el material educatiu del programa Cuidador Expert Catalunya i del PPEC en obesitat. Identificar i valorar els processos relacionats amb la salut mental. Desenvolupar i descriure l'estat de la situació d'educació grupal respecte a DM, IC i MPOC en totes les regions sanitàries.

	<ul style="list-style-type: none"> Realitzar formació per a pacients experts en “seguretat del pacient” i “prenent control de la meua salut”. Fer l'exploració anual de resultats del PPEC.
Elements de la CPS	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Dissenyar/implementar material educatiu a la Carpeta Personal de Salut. Consolidar Sanitat Respon i Canal Salut: incorporar, en els protocols d'atenció de Sanitat Respon, les pautes de consell sobre les malalties cròniques amb processos clínics definits. 	<ul style="list-style-type: none"> Definir continguts de la documentació educativa que s'ha d'incloure a la Carpeta Personal de Salut. Definir la informació, la documentació i els materials educatius per incloure al Canal Salut, a la Carpeta Personal de Salut i a Sanitat Respon.

Fites consensuades amb l'Oficina del Pla de Salut per als anys 2012, 2013 i 2014 segons els fronts

	2012	2013	2014
Estendre el programa Pacient Expert Catalunya.			
Estendre el programa Pacient Expert Catalunya a totes les regions sanitàries.			
Incrementar la cobertura del PPECAT fins a arribar als 3.000 pacients.			
Estendre el programa Pacient Expert Catalunya fins a arribar als 4.000 pacients.			
Definir el model de pacient expert per a l'obesitat.			
Finalitzar les guies i el material educatiu d'obesitat.			
Definir el model de pacient expert per als cuidadors experts.			
Definir el model de pacient expert per a la depressió.			
Potenciar el procés de formació de pacients tutors.			
Realitzar nous cursos de formació de pacients tutors.			
Valorar l'estat de situació actual de la realització dels programes d'educació grupal al territori.			
Tancar el document d'educació grupal i el seu sistema d'avaluació.			
Finalitzar les guies i el material educatiu i fer una prova pilot per a noves situacions.			
Iniciar guia i material educatiu PPECAT per a noves situacions.			
Fer una prova pilot per a noves situacions.			
Generar coneixement en pacient expert.			
Promoure l'educació en grup.			
Monitorar l'educació en grup.			
Definir continguts i un model de formació per a la CPS, per a Sanitat Respon (SR), per al Canal Salut (CS) i per al 061.			
Analitzar la situació actual de suport als malalts crònics a través de SR i CS.			
Definir la informació i els continguts personalitzats que cal facilitar a través de CS i SR.			
Definir els nous serveis i les transaccions personalitzades de la CPS.			
Consensuar i supervisar la incorporació dels continguts als diferents canals de comunicació.			
Implementar un model no presencial.			
Analitzar els resultats de l'ESCA sobre el grau d'alfabetització sanitària de la ciutadania.			

Projecte estratègic 2.4. Desplegar dispositius assistencials socials i sanitaris i sistemes integrats adequats per donar atenció al pacient crònic i al dependent.

Fites trobades en els diferents documents de referència segons els fronts

Elements de l'atenció domiciliària 7 x 24	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Definir i implantar models d'atenció domiciliària, residencial i 7 x 24 als malalts crònics. 	<ul style="list-style-type: none"> Redactar un document de modalitats assistencials al malalt crònic. Iniciar la implantació de les alternatives assistencials a les set regions. Assolir un dispositiu de subaguts per a cada regió sanitària. Realitzar una experiència demostrativa de prestació farmacèutica a residències geriàtriques. Augmentar la cobertura de l'atenció domiciliària fins al 50% de la població amb dependència i malaltia crònica en situació de risc o fragilitat.
Elements de la xarxa sociosanitària	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Reordenar la xarxa sociosanitària. 	<ul style="list-style-type: none"> Definir el model d'atenció sociosanitària i implantar-lo a les regions amb un dispositiu de subaguts contractat a cadascuna de les set regions. Introduir incentius a la no hospitalització en > 30% ABS de cada regió sanitària. Consolidar la modalitat d'hospital de dia per al tractament de pacients crònics en tots els centres hospitalaris amb un índex d'entre 30 i 40 sessions per cada 100 estades hospitalàries no quirúrgiques. Dissenyar un model integral de prestació sanitària per a centres residencials socials (inclosa farmàcia).
Elements d'hospitals d'aguts	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Redefinir el rol dels hospitals d'aguts en l'atenció al malalt crònic. Disminuir els ingressos urgents i els reingressos a 30 dies dels PCC en hospital d'aguts en un 15%. Integrar la prestació farmacèutica en el conjunt de provisió de serveis assistencials a les residències socials, amb una cobertura del 70% de la població institucionalitzada. 	<ul style="list-style-type: none"> Desplegar iniciatives d'atenció preferent per al tractament de reaguditzacions i descompensacions en els centres d'atenció primària o en unitats funcionals territorials amb una cobertura del 40% del territori. Definir el model d'hospitalització d'aguts per a malalts crònics i iniciar-ne la implantació a les set regions.
Elements de salut mental	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Reordenar la xarxa de salut mental. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar el model d'atenció a la salut mental i iniciar la implantació a les set regions.

Els elements en color negre signifiquen que estan en dos o més dels documents de referència.

Fites consensuades amb l'Oficina del Pla de Salut per als anys 2012, 2013 i 2014 segons els fronts

	2012	2013	2014
Definir i implantar al territori nous models d'atenció domiciliària integrats per a malalts crònics, incloent-hi les residències i garantint la continuïtat assistencial 7 x 24.			
Elaborar un document de definició del model i les propostes d'indicadors d'avaluació i implementació.			
Presentar el nou model a les regions i arribar a acords pel que fa als resultats esperats.			
Acordar a cada territori el sistema d'atenció domiciliària integrat segons el nou model.			
Implantar a tot el territori el nou model d'atenció domiciliària integrada per a malalts crònics.			
Acordar a cada territori el sistema de suport sanitari en residències.			
Implantar a tot el territori el model de suport sanitari en residències.			
Desenvolupar experiències del nou model de prescripció i dispensació de farmàcia en residències.			
Acordar a cada territori el sistema de continuïtat assistencial 7 x 24 per a persones en programa d'atenció domiciliària.			
Implantar a tot el territori el sistema de continuïtat assistencial 7 x 24 per a persones en programa d'atenció domiciliària.			
Incorporar el model territorial d'atenció domiciliària integrada.			
Incorporar el model territorial d'atenció en residències.			
Desenvolupar, en el marc de la nova plataforma HCCC, un sistema de visualització d'alertes i avisos que informi de situacions rellevants des del punt de vista assistencial.			
Reordenar la xarxa sociosanitària.			
Definir el nou model d'atenció sociosanitària, indicadors i pla d'implantació (inclòs el subagut).			
Presentar el nou model a les regions i arribar a acords pel que fa als resultats esperats.			
Implantar l'atenció subaguda com a alternativa a l'hospitalització convencional (condicionada a la planificació de cobertura mínima per territori).			
Desenvolupar, en el marc de la nova plataforma HCCC, un sistema de visualització d'alertes i avisos que informi de situacions rellevants des del punt de vista assistencial.			
Redefinir el rol dels hospitals d'aguts en l'atenció als malalts crònics.			
Definir el nou model d'atenció sociosanitària, indicadors i pla d'implantació (inclòs el subagut).			
Presentar el nou model a les regions i arribar a acords pel que fa als resultats esperats.			
Implementar a l'hospital mesures de suport a l'atenció comunitària en malalts crònics en situació d'estabilitat clínica.			
Implementar a l'hospital mesures de suport a l'atenció comunitària en malalts crònics en situació d'instabilitat clínica o crisi.			
Implementar a l'hospital mesures orientades a l'atenció a malalts crònics (a tot l'hospital, equips multidisciplinaris de suport, àrees específiques, serveis d'urgències i transferències).			
Incorporar el model territorial de circuits alternatius a urgències en cas d'agudització.			
Incorporar el model territorial de circuits d'admissió a l'hospital específics per a PCC i MACA.			
Desenvolupar, en el marc de la nova plataforma HCCC, un sistema de visualització d'alertes i avisos que informi de situacions rellevants des del punt de vista assistencial.			
Reordenar la xarxa de salut mental.			
Revisar el model d'atenció de SM redefinint les modalitats d'atenció a TMG (hospitals d'aguts).			
Presentar el nou model a les regions i arribar a acords pel que fa als resultats esperats.			

Acordar a cada territori la nova cartera de serveis orientada a malalts mentals greus i crònics.			
Implementar mesures territorials orientades a millorar la cartera de serveis en salut mental (suport domiciliari, sistema d'intervenció en crisi, estratègies de gestió de casos i tractaments assertius comunitaris).			
Acordar a cada territori mesures territorials orientades a millorar la interrelació entre els serveis, la continuïtat i l'eficiència.			
Implementar mesures territorials orientades a millorar la interrelació entre els serveis, la continuïtat i l'eficiència (continuïtat assistencial entre serveis hospitalaris i comunitaris, xarxes infantojuvenil i adults i addiccions, millorar l'atenció a persones grans i gestió territorial integrada dels serveis sanitaris i els serveis socials).			
Desenvolupar, en el marc de la nova plataforma HCCC, un sistema de visualització d'alertes i avisos que informi de situacions rellevants des del punt de vista assistencial.			
Incorporar a la ruta de complexitat el circuit per a PCC en malalts mentals.			
Definir criteris i marcatge de PCC en malalts mentals.			
Definir criteris del PIIC en malalts mentals.			
Impulsar els programes de PREALT.			
Desenvolupar, en el marc de la nova plataforma HCCC, un sistema de visualització d'alertes i avisos que informi de situacions rellevants des del punt de vista assistencial.			

Projecte estratègic 2.5. Facilitar l'atenció holística i proactiva del pacient crònic complex.

Fites trobades en els diferents documents de referència segons els fronts

Elements d'identificació dels PCC	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Disposar del model de gestió de casos per a pacients crònics complexos (PPC) a tots els territoris i RA definits i 25.000 pacients atesos. 	<ul style="list-style-type: none"> Establir i desplegar un model d'identificació dels PCC a totes les regions [model predictiu basat en el càlcul de risc d'ingrés i reingrés. Es provarà en dos territoris]. Disposar a cada regió sanitària d'entre un i tres projectes de PPC amb implantació de rutes assistencials específiques. Tenir 2.000 pacients identificats com a PCC. Identificar la població diana per al 100% de les ABS.
Elements de l'atenció proactiva als PCC	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Definir i implantar un model d'atenció proactiva i de gestió de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> Dissenyar un model d'identificació dels PCC associat a un model d'atenció proactiva per al segment de més risc, necessitat o complexitat [millora dels resultats en salut, reducció d'hospitalitzacions evitables i reingressos a 30 dies i millora de la satisfacció i la qualitat de vida]. Elaborar rutes assistencials de complexitat.
Elements de l'atenció pal·liativa de MACA	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Implantar solucions d'atenció pal·liativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Introduir tres experiències d'atenció pal·liativa. Arribar a un mínim de 7.000 persones. Garantir la inclusió a l'HCCC i estendre-la al PADES.

Elements de l'atenció col·laborativa dels serveis sanitaris i els serveis socials	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Dissenyar i implementar un model col·laboratiu amb el DBSF en dependència de grau III [elaboració i implantació d'un pla individualitzat d'atenció integrada-PIAI]. Implementar un nou model d'avaluació i contractació per a PCC. 	<ul style="list-style-type: none"> Dissenyar i acordar un model col·laboratiu amb el DBSF per a dependència de grau III. Introduir millores de visibilitat i traçabilitat a la Xarxa d'Informació Sanitària.

Els elements en color negre signifiquen que estan en dos o més dels documents de referència.

Fites consensuades amb l'Oficina del Pla de Salut per als anys 2012, 2013 i 2014 segons els fronts

	2012	2013	2014
Oferir una eina per a la identificació dels pacients crònics complexos.			
Definir el model d'estratificació i predicció de risc en pacients crònics.			
Implantar el model d'identificació dels PCC a totes les regions.			
Publicar tipificacions dels GRC i atributs de risc a l'HCCC de manera unificada ICS-CatSalut.			
Retornar als proveïdors en entorn segur tipificació CGR per facilitar l'edició de llistes de pacients.			
Dur a terme, amb la Divisió de Registres i Activitat Sanitària CatSalut, un treball de caracterització epidemiològica de PCC i MACA enregistrats.			
Definir el model d'atenció proactiva i gestió del cas del pacient crònic complex (PCC).			
Definir el model d'atenció dels PCC.			
Implantar el programa de PCC al territori cobrint un mínim de 2.000 pacients.			
Implantar el programa de PCC al territori cobrint un mínim de 4.000 pacients.			
Definir els indicadors que cal incloure en la contractació.			
Dissenyar i implantar la ruta assistencial d'atenció a la complexitat a cada territori natural.			
Publicar trimestralment la variació d'hospitalitzacions urgents per a MPOC i IC al MSIQ.			
Publicar mensualment la variació d'hospitalitzacions urgents per MPOC, IC i de manera sintètica per territoris.			
Generalitzar el disseny de rutes territorials d'atenció a la complexitat amb prestacions bàsiques, segons <i>checklists</i> documentats.			
Identificar 100.000 pacients amb complexitat, dels quals 25.000 amb malaltia avançada.			
Disposar de com a mínim 25.000 PIIC a l'HCCC amb condicions bàsiques de qualitat segons <i>checklist</i> documentat.			
Definir el model d'atenció a pacients amb malaltia crònica avançada (MACA).			
Definir el model d'identificació de pacients amb malaltia crònica avançada a tres RS.			
Implantar el programa Atenció a la Complexitat amb la identificació d'un mínim de 4.000 pacients			
Identificar 100.000 pacients amb complexitat, dels quals 25.000 amb malaltia avançada.			
Dissenyar el model d'atenció col·laboratiu entre els serveis sanitaris i els serveis socials en pacients crònics en situació de complexitat i dependència.			
Dissenyar el Pla individualitzat d'atenció integrada (PIAI).			
Definir, conjuntament amb el Departament de Benestar i Família, el model de recopilació de variables.			
Dissenyar i iniciar la implementació del model col·laboratiu entre els serveis sanitaris i els serveis socials en un mínim de set territoris.			
Incorporar algun registre o variable provinent del Departament de Benestar Social i Família a l'HCC.			
Definir, per part dels serveis sanitaris i els serveis socials, un conjunt mínim d'indicadors (entre vuit i deu indicadors) transversals comuns a l'àmbit sanitari i social dins d'un marc avaluatíu comú.			

