

Recuperar l'essència amb tot el què hem après

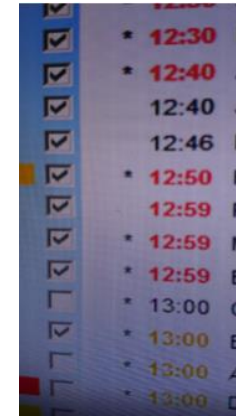
Direccions d'AP

1. DIAGNÒSTIC DE SITUACIÓ

1.1. Diagnòstic pre-COVID



- 67% visites es programaven directament a MF.
- INF feia pràcticament totes les proves.



Visites Resoltes		
Ordinatoris	Presencials	Total
16	65	81

CA

1.2. L'AP durant la pandèmia. **Reconeixement** de tanta feina feta

Més de 8 milions de proves
diagnòstiques

Atenció al 90% dels
pacients COVID

Protocol Covid als centres
educatius

Més de 10 milions de vacunes
posades

La càrrega de les IT

107.456 Ecografies pulmonars

Problemes burocràtics
diversos, com consultes del
Certificat Covid UE...

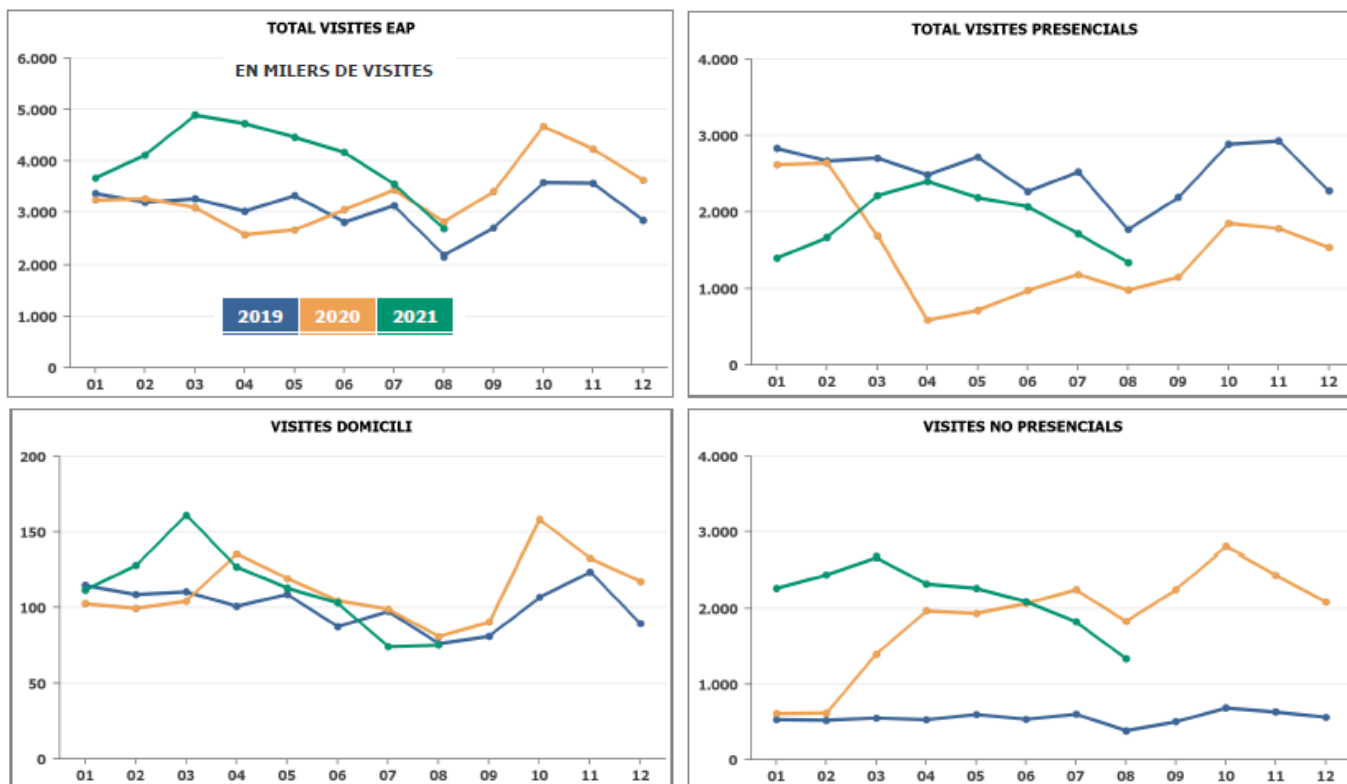
Atenció exhaustiva a les
residències

Hotels Salut

Més de 9,5M visites per a
l'atenció a la Covid
realitzades



1.2. Diagnòstic de la situació actual



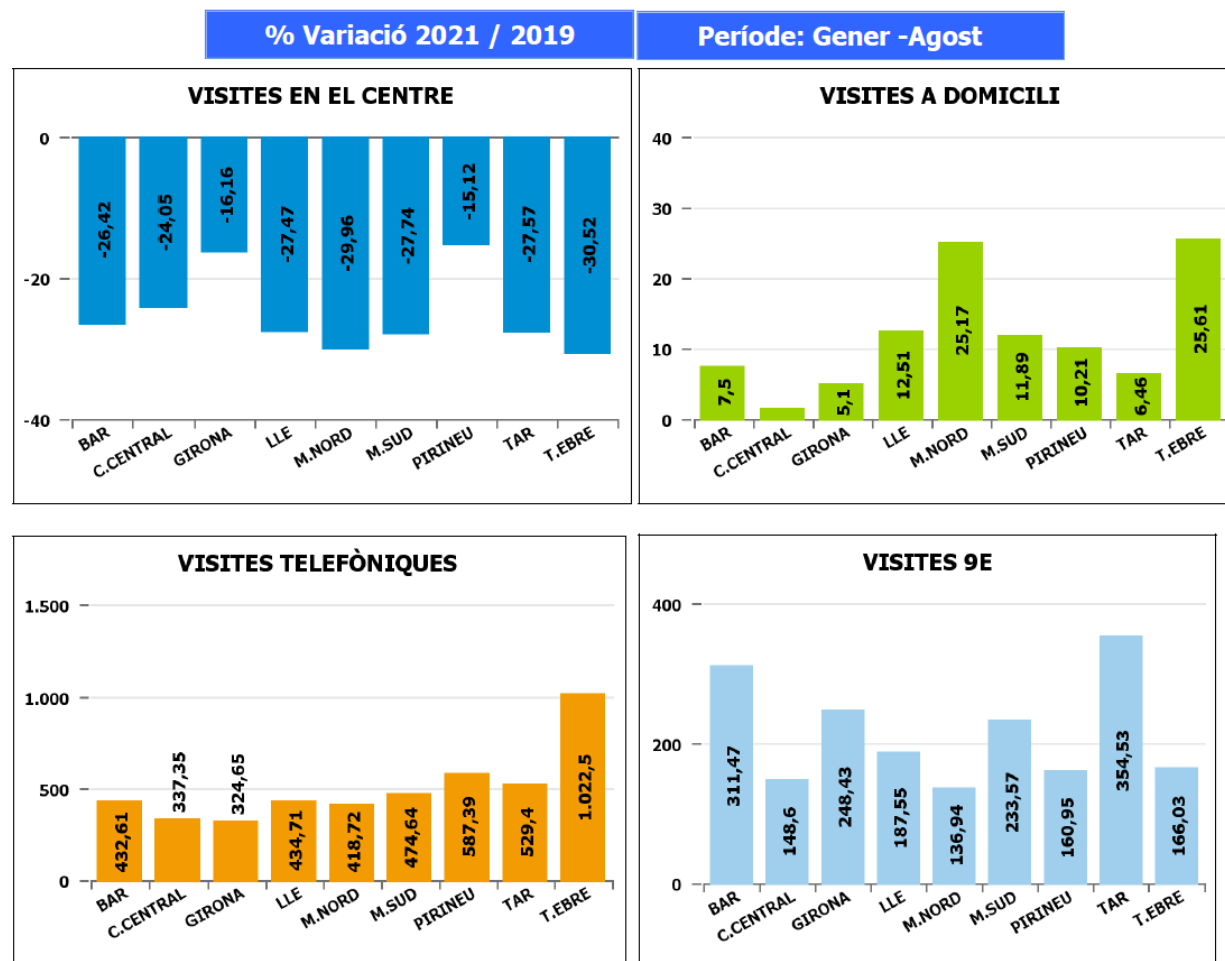
EQUIPS AT. PRIMÀRIA	2019	2021	Dif.	% Var.
TOTAL	24.275.819	32.272.540	32.272.540	32,94
AL CENTRE	19.195.632	14.124.372	-5.071.260	-26,42
DOMICILIÀRIA	805.539	893.730	88.191	10,95
TELFÒNICA	1.880.689	9.869.016	7.988.327	424,76
9E	2.393.959	7.385.422	4.991.463	208,5

Resum de visites a l'AP durant la pandèmia:

