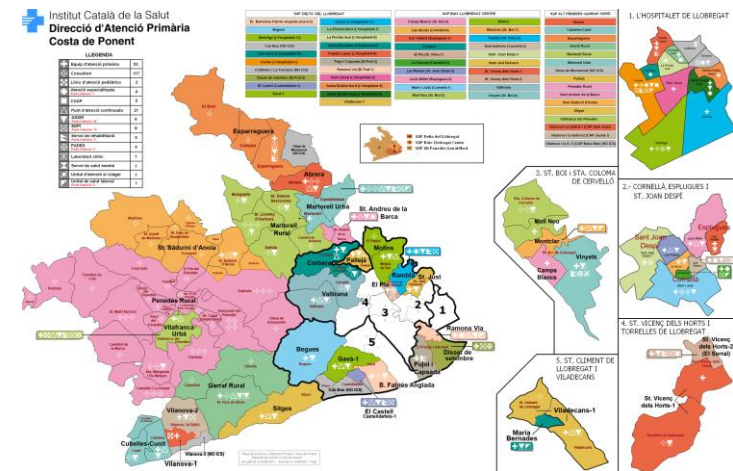


Estratègies i eines per L'acompanyament i evolució del model de seguiment i controls de pacients amb malalties cròniques

Grup de treball estandardització controls pacients crònics
Atenció Primària Costa de Ponent/Metro Sud

Presentació a Comitè Direcció DAP
11 de maig 2021

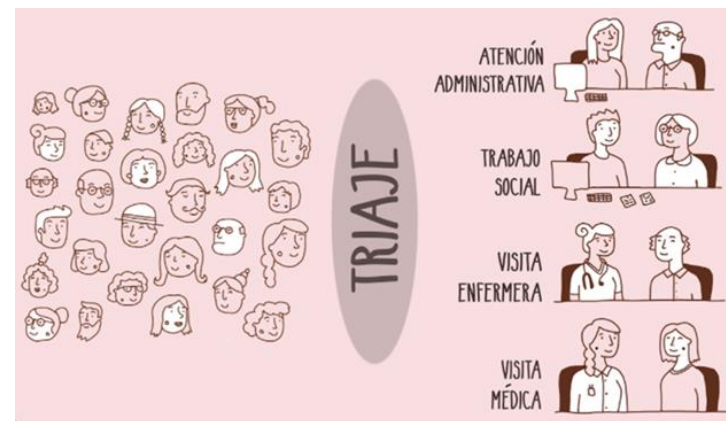


Introducció / Estat de situació

- Progressiu envelliment de la població , amb multi morbiditat i persones amb malalties cròniques, que poden limitar la seva qualitat de vida



- Com podem canviar les inèrcies pre-pandèmia Covid i organitzar millor la demanda i els controls dels pacients amb malalties cròniques ? Qui fa que ? A on ?



Qui fa que ?

Quan ?

Com ?

A on ?

El per què del grup de treball i les propostes i estratègies

- Analitzar les intervencions que es realitzaven i les freqüentacions a les consultes d'infermeria i medicina de família de pacients amb següents malalties cròniques :
 - Hipertensió arterial (HTA)
 - Dislipèmia (DLP)
 - Diabetis Mellitus (DM)
 - Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC)
 - Insuficiència Cardíaca (IC)
 - Malaltia cardiovascular – Cardiopatia Isquèmica (CI) i Accident vascular cerebral (AVC)



Valorar quines intervencions aporten valor i quines no.
Cercar eines existents que faciliten pro-activitat
Planificar visites anuals en funció grau de control
Per TRANSFORMAR el model d'atenció

El per què del grup de treball i les propostes i estratègies

- **Proposar estratègies de treball per evolucionar i transformar el model d'atenció a pacients amb malalties cròniques i que s'apliqui amb homogeneïtat en tots els EAPs:**
 - Estandarditzar intervencions que aporten valor / deixar de fer controls que no aporten valor
 - Potenciar el rol de la infermera com 1er referent pels pacients amb malalties cròniques
 - Model de treball conjunt en els controls del pacients entre Medicina Família i Infermeria i administratiu sanitari = UBA 3
 - Potenciar eines per fer una programació pro-activa dels pacients – avançar-nos a les descompensacions
 - Promoure recomanacions per l'autocura i la autoresponsabilitat dels pacients i disminuir freqüentació en les consultes dels pacients que tenen controls estables.
 - Avaluar i establir accions de millora continua , evolucionar model de treball = transformar



**MES, NO ES MILLOR
PLANIFIQUEM ELS CONTROLS
APORTEM VALOR
PER MILLORAR LA TEVA SALUT**

5 Estratègies per control pacients crònics – Objectius generals

Implantar Pla Cures – ARES

- Assegurar l'atenció i model de treball assistencial dels pacients amb malalties cròniques mes prevalents (HTA,IC,DLP,DM,MPOC i CI) seguint les millors evidències existents i amb intervencions que aportin valor – Projecte ARES

Establir PLANS DE VISITA ANUALS

- Planificar en funció del grau de control les visites anuals de cada pacient i potenciar la seva autocura i responsabilitat amb els fulls d'educació i seguiment de controls per pacients .

Realitzar una PROGRAMACIÓ PRO-ACTIVA dels pacients

- Fer una cerca pro-activa de pacients amb malalties cròniques i realitzar una programació proactiva dels controls necessaris (presencials i no presencials) , en funció del seu grau de control i del es seves malalties . L'EAP ha de tenir el control de la programació i freqüentació d'aquests pacients.

Promoure estratègies de COMUNICACIÓ (Interna i externa)

- Establir estratègies de comunicació interna per l'evolució i transformació del model de treball en l'EAP (espais de treball virtual , reunions per implantar , per seguiment i per anàlisi de situació
- Establir estratègies de comunicació externa , als ciutadans , per explicar model de treball i per potenciar la auto-cura i la responsabilitat de les persones.

Analitzar resultats i promoure accions de millora continua AVALUACIÓ + GESTIÓ CANVIS

- Establir Indicadors de procés i de resultat per l'anàlisi, el seguiment i la millora continua de la transformació del model d'atenció



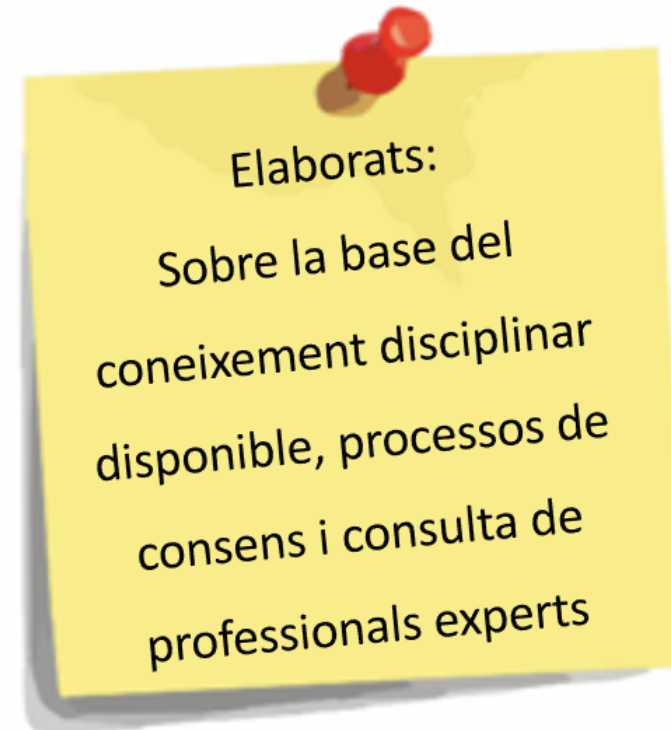
**TRANSFORMEM MODEL ATENCIÓ
PACIENTS AMB MALALTIES CRÒNIQUES**

Estratègia 1-

Implantar Pla Cures – ARES

- Assegurar l'atenció i model de treball assistencial dels pacients amb malalties cròniques mes prevalents (HTA,IC,DLP,DM,MPOC i CI) seguint les millors evidències existents i amb intervencions que aportin valor – Projecte ARES