Projecte estratègic 2.6. Incorporar la racionalització en l'ús de fàrmacs.**Fites trobades en els diferents documents de referència segons els fronts**

Elements del seguiment i la revisió	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Revisar i conciliar el 100% dels tractaments farmacològics, integrant tots els àmbits assistencials, garantir-ne la qualitat, facilitar-hi l'accés i millorar el compliment del tractament. 	<ul style="list-style-type: none"> Dissenyar un procés de revisió dels medicaments inclosos al pla de medicació. Introduir en el procés tots aquells elements de gestió del risc que puguin millorar la seguretat i implementar la revisió en PCC. Implantar criteris comuns mínims i un pla de renovació de tractaments, que permeti revisar > 80% de plans a la població polimedicada. Disminuir duplicitats terapèutiques i interaccions farmacològiques i millorar l'adequació dels tractaments.
Elements dels filtres de prescripció	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Implantar filtres de prescripció (seguretat, qualitat i eficiència). 	<ul style="list-style-type: none"> Introduir estratègies de millora de la prescripció. Haver definit i implantat filtres preventius i prospectius a la recepta electrònica. Filtres d'eficiència i seguretat, revisar a través de la recepta electrònica (SIRE) > 90% casos de polimedicació.
Elements de la conciliació de la medicació	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Fomentar els processos de conciliació de la medicació, per afavorir l'assistència continuada. Instaurar processos de conciliació entre professionals i nivells assistencials. Implantar un pla de medicació integrat i integral a tot el territori. 	<ul style="list-style-type: none"> Introduir instruments de millora en la conciliació i estratègies en la millora del compliment del tractament. Fer un seguiment centralitzat del compliment terapèutic i el compliment dels pacients amb els tractaments. Consolidar un marc col·laboratiu amb les oficines de farmàcia del territori, amb l'objectiu d'implantar programes específics d'atenció a la cronicitat, crear sinergies entre professionals sanitaris i potenciar el sistema de comunicació i missatgeria.
Elements de la promoció de l'ús racional dels medicaments	
2015	Abans del 2015
<ul style="list-style-type: none"> Oferir als ciutadans eines d'ajuda per a l'ús adequat i responsable dels medicaments. Desenvolupar programes de millora del compliment del tractament. 	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar sistemes d'alerta automatitzats de potencials interaccions farmacològiques. Millorar la informació al pla de medicació (informació sobre medicaments i l'ús) i la integració de les prescripcions dels diferents àmbits. Desplegar-ho al portal d'Osona i del Vallès Occidental. Fer un estudi inicial del projecte de recepció en el dispositiu mòbil del codi de seguretat del pla de medicació.

Els elements en color negre signifiquen que estan en dos o més dels documents de referència.

Fites consensuades amb l'Oficina del Pla de Salut per als anys 2012, 2013 i 2014 segons els fronts

	2012	2013	2014
Millorar el procés de seguiment i revisió de la prescripció.			
Consensuar i publicar la instrucció CCM.			
Definir la metodologia dels processos de revisió i conciliació de la medicació dels PCC.			
Executar un programa específic de revisió/conciliació dels tractaments dels PCC.			
Assolir un 80% dels PCC amb la medicació revisada.			
Definir els criteris en el procés de contractació de l'AP.			
Estendre la metodologia a tots els pacients crònics.			
Establir indicadors per avaluar la revisió i la conciliació a través d'un procés de consens de professionals.			
Generalitzar les guies harmonitzades de prescripció per a les patologies amb ruta assistencial (com a mínim quatre de les sis rutes en implementació han de disposar de guies harmonitzades).			
Implementar sistemes de filtres de qualitat i eficiència a la recepta electrònica.			
Dissenyar eines de suport a la prescripció (dosi màxima, volum i altres).			
Implementar i avaluar les eines de suport a la prescripció.			
Dissenyar un pla de millora de sistemes d'alertes automatitzades: duplicitats i alertes de seguretat.			
Implementar i avaluar el pla de millora d'alertes: duplicitats i alertes de seguretat.			
Executar el pla de millora de sistemes d'alertes automatitzades: duplicitats, interaccions, fàrmacs desaconsellats en geriatría, medicaments teratogènics.			
Avaluar el pla de millora d'alertes: duplicitats, interaccions, fàrmacs desaconsellats en geriatría, medicaments teratogènics.			
Implementar un nou mòdul de seguretat clínica en recepta electrònica: interaccions, dosis màximes i altres dimensions de seguretat.			
Implementar processos de conciliació de la medicació entre professionals i nivells assistencials.			
Arribar a acords en la utilització i la selecció de medicaments en les patologies prioritzades.			
Estendre l'atenció especialitzada al pla de medicació.			
Elaborar un curs en línia de formació en revisió, conciliació i compliment.			
Incorporar medicaments no finançats al pla de medicació.			
Implantar programes per promoure l'ús racional dels medicaments.			
Garantir l'accés al pla de medicació a través de CPS.			
Dissenyar un pla de medicació al mòbil.			
Executar la prova pilot a un territori (Barcelona ciutat) del programa de corresponsabilització.			
Estendre el programa de corresponsabilització en l'ús racional dels medicaments.			
Millorar les funcionalitats a través de la Carpeta Personal de Salut i el mòbil.			
Elaborar noves aplicacions de mobilitat orientades al millor ús dels medicaments per part de la ciutadania.			

Annex 8. Protocol de recollida de dades. TERRITORI

<i>Població d'estudi i unitats de mostreig</i>	174
<i>Variables de segmentació</i>	174
<i>Grups i subgrups creats a partir de la segmentació</i>	175
<i>Selecció dels EAP de cada subgrup</i>	175
<i>Nombre de participants en cada grup, perfil professional i selecció dels candidats</i>	175
<i>Logística dels grups de discussió</i>	176
<i>Dimensions i continguts desenvolupats a les discussions dels grups</i>	177
<i>El model d'atenció</i>	177
<i>El procés d'identificació de pacients</i>	177
<i>La comprensió clínica de la complexitat</i>	178
<i>Els canvis que provoca la identificació en la manera de treballar amb els pacients</i>	178
<i>El procés de redacció dels PIIC</i>	178
<i>El model organitzatiu</i>	178
<i>El redisseny del model d'atenció</i>	179
<i>La continuïtat de l'atenció en clau territorial: de l'atenció individual a l'atenció compartida</i>	179
<i>El posicionament polític i estratègic</i>	180
<i>Les polítiques de difusió, comunicació i incentivació de l'estratègia del PPAC</i>	180
<i>Les polítiques de formació</i>	180
<i>El procés d'identificació de pacients</i>	182
<i>La comprensió clínica de la complexitat</i>	188
<i>Els canvis que provoca la identificació en la manera de treballar amb els pacients</i>	189
<i>El procés de redacció dels PIIC</i>	192
<i>El redisseny del model d'atenció</i>	200
<i>La continuïtat de l'atenció en clau territorial: de l'atenció individual a l'atenció compartida</i>	215
<i>Les polítiques de difusió, comunicació i incentivació de l'estratègia del PPAC</i>	223
<i>Les polítiques de formació</i>	227
1. <i>Dates importants</i>	293

2.	Trucada telefònica.....	296
3.	Treball previ a l'entrevista personal	297
4.	Entrevista per recollir les dades.....	299
5.	Introducció de les dades recollides	301
	Annex 10. Criteri/variable de segmentació dels grups de discussió (EAP urbans i EAP rurals). Criteri de municipis rurals/urbans (SISAP_ICS)	335
	Annex 11. EAP de Catalunya participants en els grups de discussió (EAP urbans i rurals).....	336
	Annex 12. Guió general de l'entrevista grupal. Esquema dels apartats i els continguts (escenaris i preguntes).....	338
	PRIMERA SESSIÓ DEL GRUP DE DISCUSSIÓ	338
	SEGONA SESSIÓ DEL GRUP DE DISCUSSIÓ	340
	Annex 13. Full de registre de l'entrevista amb el grup de discussió	341
	Annex 14. Full de registre per a l'observador del grup.....	343
	Annex 15. Full de consentiment informat.....	345

1. Dates importants

El dia 26 de juny de 2014, el doctor Constante va enviar per correu electrònic la carta següent personalitzada als referents del territori:



Benvolguda

Em poso en contacte amb tu per informar-te que l'Acord de Govern de creació del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) preveia l'avaluació del propi programa i és per això que a la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut estem duent a terme aquesta avaluació atès que el dia 5 de juliol el Programa complirà 3 anys.

Les competències i les funcions inherents al lloc de treball que ocupes faciliten que tinguis una visió estratègica molt valuosa. Voldríem conèixer la teva opinió a partir de les respostes a algunes preguntes clau sobre la implementació del PPAC.

La Dra. Núria Gutiérrez, que és la persona responsable de copsar les opinions de les persones amb capacitat d'aportar valor, es posarà en contacte amb tu en breu per tal de concertar una entrevista a la qual recollirà la informació que puguis aportar.

Atès que considero molt rellevant la teva col·laboració per assolir els objectius de l'avaluació del PPAC, agraeixo d'igual manera la teva disponibilitat per a l'entrevista amb la Dra. Gutiérrez com les aportacions que facis.

Cordialment,



Carles Constante i Beñia
Director general

Barcelona, 26 de juny de 2014

El dia 28 de juliol de 2014, el doctor Constante envia un correu electrònic amb els ítems del qüestionari més rellevants amb la finalitat que els referents puguin anar cercant la informació.



Benvolguda

Com a continuació de la carta que et vaig enviar el passat 26 de juny i a la trucada que vares rebre del Dr. Carles Blay, t'avenço alguns dels ítems del qüestionari de recollida de dades per al projecte d'avaluació del PPAC que està essent dut a terme per la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Tenir la oportunitat de copsar quines seran les qüestions que centraran l'entrevista, et permetrà preparar prèviament informació necessària per a complimentar-la.

Tal i com et vàrem comentar, la Dra. Gutiérrez serà la responsable del treball de camp i, properament, es posarà en contacte amb tu per tal de concertar una cita. En el cas de que tinguessis interès en revisar el qüestionari complet abans de l'entrevista, només cal que ens ho facis saber i te l'enviarem.

En cas de qualsevol dubte en relació al procés, pots contactar amb el Dr. Carles Blay (cblay@gencat.cat).

Moltes gràcies per la teva inestimable col·laboració.

Cordialment,



Carles Constante i Beitia
Director general

Barcelona, 28 de juliol de 2014

A partir de la segona quinzena d'agost, la doctora Gutiérrez (responsable del treball de camp) contacta telefònicament amb els referents per acordar una cita per fer una entrevista amb profunditat i acabar de contestar el qüestionari.

Dos dies abans de l'entrevista, el doctor Blay realitza una trucada amb la intenció d'estimular l'interès i l'equanimitat dels referents.

2. Trucada telefònica

A partir del mes d'agost, la doctora Gutiérrez contacta amb els referents territorials per acordar una o diverses cites segons el nombre de rutes que tinguin.

Una proposta d'inici i seguiment de conversa és la que segueix:

“Bon dia/tarda. Soc la doctora Gutiérrez i truco en referència a l'avaluació del PPAC que està duent a terme la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.

El passat mes de juliol, el doctor Constante li va fer arribar per correu electrònic alguns dels ítems del qüestionari de recollida de dades que requerien una preparació prèvia per part seva. Se'n recorda?

[Si la resposta és negativa, cal recordar-li el correu electrònic i el seu contingut que va enviar el doctor Constante tant el 26 de juny com el 28 de juliol —vegeu la pàgina 3 i la pàgina 5, respectivament.]

Doncs bé, ara li truco per quedar un dia per omplir el qüestionari complet. Quin dia li aniria bé que quedéssim per acabar de recollir la informació? Compti que seran aproximadament dues hores de feina. A més, si hi ha preguntes en les quals li cal consultar informació addicional, no cal que les contesti al moment, les pot contestar *a posteriori*. *[Quedar en un dia, hora i lloc i NO CONTINUAR SENSE HAVER CONCERTAT LA CITA. Cal recordar que si és més de dos territoris s'haurà de quedar per a més d'un dia.]*

[Poden preguntar si és molt llarg o si durarà molt. Cal respondre: és un qüestionari de 38 preguntes amb l'objectiu d'aprofundir en alguns temes. És possible que calguin com a mínim dues hores per a cada un dels territoris dels quals vostè és la persona referent.]

Ara m'agradaria confirmar una sèrie de dades sobre el nombre de territoris naturals, el nombre de rutes assistencials de cada malaltia i de la complexitat, així com els proveïdors del territori del qual és referent. *[Vegeu els apartats 2.1-2.10.]*

A més, caldria que em donés o em fes arribar el document o documents de les RAC que hi hagi en els territoris dels quals vostè és la persona referent.