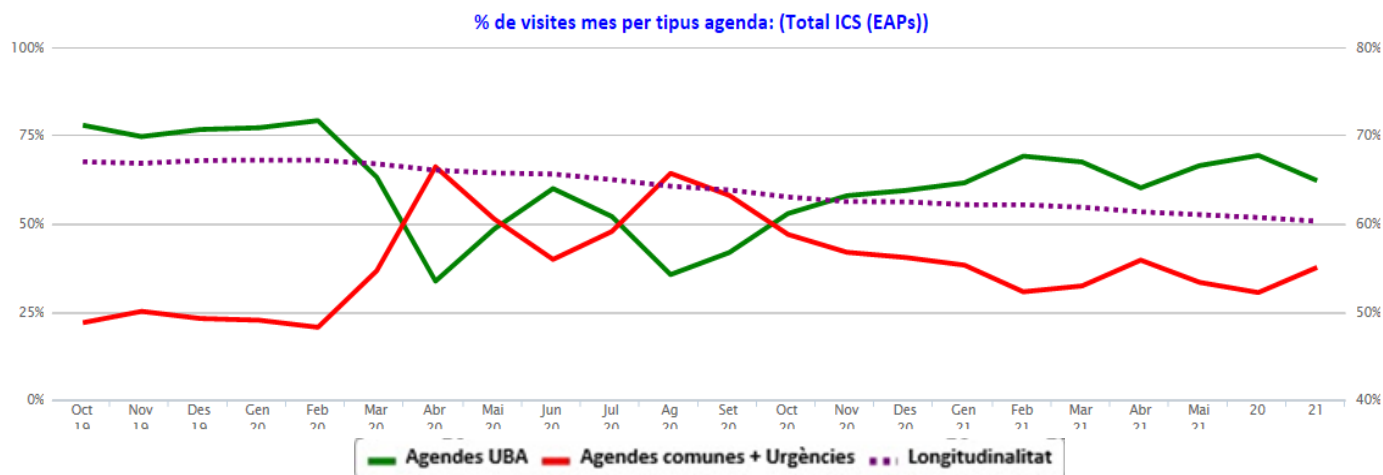
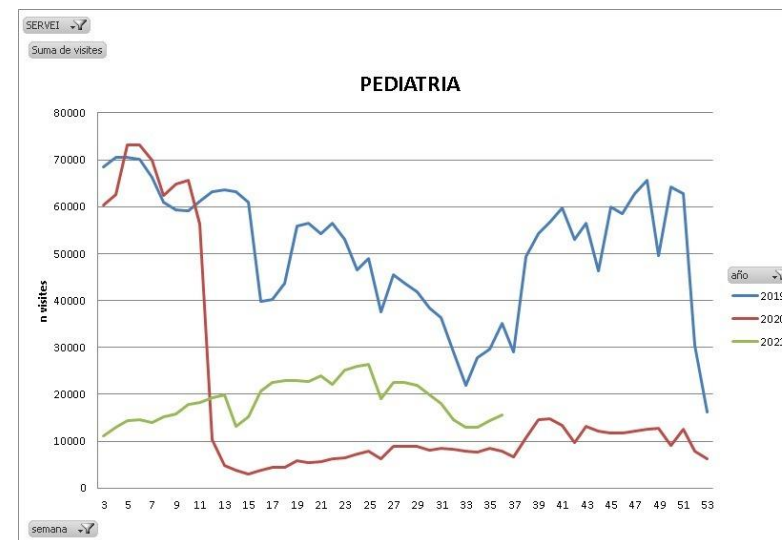
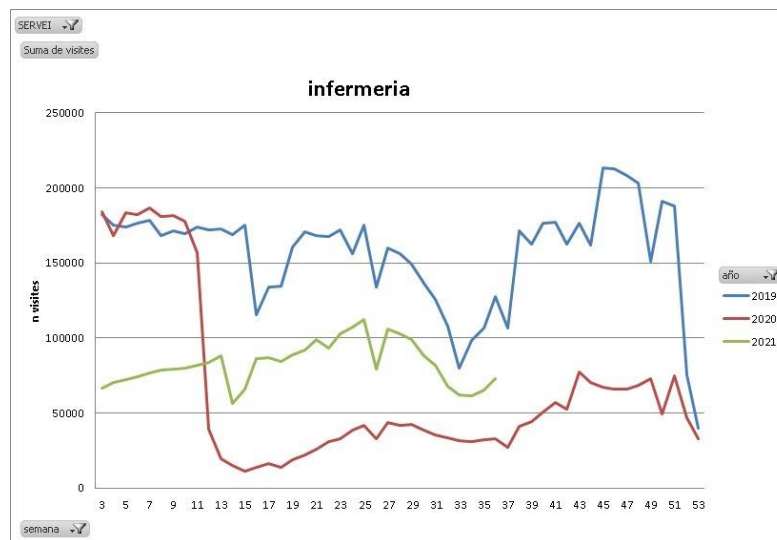
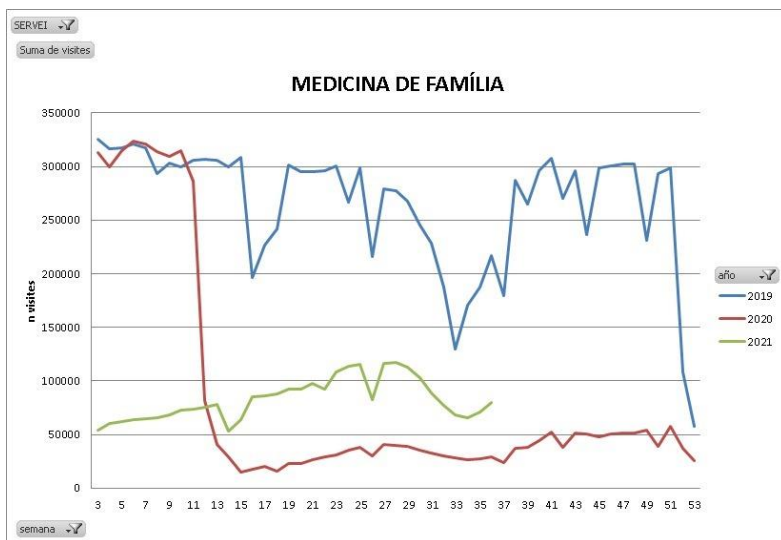
- **32,94%** més de visites durant el període gener-agost del 2021 respecte el mateix període del 2019.
- **Reducció del 26,42%** de visites **presencials**, però **-51,77% a MF**, **-49,93% a PED** i **+21,24% a INF**.
- **9,8M** de visites **telefòniques** (2021), de les quals el **56,99%** s'han realitzat per **MF**, 8,57% per PED, 23,21% per INF i 11,23% per altres.
- El % de pacients que utilitzen l'**e-consulta** ha passat de l'**1,46%** al **24,34%** i s'han realitzat **1,36M d'e-consultes** de gener-agost del 2021.

1.2. Diagnòstic de la situació actual

EQUIPS AT. PRIMÀRIA	2019	2021	Dif.	% Var.
MEDICINA DE FAMÍLIA	13.290.556	16.297.029	3.006.473	22,62
VISITES NO PRESENCIALS	3.105.793	11.385.112	8.279.319	266,58
9E	2.024.284	5.760.629	3.736.345	184,58
TELFÒNICA	1.081.509	5.624.483	4.542.974	420,06
VISITES PRESENCIALS	10.184.763	4.911.917	-5.272.846	-51,77
AL CENTRE	9.946.246	4.704.551	-5.241.695	-52,7
DOMICILIÀRIA	238.517	207.366	-31.151	-13,06
PEDIATRIA	2.071.437	2.125.787	54.350	2,62
VISITES NO PRESENCIALS	152.482	1.164.884	1.012.402	663,95
9E	50.933	319.112	268.179	526,53
TELFÒNICA	101.549	845.772	744.223	732,87
VISITES PRESENCIALS	1.918.955	960.903	-958.052	-49,93
AL CENTRE	1.918.554	960.362	-958.192	-49,94
DOMICILIÀRIA	401	541	140	34,91
INFERMERIA	8.028.268	12.735.514	4.707.246	58,63
VISITES NO PRESENCIALS	851.769	4.015.693	3.163.924	371,45
9E	296.489	1.169.651	873.162	294,5
TELFÒNICA	555.280	2.846.042	2.290.762	412,54
VISITES PRESENCIALS	7.176.499	8.719.821	1.543.322	21,51
AL CENTRE	6.646.287	8.057.976	1.411.689	21,24
DOMICILIÀRIA	530.212	661.845	131.633	24,83



1.2. Diagnòstic de la situació actual. Visites en agenda UBA



LONGITUDINALITAT:

- La longitudinalitat ha caigut més de 7 punts percentuals respecte el 2019 (12/19 vs 08/20): del 67,27% al **59,98%**.
- Les visites en agenda UBA han passat del 77,67% al **60,79%** (12/19 vs 08/21).



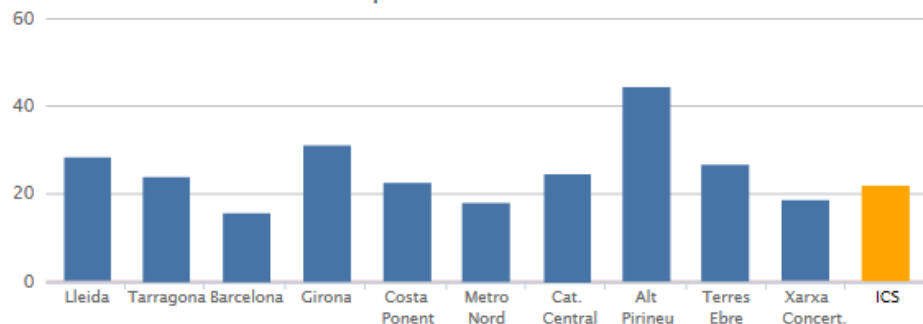
1.2. Diagnòstic de la situació actual

Detall de l'indicador: AGENDQC2 - Visites presencials al centre setmanals realitzades
Metge/essa de família

Total ICS (EAPs)

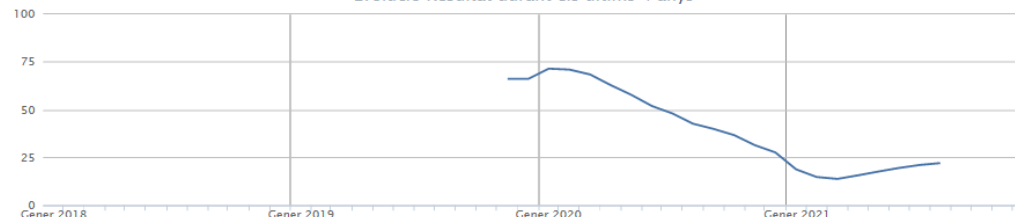
Àmbits

Comparativa de: Resultat



Període	Resultat	Numerador	Denominador
Ag 2021	22,18	4.317.572	194.649,29
Jul 2021	21,15	4.113.731	194.545
Juny 2021	19,59	3.807.887	194.336,43
Maig 2021	17,73	3.439.402	194.023,57
Abr 2021	15,74	3.045.731	193.502,14
Març 2021	13,89	2.683.068	193.189,29
Febr 2021	14,87	2.872.771	193.137,14
Gen 2021	18,90	3.660.199	193.614