- Situació actual programa ARES AP DAP Costa de Ponent
- Programa ARES AP i l'abordatge del pacient crònic estable:
 - HTA debut/seguiment
 - Dislipèmia debut/ seguiment
 - IC inici/ seguiment
 - Prediabetis
 - Diabetis Mellitus 2 debut/seguiment
 - Diabetis Mellitus 1
 - MPOC baix risc/ alt risc



Estratègia 1-

Implantar Pla Cures – ARES

- Assegurar l'atenció i model de treball assistencial dels pacients amb malalties cròniques mes prevalents (HTA,IC,DLP,DM,MPOC i CI) seguint les millors evidències existents i amb intervencions que aportin valor – Projecte ARES



Document informatiu pla de cures

Suport al registre: Documentació

07/05/2021

Alta LESIONS 1 protocol

VAL. CLINICA

07/05/2021

RISC D'HIPER/hipotensió arterial

Entrevista motivacional	F
Pacte terapèutic	F
Educació sanitària: procés de malaltia	F
ES: signes d'alarma i actuació	
1. Tabaquisme	Deixant
1. Ara fuma?	
1. Tipus d'intervenció tabac	
Educació sanitària: alimentació i nutrició	
1. Activitat física	Sufície
1. Questionari CBPAAT d'activitat física	
1. Temps assegut (h/d)	
1. Sedestació interrompuda	
1. Etapa canvi. Activitat física	
1. Activitat exercici en consulta	Consell
1. Consell: estil de vida saludable	Consell
Educació sanitària: medicació	
1. Adherència al pla de medicació	

http://p400.ecap.intranet.gencat.cat/ecap/ajuda/placures/PC0040_i

Institut Català de la Salut

Pla de cures	Codi: PC0040
Hipertensió en fase seguiment	Data d'elaboració: Març 2018
	Data de revisió: Febrer 2020
	Versió: 03

Hipertensió en fase seguiment

Justificació

La hipertensió arterial (HTA) és un dels motius de consulta més freqüents a l'Atenció Primària

Documentació ECAP

ECAP Documentació

Índex

- [Protocols i guies de pràctica clínica](#)
- [Material sanitari dels territoris](#)
- [Tests](#)
- [Farmàcia](#)
- [Salut penitenciària](#)
- [Consells de salut](#)
- [Blogs i vídeos formats](#)
- [Biblioteca digital](#)
- [Tutorials i vídeos formatius ECAP](#)

ECAP Documentació

Índex

- [Protocols i guies de pràctica clínica](#)
- [Material sanitari dels territoris](#)
- [Tests](#)
- [Farmàcia](#)
- [Salut penitenciària](#)
- [Consells de salut](#)
- [Blogs i vídeos formats](#)
- [Biblioteca digital](#)
- [Tutorials i vídeos formatius ECAP](#)
- [Salut tobacco](#)
- [ITS-Infeccions de transmissió sexual](#)
- [Universal doctor](#)
- [Malalties transmissibles](#)
- [Laboratori](#)
- [Salut i escola](#)
- [ASSIR](#)
- [Infermeria](#)
- [Vacunes](#)
- [Pediatría](#)
- [Rehabilitació](#)
- [Altres](#)

Estratègia 1-

Implantar Pla Cures – ARES

- Assegurar l'atenció i model de treball assistencial dels pacients amb malalties cròniques mes prevalents (HTA,IC,DLP,DM,MPOC i CI) seguint les millors evidències existents i amb intervencions que aportin valor – Projecte ARES

Indicadors implementació plans de cures

Quadern de comandament: Intranet → Portal ICS

The screenshot shows the ICS Intranet portal. The top navigation bar includes 'Salut/Institut Català de la Salut' and 'Generalitat de Catalunya'. Below it, there are tabs for 'Info corporativa', 'Comunicació', 'Suport a l'activitat', 'Recursos humans', 'Recerca', and 'Docència i formació'. The main content area features a large banner for 'Coronavirus SARS-CoV-2' with the text 'Informació actualitzada'. On the left sidebar, under 'EINES', the 'Quadern de comandament' link is circled in red. Other links in the sidebar include 'SG Recursos Humans', 'Administració digital', 'Centre documental', 'Correu personal', 'ECAP', 'S@rcat', 'eValisa', 'ECAP Administrativa', 'Estat de les eines d'administració digital', 'Espai de treball en xarxa - Cercles', 'ATRI', and 'Universal Doctor Speaker'. At the bottom, there is a search bar for 'CERCADOR DE PERSONES'.

The screenshot shows the ICS Portal website. The top navigation bar is similar to the intranet, but the main content area is more detailed. The left sidebar, under 'Informació corporativa', has a 'Què és l'ICS' section with links to 'Antecedents històrics', 'Transformació en empresa pública', 'L'ICS al territori', 'Estatuts de l'ICS', 'Missió, visió i valors', 'Codi de bon govern', and 'Codi ètic'. Below this is the 'Òrgans de l'ICS' section with links to 'Consell d'Administració', 'Comitè de Direcció', 'Òrgans de participació', and 'Òrgans de gestió'. The 'Equips d'atenció primària' section includes 'Noms oficials dels EAP', 'Cercador de centres i serveis ICS', and 'Cercador de centres i serveis CatSalut'. The 'Responsabilitat social corporativa' section includes 'Promocions especials en agraïment als professionals de l'ICS' and 'Pla d'RSOC'. The main content area features a 'Quadern de comandament' section with a sub-link 'Enllaç al Quadern de comandament' circled in red. The text below describes the purpose of the dashboard and provides technical requirements for viewing it.

Estratègia 2 - Establir PLANS DE VISITA ANUALS

- Planificar les visites anuals de cada pacient en funció del grau de control i potenciar l'autocura i responsabilitat amb els fulls de seguiment de controls per pacients.

- Manca d'estandardització activitat.
- No prioritació de la demanda.
- Resistències als canvis
- Síndrome de Burnout
- Manca d'espais físics assistencials per professionals

- Les TIC'S
- Millora contínua de les competències professionals
- Motivació dels professionals
- Bona valoració dels usuaris respecte als serveis oferts: PLAENSA



- Mal ús dels recursos sanitaris
- Manca d'autocura
- Població molt demandant
- Barrera idiomàtica i cultural
- Manca de comunicació entre nivells assistencials i professionals

- ARES
- Pandèmia COVID-19
- Incorporació de les TIC's
- Treball comunitari
- Xarxa social - Prescripció social
 - Associacions
 - Grups de suport
- Apoderament del ciutadà amb la seva salut



SENSE ESTANDARITZACIÓ



AMB ESTANDARITZACIÓ



Estratègia 2 - Establir PLANS DE VISITA ANUALS

- Planificar les visites anuals de cada pacient en funció del grau de control i potenciar l'autocura i responsabilitat amb els fulls de seguiment de controls per pacients.