Si ho prefereix li puc enviar per correu electrònic el qüestionari complet i així es pot anar preparant la informació necessària per emplenar-lo. *[Incentivar que la persona entrevistada accepti. Sempre enviar PDF, no Word.]*

[Un cop concertat el dia, cal donar-li la data el doctor Blay, perquè faci la trucada dos dies abans d'anar-hi.]

2.1. Plantilla de recollida d'informació. Rutes

Telèfon

Correu electrònic

Dia de la cita/cites

Contacte:

Vacances

JULIOL																															AGOST																															SETEMBRE																														
26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																										

Resposta a la primera trucada del doctor Blay

Ruta assistencial	Ruta assistencial de complexitat

Per omplir

Nombre de...	Nombre que n'hi hauria d'haver	Nombre que n'hi ha (redactada i documentada)
Territoris (cal escriure nombre i nom)		
Extra amb rutes		
Ruta assistencial – Insuficiència cardíaca		
Ruta assistencial – Depressió		
Ruta assistencial – MPOC		
Ruta assistencial – Diabetis <i>mellitus</i> de tipus 2		
Ruta assistencial de la complexitat		

Recull de proveïdors del territori

ATENCIÓ PRIMÀRIA	
Proveïdor 1:	ABS:
Proveïdor 2:	ABS:
Proveïdor 3:	ABS:
Proveïdor 4:	ABS:
Proveïdor 5:	ABS:
Proveïdor 6:	ABS:
Proveïdor 7:	ABS:

HOSPITALS D'AGUTS	
Proveïdor 1:	Nom 1:
Proveïdor 2:	Nom 2:
Proveïdor 3:	Nom 3:
Proveïdor 4:	Nom 4:

CENTRE SOCIOSANITARI PRINCIPAL o REFERENT	
Nom:	Proveïdor:

CENTRE DE SALUT MENTAL PRINCIPAL o REFERENT	
Nom:	Proveïdor:

RESIDÈNCIA PÚBLICA PRINCIPAL o REFERENT	
Nom:	Proveïdor:

3. Treball previ a l'entrevista personal

Abans del dia de l'entrevista cal fer un treball previ tenint en compte la informació recollida amb la trucada telefònica. Així, cal:

1. Fer el dibuix del mapa de situació de les rutes assistencials i de complexitat.
2. Saber el nombre d'exemplars.

3. Posar els codis corresponents a cada exemplar del qüestionari que s'hagi de portar.

3.1. Tipus de qüestionaris

Hi ha sis qüestionaris diferents: un d'extra amb rutes, quatre per a cada una de les malalties i un per a la RAC.

Qüestionari	Apartats	Tasques prèvies
Extra amb rutes	<ul style="list-style-type: none"> • Mapa de situació • Proveïdors • Promoció de la salut (6 preguntes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dibuixar mapa • Posar codi
RA – IC	1 únic apartat amb 11 preguntes	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rutes • Posar codi
RA – Depressió	1 únic apartat amb 11 preguntes	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rutes • Posar codi
RA – MPOC	1 únic apartat amb 11 preguntes	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rutes • Posar codi
RA – Diabetis <i>mellitus</i> de tipus 2	1 únic apartat amb 11 preguntes	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rutes • Posar codi
RAC	<ul style="list-style-type: none"> • Pròpies de la RAC (8 preguntes) • Identificació PCC i MACA (4 preguntes) • Alternatives assistencials (1 pregunta) • Model col·laboratiu (7 preguntes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rutes • Posar codi

3.2. Mapa de situació

Cal fer el dibuix del mapa de situació en funció del nombre de rutes assistencials per a cada malaltia i del nombre de rutes de complexitat. El dibuix es troba a la part del davant del qüestionari extra amb rutes.

Exemple de dibuix:

7 territoris, 7 MPOC, 7 IC, 7 DM, 7 DEP i 1 compartida amb Maresme i 1 RAC compartida amb Maresme

	MAPA DE SITUACIÓ [PE21F1] (rutes redactades i documentades)							Nombre que n'hi hauria d'haver (redactada i documentada)	
Extra amb rutes (1)									
Insuficiència cardíaca (7)								7	
Depressió (7 + Maresme)							Maresme	7	
MPOC (7)								7	
Diabetis <i>mellitus</i> de tipus 2 (7)								7	
RAC (7 + Maresme)								Maresme	1

3.3. Nombre de qüestionaris

En general, se n'haurà d'agafar:

- Extra amb rutes: 1.
- Rutes assistencials: el nombre de qüestionaris variarà en funció de la seva distribució (tants de cada malaltia com diguin que n'hi ha).
- RAC: tants com diguin que n'hi ha.

Seguint l'exemple anterior, se n'haurien d'agafar:

- Extra amb rutes: 1
- IC: 7
- MPOC: 7
- Depressió: 7
- DM2: 7
- RAC: 1

3.4. Codi dels qüestionaris

Tots els qüestionaris s'identifiquen amb un codi propi que es construeix seguint aquest esquema:

tipus de qüestionari + inicials de la persona entrevistada + nombre correlatiu

Qüestionari	CODI del tipus
Extra amb rutes	ER
RA – IC	IC
RA – Depressió	DE
RA – MPOC	MPOC
RA – Diabetis <i>mellitus</i> de tipus 2	DM
RAC	RAC

Seguint l'exemple anterior, els codis serien (suposant que la persona entrevistada es digués Arnau Savall):

Qüestionari	CODI
Extra amb rutes	ERAS1
RA – IC	ICAS1, ICAS2, ICAS3, ICAS4, ICAS5, ICAS6, ICAS7
RA – Depressió	DEAS1, DEAS2, DEAS3, DEAS4, DEAS5, DEAS6, DEAS7
RA – MPOC	MPOCAS1, MPOCAS2, MPOCAS3, MPOCAS4, MPOCAS5, MPOCAS6, MPOCAS7
RA – Diabetis <i>mellitus</i> de tipus 2	DMAS1, DMAS2, DMAS3, DMAS4, DMAS5, DMAS6, DMAS7
RAC	RACAS1

4. Entrevista per recollir les dades

Signatura: cal que **TOTS** els qüestionaris estiguin signats per la persona entrevistada.

Informació de rutes comuna

Si la informació d'una ruta és comuna per a diferents territoris, no cal omplir diferents qüestionaris en el mateix moment de l'entrevista, però sí que cal especificar quins territoris inclou la ruta. Aquesta informació es recull a la primera pàgina dels qüestionaris de les RA i de la RAC.

A l'exemple anterior, això afectaria la DM, on caldria especificar que també inclou Maresme, i la RAC, on caldria especificar que inclou els set territoris i Maresme.

Dubtes amb la resposta

- Quan es detecti que d'una pregunta no se'n sap la resposta cal deixar de preguntar. Aleshores, cal comentar a la persona entrevistada que se li deixaran uns dies perquè busqui la resposta.
- Cal fer seguiment de les preguntes que es quedin sense contestar i, sempre que sigui possible, apuntar les respostes amb la persona entrevistada davant. No es pot signar el qüestionari fins que s'hagin contestat totes les preguntes.
- Quan una segona entrevista cara a cara no sigui possible, cal fer-ne el seguiment telefònic:
 - S'ha d'apuntar la resposta al qüestionari original.
 - Cal escanejar el qüestionari i desar-lo en format PDF (només cal escanejar l'apartat de qüestionari, i en cap cas no s'han d'adjuntar les notes que hi ha en cada qüestionari).
 - Com que tots els qüestionaris han d'anar signats per la persona entrevistada, se li ha d'enviar un correu electrònic que ha de contestar per donar la seva conformitat i en el qual cal adjuntar el qüestionari escanejat. El correu ha de dir el següent:

“Benvolgut/da,

Adjunto a aquest missatge el qüestionari escanejat en PDF que conté totes les respostes tant les que es van recollir el dia de l'entrevista com les que m'heu facilitat posteriorment.

Cal que em respongueu a aquest correu tot donant la vostra conformitat que totes les respostes que hi ha en el qüestionari amb CODI [*posar codi*] són correctes.

Cordialment.”
 - Un cop rebuda la resposta per correu electrònic, cal imprimir-la i grapar-la al darrere del qüestionari que pertoqui.

5. Introducció de les dades recollides

Hi ha tres bases de dades diferents que tenen diverses unitats de resposta:

Bases de dades	Unitat de resposta
Extra amb rutes	Territori
Rutes	Ruta assistencial de cada malaltia diferent a cada territori
RAC	Ruta assistencial de complexitat diferent a cada territori

Territoris amb informació compartida

Tal com s'ha comentat a l'apartat anterior, pot haver-hi informació de les rutes que sigui comuna per a diferents territoris, i aquesta informació no cal omplir-la en el mateix moment de l'entrevista, sinó que només cal apuntar a quins territoris fa referència. Posteriorment a l'entrevista, s'han d'omplir tants qüestionaris com territoris a què faci referència la ruta. Aquests qüestionaris no cal que vagin signats, perquè la persona entrevistada ja haurà signat el qüestionari on consta que la informació que dona fa referència a diversos territoris

Seguint l'exemple anterior:

Qüestionari	Omplir i signar a l'entrevista*	Omplir posteriorment	Nre. qüestionaris per introduir	Codis**
Extra amb rutes	1	0	1	ERAS1
IC	7	0	7	ICAS1, ICAS2, ICAS3, ICAS4, ICAS5, ICAS6, ICAS7
Depressió	7	1	8	DEAS1, DEAS2, DEAS3, DEAS4, DEAS5, DEAS6, DEAS7, DEAS8
MPOC	7	0	7	MPOCAS1, MPOCAS2, MPOCAS3, MPOCAS4, MPOCAS5, MPOCAS6, MPOCAS7
DM2	7	0	7	DMAS1, DMAS2, DMAS3, DMAS4, DMAS5, DMAS6, DMAS7
RAC	1	7	8	RACAS1, RACAS2, RACAS3, RACAS4, RACAS5, RACAS6, RACAS7, RACAS8

* Es correspon amb el nombre d'exemplars agafats.

** En gris, els codis que ja estaven assignats; en negre, els codis dels qüestionaris replicats.

5.1. EXTRA AMB RUTES

Nom	Etiqueta	Categories
Codi	Codi del qüestionari	Cal escriure el text
V_ter	Territori	Cal escriure el text

INFORMACIÓ SOBRE PROVEÏDORS

Nom	Etiqueta	Categories
V_ap1	Proveïdor 1 d'AP	Cal escriure el text
V_ap1_abs	ABS que pertanyen al prov. 1	Cal escriure totes les ABS
V_ap2	Proveïdor 2 d'AP	Cal escriure el text, o deixar-ho en blanc si 1 prov.
V_ap2_abs	ABS que pertanyen al prov. 2	Cal escriure totes les ABS, o deixar-ho en blanc si 1 prov.
V_ap3	Proveïdor 3 d'AP	Cal escriure el text, o deixar-ho en blanc si 2 prov.
V_ap3_abs	ABS que pertanyen al prov. 3	Cal escriure totes les ABS, o deixar-ho en blanc si 2 prov.
V_ap4	Proveïdor 4 d'AP	Cal escriure el text, o deixar-ho en blanc si 3 prov.
V_ap4_abs	ABS que pertanyen al prov. 4	Cal escriure totes les ABS, o deixar-ho en blanc si 3 prov.
V_ap5	Proveïdor 5 d'AP	Cal escriure el text, o deixar-ho en blanc si 4 prov.
V_ap5_abs	ABS que pertanyen al prov. 5	Cal escriure totes les ABS, o deixar-ho en blanc si 4 prov.
V_ap6	Proveïdor 6 d'AP	Cal escriure el text, o deixar-ho en blanc si 5 prov.
V_ap6_abs	ABS que pertanyen al prov. 6	Cal escriure totes les ABS, o deixar-ho en blanc si 5 prov.
V_ap7	Proveïdor 7 d'AP	Cal escriure el text, o deixar-ho en blanc si 6 prov.
V_ap7_abs	ABS que pertanyen al prov. 7	Cal escriure totes les ABS, o deixar-ho en blanc si 6 prov.
V_ha1	Proveïdor 1 d'hospital d'aguts	Cal escriure el text
V_ha1_nom	Hosp. que pertanyen al prov. 1	Cal escriure el nom dels hospitals
V_ha2	Proveïdor 2 d'hospital d'aguts	Cal escriure el text, o deixar-ho en blanc si 1 prov.
V_ha2_nom	Hosp. que pertanyen al prov. 2	Cal escriure el nom dels hosp., o deixar-ho en blanc si 1 prov.
V_ha3	Proveïdor 3 d'hospital d'aguts	Cal escriure el text, o deixar-ho en blanc si 2 prov.
V_ha3_nom	Hosp. que pertanyen al prov. 3	Cal escriure el nom dels hosp., o deixar-ho en blanc si 2 prov.
V_ha4	Proveïdor 4 d'hospital d'aguts	Cal escriure el text, o deixar-ho en blanc si 3 prov.
V_ha4_nom	Hosp. que pertanyen al prov. 4	Cal escriure el nom dels hosp., o deixar-ho en blanc si 3 prov.
V_ss_nom	Nom del sociosanitari pral.	Cal escriure el nom del centre sociosanitari
V_ss_prov	Nom del proveïdor del SS pral.	Cal escriure el nom del proveïdor del SS principal
V_sm_nom	Nom del centre de SM pral.	Cal escriure el nom del centre de salut mental

V_sm_prov	Nom del proveïdor del SM pral.	Cal escriure el nom del proveïdor del SM principal
V_res_nom	Nom de la residència pral.	Cal escriure el nom de la residència principal
V_res_prov	Nom del proveïdor de la res.	Cal escriure el nom del proveïdor de la res. principal