Evolució Resultat durant els últims 4 anys

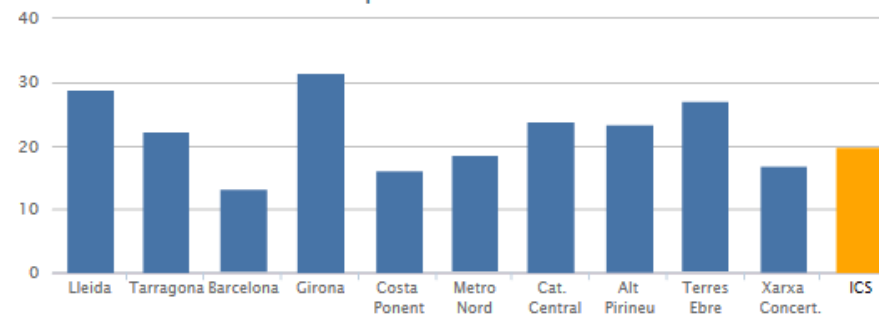


Detall de l'indicador: AGENDQC2 - Visites presencials al centre setmanals realitzades
Infermer/a

Total ICS (EAPs)

Àmbits

Comparativa de: Resultat



Període	Resultat	Numerador	Denominador
Ag 2021	20,04	4.630.146	230.992,86
Jul 2021	19,38	4.477.480	230.992,86
Juny 2021	18,53	4.279.262	230.940,71
Maig 2021	17,30	3.977.047	229.950
Abr 2021	15,68	3.599.107	229.585
Març 2021	14,16	3.240.699	228.855
Febr 2021	13,79	3.141.054	227.707,86
Gen 2021	15,17	3.446.031	227.181,43

1.2. Diagnòstic de la situació actual. Hiperfreqüentació

		01-02	03-05	06-08	09-12	>12	
2019	MF	1.408.959	1.067.457	433.358	219.502	115.646	
	INF	1.525.425	543.580	163.268	90.806	86.465	
	PED	309.984	186.107	61.507	25.980	12.171	
	TS	103.745	26.381	6.103	2.292	1.134	
	ODN	273.920	46.156	5.381	1.169	325	
		3.622.033	1.869.681	669.617	339.749	215.741	6.716.821
2020	MF	1.387.119	896.640	380.814	232.339	207.077	
	INF	1.387.407	503.733	157.705	93.372	82.872	
	PED	298.041	149.415	48.464	21.075	10.409	
	TS	120.396	31.369	8.187	3.474	2.086	
	ODN	180.417	35.828	4.759	1.011	217	
		3.373.380	1.616.985	599.929	351.271	302.661	6.244.226
2021	MF	1.257.005	985.460	473.318	287.617	247.912	
	INF	2.001.466	992.360	315.252	154.222	118.105	
	PED	265.646	167.934	64.011	31.992	19.856	
	TS	125.844	44.461	12.549	5.298	3.114	
	ODN	187.578	65.050	9.818	2.193	437	
		3.837.539	2.255.265	874.948	481.322	389.424	7.838.498

		01-02	03-05	06-08	09-12	>12	
2019	0-2 anys	2.425	5.093	5.414	6.237	7.804	
	3-7 anys	51.418	64.504	42.800	32.405	29.912	
	8-14 anys	132.318	116.842	47.635	21.298	9.562	
	15-44 anys	563.570	392.889	157.155	81.847	47.713	
	45-64 anys	391.044	349.908	177.236	112.637	88.430	
	65-74 anys	121.696	153.247	95.586	65.731	61.156	
	>75 anys	98.109	145.899	117.579	101.769	175.065	
		1.360.580	1.228.382	643.405	421.924	419.642	4.073.933
2020	0-2 anys	5.220	9.540	13.169	17.576	24.799	
	3-7 anys	71.919	70.942	34.030	18.126	10.987	
	8-14 anys	141.707	90.231	31.795	14.625	8.321	
	15-44 anys	505.425	339.262	149.521	93.838	91.106	
	45-64 anys	387.878	300.199	153.561	109.921	134.644	
	65-74 anys	145.812	138.754	75.217	51.329	59.554	
	>75 anys	121.210	139.595	96.008	81.862	155.432	
		1.379.171	1.088.523	553.301	387.277	484.843	3.893.115
2021	0-2 anys	12.180	20.773	20.759	22.075	31.857	
	3-7 anys	66.873	69.598	37.115	22.105	15.808	
	8-14 anys	125.763	107.393	51.752	29.438	18.438	
	15-44 anys	557.979	416.682	215.151	144.733	144.750	
	45-64 anys	427.490	335.975	202.115	155.246	195.832	
	65-74 anys	124.780	135.897	100.088	81.074	94.808	
	>75 anys	59.293	116.362	106.145	107.956	209.942	
		1.374.358	1.202.680	733.125	562.627	711.435	4.584.225

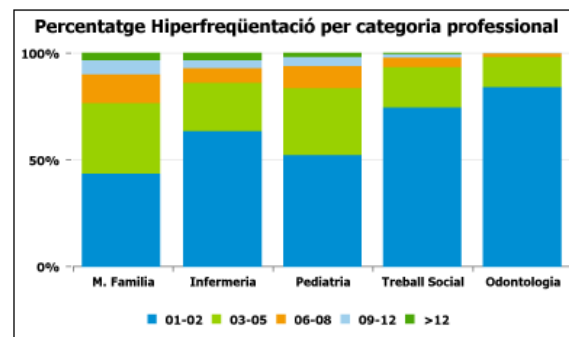
Gen-Ag 2019	01-02	03-05	06-08	09-12	>12	TOTAL
M. Família	43,42%	32,90%	13,35%	6,76%	3,56%	100,00%
Infermeria	63,31%	22,56%	6,78%	3,77%	3,59%	100,00%
Pediatría	52,03%	31,24%	10,32%	4,36%	2,04%	100,00%
Treball Social	74,29%	18,89%	4,37%	1,64%	0,81%	100,00%
Odontologia	83,78%	14,12%	1,65%	0,36%	0,10%	100,00%
Total categories	50,52%	29,19%	11,17%	5,74%	3,38%	100,00%

Gen-Ag 2020	01-02	03-05	06-08	09-12	>12	TOTAL
M. Família	44,69%	28,89%	12,27%	7,49%	6,67%	100,00%
Infermeria	62,35%	22,64%	7,09%	4,20%	3,72%	100,00%
Pediatría	56,51%	28,33%	9,19%	4,00%	1,97%	100,00%
Treball Social	72,74%	18,95%	4,95%	2,10%	1,26%	100,00%
Odontologia	81,18%	16,12%	2,14%	0,45%	0,10%	100,00%
Total categories	50,82%	27,02%	10,66%	6,32%	5,18%	100,00%

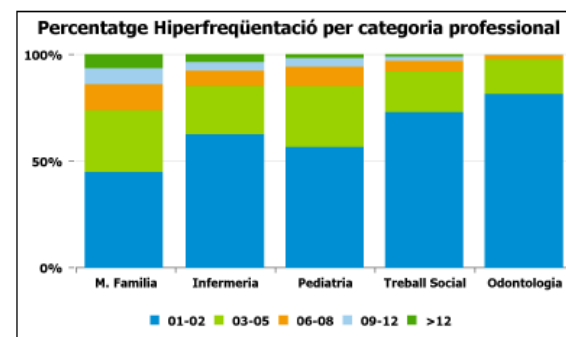
Gener-Agost 2021	01-02	03-05	06-08	09-12	>12	TOTAL
M. Família	38,66%	30,31%	14,56%	8,85%	7,62%	100,00%
Infermeria	55,88%	27,71%	8,80%	4,31%	3,30%	100,00%
Pediatría	48,35%	30,56%	11,65%	5,82%	3,61%	100,00%
Treball Social	65,80%	23,25%	6,56%	2,77%	1,63%	100,00%
Odontologia	70,76%	24,54%	3,70%	0,83%	0,16%	100,00%
Total categories	46,60%	28,95%	12,22%	6,88%	5,36%	100,00%

FREQÜENTACIÓ:

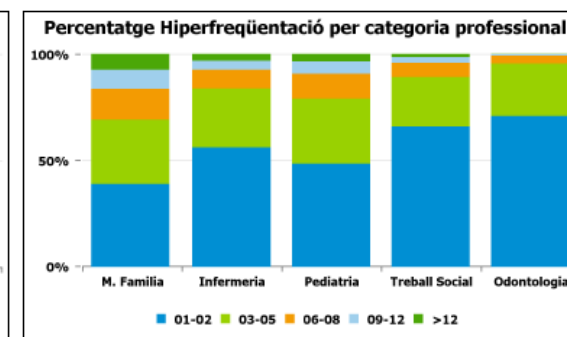
- La freqüentació sobre població atesa observada ha passat de 8,50 (12/19) a 9,61 (08/21).
- Pràcticament s'han doblat les persones que han fet >12 contactes amb el seu EAP, especialment a MF.