PLANS DE VISITES ANUALS

PREVENCIÓ PRIMÀRIA

PREVENCIÓ TERCIÀRIA

HÀBITS SALUDABLES

ALIMENTACIÓ

- Alimentació equilibrada i regularitzada amb limitacions de temperança.
- Dieta mediterrània: fruites, verdures, cereals integrals, llegums, lactis fermentats, oli d'oliva, productes amb carnis blanques, peix i ou.

ACTIVITAT FÍSICA

- Cada persona ha de fer activitat física que estigui adaptada i adequada a les seves condicions.
- Tota activitat compta. Aprofitar els desplaçaments a peu a bicicleta.

PES SALUDABLE

- L'obesitat és la pandèmia del segle XXI.
- El risc de patir augmenta el risc de patir malalties cardiovasculars, diabètic, trastorns de l'aparèl respiratori (alguns tipus de càncer), entre altres problemes de salut, i pot acabar a provocar discapacitats.
- Per evitar-hi a una persona cal un pes adequat, sobrepès o obesitat, caldrà la fórmula de **Índex de massa corporal (IMC)**.

CONSUM ALCOHOL

- Beure o reduir el consum d'alcohol.
- El consum d'alcohol es calcula amb LHM (límits de longitud recetada).
- Consum de risc.

CONSUM TABAC

- El consum de tabac és la primera causa de pèrdua de salut i de mortalitat prematura evitable.
- El tabac és factor de risc més important de les principals malalties cardiovasculars i respiratòries cròniques, así com d'altres tipus de càncer.
- Deixar de fumar no és tard mai, pot disminuir el risc de malalties i de la salut i regalar les seves recerca.

SAUT BIODENTAL

- Assegurar-se les dents almeno 2 cops al dia i la higiene bucal.
- Assegurar una alimentació adequada i regularitzada i evitar el consum de alcohol.
- Evitar el consum d'alcohol i tabac. Consultar amb el vostre odontòleg o la seva clínica a una etapa.

CONTROLS EN ADULT SA

CONTROL ANALÍTIC

Glucèmia (sucre)

- > 65 anys: C/3 anys
- < 65 anys: 100 control
- < 75 anys: C/2 anys
- > 75 anys: un control si hi ha algun risc

Colsterol

- < 35 anys: 100 control
- > 35 anys: C/2 anys
- > 75 anys: un control si hi ha algun risc

TENSIÓ ARTERIAL

La hipertensió arterial es defineix com **Felmeació** generalment de les artèries de PMO a 160 mmHg (160/90 mmHg) en 3 lectures.

- < 35 anys: C/2 anys
- > 35 anys: C/2 anys
- > 65 anys: C/2 anys
- > 75 anys: un control si hi ha algun risc

CRIBRATGES

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRÈCOCE DEL CÀNCER DE COLON I RECTS

- Edat: 50 a 69 anys
- Periodicitat: Cada 2 anys
- Prova: Test immunològic per detectar sang oculta en les feces
- Intervenció: cirurgia o tractament amb medicació
- Revisió: si el resultat és positiu, consultar amb el metge de família

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRÈCOCE DEL CÀNCER DE PRÒSTATA

- No està recomanat sistemàticament el cribatge de càncer de pròstata: la presència d'alguns símptomes ha de consultar al seu metge.
- Intervenció: orquiectomia
- Tractament: orquiectomia
- Revisió: si el resultat és positiu, consultar amb el metge de família

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRÈCOCE DEL CÀNCER DE MAMA

- Edat: 50 a 69 anys
- Periodicitat: Cada 2 anys
- Prova: Mastografia
- Intervenció: cirurgia o tractament amb medicació
- Revisió: si el resultat és positiu, consultar amb el metge de família

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRÈCOCE DEL CÀNCER DE VESIGUERA

- Edat: 50 a 69 anys
- Periodicitat: Cada 2 anys
- Prova: Cistoscòpia
- Intervenció: cirurgia o tractament amb medicació
- Revisió: si el resultat és positiu, consultar amb el metge de família

També ve informem que des de l'espai digital de La Meva Salut (LMS) podreu fer el canvi de cita amb el vostre professional sanitari, així com també descarregar-vos el Pla de Medicació (recepta), consultar resultats de proves i d'altres, etc.

Si no teniu accés a LMS i el podeu demanar des del formulari de l'enllaç [www.lamevasalut.gencat.cat](#) també descarregar-vos aquest codi QR a previsualitzar en el vostre centre de salut.

- ### Plans de visites
- HTA
 - DM2
 - MPOC
 - ICC
 - Dislipèmies

- ### PAPPS
- Hàbits saludables
 - Controls adult sa
 - Cribratges

Diabetis mellitus

Pla de visites anuals infermeria Pacient:

PROGRAMACIÓ VISITES	1a visita	2a visita: 6 mesos
VISITA D'INFERMERIA	Visita presencial	Visita virtual
ANÀLISI		
CONTROL DE CONSTANTS		
SÍMPTOMES I TRACTAMENT HIPOGLUCEMIA		
EXPLORACIÓ DE PEUS		
ELECTROCARDIOGRAMA		
EXPLORACIÓ OCULAR		
EXPLORACIÓ BIODENTAL		
DERIVACIÓ A PODÒLEG		
VACUNA ANTIGRIपाल ANUAL		

Revisiu periòdicament la data de caducitat del pla de medicació.

Compliment dieta	Compliment tractament farmacològic	Cura dels peus	Stop tabac	Exercici	Stop alcohol	Control de símptomes hipoglucèmia
------------------	------------------------------------	----------------	------------	----------	--------------	-----------------------------------

Diabetis mellitus

Automesura de la pressió arterial

Brag control	Preneu-vos la pressió en el brag que us hagin indicat al vostre centre de salut. No palleu ni moveu el brag mentre realitzeu el mesurament. Realitzeu tres mesures de vent per cada 2 o 3 minuts entre cadascuna.					
	Matí			Tarda		
Valor màxim	1	2	3	1	2	3
Valor mínim						

160 - 179 / 100 - 109
140 - 159 / 90 - 99
< 130/90

Informació sobre el pla de Visites

Aquest és el pla de visites, proves analítiques que teniu programades. Algunes de les visites definides en aquest pla poden realitzar-se de manera presencial tenint en compte l'actual situació epidemiològica, garantint la seva seguretat però sense deixar d'oferir una atenció de qualitat.

Si no podeu assistir a alguna de les cites, comuniqueu-ho el mes abans possible trucant al vostre centre de salut.

També us informem que des de l'espai digital de La Meva Salut (LMS) podreu fer el canvi de cita amb el vostre professional sanitari, així com també descarregar-vos el Pla de Medicació (recepta), consultar resultats de proves i d'altres, etc.

Si no teniu accés a LMS i el podeu demanar des del formulari de l'enllaç [www.lamevasalut.gencat.cat](#) també descarregar-vos aquest codi QR o presencialment en el vostre centre de salut.



Estratègia 2 -

Establir PLANS DE VISITA ANUALS

- Planificar les visites anuals de cada pacient en funció del grau de control i potenciar l' autocura i responsabilitat amb els fulls de seguiment de controls per pacients .