PROGRAMES DE PREVENCIÓ I PROMOCIÓ
--

Nom	Etiqueta					
V1_AS	Existència de programa específic d'alimentació saludable <table border="1"> <tr><td>0. NO</td></tr> <tr><td>1. Sí</td></tr> <tr><td>8. No ho sap</td></tr> <tr><td>9. No contesta</td></tr> </table>	0. NO	1. Sí	8. No ho sap	9. No contesta	
0. NO						
1. Sí						
8. No ho sap						
9. No contesta						
V1_EF	Existència de programa específic d'exercici físic <table border="1"> <tr><td>0. NO</td></tr> <tr><td>1. Sí</td></tr> <tr><td>8. No ho sap</td></tr> <tr><td>9. No contesta</td></tr> </table>	0. NO	1. Sí	8. No ho sap	9. No contesta	
0. NO						
1. Sí						
8. No ho sap						
9. No contesta						
V1_TA	Existència de programa específic de tabaquisme <table border="1"> <tr><td>0. NO</td></tr> <tr><td>1. Sí</td></tr> <tr><td>8. No ho sap</td></tr> <tr><td>9. No contesta</td></tr> </table>	0. NO	1. Sí	8. No ho sap	9. No contesta	
0. NO						
1. Sí						
8. No ho sap						
9. No contesta						
V2_AS	La línia 2.2 ha facilitat el disseny o la reformulació del Programa d'alimentació saludable <table border="1"> <tr><td>0. NO</td></tr> <tr><td>1. Sí</td></tr> <tr><td>8. No ho sap</td></tr> <tr><td>9. No contesta</td></tr> <tr><td>99. No es disposa del programa</td></tr> </table>	0. NO	1. Sí	8. No ho sap	9. No contesta	99. No es disposa del programa
0. NO						
1. Sí						
8. No ho sap						
9. No contesta						
99. No es disposa del programa						
V2_EF	La línia 2.2 ha facilitat el disseny o la reformulació del Programa d'exercici físic <table border="1"> <tr><td>0. NO</td></tr> <tr><td>1. Sí</td></tr> <tr><td>8. No ho sap</td></tr> <tr><td>9. No contesta</td></tr> <tr><td>99. No es disposa del programa</td></tr> </table>	0. NO	1. Sí	8. No ho sap	9. No contesta	99. No es disposa del programa
0. NO						
1. Sí						
8. No ho sap						
9. No contesta						
99. No es disposa del programa						
V2_TA	La línia 2.2 ha facilitat el disseny o la reformulació del Programa de tabaquisme <table border="1"> <tr><td>0. NO</td></tr> <tr><td>1. Sí</td></tr> <tr><td>8. No ho sap</td></tr> <tr><td>9. No contesta</td></tr> <tr><td>99. No es disposa del programa</td></tr> </table>	0. NO	1. Sí	8. No ho sap	9. No contesta	99. No es disposa del programa
0. NO						
1. Sí						
8. No ho sap						
9. No contesta						
99. No es disposa del programa						
V3_AS	L'atenció primària ha participat en el disseny o la reformulació del Programa d'alimentació saludable <table border="1"> <tr><td>0. NO</td></tr> <tr><td>1. Sí</td></tr> </table>	0. NO	1. Sí			
0. NO						
1. Sí						

8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa del programa

V3_EF L'atenció primària ha participat en el disseny o la reformulació del Programa d'exercici físic

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa del programa

V3_TA L'atenció primària ha participat en el disseny o la reformulació del Programa de tabaquisme

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa del programa

V4_AS Implementació del Programa d'alimentació saludable coordinada amb atenció primària

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa del programa

V4_EF Implementació del Programa d'exercici físic coordinada amb atenció primària

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa del programa

V4_TA Implementació del Programa de tabaquisme coordinada amb atenció primària

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa del programa

V5_AS El Programa d'alimentació saludable ha estat avaluat

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa del programa

V5_EF El Programa d'exercici físic ha estat avaluat

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa del programa

V5_TA El Programa de tabaquisme ha estat avaluat

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa del programa

V6_AS Atenció primària ha estat part activa de l'avaluació del Programa d'alimentació saludable

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa del programa
999. No ha estat avaluat

V6_EF Atenció primària ha estat part activa de l'avaluació del Programa d'exercici físic

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa del programa
999. No ha estat avaluat

V6_TA Atenció primària ha estat part activa de l'avaluació del Programa de tabaquisme

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa del programa
999. No ha estat avaluat

5.2. RUTES ASSISTENCIALS

Nom	Etiqueta						
Codi	Codi del qüestionari <table border="1"> <tr> <td>Cal escriure el codi</td> </tr> </table>	Cal escriure el codi					
Cal escriure el codi							
Malaltia	Malaltia a la qual fa referència la ruta assistencial redactada i documentada <table border="1"> <tr> <td>1. IC</td> </tr> <tr> <td>2. Depressió</td> </tr> <tr> <td>3. MPOC</td> </tr> <tr> <td>4. DM2</td> </tr> </table>	1. IC	2. Depressió	3. MPOC	4. DM2		
1. IC							
2. Depressió							
3. MPOC							
4. DM2							
Territori	Territori a què fa referència la ruta assistencial redactada i documentada <table border="1"> <tr> <td>Cal escriure les accions concretes</td> </tr> </table>	Cal escriure les accions concretes					
Cal escriure les accions concretes							
V8_AP	Nombre de proveïdors d'atenció primària en el grup redactor de la RA <table border="1"> <tr> <td>0. Cap</td> </tr> <tr> <td>Cal posar un número de l'1 al 7</td> </tr> <tr> <td>7. Tots</td> </tr> <tr> <td>8. No ho sap</td> </tr> <tr> <td>9. No contesta</td> </tr> <tr> <td>99. No es disposa de la ruta</td> </tr> </table>	0. Cap	Cal posar un número de l'1 al 7	7. Tots	8. No ho sap	9. No contesta	99. No es disposa de la ruta
0. Cap							
Cal posar un número de l'1 al 7							
7. Tots							
8. No ho sap							
9. No contesta							
99. No es disposa de la ruta							
V8_HA	Nombre de proveïdors d'hospitals d'aguts en el grup redactor de la RA <table border="1"> <tr> <td>0. Cap</td> </tr> <tr> <td>Cal posar un número de l'1 al 4</td> </tr> <tr> <td>7. Tots</td> </tr> <tr> <td>8. No ho sap</td> </tr> <tr> <td>9. No contesta</td> </tr> <tr> <td>99. No es disposa de la ruta</td> </tr> </table>	0. Cap	Cal posar un número de l'1 al 4	7. Tots	8. No ho sap	9. No contesta	99. No es disposa de la ruta
0. Cap							
Cal posar un número de l'1 al 4							
7. Tots							
8. No ho sap							
9. No contesta							
99. No es disposa de la ruta							
V8_061	061 en el grup redactor de la RA <table border="1"> <tr> <td>0. NO</td> </tr> <tr> <td>1. SÍ</td> </tr> <tr> <td>8. No ho sap</td> </tr> <tr> <td>9. No contesta</td> </tr> <tr> <td>99. No es disposa de la ruta</td> </tr> </table>	0. NO	1. SÍ	8. No ho sap	9. No contesta	99. No es disposa de la ruta	
0. NO							
1. SÍ							
8. No ho sap							
9. No contesta							
99. No es disposa de la ruta							
V8_RES	Residència pública referent en el grup redactor de la RA <table border="1"> <tr> <td>0. NO</td> </tr> <tr> <td>1. SÍ</td> </tr> <tr> <td>8. No ho sap</td> </tr> <tr> <td>9. No contesta</td> </tr> <tr> <td>99. No es disposa de la ruta</td> </tr> </table>	0. NO	1. SÍ	8. No ho sap	9. No contesta	99. No es disposa de la ruta	
0. NO							
1. SÍ							
8. No ho sap							
9. No contesta							
99. No es disposa de la ruta							
V8_SS	Centre sociosanitari referent en el grup redactor de la RA						

0. NO
1. Sí
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta

V9 Líders clínics amb formació sobre el disseny de la RA

0. NO
1. Sí
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta

V10 La RA es basa en GPC consensuades

0. NO
1. Sí
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta

V11 La RA té en compte els ECP difosos pel PPAC

0. NO
1. Sí
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta

V12 La RA inclou i explicita un paquet d'indicadors

0. NO
1. Sí
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta

V13 El paquet d'indicadors de la RA es va incloure

1. Era un paquet del qual ja es disposava d'abans de la redacció de la ruta
2. En el procés de disseny (durant la redacció de la ruta assistencial)
3. <i>A posteriori</i>
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta
999. La RA no inclou un paquet d'indicadors

V14 La finalitat del paquet d'indicadors de la RA és

1. Com a quadre de comandament (monitoratge)
2. Com a avaluació d'impacte de la ruta

3. Ambdós 1+2
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta
999. La RA no inclou un paquet d'indicadors

V15 S'han obtingut resultats del paquet d'indicadors de la RA

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta
999. La RA no inclou un paquet d'indicadors

V16 S'han tramès els resultats als professionals de la RA

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta
999. La RA no inclou un paquet d'indicadors
9999. No s'han obtingut resultats del paquet d'indicadors

V17 Puntuació del grau d'implementació de la RA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta

V18 Accions concretes d'implementació la RA d'insuficiència cardíaca

Cal escriure les accions concretes

5.3. RAC

Nom

Etiqueta

Codi

Codi del qüestionari

Cal escriure el codi

Territori

Territori a què fa referència la RAC redactada i documentada.

Cal escriure les accions concretes

V19_PCC

Existeix un document on es descriu la RAC per a PCC

0. NO
1. SÍ
8. No ho sap

9. No contesta

V19_MACA Existeix un document on es descriu la RAC per a MACA

0. NO

1. Sí

8. No ho sap

9. No contesta

V20_AP Nombre de proveïdors d'atenció primària en el grup redactor de la RAC

0. Cap

Cal posar un número de l'1 al 7

7. Tots

8. No ho sap

9. No contesta

99. No es disposa de la RAC

V20_HA Nombre de proveïdors d'hospitals d'aguts en el grup redactor de la RAC

0. Cap

Cal posar un número de l'1 al 4

4. Tots

8. No ho sap

9. No contesta

99. No es disposa de la RAC

V20_061 061 en el grup redactor de la RAC

0. NO

1. Sí

8. No ho sap

9. No contesta

99. No es disposa de la RAC

V20_RES Residència pública referent en el grup redactor de la RAC

0. NO

1. Sí

8. No ho sap

9. No contesta

99. No es disposa de la RAC

V20_SS Centre sociosanitari referent en el grup redactor de la RAC

0. NO

1. Sí

8. No ho sap

9. No contesta

99. No es disposa de la RAC

V20_SSLOC Serveis socials del món local referent en el grup redactor de la RAC

0. NO
1. Sí
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la RAC

V21_0 Puntuació de l'existència d'experiències prèvies (protocol previ)

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta

V21_1 Puntuació del desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC en el disseny de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta

V21_2 Puntuació del desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció primària en el disseny de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta

V21_3 Puntuació del desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció especialitzada en el disseny de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta

V21_4 Puntuació del contracte de CatSalut amb les organitzacions en el disseny de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta

V21_5 Puntuació de les polítiques d'incentius i DPO en el disseny de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta

V21_6 Puntuació de la documentació generada des del PPAC en el disseny de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10

	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No es disposa de la ruta
V21_7	Puntuació del posicionament del CatSalut (serveis matrius i territorials) a favor del projecte en el disseny de la RAC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No es disposa de la ruta
V21_8	Puntuació de l'alineament favorable de les direccions de les entitats proveïdores en el disseny de la RAC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No es disposa de la ruta
V21_9	Puntuació de la dinàmica general creada pel Pla de salut en el disseny de la RAC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No es disposa de la ruta
V21_10	Puntuació del suport directe des del PPAC en el disseny de la RAC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No es disposa de la ruta
V21_11	Puntuació de la influència dels lideratges professionals locals en el disseny de la RAC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No es disposa de la ruta
V21_12	Puntuació de la influència dels antilideratges professionals locals en el disseny de la RAC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No es disposa de la ruta
V21_13	Puntuació de disposar de referents en complexitat en els equips assistencials en el disseny de la RAC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap

	99. No contesta
	999. No es disposa de la ruta
V21_14	Puntuació dels canvis interns en el funcionament dels equips assistencials en el disseny de la RAC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No es disposa de la ruta
V21_15	Puntuació de l'entesa entre els líders clínics del territori en el disseny de la RAC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No es disposa de la ruta
V21_16	Puntuació de la implicació dels serveis socials territorials en el disseny de la RAC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No es disposa de la ruta
V21_17t	Altres factors del disseny de la RAC
	Cal escriure els altres factors
V21_17	Puntuació d'altres factors en el disseny de la RAC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No hi ha altres factors
	99. No contesta la puntuació
	999. No es disposa de la ruta
V22_1	Primer factor de la llista de V21
	Cal escriure el número del 0 al 17 que s'ha posat en primera posició
	99. No contesta la puntuació
	999. No es disposa de la ruta
V22_2	Segon factor de la llista de V21
	Cal escriure el número del 0 al 17 que s'ha posat en segona posició
	99. No contesta la puntuació
	999. No es disposa de la ruta
V22_3	Tercer factor de la llista de V21
	Cal escriure el número del 0 al 17 que s'ha posat en tercera posició
	99. No contesta la puntuació
	999. No es disposa de la ruta

V22_4 Quart factor de la llista de V21

Cal escriure el número del 0 al 17 que s'ha posat en quarta posició
99. No contesta la puntuació
999. No es disposa de la ruta

V22_5 Cinquè factor de la llista de V21

Cal escriure el número del 0 al 17 que s'ha posat en cinquena posició
99. No contesta la puntuació
999. No es disposa de la ruta

V23 Puntuació del grau d'implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta

V24_1 Puntuació de l'atenció 7 × 24 en la implementació la RAC

Cal posar una puntuació de l'1 al 5
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta
999. No està implementada

V24_2 Puntuació de la política de gestió de casos amb visió territorial en la implementació la RAC

Cal posar una puntuació de l'1 al 5
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta
999. No està implementada

V24_3 Puntuació de l'atenció a les transicions en la implementació la RAC

Cal posar una puntuació de l'1 al 5
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta
999. No està implementada

V24_4 Puntuació dels dispositius de comunicació o missatgeria segura entre professionals en la implementació la RAC

Cal posar una puntuació de l'1 al 5
8. No ho sap
9. No contesta
99. No es disposa de la ruta

999. No està implementada

V24_5 Puntuació dels projectes de col·laboració amb serveis socials en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació de l'1 al 5

8. No ho sap

9. No contesta

99. No es disposa de la ruta

999. No està implementada

V24_6 Puntuació de l'atenció al final de vida en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació de l'1 al 5

8. No ho sap

9. No contesta

99. No es disposa de la ruta

999. No està implementada

V24_7 Puntuació del pla de comunicació i difusió de la RAC en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació de l'1 al 5

8. No ho sap

9. No contesta

99. No es disposa de la ruta

999. No està implementada

V24_8 Puntuació del pla de formació *ad hoc* de la RAC en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació de l'1 al 5

8. No ho sap

9. No contesta

99. No es disposa de la ruta

999. No està implementada

V25_0 Puntuació de l'existència d'experiències prèvies (protocol previ)

Cal posar una puntuació del 0 al 10

88. No ho sap

99. No contesta

999. No es disposa de la ruta

9999. No està implementada

V25_1 Puntuació del desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10

88. No ho sap

99. No contesta

999. No es disposa de la ruta

9999. No està implementada

V25_2 Puntuació del desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció primària en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_3 Puntuació del desenvolupament de noves utilitats a les HC d'atenció especialitzada en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_4 Puntuació del contracte de CatSalut amb les organitzacions en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_5 Puntuació de les polítiques d'incentius i DPO en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_6 Puntuació de la documentació generada des del PPAC en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_7 Puntuació de la RAC redactada en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_8 Puntuació de l'estratègia de difusió de la RAC en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_9 Puntuació d'estratègies de formació als professionals en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_10 Puntuació del posicionament del CatSalut (serveis matrius i territorials) a favor del projecte en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_11 Puntuació de la dinàmica general creada pel Pla de salut en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_12 Puntuació del suport directe des del PPAC en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_13 Puntuació de la influència dels lideratges professionals locals en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_14 Puntuació de la influència dels antilideratges professionals locals en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap

99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_15 Puntuació de disposar de referents en complexitat en els equips assistencials en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_16 Puntuació dels canvis interns en el funcionament dels equips assistencials en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_17 Puntuació de l'entesa entre els líders clínics del territori en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_18 Puntuació de la implicació dels serveis socials territorials en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_19 Puntuació de la retroacció generada a partir dels resultats de cobertura en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V25_20t Altres factors

Cal escriure els altres factors

V25_20 Puntuació d'altres factors en la implementació de la RAC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V26_1 Primer factor de la llista de V25

Cal escriure el número del 0 al 20 que s'ha posat en primera posició
99. No contesta la puntuació
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V26_2 Segon factor de la llista de V25

Cal escriure el número del 0 al 20 que s'ha posat en segona posició
99. No contesta la puntuació
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V26_3 Tercer factor de la llista de V25

Cal escriure el número del 0 al 20 que s'ha posat en tercera posició
99. No contesta la puntuació
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V26_4 Quart factor de la llista de V25

Cal escriure el número del 0 al 20 que s'ha posat en quarta posició
99. No contesta la puntuació
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

V26_5 Cinquè factor de la llista de V25

Cal escriure el número del 0 al 20 que s'ha posat en cinquena posició
99. No contesta la puntuació
999. No es disposa de la ruta
9999. No està implementada

Gestió dels PCC i els MACA

V27_0 Puntuació d'experiències prèvies en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_1 Puntuació del desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_2 Puntuació del desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció primària en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_3 Puntuació del desenvolupament de noves utilitats a les HC d'atenció especialitzada en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_4 Puntuació del contracte de CatSalut amb les organitzacions en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_5 Puntuació de les polítiques d'incentius i DPO en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_6 Puntuació de la documentació generada des del PPAC en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_7 Puntuació de la RAC redactada en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_8 Puntuació de l'estratègia de difusió de la RAC en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_9 Puntuació d'estratègies de formació als professionals en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_10 Puntuació del posicionament del CatSalut (serveis matrius i territorials) a favor del projecte en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_11 Puntuació de l'alineament favorable de les direccions de les entitats proveïdores en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_12 Puntuació de la dinàmica general creada pel Pla de salut en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_13 Puntuació del suport directe des del PPAC en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_14 Puntuació de la influència dels lideratges professionals locals en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_15 Puntuació de la influència dels antilideratges professionals locals en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_16 Puntuació del fet de disposar de referents en complexitat en els equips assistencials en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_17 Puntuació dels canvis interns en el funcionament dels equips assistencials en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_18 Puntuació de l'entesa entre els líders clínics del territori en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_19 Puntuació de la implicació dels serveis socials territorials en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_20 Puntuació de la retroacció generada a partir dels resultats de cobertura en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No s'identifiquen PCC-MACA

V27_21t Altres factors

Cal escriure els altres factors

V27_21 Puntuació d'altres factors en la identificació dels PCC-MACA

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No hi ha altres factors

		99. No contesta la puntuació
		999. No s'identifiquen PCC-MACA
V28_1	Primer factor de la llista de V27	
		Cal escriure el número del 0 al 21 que s'ha posat en primera posició
		99. No contesta la puntuació
		999. No s'identifiquen PCC-MACA
V28_2	Segon factor de la llista de V27	
		Cal escriure el número del 0 al 21 que s'ha posat en segona posició
		99. No contesta la puntuació
		999. No s'identifiquen PCC-MACA
V28_3	Tercer factor de la llista de V27	
		Cal escriure el número del 0 al 21 que s'ha posat en tercera posició
		99. No contesta la puntuació
		999. No s'identifiquen PCC-MACA
V28_4	Quart factor de la llista de V27	
		Cal escriure el número del 0 al 21 que s'ha posat en quarta posició
		99. No contesta la puntuació
		999. No s'identifiquen PCC-MACA
V28_5	Cinquè factor de la llista de V27	
		Cal escriure el número del 0 al 21 que s'ha posat en cinquena posició
		99. No contesta la puntuació
		999. No s'identifiquen PCC-MACA
V29_0	Puntuació de l'experiència prèvia en els PIIC	
		Cal posar una puntuació del 0 al 10
		88. No ho sap
		99. No contesta
		999. No hi ha PIIC
V29_1	Puntuació del desenvolupament de noves utilitats a l'HCCC en els PIIC	
		Cal posar una puntuació del 0 al 10
		88. No ho sap
		99. No contesta
		999. No hi ha PIIC
V29_2	Puntuació del desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció primària en els PIIC	
		Cal posar una puntuació del 0 al 10
		88. No ho sap
		99. No contesta

	999. No hi ha PIIC
V29_3	Puntuació del desenvolupament de noves utilitats a les històries clíniques d'atenció especialitzada en els PIIC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No hi ha PIIC
V29_4	Puntuació del contracte de CatSalut amb les organitzacions en els PIIC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No hi ha PIIC
V29_5	Puntuació de les polítiques d'incentius i DPO en els PIIC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No hi ha PIIC
V29_6	Puntuació de la documentació generada des del PPAC en els PIIC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No hi ha PIIC
V29_7	Puntuació de la RAC redactada en els PIIC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No hi ha PIIC
V29_8	Puntuació de l'estratègia de difusió de la RAC en els PIIC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No hi ha PIIC
V29_9	Puntuació d'estratègies de formació als professionals en els PIIC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No hi ha PIIC
V29_10	Puntuació del posicionament del CatSalut (serveis matrius i territorials) a favor del

projecte en els PIIC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No hi ha PIIC

V29_11 Puntuació de l'alineament de les direccions de les entitats proveïdores en els PIIC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No hi ha PIIC

V29_12 Puntuació de la dinàmica general creada pel Pla de salut en els PIIC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No hi ha PIIC

V29_13 Puntuació del suport directe des del PPAC en els PIIC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No hi ha PIIC

V29_14 Puntuació de la influència dels lideratges professionals locals en els PIIC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No hi ha PIIC

V29_15 Puntuació de la influència dels antilideratges professionals locals en els PIIC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No hi ha PIIC

V29_16 Puntuació del fet de disposar de referents en complexitat en els equips assistencials en els PIIC

Cal posar una puntuació del 0 al 10
88. No ho sap
99. No contesta
999. No hi ha PIIC

V29_17 Puntuació dels canvis interns en el funcionament dels equips assistencials en els PIIC

Cal posar una puntuació del 0 al 10

	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No hi ha PIIC
V29_18	Puntuació de l'entesa entre els líders clínics del territori en els PIIC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No hi ha PIIC
V29_19	Puntuació de la implicació dels serveis socials territorials en els PIIC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No hi ha PIIC
V29_20	Puntuació de la retroacció generada a partir dels resultats de cobertura en els PIIC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No ho sap
	99. No contesta
	999. No hi ha PIIC
V29_21t	Altres factors
	Cal escriure els altres factors
V29_21	Puntuació d'altres factors en els PIIC
	Cal posar una puntuació del 0 al 10
	88. No hi ha altres factors
	99. No contesta la puntuació
	999. No hi ha PIIC
V30_1	Primer factor de la llista de V29
	Cal escriure el número del 0 al 21 que s'ha posat en primera posició
	99. No contesta la puntuació
	999. No hi ha PIIC
V30_2	Segon factor de la llista de V29
	Cal escriure el número del 0 al 21 que s'ha posat en segona posició
	99. No contesta la puntuació
	999. No hi ha PIIC
V30_3	Tercer factor de la llista de V29
	Cal escriure el número del 0 al 21 que s'ha posat en tercera posició
	99. No contesta la puntuació
	999. No hi ha PIIC

V30_4 Quart factor de la llista de V29

Cal escriure el número del 0 al 21 que s'ha posat en quarta posició
99. No contesta la puntuació
999. No hi ha PIIC

V30_5 Cinquè factor de la llista de V29

Cal escriure el número del 0 al 21 que s'ha posat en cinquena posició
99. No contesta la puntuació
999. No hi ha PIIC

Desenvolupament i implementació d'alternatives assistencials a l'hospitalització convencional (línia 2.4 del Pla de salut)

V31_1 Es disposa d'unitats de subaguts orientades a millorar l'atenció a la cronicitat

0. No existeix
1. Existència prèvia, no s'han produït canvis
2. Existència prèvia, però s'han produït canvis arran del PPAC
3. Existència com a conseqüència del PPAC
8. No ho sap
9. No contesta

V31_2 Es disposa d'unitats de postaguts orientades a millorar l'atenció a la cronicitat

0. No existeix
1. Existència prèvia, no s'han produït canvis
2. Existència prèvia, però s'han produït canvis arran del PPAC
3. Existència com a conseqüència del PPAC
8. No ho sap
9. No contesta

V31_3 Es disposa d'hospital de dia per a pacients amb complexitat

0. No existeix
1. Existència prèvia, no s'han produït canvis
2. Existència prèvia, però s'han produït canvis arran del PPAC
3. Existència com a conseqüència del PPAC
8. No ho sap
9. No contesta

V31_4 Es disposa d'unitats expertes de suport a l'atenció primària per a la complexitat

0. No existeix
1. Existència prèvia, no s'han produït canvis
2. Existència prèvia, però s'han produït canvis arran del PPAC
3. Existència com a conseqüència del PPAC
8. No ho sap

9. No contesta

V31_5t Altres alternatives

Cal escriure les altres alternatives

V31_5 Es disposa d'altres unitats

1. Existència prèvia, no s'han produït canvis
2. Existència prèvia, però s'han produït canvis arran del PPAC
3. Existència com a conseqüència del PPAC
8. No ho sap
9. No contesta

Model col·laboratiu entre els serveis sanitaris i els serveis socials
--

V32 S'ha dissenyat un model col·laboratiu entre aquests dos serveis

0. NO
1. Sí
8. No ho sap
9. No contesta

V33 S'ha iniciat la implementació d'aquest model col·laboratiu

0. NO
1. Sí
8. No ho sap
9. No contesta
99. No existeix un model col·laboratiu

V34 Accions concretes que s'han realitzat per a la implementació del model col·laboratiu

Cal escriure les accions

V35 Es disposa d'un document on s'hagin establert les bases per compartir informació d'interès entre els dos serveis

0. NO
1. Sí
8. No ho sap
9. No contesta

V36 S'han definit indicadors transversals i comuns entre els dos serveis

0. NO
1. Sí
8. No ho sap
9. No contesta

V37 Indicadors transversals que s'han definit

Cal escriure les accions

V38

Existeix un pacte explícit i documentat sobre com compartir la informació per incloure al PIIC per part dels diferents agents dels dos serveis

0. NO
1. Sí
8. No ho sap
9. No contesta

Annex 9. Resultats provisionals de la implementació el 2013

L'any 2013 es va realitzar una enquesta a les unitats territorials de salut (UTR) en la qual es preguntava sobre el grau d'implantació de cadascun dels projectes estratègics. L'enquesta va ser dissenyada pels professionals del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i la van contestar les 39 UTR. A continuació es mostren els principals resultats per a cada un dels projectes estratègics.

Projecte estratègic 2.1

A continuació es presenten els resultats per a les quatre malalties que s'havien prioritzat com les primeres per començar a implantar el programa.