2019



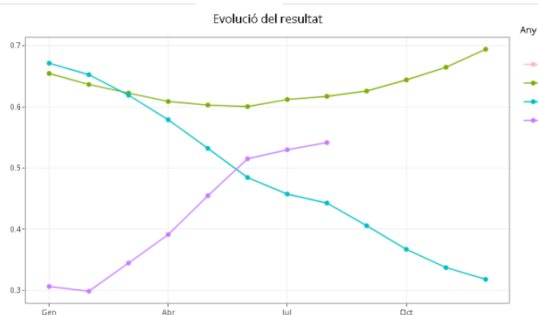
2020



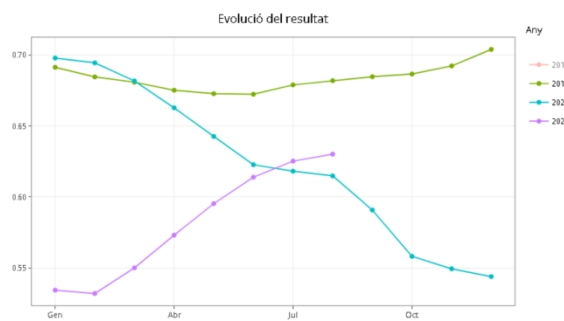
2021

1.2. Diagnòstic de la situació actual. Control clínic

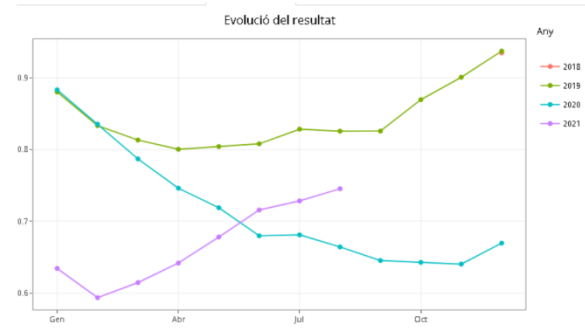
Peu diabètic



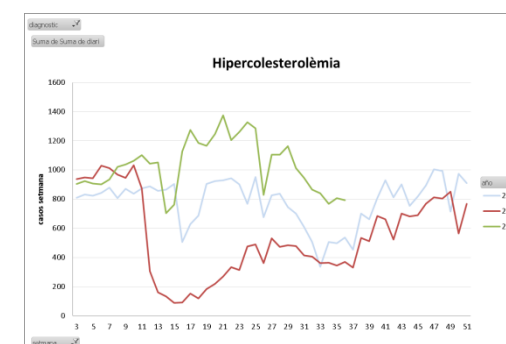
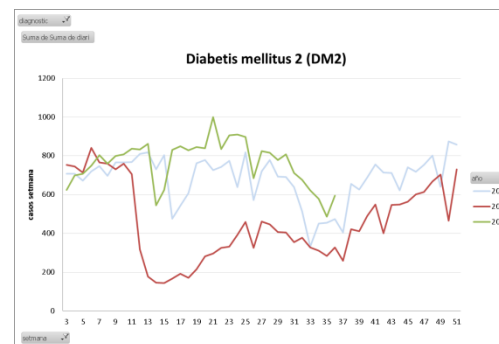
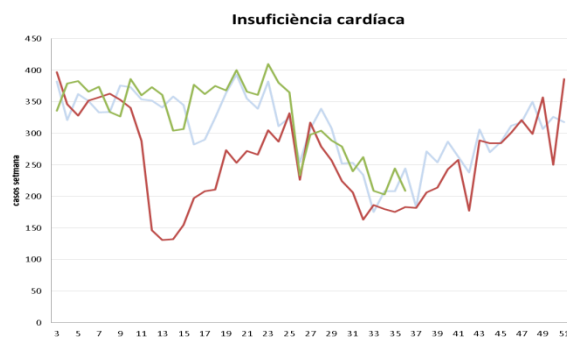
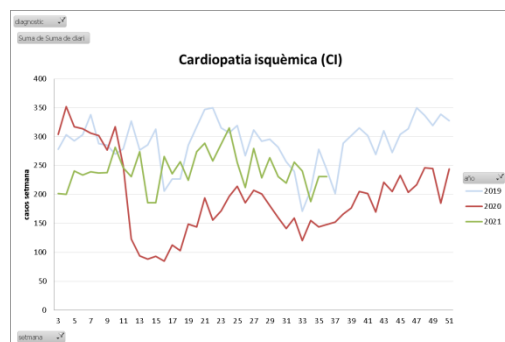
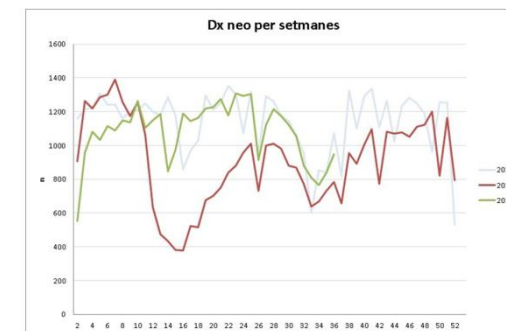
Glicada



Valoració ATDOM

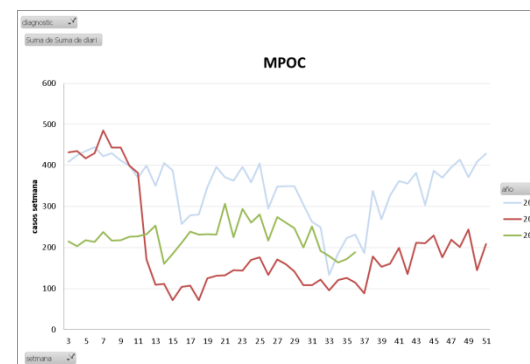


Dx neo



SEGUIMENT CLÍNIC:

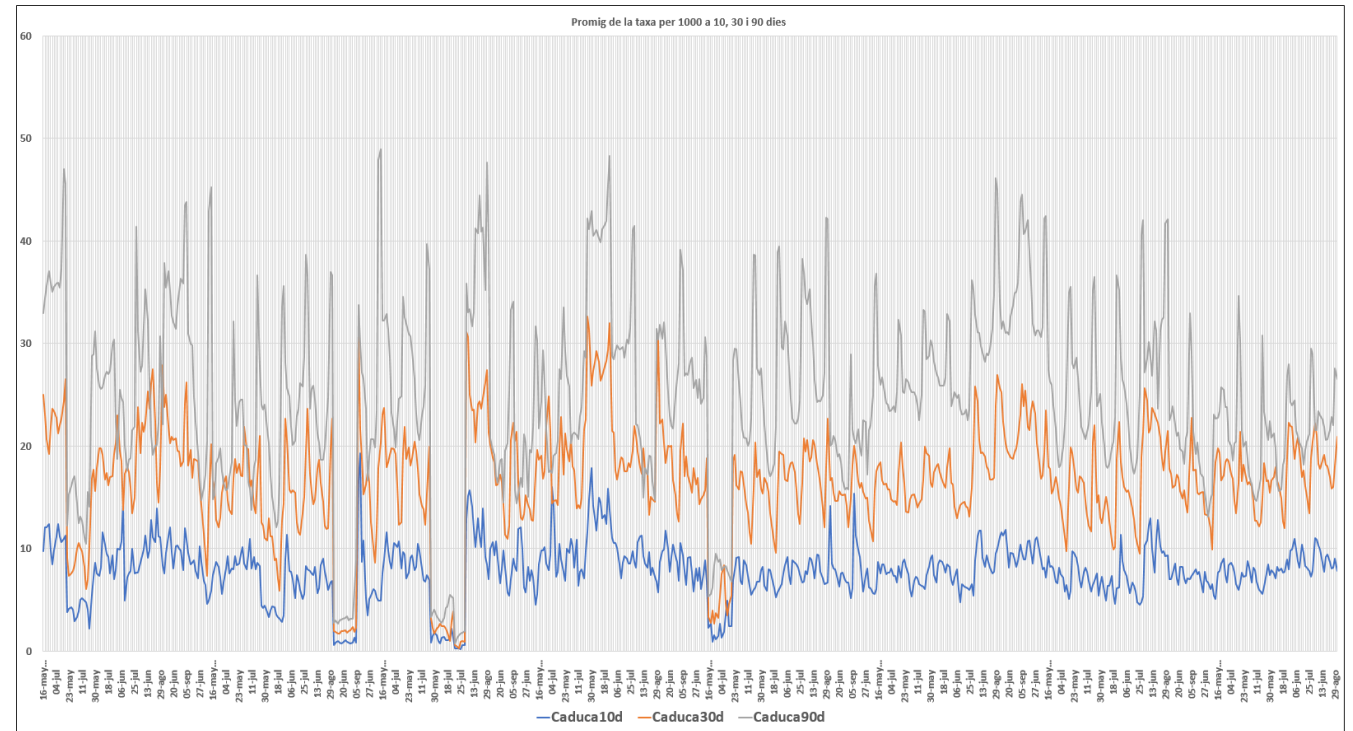
- Durant el 2021 s'estan recuperant els controls clínics i els diagnòstics (excepte la MPOC).



1.2. Diagnòstic de la situació actual. Tasques pendents

RECEPTES A PUNT DE CADUCAR:

- Són un exemple de tasques pendents que si es fan pro-activament, estalvien moltes visites no controlades (generalment “urgents”).
- Hi ha moltes diferències entre EAPs de la gestió de les receptes a punt de caducar
- Els professionals tenen una pantalla específica des d'on poder-les revisar.