IMPLICACIONS A LA PRÀCTICA

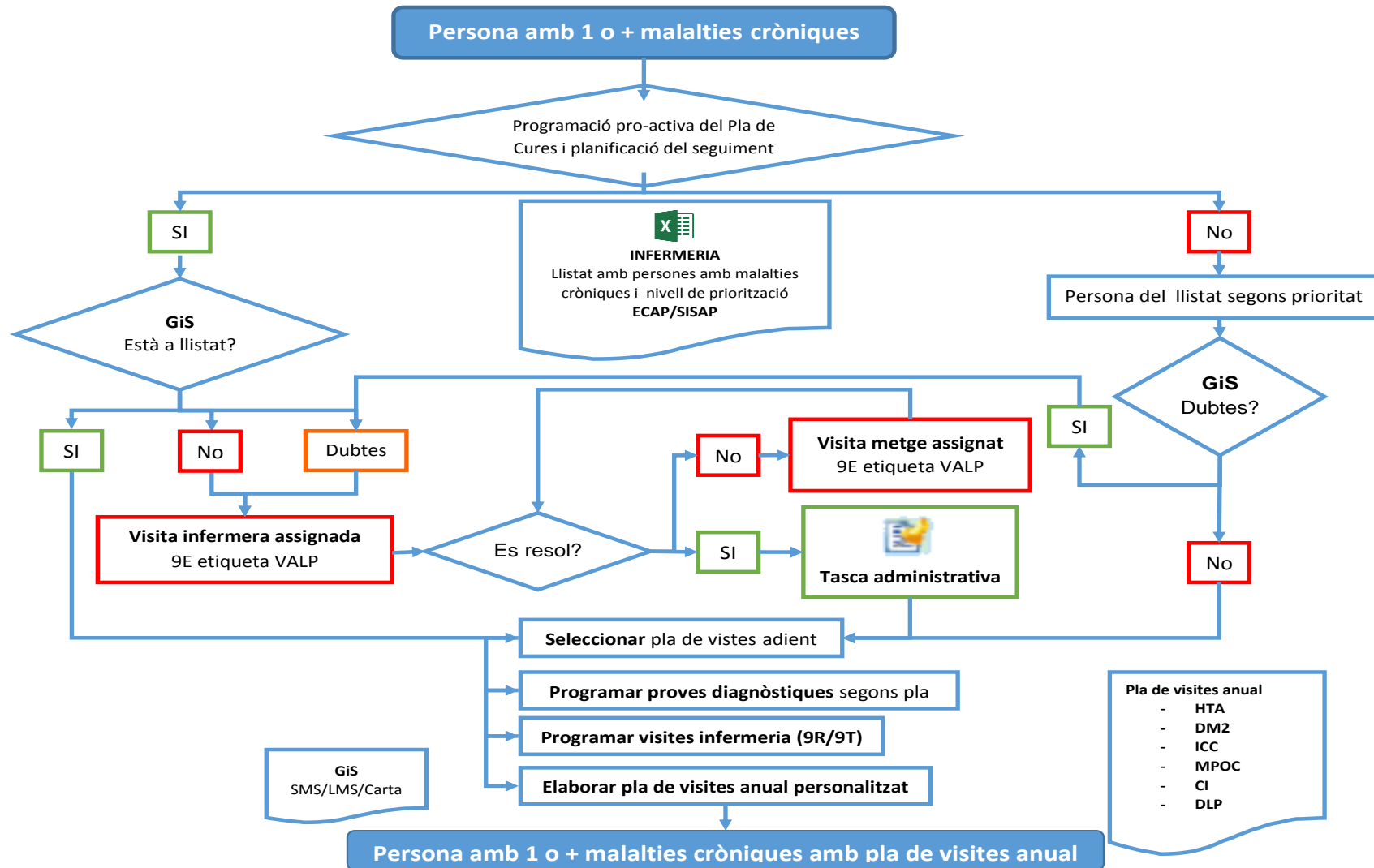
- Promoure l'**equitat** del sistema.
- Oferir una **atenció de qualitat** garantint la **seguretat del pacient**.
- Orientar les demandes expressades per la ciutadania amb **eficàcia, eficiència i efectivitat**.
- Potenciar el rol que desenvolupa **infermeria** en el sistema sanitari.
- Evolucionar el rol del GIS administratiu a **GIS sanitari**: UBA 3.
- Promoure la responsabilitat del ciutadà en relació al sistema i a la seva salut: l'**autocura**.
- **Evitar el conflicte i fomentar la col·laboració** entre tots els professionals potenciant el respecte per la feina dels altres.
- Afavorir la **incorporació dels nous professionals** amb més seguretat.
- **“Deixar de fer per poder fer”**.



Estratègia 3 -

Realitzar una PROGRAMACIÓ PRO-ACTIVA dels pacients

- Fer una cerca pro-activa de pacients amb malalties cròniques i realitzar una programació proactiva dels controls necessaris (presencials i no presencials), en funció del seu grau de control i del es seves malalties . L'EAP ha de tenir el control de la programació i freqüentació d'aquests pacients.

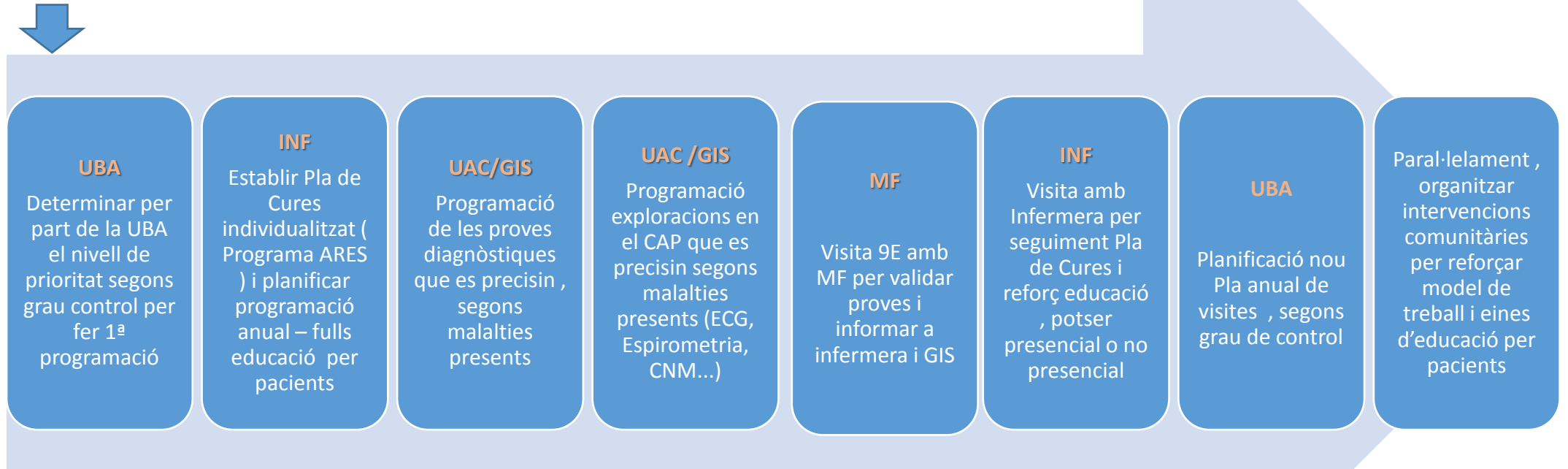


Estratègia 3 -

Realitzar una PROGRAMACIÓ PRO-ACTIVA dels pacients

- Fer una cerca pro-activa de pacients amb malalties cròniques i realitzar una programació proactiva dels controls necessaris (presencials i no presencials) , en funció del seu grau de control i del es seves malalties . L'EAP ha de tenir el control de la programació i freqüentació d'aquests pacients.