Percentatge de compliment segons les quatre malalties prioritzades

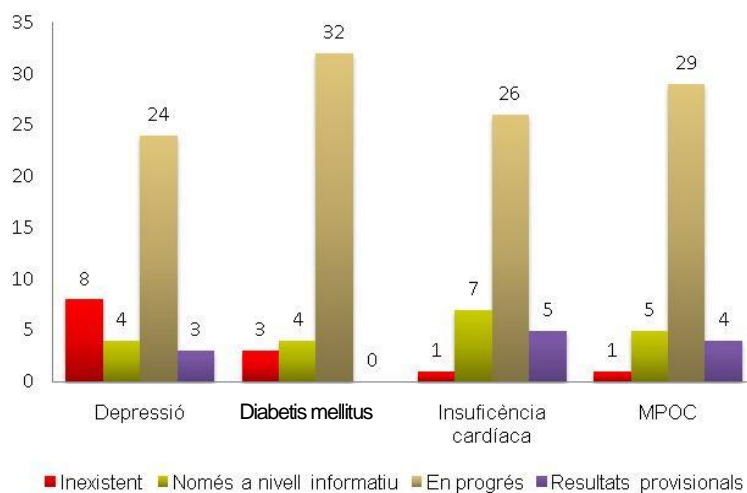
<i>n</i> = 39 UTR	Depressió % (<i>n</i>)	Diabetis mellitus % (<i>n</i>)	Insuficiència cardíaca % (<i>n</i>)	MPOC % (<i>n</i>)
Al territori s'ha redactat la ruta assistencial?	84,6 (33)	100 (39)	100 (39)	100 (39)
El 2013 s'ha fet alguna reunió del grup redactor?	97,4 (38)	94,9 (37)	92,3 (36)	94,9 (37)
Després de la redacció de la ruta, s'ha presentat directament als professionals dels serveis?	61,5 (24)	89,7 (35)	92,3 (36)	92,3 (36)
Després de la redacció de la ruta, s'ha presentat directament als professionals dels serveis especialitzats relacionats?	59,0 (23)	71,8 (28)	89,7 (35)	89,7 (35)

Depressió: tres i nou UTR no van contestar les dues últimes preguntes, respectivament.

Diabetis *mellitus*, insuficiència cardíaca i MPOC: tres UTR no van contestar les dues últimes preguntes.

Tant la ruta de la insuficiència cardíaca com la de l'MPOC ja estaven plenament implantades l'any 2013. La ruta amb un nivell d'implantació menor va ser la de la depressió.

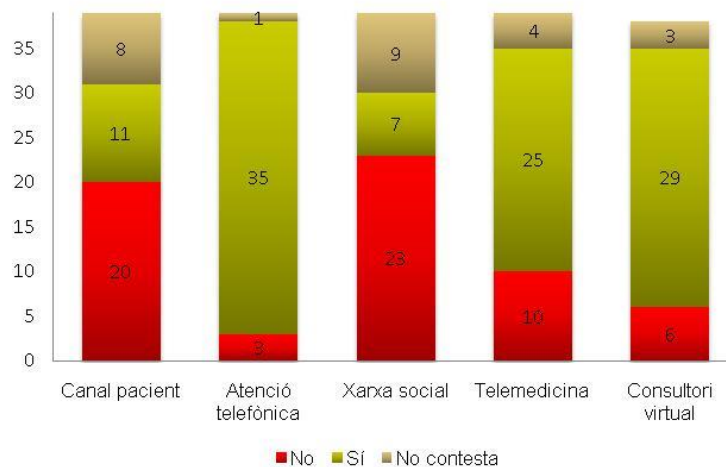
Opinió sobre el grau d'implementació real de la ruta segons les quatre malalties prioritzades



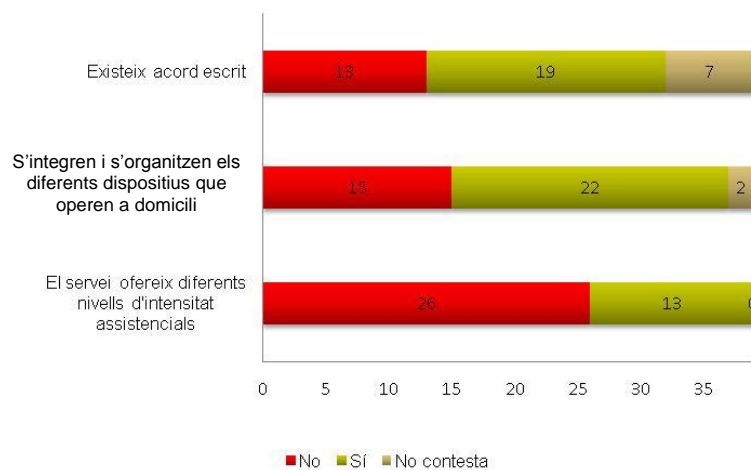
Projecte estratègic 2.3

Es va preguntar sobre l'autoresponsabilització i, concretament, sobre quines plataformes específiques de model d'atenció no presencial s'havien implantat.

La gran majoria d'UTR (89,7%) tenen atenció telefònica, consulta virtual entre professionals (74,4%) i telemedicina (64,1%). I prop d'un 20% tenen canal pacient o xarxes socials.

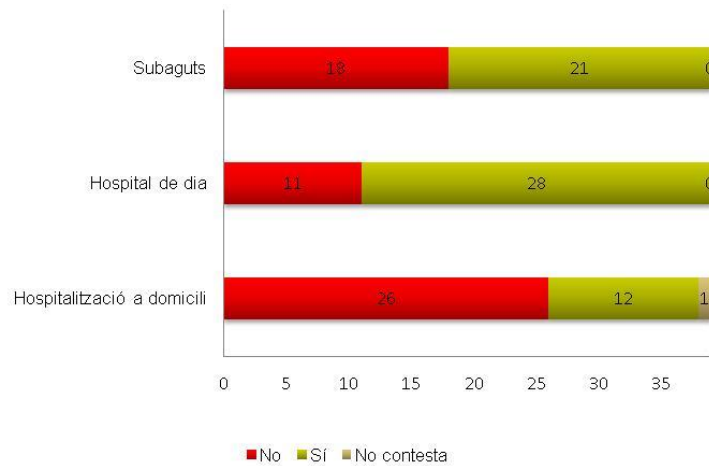
Plataformes implantades de model no presencial**Projecte estratègic 2.4**

Es va preguntar sobre l'existència de tres alternatives assistencials: servei d'atenció domiciliària integrat al territori, desenvolupament d'alternatives assistencials i desenvolupament de canvis de model i/o organitzatius a l'hospital orientats a millorar l'atenció a la cronicitat territorial. A continuació es mostren els resultats de cada una.

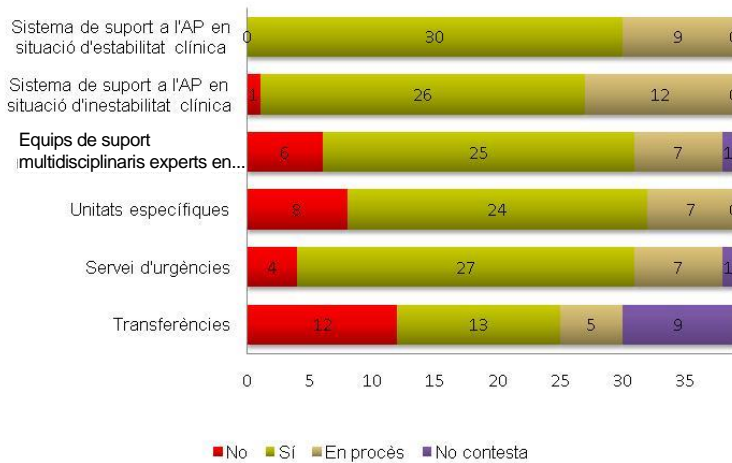
Servei d'atenció domiciliària integrat al territori

També es va preguntar l'opinió sobre el grau d'implementació real del servei i es va obtenir que en setze de 39 de les UTR creien que era inexistent; en onze, que la implementació estava en progrés, i en quatre, que només ho estava a nivell informatiu. En cinc UTR es disposava ja de resultats provisionals i en tres UTR no van donar la seva opinió.

Integració i organització dels diferents dispositius

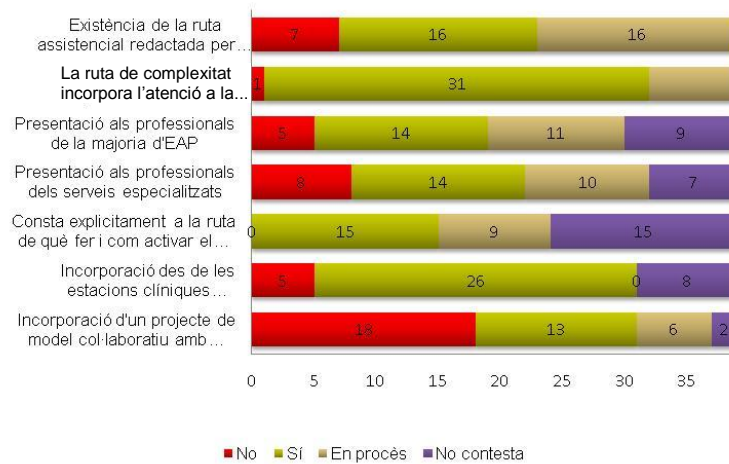


Canvis organitzatius a l'hospital orientats a millorar la cronicitat



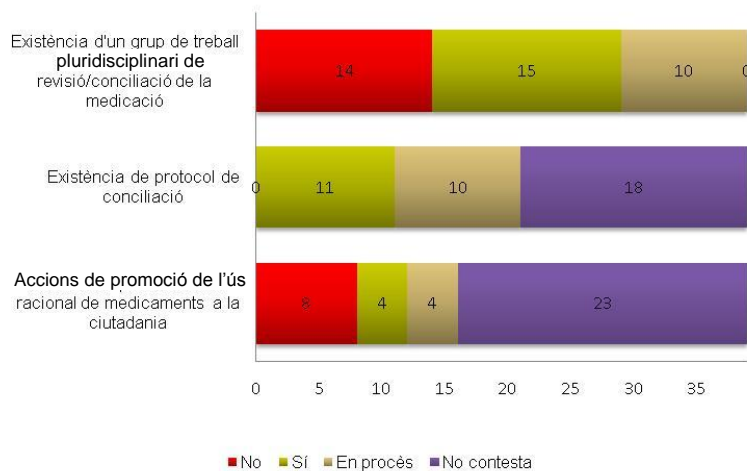
Projecte estratègic 2.5

També es va preguntar l'opinió sobre el grau d'implementació real de la ruta i es va obtenir que en vuit de 39 de les UTR creuen que és inexistent; en divuit, que la implementació estava en progrés, i en dues, que només ho estava a nivell informatiu. En quatre UTR ja es disposava de resultats provisionals i set UTR no van donar la seva opinió.



Projecte estratègic 2.6

També sobre el nombre de PCC-MACA identificats, revisats i conciliats, així com aquells que van estar donats d'alta als hospitals i als centres sociosanitaris. A continuació es mostren els resultats de cada un segons les UTR. El que més crida l'atenció és l'elevat grau de no resposta.



Nombre de PCC i MACA identificats, revisats i conciliats segons la UTR

n = 39 UTR	Identificats	Revisats	Conciliats	Donats d'alta
No resposta	29 (74,4%)	35 (89,7%)	35 (89,7%)	37 (94,9%)
Baix Montseny	205			
Baix Vallès	1.523			
Barcelonès Nord-Baix Maresme	855	507	298	153
Maresme	1.536			
Vallès Occidental Est	1.402			
Vallès Occidental Oest	2.285	1.036	821	593
Vallès Occidental Central	1.565			
Alt Penedès	331	331	331	
Baix Llobregat Nord	170	165	98	
Garraf	251			
Total	10.123	2.039	1.548	746

Annex 10. Criteri/variable de segmentació dels grups de discussió (EAP urbans i EAP rurals). Criteri de municipis rurals/urbans (SISAP_ICS)

S'adopten per definició els criteris assenyalats en l'estudi de Domínguez *et al.* (2010) i utilitzats en la gestió i l'avaluació de dades del Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP) de l'Institut Català de la Salut a l'hora de catalogar com a urbans o rurals els municipis als quals dona servei cada EAP. Els criteris específics que determinen si un municipi és urbà serien:

- Més de 10.000 habitants.
- Una densitat de població > 150 h./km².

A partir d'això, s'ha observat la relació entre les àrees bàsiques de salut (ABS) i els seus municipis. Així:

- Si tots els municipis d'una ABS són rurals, l'ABS s'ha classificat com a rural.
- Si tots els municipis d'una ABS són urbans, l'ABS s'ha classificat com a urbana.
- Si hi ha discrepància entre els municipis s'han aplicat els criteris següents per considerar l'ABS com a urbana:
 - Que la suma de la població de la part proporcional de les localitats que componen l'ABS sigui superior a $0,85 * (10.000 * \text{nombre de municipis de l'ABS})$.
 - Que la densitat de població de l'ABS (calculada com la suma d'habitants dels municipis que la componen dividit per la suma de km² dels municipis) sigui més gran de $0,85 * 150$ h./km².