1.2. Diagnòstic de la situació actual. Evolució de professionals a l'ICS (en PE)

Evolució Plantilla equivalent ICS

CENTRES	des 19	des 20	ago 21
Centre Corporatiu	363,06	374,37	383,73
Hospitals propis	23.411,10	24.909,90	26.582,20
Primària pròpia	20.222,63	21.909,10	24.542,98
Propi	43.996,78	47.193,37	51.508,91

CENTRES	GRUPS	des 19	des 20	ago 21
Centre Corporatiu	Àrea funcional sanitària A1	27,41	31,80	32,17
	Àrea funcional sanitària A2	17,03	16,77	17,47
	Altres personal sanitari	1,00	1,08	2,00
	Àrea funcional de gestió i Serveis	317,62	324,72	332,09
	Residents	0,00	0,00	0,00
	Total	363,06	374,37	383,73
Hospitals propis	Àrea funcional sanitària A1	3.674,71	3.904,20	4.053,15
	Àrea funcional sanitària A2	7.963,09	8.547,65	9.062,68
	Altres personal sanitari	5.598,93	6.127,75	6.714,19
	Àrea funcional de gestió i Serveis	4.648,09	4.876,18	5.194,72
	Residents	1.526,28	1.454,11	1.557,45
	Total	23.411,10	24.909,90	26.582,20
Primària pròpia	Àrea funcional sanitària A1	5.834,61	6.056,33	6.108,86
	Àrea funcional sanitària A2	6.168,56	6.572,47	7.143,46
	Altres personal sanitari	1.468,00	1.724,31	2.265,33
	Àrea funcional de gestió i Serveis	5.854,44	6.699,97	8.104,65
	Residents	897,02	856,02	920,68
	Total	20.222,63	21.909,10	24.542,98
Propi	Àrea funcional sanitària A1	9.536,73	9.992,32	10.194,19
	Àrea funcional sanitària A2	14.148,67	15.136,90	16.223,61
	Altres personal sanitari	7.067,93	7.853,14	8.981,52
	Àrea funcional de gestió i Serveis	10.820,15	11.900,87	13.631,46
	Residents	2.423,30	2.310,13	2.478,14
	Total	43.996,78	47.193,37	51.508,91

4.320
21,36%

Evolució Plantilla equivalent /Salut

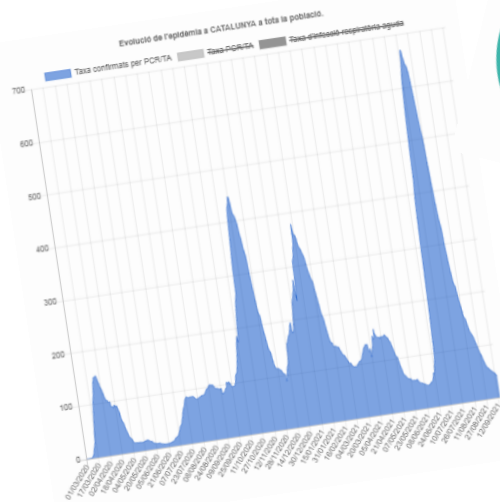
Plantilla març 2021	HOSP	AP	Rest a àmbits	Total
Personal facultatiu	13.651	7.523	2.595	23.769
Personal diplomat	24.153	8.912	4.540	37.605
Personal en formació	3.922	1.207	362	5.491
Personal tècnic superior	4.462	311	347	5.121
TCAIs	13.722	2.314	6.066	22.102
Altres personal assistencial	3.423	121	404	3.948
Personal administració i serveis	11.992	8.791	2.423	23.206
Plantilla total març 2021	75.327	29.178	16.737	121.242
Plantilla total març 2020	68.490	24.585	13.298	106.374
Diferència plantilla 2021-2020	6.837	4.594	3.438	14.868
% increment plantilla	10,0%	18,7%	25,9%	14,0%

Plantilla específica (inclosa en l'anterior)

Gestors/es COVID	52	602	10
Referents COVID Escola	8	349	1
Total 2021	60	951	11

	població	metges	pob assignada MF amb EQA	pob atesa MF amb EQA
Des 2015	4.704.035	3.255	1.445	1.094
Des 2016	4.720.124	3.264	1.446	1.098
Des 2017	4.756.311	3.305	1.439	1.091
Des 2018	4.812.825	3.353	1.435	1.102
Des 2019	4.892.257	3.542	1.381	1.069
Des 2020	4.920.161	3.616	1.361	1.064
Ag 2021	4.982.057	3.660	1.361	1.140

1.2. Diagnòstic de la situació actual



Ara fa dies q no raig cap twit
pq estic cansat
emocionalment i físicament.
Però també estic molt millor
pq poc a poc estic recuperant
la presencialitat q és el q tots
els professionals d'AP de
vocació volem, encara q algú
vulgui dir el contrari, però
necessitem ajuda @icscat



La gent gran no es mereix això

Susana Quadrado



Hi ha coses que haurien de començar a tornar a com estaven abans, ara que baixa la cinquè onada. L'atenció presencial a centres de salut de Catalunya n'és una, per exemple.

Es ben clar que atendre la gent per telèfon serveix de ben poc als ciutadans de més edat. Derivar aquests pacients cap a l'e-consulta no sembla la millor manera de donar-los una bona assistència. Sol passar que la visita cara a cara amb el metge de capçalera, o amb "qui li toqui", acabi retardant-se més enllà del que és voldria.

Per a aquests malalts, la majoria crònica, aquest tipus de derivació apareix com una barrera insalvable, sigui per edat, per habilitat o senzillament perquè els manquen els recursos tecnològics. No tots tenen la sort de poder recórrer a una assegurança privada, d'altres viuen sols i també n'hi ha que no tenen fills ni la possibilitat d'ajuda.

En el millor dels casos, s'interromp una rutina vital mentre s'escampa la sensació de desesperança. El pitjor de tot és que la persona desistís i s'agreuï. El mateix passa amb els afectats per trastorns de salut mental o amb immigrants. Aquesta setmana ha sortit un estudi que arriba a una conclusió que ens ha de fer pensar. Una reducció primària i els pacients s'associa amb un ús inferior dels serveis d'urgències, menys hospitalitzacions agudes i menys mortalitat. Tant és així.

**L'atenció presencial als
centres de salut s'ha de
recuperar com més aviat
millor: ja no hi ha excuses**

**L'atenció presencial als
centres de salut s'ha de
recuperar com més aviat
millor: ja no hi ha excuses**

que, si la continuïtat longitudinal es manté durant més de 15 anys, la probabilitat d'anar a urgències, ingressar i morir cau entre un 25% i un 30%. S'ha analitzat amb 4,5 milions d'habitants del total dels 5,3 milions que té Noruega. Noruega, si, un dels miralls nòrdics. On queda allò que Catalunya es convertiria en la Dinamarca del sud d'Europa?

El valor de l'atenció primària és crear un vincle amb el malalt. L'assistència telefònica pot ser útil determinades vegades, tot i que no de manera generalitzada. El "ja el trucarà la metgessa" que se sent a l'altre costat de la línia sumeix en la incertesa la persona gran, que potser només busca una mica d'afecte per calmar el seu dolor, un suport emocional que sempre ha acompanyat la pràctica de la medicina i que se'n diu humanitat.

L'e-consulta trenca el vincle amb el pacient, no es genera confiança i, sense aquesta confiança, el procés de curació va a pitjor. No s'han de culpar els metges. Si poder diagnosticar bé és difícil si et minuten la visita, no em puc ni imaginar la complexitat de fer-ho per telèfon i sense ni auscultar el malalt. I què passa amb les persones que queden sense diagnosticar? Com s'enyoren els temps en què els metges t'escoltaven i sabien veure més enllà del símptoma-pastilla.

**NO TODO ES COVID.
OTROS PACIENTES
TAMBIEN DEBEN SER
ATENDIDOS**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Salut/Institut Català de la Salut/
Direcció d'Atenció Primària i a la Comunitat

1.2. Diagnòstic de la situació actual



De 700.000 de 3,3 milions d'altres
acumulades/ Més de 17,4 milions d'accessos



2. QUINA ÉS L'ESSÈNCIA DE L'AP?





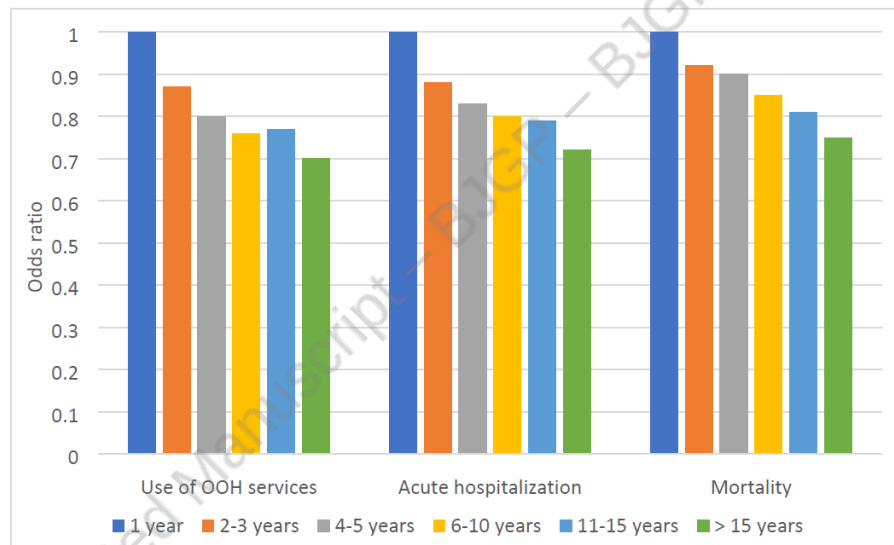
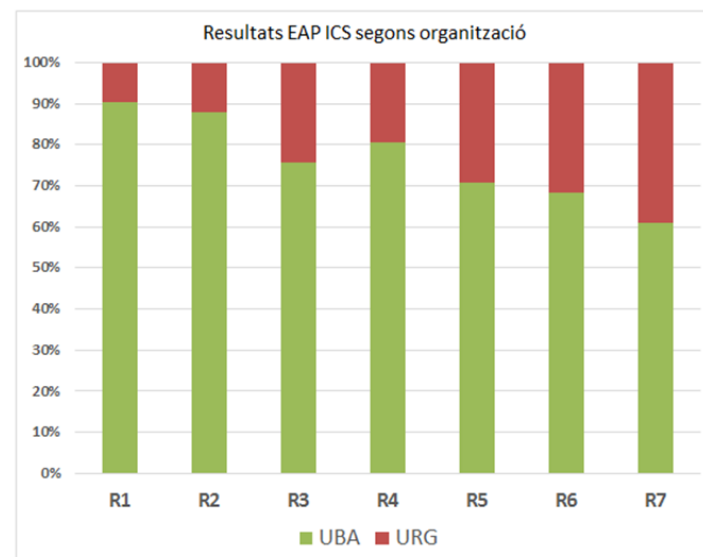


Figure 1: Associations between continuity measured as years with the same regular general practitioner acute hospitalization, and mortality during 2018



UBA= >80% visites agenda UBA
URG= <80% visites agenda UBA

Sempre que es pugui cal evitar la dispensarització dels circuits, que redueix els dies d'agenda dels professionals i dona lloc a re-consultes.