Detecció Proactiva de la UBA per llistats



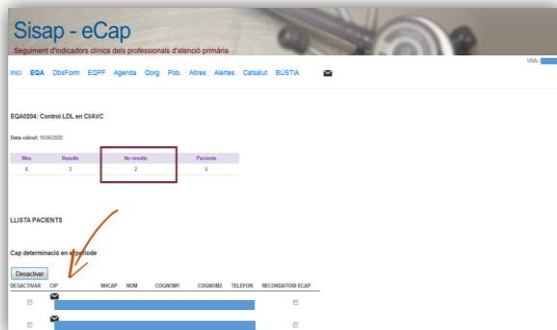
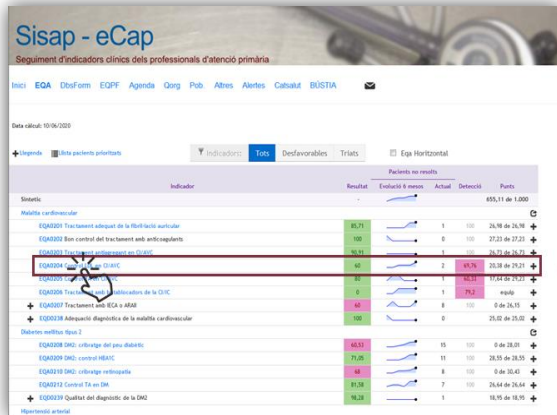
Detecció en visita 9C – no planificada

Estratègia 3 -

Realitzar una PROGRAMACIÓ PRO-ACTIVA dels pacients

- Fer una cerca pro-activa de pacients amb malalties cròniques i realitzar una programació proactiva dels controls necessaris (presencials i no presencials) , en funció del seu grau de control i del es seves malalties . L'EAP ha de tenir el control de la programació i freqüentació d'aquests pacients.

Per aconseguir el llistat de pacients clicar sobre cadascun dels indicadors de l'EQA:



En el document marc del projecte , estan totes les passes per que la UBA ASSISTENCIAL prioritzï llistat de pacients – es faran píndoles en video , per ajudar de forma més àgil en el coneixement de les eines

Des de l'EQA horitzontal podeu accedir a 3 tipus de llistats diferents: pacients no complidors (no resultats), pacients que no compleixen per problema de salut i llistat de pacients prioritzats (que expliquem a un altre apartat). Quan el codi de l'indicador està marcat en gris, vol dir que hi ha un problema en la detecció.

Malaltia	Qualitat Dx	Tractament adequat FA +	ACxFA/control	CI/AVC:IAS +	CI/AVC:LDL +	CI/AVC:TA +	CI/IC:bbloq	IC/refreq:ICA +
Malaltia cardiovascular	1	1	0	0	6	4	0	10
Diabetes mellitus tipus 2	2	10	17	14	12			
Hipertensió	1	66	3					
Distipèmia	1	2	6					
Obstrucció respiratòria crònica	24	1						

Estratègia 3 -

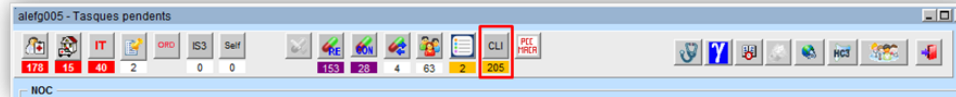
Realitzar una PROGRAMACIÓ PRO-ACTIVA dels pacients

- Fer una cerca pro-activa de pacients amb malalties cròniques i realitzar una programació proactiva dels controls necessaris (presencials i no presencials), en funció del seu grau de control i del es seves malalties . L'EAP ha de tenir el control de la programació i freqüentació d'aquests pacients.

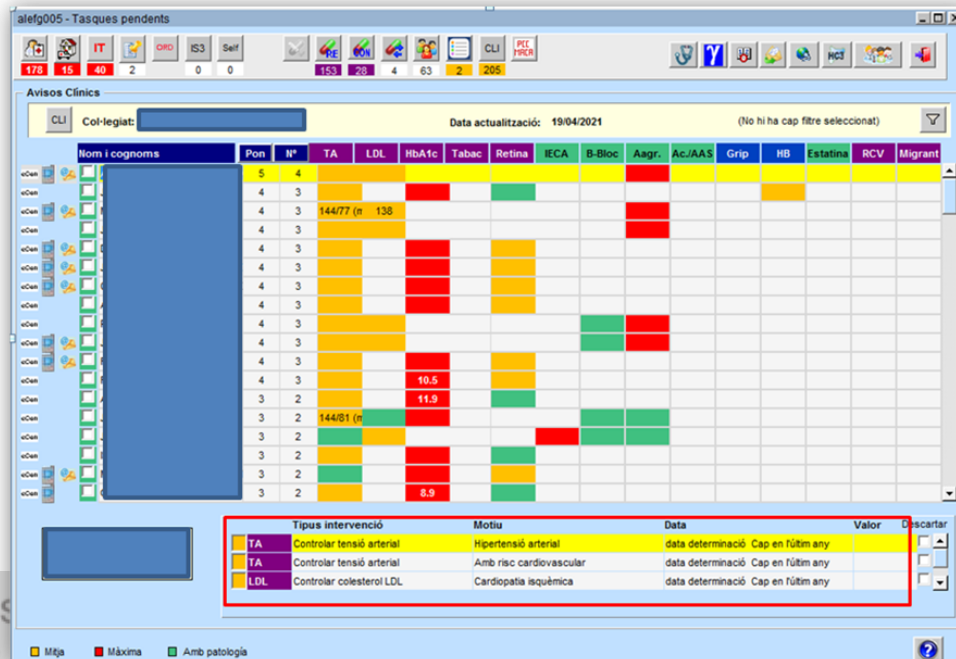
A nivell de professional podeu accedir a un altre llistat de pacients a prioritzar a través de la l'agenda d'ECAP, amb el botó de **tasques pendents** del menú superior.



Un cop entreu al menú, heu de fer clic al botó d'avisos clínics del botó superior (on posa CLI)



En la següent pantalla trobareu aquells pacients amb diferents problemes de salut en els que teniu activitats pendents de realitzar, o aquells que tinguin valors de variables clíniques rellevants fora de rang.



Avisos Clínics

Col·legiat: [] Data actualització: 19/04/2021 (No hi ha cap filtre seleccionat)

Item i cognoms	Pon	Nº	TA	LDL	HbA1c	Tabac	Retina	IECA	B-Bloc	Aagr.	Ac/AAS	Grip	NB	Estatina	RCV	Migrant
	5	4														
	4	3														
	4	3	144/77 (n 138)													
	4	3														
	4	3														
	4	3														
	4	3														
	4	3														
	4	3														
	4	3														
	4	3														
	4	3														
	3	2														
	3	2	144/81 (n 138)													
	3	2														
	3	2														
	3	2														
	3	2														
	3	2														
	3	2														

Tipus intervenció	Motiu	Data	Valor	Descartar
TA	Controlar tensió arterial	Hipertensió arterial	data determinació Cap en l'últim any	<input type="checkbox"/>
TA	Controlar tensió arterial	Amb risc cardiovascular	data determinació Cap en l'últim any	<input type="checkbox"/>
LDL	Controlar colesterol LDL	Cardiopatia isquèmica	data determinació Cap en l'últim any	<input type="checkbox"/>

■ Mja ■ Màxima ■ Amb patologia

Estratègia 3 -

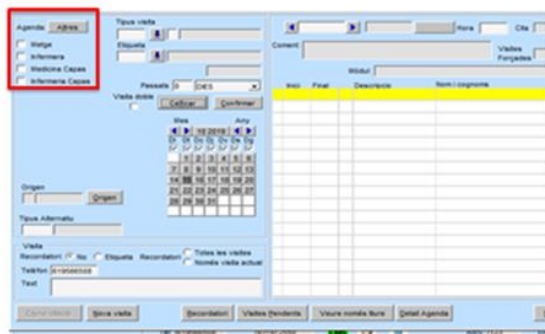
Realitzar una PROGRAMACIÓ PRO-ACTIVA dels pacients

- Fer una cerca pro-activa de pacients amb malalties cròniques i realitzar una programació proactiva dels controls necessaris (presencials i no presencials), en funció del seu grau de control i del es seves malalties . L'EAP ha de tenir el control de la programació i freqüentació d'aquests pacients.