Annex 11. EAP de Catalunya participants en els grups de discussió (EAP urbans i rurals)

GRUP			
EAP	ENTITAT	PERFIL	SEXE
EAP BARCELONA 3H CAP LA MARINA	ICS	INF	D
EAP BARCELONA 9E BON PASTOR	ICS	TS	D
EAP BARCELONA 3G NUMÀNCIA	ICS	INF	D
EAP TARRAGONA 5 - SANT PERE I SANT PAU	ICS	MF	D
EAP TARRAGONA 8 MURALLES	EBA MURALLES SALUT	INF	D
EAP L'HOSPITALET DE LLOBREGAT 10-CAN SERRA	ICS	MF	D
EAP LA LLAGOSTA	ICS	MF	D
EAP PALAFRUGELL	SERV. SALUT INTEGR. BAIX EMPORDÀ	MF	H
EAP PALAMÓS	SERV. SALUT INTEGR. BAIX EMPORDÀ	INF	D
EAP VIC 2 SUD	EBA EAP VIC	MF	D
GRUP			
EAP	ENTITAT	PERFIL	SEXE
EAP BARCELONA 7B SARDENYA	EBA EAP SARDENYA	MF	D
EAP MONTGAT	BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS	INF	D
EAP MONTCADA I REIXAC	ICS	TS	D
EAP GAVÀ 2	ICS	INF	D
EAP GARRAF RURAL	ICS	INF	D
EAP L'HOSPITALET DE LLOBREGAT 9-PUBILLA CASES	ICS	INF	D
EAP BARCELONA 5E SANT GERVASI	EBA EAP VALLCARCA-SANT GERVASI	MF	-
EAP SALOU	ICS	MF	D
EAP CARDEDEU	ICS	MF	-
EAP SANT ADRIÀ DE BESÒS 2 - LA MINA	ICS	INF	D
GRUP			
EAP	ENTITAT	PERFIL	SEXE
EAP BARCELONA 1A BARCELONETA	PAMEM	INF	D
EAP REUS 5 BARRI FORTUNY	SAGESSA	MF	H
EAP BARCELONA 10A VILA OLÍMPICA	PAMEM	MF	D
EAP SANT CUGAT DEL VALLÈS 2 (VALLDOREIX)	MÚTUA TERRASSA	MF	D
EAP BARCELONA 10A VILA OLÍMPICA	PAMEM	INF	D
EAP SANT CUGAT DEL VALLÈS 3 (CAN MATES)	MÚTUA TERRASSA	INF	D
EAP CERDANYOLA RIPOLLET - FARIGOLA	ICS	TS	D
EAP VILA-SECA	FUND. CENTRES ASSIST. I URG. (CAU)	INF	D
EAP EL PRAT DE LLOBREGAT 2- SANT COSME I	ICS	MF	D
EAP BARCELONA 2K SAGRADA FAMÍLIA	CONSORCI SANITARI INTEGRAL	INF	D

GRUP			
EAP	ENTITAT	PERFIL	SEXE
EAP VILASSAR DE DALT	ICS	MF	H
EAP LA GARRIGA	ICS	INF	D
EAP ARBÚCIES - SANT HILARI	ICS	INF	D
EAP CELRÀ	ICS	INF	D
EAP SANTA EUGÈNIA DE BERGA	ICS	MF	D
EAP LLANÇÀ	ICS	MF	D
EAP SALLENT	ICS	TS	D
EAP FALSET	ICS	MF	D
EAP ALT BERGUEDA	ICS	MF	D
EAP PERALADA	EBA ALBERA SALUT	INF	D
GRUP			
EAP	ENTITAT	PERFIL	SEXE
EAP BREDA - HOSTALRIC	INST. ASSIST. SANIT.	MF	D
EAP CASSÀ DE LA SELVA	INST. ASSIST. SANIT.	INF	D
EAP L'ESCALA	FUND. SALUT EMPORDÀ	MF	H
EAP CANET DE MAR	ICS	TS	D
EAP NAVARCLES - SANT FRUITÓS DE BAGES	ICS	INF	D
EAP AMPOSTA	ICS	MF	D
EAP LLUÇANÈS	ICS	MF	H
EAP L'AMETLLA DE MAR-EL PERELLÓ	ICS	INF	D
EAP NAVÀS - BALSARENY	ICS	INF	D
EAP ANOIA RURAL	ICS	MF	D
EAP BARCELONA 6C LESSEPS (CAP LARRARD)	PAMEM	MF	D
GRUP			
EAP	ENTITAT	PERFIL	SEXE
EAP RIUDOMS	SAGESSA	INF	D
EAP LA SELVA DEL CAMP	SAGESSA	MF	H
EAP LA VALL D'EN BAS	FUND. HOSP. ST. JAUME OLOT	MF	D
EAP MARTORELL RURAL	ICS	MF	H
EAP Cerdanya	FUND. HOSP. PUIGCERDÀ	MF	H
EAP VANDELLÒS I L'HOSPITALET DE L'INFANT	SAGESSA	MF	D
EAP LA JONQUERA	ICS	INF	D
EAP SANT JOAN LES FONTS	FUND. HOSP. ST. JAUME OLOT	INF	D
EAP PENEDÈS RURAL	ICS	INF	D
EAP BALAGUER	ICS	TS	D

Annex 12. Guió general de l'entrevista grupal. Esquema dels apartats i els continguts (escenaris i preguntes)

PRIMERA SESSIÓ DEL GRUP DE DISCUSSIÓ

A. OBERTURA, INTRODUCCIÓ I PRESENTACIONS

Temps: 10 minuts

- a. *Benvinguda.*
- b. *Presentacions de l'entrevistador i observador.*
- c. *Agraïments per l'assistència.*
- d. *Objectius de la reunió, motiu de la selecció dels participants.*
- e. *Normes de la reunió (procediment, durada, importància de les opinions variades i divergents, opinions personals referents a l'experiència individual i relacionades amb el coneixement del seu EAP com a referent).*
- f. *Confidencialitat de les dades (consentiment informat), demanar permís per publicar els resultats.*
- g. *Petita intervenció d'autopresentació de cada participant i amb algun comentari breu sobre la seva experiència sobre el tema.*
- h. *Objectius de la primera sessió.*

B. DEBAT DE LES PREGUNTES DE CADA DIMENSIÓ

Temps: 25 minuts x cada dimensió (4) → 100 minuts

1) EL MODEL D'ATENCIÓ

- El procés d'identificació de pacients

Escenaris: els criteris teòrics definits per a la identificació a cada grup (PCC i MACA). La interpretació que fan els professionals i com resulta finalment el perfil de pacients identificats (concordança entre els criteris definits i els criteris subjectius dels professionals). Possibles dificultats i errors en la identificació. L'estratègia de la identificació (a escala individual, EAP, proveïdor, territori). Sistemàtica d'identificació als EAP (proposta de pacients, consens entre els professionals implicats, validació final). Participació d'altres professionals aliens als EAP (PADES, especialistes, altres). Paper de les millores en els sistemes d'informació de l'HCAP i l'HCCC en la identificació de pacients. Adequació dels programes de gestió de l'HCAP informatitzada amb ajudes al procés de proposta, definició de criteris, registre final dels PCC-MACA. Proposta de grups de risc basats en models teòrics i grau de consum de recursos (GRC + nombre d'ingressos). Aspectes ètics de la identificació.

Preguntes

- *Com ha estat el procés de la identificació dels PCC-MACA en el vostre EAP?*
- *Quines dificultats planteja aquesta identificació en general i a l'hora de diferenciar els dos subgrups de PCC i MACA?*
- *Quines estratègies s'han plantejat per desenvolupar aquesta identificació en els vostres EAP? Quins professionals hi participen?*
- *Com han contribuït les millores en els sistemes d'informació (HCAP i HCCC) en la identificació dels pacients?*
- *Són útils els marcadors de risc proposats pels sistemes d'informació (GRC, nombre d'ingressos)?*

- La comprensió clínica de la complexitat

Escenaris: definició conceptual de la complexitat (de la teoria a la pràctica, de l'evidència científica a la interpretació dels professionals). Quins elements formen el constructe de la complexitat (càrrega de malaltia i comorbiditat, consum de recursos, actuació multidisciplinària, grau de capacitació dels professionals).

Preguntes

- *Com definiríeu la complexitat?*
- *Què fa que un pacient sigui complex?*
- *Quins elements clau condueixen a la identificació d'un pacient com a PCC?*

- Els canvis que provoca la identificació en la manera de treballar amb els pacients

Escenaris: canvis que genera el procés d'identificació de PCC-MACA en l'organització dels EAP i el treball dels seus professionals. Perspectiva individual. Perspectiva d'equip. Què cal fer després de la identificació. Nou/vell paradigma de l'abordatge integral i centrat en pacient i família ("això ja ho fem"). Valoració de necessitats multidimensionals. Nova visió de l'atenció pal·liativa (transicions conceptuals i clíniques). Nous dilemes ètics. Inclusió de la PDA.

Preguntes

- *Què ha canviat en els vostres EAP (professionals, equip) a partir del procés d'identificació de PCC-MACA?*
- *Quines noves visions, dilemes i actuacions específiques ha generat aquesta identificació?*
- *Com es planteja l'atenció dels pacients identificats?*
- *Quines dificultats planteja l'atenció d'aquests pacients en la rutina diària dels EAP?*

- El procés de redacció dels PIIC

Escenaris: valor estratègic dels PIIC. Utilitats previsibles i reals en els diferents entorns (professional, EAP, atenció compartida). Procés de redacció dels PIIC (aportacions dels professionals, consens). Apartats i continguts del PIIC, prioritats en les temàtiques. Prioritats en les persones a fer el PIIC. Dificultats percebudes en la confecció i la redacció dels PIIC. Adequació dels programes de gestió d'HCAP informatitzada amb ajudes al procés de redacció del PIIC i la seva visualització a l'HCCC.

Preguntes

- *Què ha comportat l'estratègia de la implantació dels PIIC en l'atenció als PCC-MACA?*
- *Com us plantegeu la redacció dels PIIC? Quins professionals hi participen? Quines dificultats genera aquest procés?*
- *Quines prioritats us marqueu a l'hora de redactar el PIIC?*
- *Com han contribuït les millores en els sistemes d'informació (HCAP i HCCC) en la generació i la difusió dels PIIC?*

C. RESUM GENERAL

Temps: 10 min

- a. *Aportacions finals que algú vulgui afegir a tot el que s'ha dit prèviament.*
- b. *Finalització de la sessió i informació sobre el descans (temps, cafès, etc.).*

SEGONA SESSIÓ DEL GRUP DE DISCUSSIÓ

A. OBERTURA, INTRODUCCIÓ

Temps: 5 min

- a. Objectius de la segona sessió.

B. DEBAT DE LES PREGUNTES DE CADA DIMENSIÓ

Temps: 20 minuts x cada dimensió (5-6) → 100 minuts

2) EL MODEL D'ORGANITZACIÓ

- El redisseny del model d'atenció

Escenaris: canvis necessaris a l'atenció primària per adaptar-se al nou model. Lideratge de l'atenció primària. Canvis en l'organització dels EAP. Rols dels professionals (rols individuals, complementarietat dels rols dins l'EAP), nous rols (gestió de casos, referents amb expertesa).

Preguntes

- *La nova estratègia d'atenció als PCC-MACA ha de generar canvis en la manera d'atendre aquests pacients a atenció primària? Quins canvis s'estan produint? Quins canvis serien necessaris?*
- *Calen nous lideratges, rols i nous models organitzatius en els EAP per afrontar aquesta nova estratègia? Quins nous plantejaments s'estan produint i quins cal que es desenvolupin?*

- La continuïtat de l'atenció en clau territorial: de l'atenció individual a l'atenció compartida

Escenaris: atenció compartida entre tots els serveis (EAP, PADES, atenció hospitalària, intermèdia, serveis d'urgències, 061, serveis socials). Implementació de les RAC. Com interaccionen els equips i els diferents serveis en un entorn de pràctiques compartides (escenaris possibles i reals). Qui són els professionals referents d'aquests pacients. Assegurar la continuïtat assistencial i les transicions. Circuits de derivació. Estratègies 7 x 24. La comunicació entre els professionals.

Preguntes

- *Des de la vostra experiència professional, com s'està desenvolupant l'atenció compartida entre els diferents proveïdors del vostre territori? Quines dificultats comporta?*
- *Quins canvis ha comportat la implementació de la RAC en els vostres respectius territoris?*
- *Quins reptes i dificultats planteja assegurar la continuïtat assistencial en els PCC-MACA?*
- *Quin és el paper de les noves tecnologies de la informació en la millora de la comunicació entre els professionals?*

3) EL POSICIONAMENT POLÍTIC I ESTRATÈGIC

- Les polítiques de difusió, comunicació de l'estratègia del PPAC

Escenaris: procés de difusió de l'estratègia de la complexitat, des del projecte corporatiu (PPAC) i territorial (RAC) fins que arriba finalment a l'EAP i als seus respectius professionals. Com s'explica, com es ven des de les direccions de les organitzacions. Grau de coneixement per part dels professionals. Com s'impliquen i participen els professionals. La formació que acompanya l'estratègia.

Preguntes

- *Com ha estat el procés de difusió de totes aquestes polítiques i programes de la cronicitat complexa i avançada a cada un dels vostres territoris?*
- *Què us arribat de tot això als vostres EAP?*

- Les polítiques d'incentivació

Escenaris: el contracte del CatSalut amb les organitzacions (incentivació i creació de sinergies entre proveïdors). Les polítiques d'incentius lligades amb DPO per part dels proveïdors a cada territori. Com influeixen en el procés d'identificació final per part dels professionals (positivament o negativament).

Preguntes

- *Quina és la vostra opinió sobre les prioritats que ha marcat el CatSalut en el desenvolupament de les estratègies de la cronicitat lligant-ho amb el contracte programa?*
- *Com afecta als professionals la política d'incentius lligades a DPO o altres en el desenvolupament d'aquestes estratègies?*
- *De quina manera han contribuït a la millora de la identificació de PCC-MACA?*

- Les polítiques de formació

Escenaris: les polítiques de formació implementades pels proveïdors a cada territori. Han estat suficientment adequades per al desenvolupament de l'estratègia (conceptualització, identificació de PCC-MACA, complexitat, redacció dels PIIC, etc.).