British Journal of General Practice
bringing research to clinical practice

Looking for something? [Advanced Search](#)

[HOME](#) [ONLINE FIRST](#) [CURRENT ISSUE](#) [ALL ISSUES](#) [AUTHORS & REVIEWERS](#) [SUBSCRIBE](#) [BJGP LIFE](#)
[MORE](#)

Research

Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway

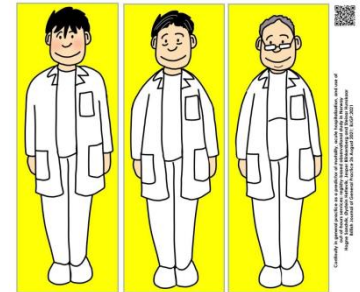
Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg and Steinar Hunskaar
British Journal of General Practice 26 August 2021; BJGP 2021; 0340. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0340>

[Article](#) [Info](#) [eLetters](#) [PDF](#)

Abstract

Background: Continuity, usually considered a quality aspect of primary care, is under pressure. Aim: To analyse the association between longitudinal continuity with a named regular general practitioner (RGP) and use of out-of-hours (OOH) services, acute hospitalization, and mortality. Design and setting: Registry-based observational study in Norway covering 4 552 978 Norwegians listed with their RGPs. Method: Duration of RGP-patient relationship was used as explanatory variable for the use of OOH services, acute hospitalization, and mortality in 2018. Several patient-related and RGP-related covariates were included in the analyses by individual linking to high-quality national registries. Duration of RGP-patient relationship was categorized as 1, 2–3, 4–5, 6–10, 11–15, and > 15 years. Results are given as adjusted odds ratio (OR) with 95 % confidence interval resulting from multilevel logistic regression analyses. Results: Compared with a one-year RGP-patient relationship the OR for use of OOH services decreased gradually from 0.87 (0.86 – 0.88) after 2 – 3 years duration to 0.70 (0.69 – 0.71) after more than 15 years. OR for acute hospitalization decreased gradually from 0.88 (0.86 – 0.90) after 2 – 3 years duration to 0.72 (0.70 – 0.73) after more than 15 years. OR for dying decreased gradually from 0.92 (0.86 – 0.98) after 2 – 3 years duration to 0.75 (0.70 – 0.80) after an RGP-patient relationship of more than 15 years. Conclusion: Length of RGP-patient relationship is significantly associated with lower use of out-of-hours services, fewer acute hospitalizations, and lower mortality. The associations are dose-dependent and probably causative.

Si ves envejecer a tu Médico, tu Salud Será Mejor



Cuantos más años lleves con el mismo médico de familia, menos acudes a Urgencias, menos ingresos al hospital y más y mejor vives.

@mlalanda

7SETmanal
Al día en cinco minutos

acta sanitària

Bulletí electrònic setmanal – Núm. 129 – 17 d'octubre de 2019



Longitudinalitat és salut, ja ho deia la Starfield
La continuïtat assistencial (CA) a càrrec del mateix professional responsable en atenció primària s'associa amb menys hospitalitzacions evitables. Un 93,3% dels estudis inclosos en aquesta revisió sistemàtica van trobar que a més CA, disminueix la probabilitat d'ingrés per qualsevol de les causes evitables descrites o per una causa específica. Aquests resultats conviden a implementar mesures adequades a augmentar la CA. *The American Journal of managed care, 1 d'abril de 2019*

[Més >>](#)



Desprescripció: la confiança és essencial
Estudi exploratori sobre barreres i facilitadors per la desprescripció fet a Suècia mitjançant entrevistes telefòniques a pacients d'edat avançada amb multimorbiditat i polifarmàcia, amb mètodes quantitatius i qualitatius sobre actituds i creences. Es van enquestar 19 pacients que no havien seguit recomanacions sobre desprescripció del seu metge. La inèrcia i l'atenció fragmentada van ser les principals barreres detectades. Els factors facilitadors van ser la implicació del pacient i la coordinació en l'atenció. *BMJ Family Practice, 14 de març de 2019*

[Més >>](#)



Longitudinalitat: bona, bonica i barata
Aquest estudi fet als Estats Units va avaluar a través de puntuacions en 4 mesures establertes la longitudinalitat en l'atenció de 1,5 milions de pacients per 6.500 metges d'atenció primària. Les 4 mesures de longitudinalitat avaluades es van associar amb menys despesa total i menys taxes d'hospitalització. La longitudinalitat és una característica definidora de l'atenció primària que es confirma com a atribut indispensable per als seus beneficis. *Annals of family medicine, novembre de 2018*

[Més >>](#)



Més longitudinalitat a l'atenció primària, menys urgències a l'hospital
Aquest estudi fet amb 10.000 pacients de més de 65 anys al Regne Unit, mostra que els pacients que experimenten menys continuïtat assistencial (CA) a l'atenció primària, tenen més risc d'admissió a urgències de l'hospital. També es va trobar un gradient ascendent de risc d'admissió a urgències de l'hospital amb menys continuïtat per part del metge de família de referència del pacient. Els resultats indiquen que les mesures de gestió enfocades a fomentar una major CA per part del professional de referència (longitudinalitat), poden disminuir el risc d'atenció a urgències de l'hospital. *Annals of family medicine, novembre de 2017*

[Més >>](#)



Accessibilitat i longitudinalitat: en l'equilibri està la virtut
La longitudinalitat en l'atenció s'associa a menys ingressos hospitalaris per condicions sensibles a l'atenció primària, que són les que es considera que podrien ser manejades en el primer nivell d'atenció. En pacients hiper-freqüentadors, aquesta associació és encara més forta. Les estratègies adequades a millorar la continuïtat en l'atenció podrien millorar la qualitat, alhora que reduirien els costos. *British medical journal, 1 de febrer de 2017*

[Més >>](#)



Atenció primària: acompanyem fins al final
Aquest estudi, dut a terme a 306 hospitals regionals d'Estats Units, conclou que una major implicació per part dels metges/les d'atenció primària al final de vida, s'associa a un menor risc de tractament intensiu (estança a UCI), a una disminució dels costos i a un menor percentatge d'ingressos en centres de cures pal·liatives durant els últims 6 mesos de vida. *Annals of family medicine, gener de 2017*

[Més >>](#)



Més atenció primària, menys mortalitat prematura
Aquest estudi transversal fet a Anglaterra va trobar associació entre una major oferta d'atenció primària i una menor mortalitat prematura. La pobresa, segons l'Índex Multidimensional de Pobresa de 2010 (IMP), va ser el predictor més potent de mortalitat prematura. Es va trobar una relació inversa entre mortalitat i (1) nombre de metges d'atenció primària, (2) detecció d'hipertensió i (3) continuïtat d'atenció. *BMJ open, 11 de febrer de 2020*

[Més >>](#)

Comitè assessor: Hèlia Cebrián, Victòria Feijó, Roser Masa, Joan-Anton Vallès, Núria Soldevila, Jordina Munné, Sandra Gallego, Ana Maria Urpi, Manolo Iglesias, Pilar Babi, Francisca Jurado, Josep Ferrer, Mireia Fàbregas
Redacció: Nani Vall-Rossera i Laila Riera

Maquetació i suport tècnic: Ignasi Vilària

Adreça de contacte: setmanal.bcn.ics@gencat.cat

Podreu registar-vos a la web de Setca per a fer els vostres comentaris als articles a: <https://www.setca.gencat.cat/setca/ajuda/ajuda-registre-setca.htm>



Per una atenció primària excel·lent

La pràctica clínica excel·lent és aquella que suposa el màxim benefici a la dona atenció. Quan es parla d'assolir l'excel·lència en atenció primària veure amb la cura del pacient: comunicació i habilitats interpersonals, perspicàcia diagnòstica, guia i acompanyament dins del sistema acadèmic a la pràctica clínica. Tot això acompanyat de passió per la medicina.

BMC Family Practice, 13 de desembre de 2016



Accessibilitat i longitudinalitat: en l'equilibri està la virtut

La longitudinalitat en l'atenció s'associa a menys ingressos hospitalaris primària, que són les que es considera que podrien ser manejades en l'atenció primària, aquesta associació és encara més forta. La continuïtat en l'atenció podrien millorar la qualitat, alhora que reduirien els costos.

British Medical Journal, 1 de febrer de 2017



Atenció primària: acompanyem fins al final

Aquest estudi, dut a terme a 306 hospitals regionals d'Estats Units, part dels metges/ses d'atenció primària al final de vida, s'associa a una menor permanència a UCI, a una disminució dels costos i a un menor percentatge de pacients que morien durant els últims 6 mesos de vida.

Annals of Family Medicine, gener de 2017



Més atenció primària, menys mortalitat prematura

Aquest estudi transversal fet a Anglaterra va trobar associació entre una menor mortalitat prematura. La pobresa, segons l'índex Multidimensional de Pobresa, va ser el predictor més potent de mortalitat prematura. Es va trobar un nombre de metges d'atenció primària, (2) detecció d'hipertensió i (3) diagnòstic de malalties cròniques.