Definició de grups de multiprogramació

La pantalla de multiprogramació, és un accés ràpid a l'hora de programar les visites.

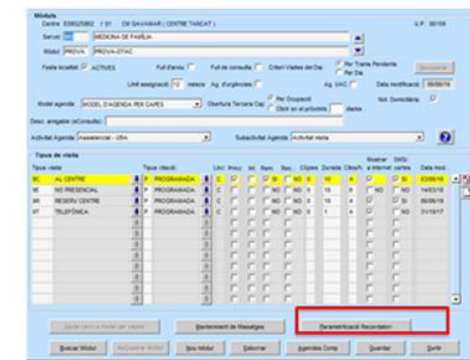
El sistema només permet 9 agendas a la pantalla de multiprogramació.



En el document marc del projecte , estan totes les passes per que la UAC / GIS facin multiprogramació de pacients prioritzats i programin SMS recordatoris del pla de visites anual – es faran píndoles en video , per ajudar de forma més àgil en el coneixement de les eines

Parametrització del recordatori

Permet realitzar enviaments de recordatoris de visites.



Manteniment de Missatges

- Pantalla que defineix els missatges associats a un mòdul per una data. Apareixen a la pantalla de programació de visites
- Tipus de missatge: Definir qui pot veure el missatge. Per defecte surt "T" tots.

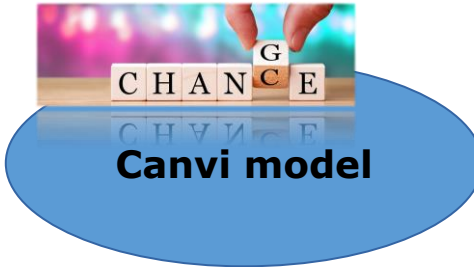


Estratègia 4 -

Promoure estratègies de **COMUNICACIÓ** (Interna i externa)

- Establir estratègies de comunicació interna per l'evolució i transformació del model de treball en l'EAP (espais de treball virtual , reunions per implantar , per seguiment i per anàlisi de situació
- Establir estratègies de comunicació externa , als ciutadans , per explicar model de treball i per potenciar la auto-cura i la responsabilitat de les persones.

Pilar important
Transformació de la
AP



Estratègia de comunicació és clau

PLA COMUNICACIÓ DEL NOU MODEL D'ABORDATGE AL PACIENT CRÒNIC



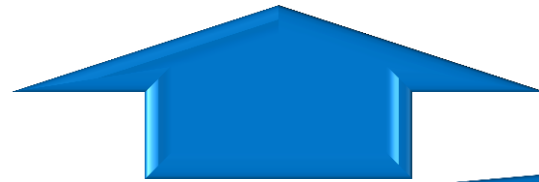
Objectius del Pla de comunicació

- Enunciar que es vol fer , el **valor afegit que s'aporta** i els beneficis que del projecte es generen.
- Generar **identitat potent** del nostre projecte amb marca ICS MS en els diferents entorns d'actuació
- Explicar de **manera simple i eficient** i a la vegada generar expectatives reals i que marquin la diferència.

Estratègia 4 -

Promoure estratègies de **COMUNICACIÓ** (Interna i externa)

- Establir estratègies de comunicació interna per l'evolució i transformació del model de treball en l'EAP (espais de treball virtual , reunions per implantar , per seguiment i per anàlisi de situació
- Establir estratègies de comunicació externa , als ciutadans , per explicar model de treball i per potenciar la auto-cura i la responsabilitat de les persones.



Professionals involucrats i motivats a l'acció

Comunicació excel.lent



Estratègia 4 -

Promoure estratègies de COMUNICACIÓ (Interna i externa)

- Establir estratègies de comunicació interna per l'evolució i transformació del model de treball en l'EAP (espais de treball virtual , reunions per implantar , per seguiment i per anàlisi de situació
- Establir estratègies de comunicació externa , als ciutadans , per explicar model de treball i per potenciar la auto-cura i la responsabilitat de les persones.



Informar a la població i altres agents implicats del nou model d'atenció del pacient amb malaltia crònica i el seu valor afegit.

Afavorir la participació de la població

Estratègia 5 -

Analitzar resultats i promoure accions de millora continua

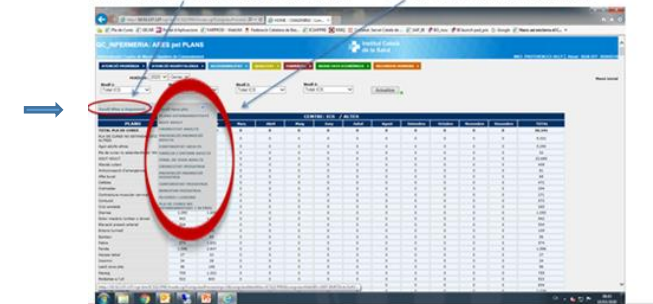
- Establir Indicadors de procés i de resultat per l'anàlisi, el seguiment i la millora continua de la transformació del model d'atenció

BLOC-1	IMPLANTACIÓ PROGRAMA ARES / ESTABLIR PLANS CONTROLS ANUALS	FONT	PERIODICITAT
INDICADORS	N pacients estratificats per GMA (GMA 3 = malalties croniques)	QC Executiu DAP	Trimestral
	Altes Plans de Cures Cronicitat adults	Quadre Comandament de l'ICS	Mensual
	Seguiment plans de Cures Cronicitat adults		
	Total Plans de Cures		
	Evolutiu Plans de Cures		
	N Plans de Cures oberts x malalties (HTA, DLP, DM, ...)		
	% Plans de cures / Població atesa		

QC INFERMER: ARES per PLANS

Visió per PLANS. Es pot seleccionar el període, en el primer desplegable i en el segon desplegable podem escollir els diferents nivells de territori: DAP, SAP o UP.