Preguntes

- *Quin tipus d'oferta formativa heu rebut relacionada amb la implementació del programa PCC-MACA? Ha estat una formació suficient i adequada?*
- *Quina formació seria necessària per al desenvolupament del programa (prioritats, temàtiques, metodologia)*

C. RESUM GENERAL I CLOENDA

Temps: 10 min

- Finalització de la reunió.*
- Breu resum general dels temes tractats.*
- Aportacions finals que algú vulgui afegir a tot el que s'ha dit prèviament.*
- Comentar què es farà amb els resultats.*

----- **Agraïment als participants per la seva contribució** -----

CODI GRUP		CODI ENTREVISTA	
DATA		1a sessió	PARTICIPANTS
MODERADOR			
OBSERVADOR			

PERFIL DELS PARTICIPANTS DEL GRUP

- **XX (codi del participant): (perfil del participant). (entitat a la qual pertany)**

-

-

-

-

Xxxxx? (pregunta del moderador)

- **XX (codi del participant):** *Xxxxx (resposta del participant)*

-

-

-

-

FULL DE REGISTRE DE L'ENTREVISTA AMB EL GRUP DE DISCUSSIÓ

CODI GRUP		CODI ENTREVISTA	
DATA		2a sessió	PARTICIPANTS
MODERADOR			
OBSERVADOR			

Xxxxx? (pregunta del moderador)

- **XX (codi del participant):** *Xxxxx (resposta del participant)*

-

-

-

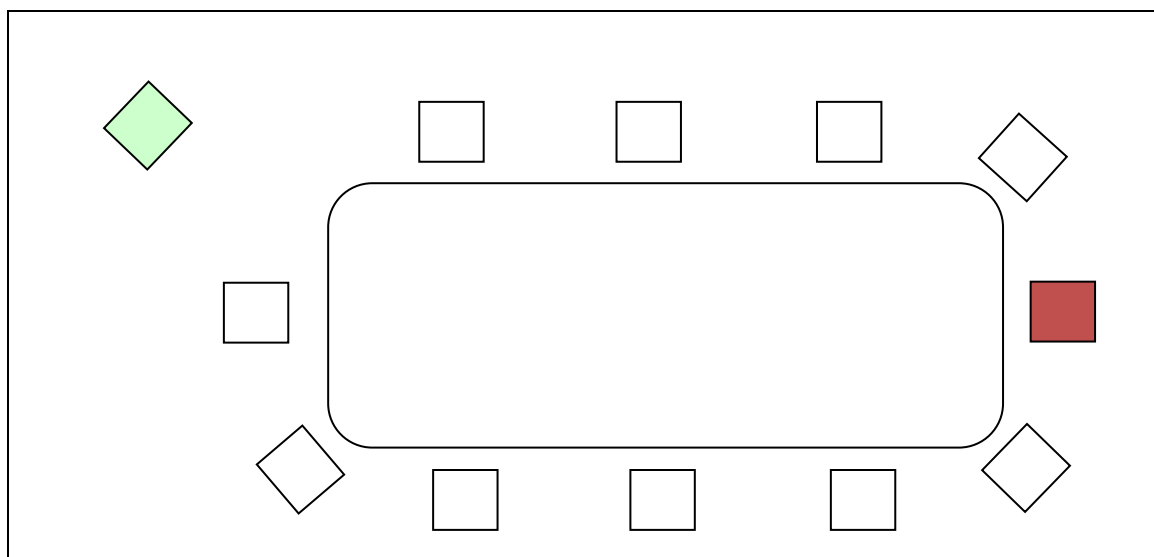
-

FI DE L'ENTREVISTA GRUPAL



-

Annex 14. Full de registre per a l'observador del grup

CODI GRUP		CODI ENTREVISTA	
DATA		NRE. PARTICIPANTS	
MODERADOR			
OBSERVADOR			

DIAGRAMA DE LA REUNIÓ (espai i lloc dels participants)

Observador **Moderador**

PARTICIPANTS

EAP	CODI	PERFIL	PROFESSIONALS

Funcions de l'observador: observar la dinàmica del grup i dels participants i les seves interaccions. Registre de notes de les seves intervencions i discursos. Supervisió dels aspectes tècnics (control de l'àudio, espai de reunió i altres aspectes logístics) i incidències amb els participants en el grup (acollida de participants que arriben tard, etc.).

Contingut de l'informe de l'observador (cal fer-ho en acabar l'activitat): *dinàmica del grup, grau de participació dels integrants en el discurs, coincidències i discrepàncies i conflictes entre els participants, llibertat d'expressió en el discurs des participants, aspectes de comunicació no verbal dels participants.*

NOTES DE L'OBSERVADOR

.....
.....
.....
.....
.....

INFORME DE L'OBSERVADOR

.....
.....
.....
.....
.....

Annex 15. Full de consentiment informat

Nom del projecte: Avaluació qualitativa del procés d'identificació i atenció als PCC-MACA a atenció primària.

Promotor del projecte: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.

Introducció: El responsable d'aquesta activitat de recerca ha determinat que heu estat inclòs al projecte de recerca a causa del compliment dels requisits següents:

Ser infermer/a, metge/essa o treballador/a social i pertànyer un dels 60 equips d'atenció primària de Catalunya seleccionats per participar en una activitat de recerca qualitativa en el marc de l'avaluació de l'efectivitat del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat del Departament de Salut.

Objectiu del projecte: La finalitat d'aquesta activitat de recerca és conèixer la valoració dels professionals d'atenció primària pel que fa al procés d'identificació dels PCC-MACA i dels canvis que està generant aquesta identificació en la implementació d'un programa d'atenció a aquest col·lectiu des de les organitzacions i els seus equips de professionals.

Metodologia de participació al projecte: La tècnica que s'empra en aquest estudi és el grup de discussió. La sessió està conduïda per una persona responsable del Projecte d'avaluació qualitativa del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat del Departament de Salut.

Dades obtingudes amb el grup de discussió: El grup de discussió serà enregistrat amb una gravadora de veu a fi que les idees expressades pels participants durant la sessió puguin ser transcrites literalment. La informació que s'obtingui serà totalment confidencial i no s'utilitzarà per a cap altre propòsit extern als d'aquesta activitat de recerca. El debat generat en el grup serà codificat utilitzant un número o un pseudònim i, per tant, la informació serà confidencial.

Responsabilitats del professional entrevistat: La participació en aquest estudi és estrictament voluntària. Si teniu cap dubte sobre aquest projecte, podeu fer preguntes en qualsevol moment durant la vostra participació. Igualment, podeu retirar-vos del projecte en qualsevol moment sense que això us perjudiqui de cap manera. Si alguna de les preguntes durant l'entrevista us semblen incòmodes teniu el dret de fer-ho saber a l'investigador i/o de no contestar-les.

Confidencialitat del professional: La informació s'ha de recollir de conformitat amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

Les vostres dades seran estrictament confidencials i no s'exposaran en públic.

Avui, dia de febrer de 2015,

Jo,,

amb **DNI**, exposo que:

- He llegit la informació que se m'ha lliurat.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi.
- He rebut suficient informació sobre l'estudi.
- He comprès que la meva participació és voluntària.
- He entès que puc abandonar el grup de discussió en qualsevol moment.
- He estat informat que les meves dades personals seran estrictament protegides i que la informació facilitada serà confidencial.

Agraïm la vostra participació.

Signatura de/lla participant

Signatura del/de la responsable de
l'activitat de recerca

5. Referències bibliogràfiques

1. Institut d'Estadística de Catalunya. Projeccions de població 2013-2051: principals resultats. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2014. Institut d'Estadística de Catalunya II. Col·lecció: Estadística demogràfica. [citad el 4 de juny de 2015]. Disponible a: http://idescat.cat/p/pp_2013-2051pr.pdf
2. Institut d'Estadística de Catalunya [lloc web]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Idescat 2013. Estructura per sexe i edat. Catalunya. Sèrie temporal. Banc d'estadístiques de municipis i comarques [actualitzat el 2014; consultat el 4 de juny de 2015]. Disponible a: <http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=5&V0=3&V1=3&V3=1956&V4=915&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&CTX=B>
3. Organización Mundial de la Salud [lloc web]. Ginebra: WHO 2015. Enfermedades crónicas. [actualitzat el 2015; citat el 4 de juny de 2015]. Disponible a: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. [actualitzat el 2013; citat el 4 de juny de 2015]. Disponible a: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
5. Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2013. Informe dels principals resultats. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2013. [actualitzada el 2014; consulta el juny del 2015]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/enquesta_salut_catalunya
6. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012. [actualitzada el 2012; consulta el 4 de juny de 2015]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf
7. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Document conceptual. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012 [actualitzat el 28 de febrer de 2012; citat el juny del 2015]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/sites/salutweb/.content/home/ambits_tematices/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/562conceptual.pdf]
8. Acord de Govern GOV/108/2011, de 5 de juliol. Creació del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. DOGC 5915-7.72.011
9. Responding to strategic needs: reinforcing the use of evaluation. SEC (2007) 213. Brussels: Commission of the European Communities; 2007;
10. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F, et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. BMJ. 2007;334:455-9.
11. Medical Research Council. Developing and evaluating complex interventions: new guidance. [citad el juliol del 2015]. Disponible a: [<http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance>]
12. McLaughlin JA, Jordan GB. Using logic models. A: Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE. Handbook of practical program evaluation. 2a ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.
13. Victora CG, Habicht J-P, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomised trials. AJPH. 2004;94(3):400-5.

14. Williams R, Wright J. Health needs assessment: epidemiological issues in health needs assessment. *BMJ*. 1998;316:1379-82.
15. Casado D. Guia pràctica 2. Avaluació de necessitats socials. Col·lecció Ivàlua de guies pràctiques sobre avaluació de polítiques públiques. Barcelona: Ivàlua; 2009.
16. Brousselle A. What counts is not falling... but landing. Strategic analysis: an adapted model for implementation evaluation. *Evaluation*. 2004;10 (2):155-73.
17. Lázaro B, Obregon I. Guia pràctica 4. Avaluació de la implementació. Col·lecció Ivàlua de guies pràctiques sobre avaluació de polítiques públiques. Barcelona: Ivàlua; 2009.
18. CatSalut. Divisió d'Anàlisi de la Demanda i d'Activitat. Agrupació amb CRG. Resultats bàsics Catalunya 2011. Barcelona: CatSalut; 2012.
19. Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, et al. Clinical risk groups (CRGs): a classification system for risk adjusted capitation based payment and health care management. *MedCare*. 2004;42:81-90.
20. MSIQ 2012. Divisió de Registres de Demanda i d'Activitat. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.
21. CatSalut. Divisió d'Anàlisi de la Demanda i d'Activitat. Annex 2: Classificació de les ABS segons la necessitat d'utilització dels serveis sanitaris públics (NUSSP) i nivell socioeconòmic (NSE). Barcelona: CatSalut; 2012.
22. Avellana E, Beni C, Blay C, Boix C, Bullich I, Canet M, et al. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat. Barcelona: Departament de Salut; 2012. [Versió 5.1 del 10 de maig de 2013].
23. Higginson et al. Evaluating complex interventions in end of life care: the MORECare statement on good practice generated by a synthesis of transparent expert consultations and systematic reviews. *BMC Medicine*. 2013;11:111.
24. Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut; 2012.
25. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Document conceptual [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012 [actualitzat el 28 de febrer de 2012; citat el juliol del 2014]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/sites/salutweb/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/562conceptual.pdf]
26. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Document operatiu [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012 [actualitzat el 10 d'abril de 2012; citat el juliol del 2014]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/sites/salutweb/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/563operatiu.pdf]
27. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya. Objectius i activitats del Pla de salut (any 2012). Barcelona; 2012. [Document inèdit].
28. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya. Objectius i activitats del Pla de salut (any 2013). Barcelona; 2013. [Document inèdit].
29. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya. Objectius i activitats del Pla de salut (any 2014). Barcelona; 2014. [Document inèdit].
30. Pla de salut. Taules per estudis i sexe. Enquesta de salut de Catalunya 2011. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012 [actualitzat el 2012; citat el març del 2015].

Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/sites/salutweb/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/documents/arxius/taules_esca_2011_sexeestudis.pdf]

31. Pla de salut. Taules per grup d'edat i sexe. Percentatges verticals. Enquesta de salut de Catalunya 2013. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2013 [actualitzat el 2013; citat el març del 2015]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/sites/salutweb/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/documents/arxius/esca2013_per_edat_vertical.xls]

32. Blay C, Boix C, Carrau E, Contel JC, González-Mestre A, Jiménez FX, et al. Recomanacions i proposta de bones pràctiques en la redacció de plans d'intervenció individualitzats i compartits. Barcelona: Departament de Salut; 2013. Versió 2.0 del 29 de setembre de 2013.

33. Pla de salut. Maneig de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2014 [actualitzat el gener del 2015; citat el març del 2015]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentacio/maneig_medicacio/]

34. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.

35. Domínguez Amorós M, Monllor Rico N, Simó Solsona M. Món rural i joves. Realitat juvenil i polítiques de joventut als municipis rurals de Catalunya. Col·lecció Estudis, 31. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010.

36. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. 1a ed. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014,

37. García Calvente MM, Mateo Rodríguez, I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria*. 2000;25(3):181-6.

38. Gutiérrez Brito J. Dinámica del grupo de discusión. Cuadernos Metodológicos 41. 1a ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2008.

39. Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ*. 1995;311:299-302.

40. Kitzinger J. The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*. 1994;16:103-19.

41. Brito JG. Elementos no-técnicos para la conducción de un grupo de discusión. *Empiria Rev Metodol ciencias*. 2012 (1984);121-43.

42. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*. 2002;29(6):366-73.