BMJ Open, 11 de febrer de 2016



Continuïtat assistencial, el valor dels referents

Aquest estudi observacional, realitzat en població nord-americana major de 65 anys, va constatar que un augment en la continuïtat assistencial pot reduir globalment el sobreús de procediments mèdics innecessaris. Malgrat això, la força i la direcció d'aquesta associació poden variar segons el procediment.

JAMA Internal Medicine, juliol de 2015

[Més >>](#)



L'inevitable col·lapse de les urgències?

Aquest estudi descriptiu, realitzat a 34 països, mostra que, entre d'altres factors, una adequada accessibilitat i continuïtat en l'atenció primària estan relacionades amb una menor utilització de les urgències hospitalàries (UH). Per tant, invertir en aquests àmbits podria ser una mesura efectiva per reduir l'ús de les UH i millorar l'atenció als pacients.

Family Practice, febrer de 2016

[Més >>](#)



Obesitat i atenció primària fan bona parella

Aquest estudi realitzat a Estats Units mostra que en els comtats amb una major proporció de metges/ses d'atenció primària (MAP), la prevalença d'obesitat és menor que en els comtats amb una proporció menor. Tot i que és difícil establir una relació causal, aquests resultats concorden amb evidències prèvies i suggereixen un efecte beneficiós de l'AP sobre l'obesitat.

Journal of the American Board of Family Medicine, març-abril 2016

[Més >>](#)

Comitè assessor: Àngel Cano, Josep M. Casanovas, Helia Cebrián, Victòria Feijóo, Francisca Jurado, Roser Masa, Antonia Raya, Joan A. Vallès, Núria Soldevila, Jordina Munrós, Sandra Gallego

Redacció: Nani Vall-llossera i Blanca de Gispert

Maquetació i suport tècnic: Ignasi Villoria

Adreça de contacte: setmanal.bcn.ics@gencat.cat

Podeu registrar-vos a la web de 3 clics per a fer els vostres comentaris als articles a: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=RegisterPage>



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Institut Català de la Salut
Àmbit d'Atenció Primària
Barcelona Ciutat

3. PROPOSTES PER A RECUPERAR L'ESSÈNCIA DE L'AP



Propostes



Utilitzar les eines ja existents



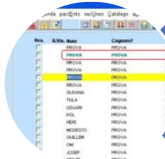
L'administratiu d'AP



La programació dels crònics



Web de programació per motius



L'agenda



Incorporació de nous professionals

1. Utilitzar les eines ja existents

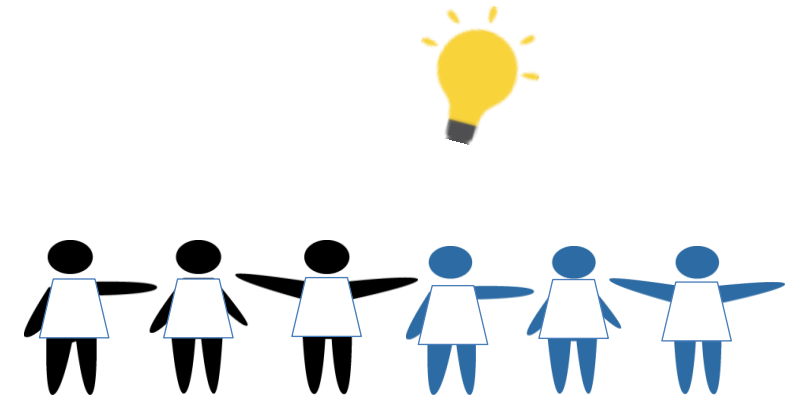
✓ Treball en equip

El **treball en equip** és clau per maximitzar els resultats assistencials

✓ Principi de subsidiarietat

Cada membre de l'equip ha de desenvolupar al **màxim** les **competències corresponents al seu perfil professional**

✓ Màxima resolució en cada contacte i de la forma més propera



⇒ Les proves que es puguin realitzar per TCAIs, cal que siguin realitzades per elles.

1. Utilitzar les eines ja existents

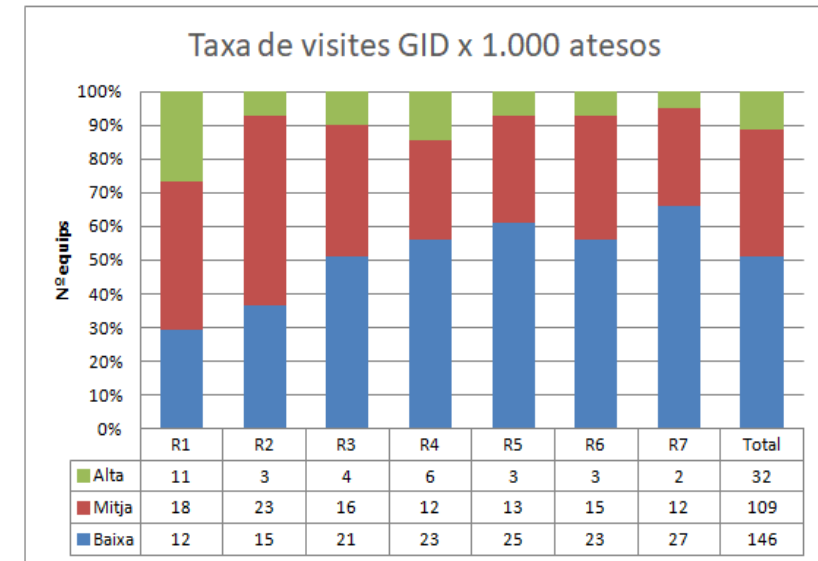
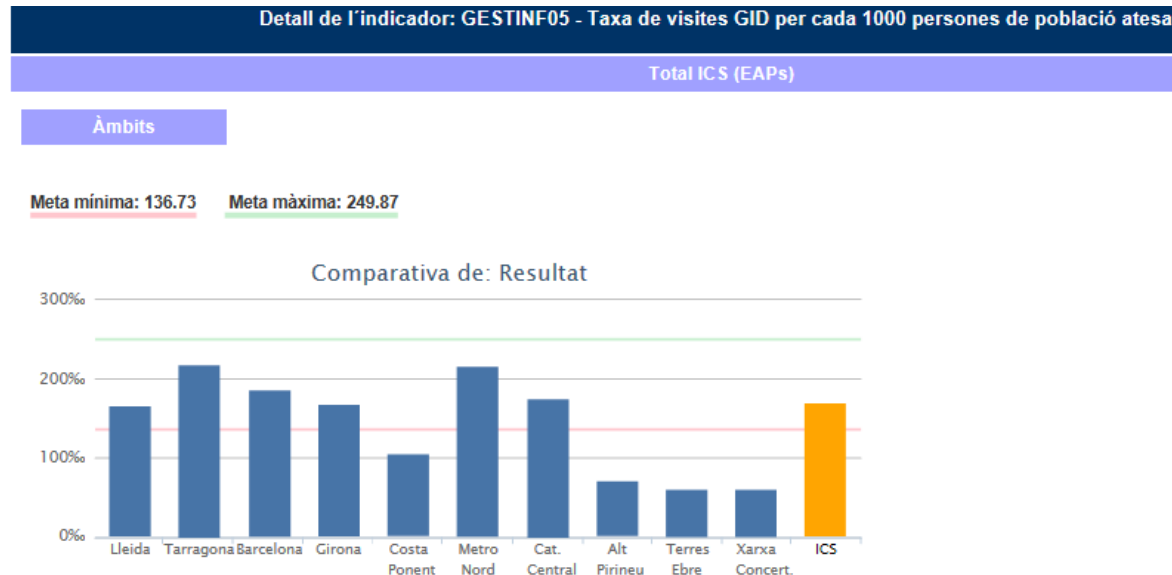
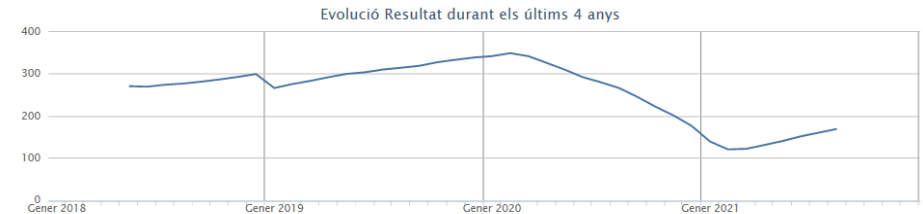


Programació per motius i GID

GID
Gestió *in*fermera de
la *d*emanda

⇒ **Recuperar la Gestió de la Demanda Infermera:**

- S'ha reduït de manera molt important amb la pandèmia.
- Com major és la GID, millors són els resultats de l'equip.