També desplegable de ALTES O SEGUIMENT També desplegable de tipus plans



BLOC - 2	PROGRAMACIÓ PRO-ACTIVA CONTROLS / PROGRAMACIÓ	FONT	PERIODICITAT
INDICADORS	N EAPs tenen obertes agendes a 1 any	Direcció SAP	Semestral
	% oferta visites 9R en agendes de l'EAP x mes	SISAP / SIDAP	Mensual
	% oferta visites 9E i 9T en agendes de l'EAP x mes	SISAP / SIDAP	Mensual
	% professionals GIS coneixen eines multiprogramació	Direcció EAP	Trimestral
	% visites presencials (9C i 9R) pacients GMA 3 (Dx projecte)	SISAP / SIDAP	Mensual
	% visites no presencials (9Ec i 9T) pacients GMA 3 (Dx projecte)	SISAP / SI DAP	Mensual
	% pacients crònics GMA 3 visitats en 1 any	SISAP/ SI DAP	Semestral
	% pacients crònics ALTES LMS	SISAP	Trimestral
	N e-consultes en pacients amb malalties cròniques	SISAP	Trimestral
	Index freqüentació x malalties	SIDAP	Trimestral
	Index freqüentació x professionals (INF i MF	SI DAP	Trimestral

Estratègia 5 -

Analitzar resultats i promoure accions de millora continua

- Establir Indicadors de procés i de resultat per l'anàlisi, el seguiment i la millora continua de la transformació del model d'atenció

BLOC -3	COMUNICACIÓ INTERNA	FONT	PERIODICITAT
INDICADORS	Reunions per explicar Projecte . % assistents x grups prof	SAP i EAP	Data reunions
	N reunions realitzades x projecte . % assistència x grups	Direcció EAP	Semestral
	sessions formació accions del projecte . N sessions. Tipus	Direcció SAP / EAP	Semestral
	% professionals han realitzat formació x grups prof	Direcció EAP	Semestral
	N reunions UBA en espai sessions - treball prioritziació	Direcció EAP	Semestral
	COMUNICACIÓ EXTERNA	FONT	PERIODICITAT
	N de material generat per la documentació gràfica	Direcció SAP / EAP	Anual
	N intervencions realitzades (grups pacients , CASALs , AAVV)	Referent comunitària	Anual
N d'intervencions realitzades en mitjans locals (Radio, TV ,..)	Referent comunitària	Anual	

BLOC - 4	QUALITAT ASSISTENCIAL - EQA Específics	FONT	PERIODICITAT
INDICADORS	EQA0203- Tractament antiagregant en CI/AVC	SISAP-KHALIX	TRIMESTRAL
	EQA0204- Control LDL en CI/AVC		
	EQA0205- Control TA en CI/AVC		
	EQA0206- Tractaments amb betablocadors de la CI i IC		
	EQA0207- Tractament amb IECA o ARAI en la ICC i en la HTA o DM amb nefropatia		
	EQA0208- DM2: Cribratge del peu diabètic		
	EQA0209- DM2: Control HBA1C		
	EQA0210- DM2: cribratge retinopatia		
	EQA0212- Control TA en DM		
	EQA0213- HTA: Control de la TA		
	EQA0235- HTA: control de la TA en pacients amb IRC		
	EQA0214- Control LDL en pacients amb alt RCV		
	EQA0215- Dislipèmia: Càlcul del RCV (35-74a)		
	EQA0220- Verificació inhaladors		
	EQA0241- Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia		
	EQA0242- Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria		
	EQA0238- Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular		
	EQA0211- DM2: cribratge retinopatia		
	EQA0213- HTA: Control de la TA		
	EQA0235- HTA: control de la TA en pacients amb IRC		
	EQA0214- Control LDL en pacients amb alt RCV		
	EQA0215- Dislipèmia: Càlcul del RCV (35-74a)		
EQA0220- Verificació inhaladors			
EQA0241- Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia			
EQA0242- Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria			

Factors clau per facilitar la implantació de la transformació del model d'atenció

- **Suport directiu , proximitat** i potenciar els **lideratges positius**
- Reunions d'EAP per coneixement de les estratègies i eines – **Comunicació interna + Formació + Organització de l'EAP**
- Reunions d'EAP per millorar coneixement i **Extensió Programa Pla de Cures – ARES**
- Integrar treball conjunt MF + INF + UAC . **Potenciar model UBA 3**
- Potenciar la **longitudinalitat** en l'atenció a les persones
- Potenciar **rol infermeria com 1er referent** de salut per pacients amb malalties cròniques amb control estable / bon control.
- Potenciar el **rol de l'administratiu sanitari** en la gestió dels circuits, procediments i programació pro-activa dels pacients amb malalties cròniques, així com en processos de seguiment del pla de cada pacient.
- Tenir **agendes de l'EAP obertes per programació a 1 any** – per facilitar **programació pro-activa** dels controls a realitzar en pacients amb bon control / control estable – **incrementant visites 9R** en agendes per aquesta programació.
- Establir **intervencions a la comunitat** per promoure l'autocura i autoresponsabilitat de les persones en el control de malalties cròniques i explicar i difondre cartera serveis atenció primària. **Comunicació externa**



Factors facilitadors per l'evolució del model d'atenció



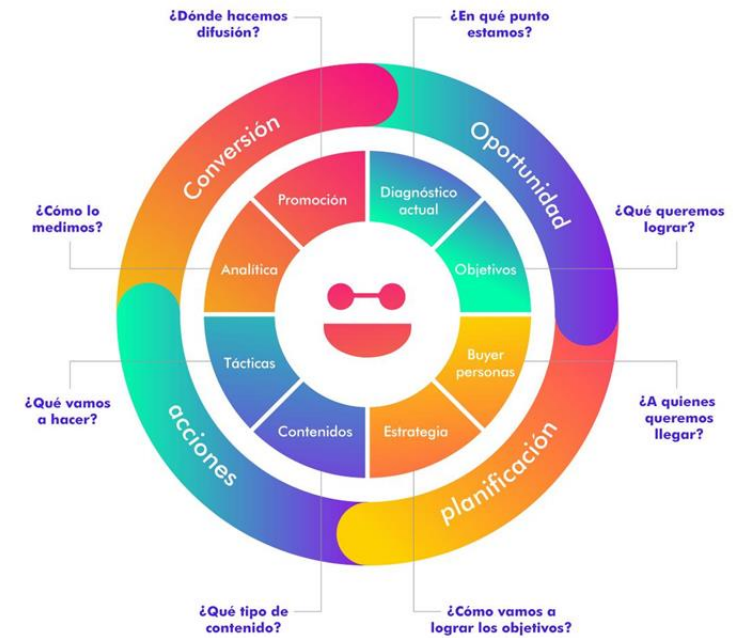
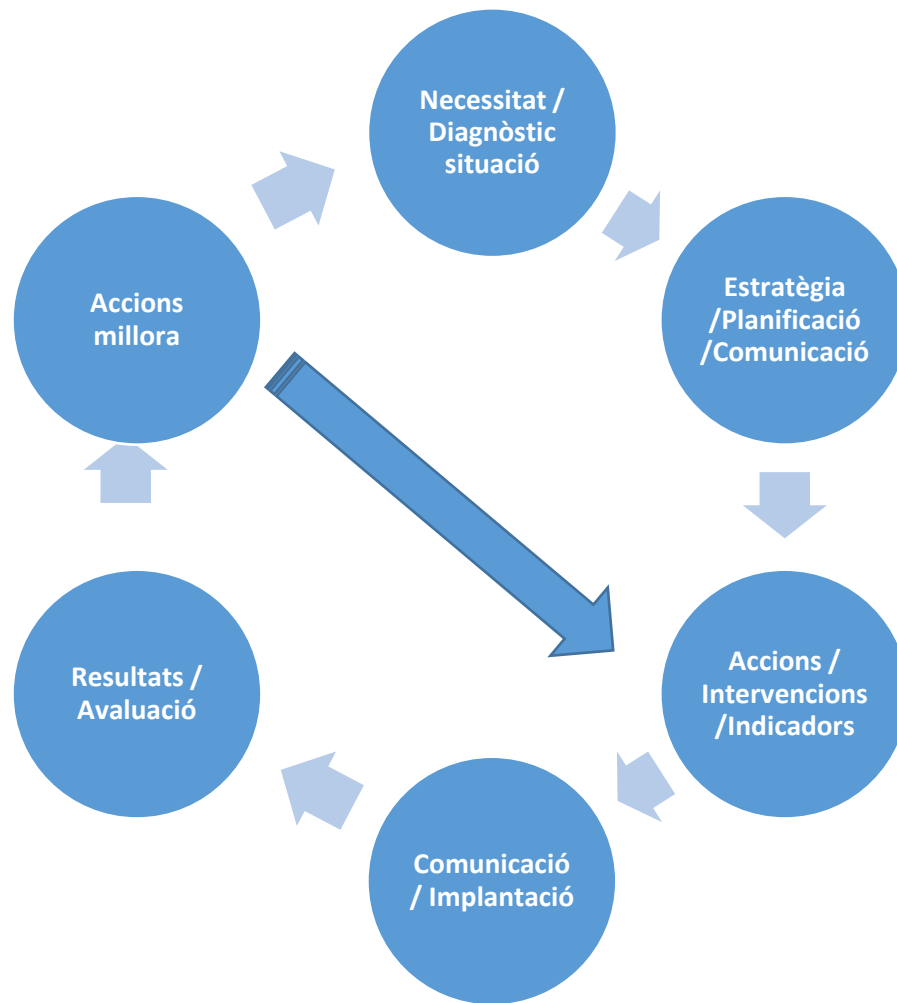
- Tenir les **agendes de l'EAP** preparades per programar a **1 any**
- **Disseny agendes** = Establir espais de visita , d'acord amb el grau de control i necessitat de controls , segons la complexitat de cada pacient.
 - ❖ 9R visites presencials
 - ❖ 9E i 9T **seguiment** de pacients crònics estables , visites per validació proves i gestió alertes (plans medicació , ..)
 - ❖ 9E per **videoconsulta** per seguiment de pacients seleccionats.
- Revisar els **circuits en tot l'EAP** i els **critèris per fer una programació-proactiva**
- **Considerar el període òptim de l'any** per portar a terme la proactivitat i **les condicions adequades** per realitzar-la.
Garantir un espai conjunt de revisió i reflexió periòdic entre els diferents col·lectius professionals , considerant les característiques de cada EAP. Diferents possibilitats en funció de les realitats:
 - Reserva tram horari setmanal
 - Reserva tram horari quinzenal
 - Reserva jornada laboral mensual
 - Reserva espai bimensual
- **Reconduir les revisions proactives cap a l'inici de l'any** fent pivotar els seguiment presencials preferiblement en el primer semestre i els seguiments no presencials en el segon semestre.
Això permetrà millorar els controls dels pacients crònics i llur monitorització tenint marge de reconducció de situacions que ho requereixin durant la resta de l'any, quan es produeixin descompensacions.

Factors facilitadors per l'evolució del model d'atenció

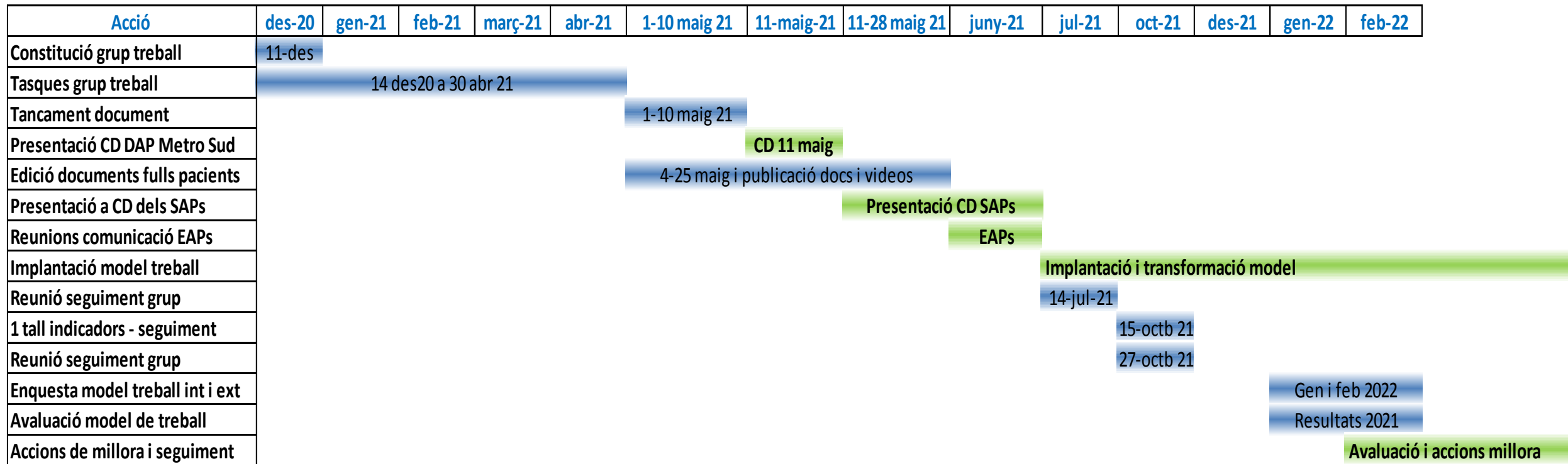


- **Utilitzar eines de l'eCAP / SISAP** , per realitzar la detecció , la priorització dels pacients i la programació pro-activa :
 - **eina DBS-form** per treure llistat de pacients , segons grau control i/o intervencions pendents de realitzar i facilitar programació .
 - Utilitzar **eina llistat pacients per EQA** (normal / horitzontal) – per prioritzar llistat de pacients pendents de realitzar intervencions o en funció de grau de control.
 - Utilitzar a la UAC **la eina de multiprogramació a eCAP administratiu**
 - **Utilitzar recordatoris per SMS** , per recordar visites programades a les persones .
- Establir en l'EAP **espais de treball conjunt MF+INF+UAC** .
- Establir espais **d'avaluació i seguiment conjunts en tot l'EAP** , per **valorar com va transformació del model d'atenció**.
- **Seguiment i suport directiu** per detectar dificultats i facilitar accions de millora
- Millora accessibilitat i disminució llistes d'espera , per **proves i atenció en altres àmbits assistencials**, quan es necessari.
- **Comunicació als ciutadans** de quina es la **cartera de serveis d'AP** i **com** estem organitzats

Dinàmica treball per implantar gestió del canvi



Proposta Cronograma implantació i transformació del model d'atenció als pacients amb malalties cròniques als EAPs de l'Atenció Primària de Metro Sud



Història del grup de treball – transformem el model

- Representació de tots els SAPs de l'AP Metro Sud
- Representació multidisciplinària
- Suport direccions

Membres del grup :

1MF+1iNF+1GiS x SAP
1 prof. direcció x SAP
DAAS+DPROJECT+COMU
N de la DAP

- Aportat per tots els membres del grup i treball sobre documents , fulls i presentació
- 7 reunions
- 56 correus de treball

Reunions de treball



- **5 estratègies**
- Eines per programació pro-activa
- Punt clau i punts facilitadors
- Indicadors per avaluació , seguiment i millora continua

Estratègia i objectius

Documentació

- Documents marc projecte
- 14 Plans de Cures
 - 6 fulls planificació visites / educació pacients
 - 3 fulls eines per consulta telemàtica
 - 8 eines per treball
 - 6 píndoles formatives

MES, NO ES MILLOR
PLANIFIQUEM ELS CONTROLS
APORTEM VALOR
PER MILLORAR LA TEVA SALUT

Junts , Transformem el model i