1. Utilitzar les eines ja existents

Gestió en
equip de les
alertes

alefg005 - Tasques pendents

CLI 35 11 24 117 ORD IS3 Self 0 132 210 40 4 21 2 681

Avisos Clínics

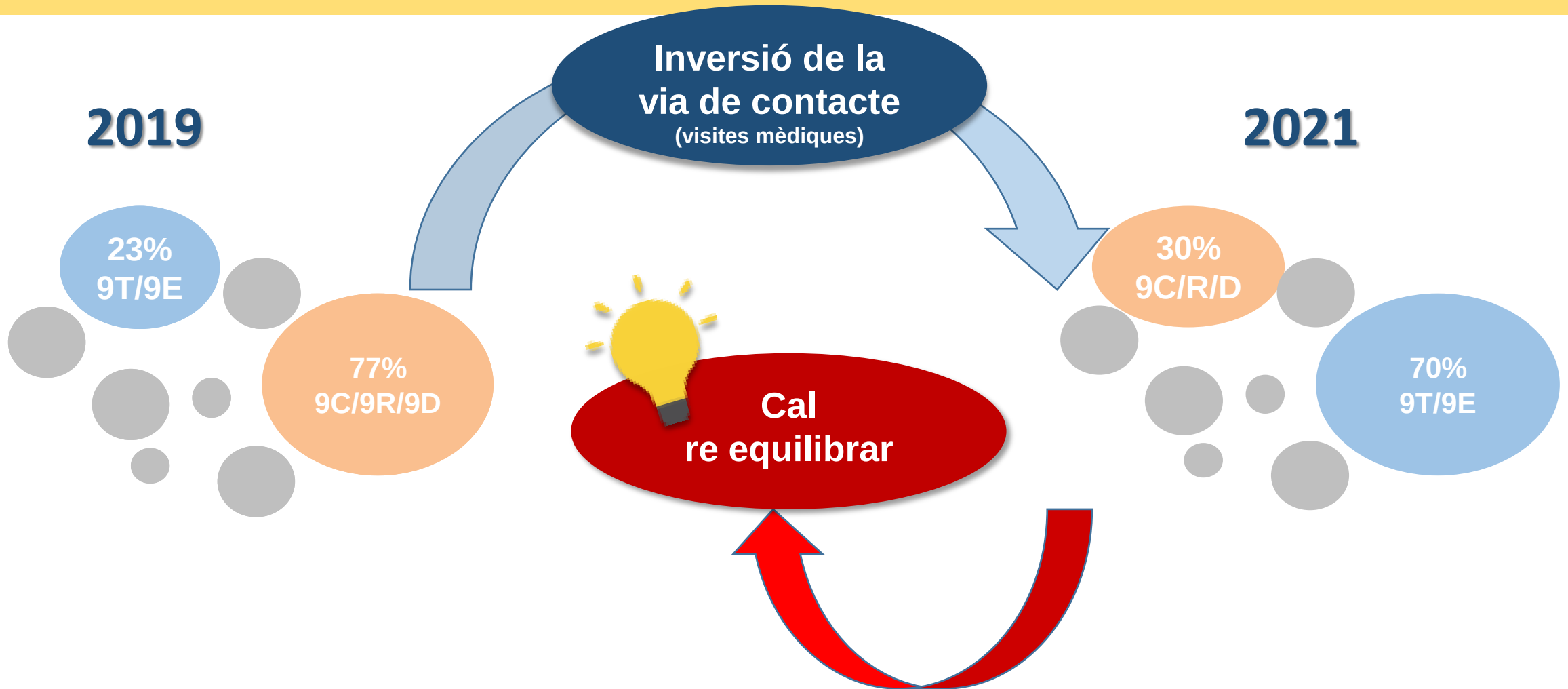
Col·legiat: JOSE LUIS MOLINA PARRON Data actualització: 09/11/2020 (No hi ha cap filtre seleccionat)

Nom i cognoms	Pon	Nº	IECA	B-Bloc	Aagr.	Ac./AAS	Estatina	Grip	HB	TA	LDL	RCV	Tabac	HbA1c	Retina	Migrant
CLAUDIA TIN	7	6														
JOSE L MOLINA	7	6								158/82 (n)						
ENCARNI ARRETE S.	6	4								149/76 (n)				11.6		
JOAQUIN GUMA	5	4														
HERMINI SENJO	5	3														
JUAN F. RICA	5	4														
JOSETTE INTES	5	4														
HAIZHUA	5	4														
JOSE R. PONS	5	4								159/98 (n)				10.6		
ROSA M. AS PLADE	4	3														
JOSEP VITO	4	4														
M. TERE. EZ GUTIER	4	3									174					
ANTONI RCE	4	4														
RICARD REZ	4	4														
JOAQUIN ODE	4	3														
ROBERT	4	3														
ENRIQU RQUE	4	3														
M. DOLC. GUELL	4	3												9.4		

Cip: RIL 100000000 Edat: 79 anys

Tipus intervenció	Motiu	Data	Valor	Descartar
Grip	Vacunar contra grip	Virus grip		
TA	Controlar tensió arterial	Amb risc cardiovascular	data determinació Cap en l'últim any	
TA	Controlar tensió arterial	Hipertensió arterial	data determinació Cap en l'últim any	

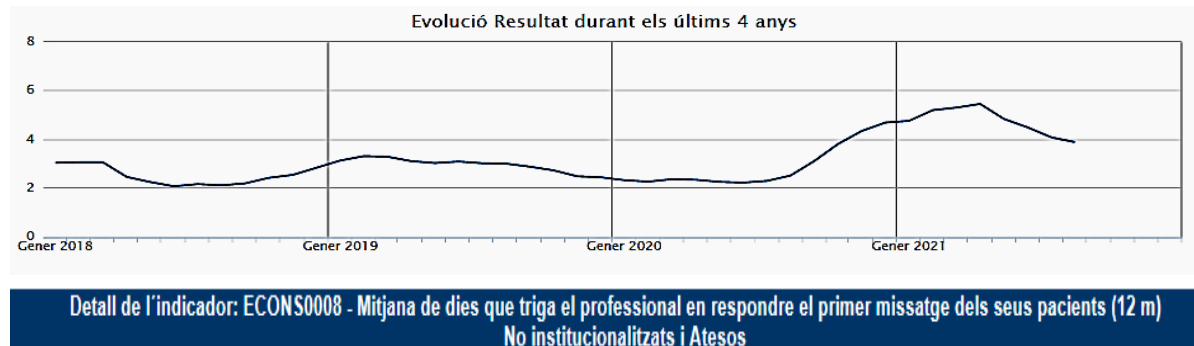
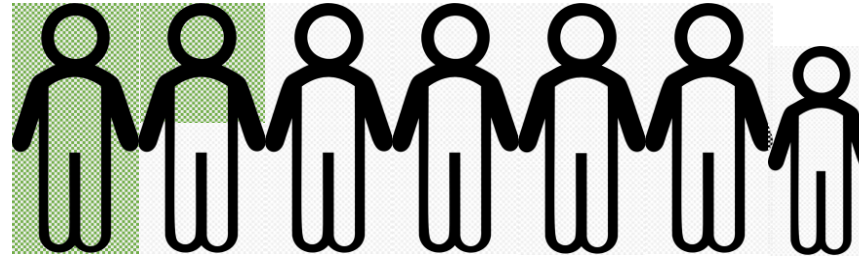
1. Utilitzar les eines ja existents



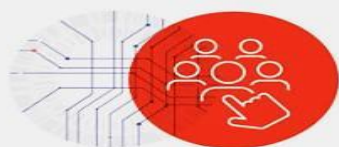
⇒ **Mantenir les consultes no presencials (9E i e-consultes) per a les activitats que aportin valor.**

1. Utilitzar les eines ja existents

- eConsulta: 1.450.000 ciutadans estan donats d'alta a l'Econsulta.
 - Objectiu: superar els 2M i implantació al 100% dels EAP a 2022
- Vídeoconsulta: 5.768 persones que poden utilitzar el servei i 292 EAP tenen donat d'alta aquest servei.



1. Utilitzar les eines ja existents



Latitud
Model d'atenció **no presencial** per al futur

Moments del procés assistencial en què puc realitzar atenció no presencial

Seguiment, tractament, monitoratge

Diagnòstic



**Atenció al domicili
(ATDOM)**

Es recomana un model **centrat en el ciutadà**, que combina l'atenció presencial amb la no presencial d'acord a:

- **Criteris assistencials**
- **Preferències i necessitats de la persona** a llarg del procés assistencial

**Circuits
Gestió de la
demanda en
equip**

Exemples de tipologies de visita mitjançant canals d'atenció no presencial



eConsulta

..... **asíncrona**

- Cribatge previ a diagnòstic.
- Ajustos no crítics de **tractament**.
- **Enviament de Incapacitats transitòries, partes de confirmació i altes (ITs)**.
Informació sobre **preparació de proves** i analítiques.
- **Resultats** de proves i analítiques amb resultats no crítics.
- **Resolució de dubtes puntuals sobre tractaments**.
- **Seguiment i monitoratge de pacients amb patologies cròniques**.
- **Renovació de receptes**.
- **Tràmits administratius**.



Trucada telefònica

..... **síncrona**

- Cribatge previ a diagnòstic.
- **Preparació de la primera visita**.
Ajustos no crítics de **tractament**.
- **Resultats** de proves i analítiques amb resultats no crítics.
- Visites de **seguiment**.
- **Renovació de receptes**.
- **Tràmits administratius**.



videoConsulta

..... **síncrona**

- **Educació sanitària**.
- **Preparació de visites presencials**.
- Ajustos no crítics de **tractament**.
- **Seguiment de cures** que no impliquin presencialitat.
- Visites de **seguiment**.
- **Resolució de dubtes sobre teràpies i tractaments**.
- Visites de **puerperi i de rehabilitació**.

TIC salut

2. Paper de l'administratiu a l'Atenció Primària

⇒ **Administratiu de referència per a tots els ciutadans: amb cupo i agenda pròpia.**

⇒ **Unitat de treball: MF/PED + INF + ADM.**

⇒ **Funcions:**

- Rebre i resoldre consultes de ciutadans directament: agenda amb 9T/ 9E i e-consultes.
- Resoldre les e-consultes que li siguin pròpies i derivar les que no ho siguin als professionals més adequats.
- Realitzar les tasques administratives de la seva població de referència: reduir al mínim les activitats de caire administratiu que realitzen metges i infermeres. Trucades telefòniques encarregades per la seva UBA.
- Millorar la gestió del procés assistencial, la programació de proves i visites, la resolució de dubtes i accés a la informació de la ciutadania.
- Programació de forma pro-activa de les visites cròniques.
- Programació de forma pro-activa de les tasques pendents del seu cupo: vacunes, revisions buco-dentals, etc.
- Mantenir les dades administratives del seu cupo actualitzades (CIPs, telèfons mòbils, mails, etc.).



3. La programació dels crònics



	Pacients	% del total	% amb anàlisis 2020-21	% amb ECG 2020- 21	% amb FO 2020- 21	% amb espiro 2020-21
MPOC	13.404	2,2%	65,5%	2,3%		9,8%
DM2	381.141	62,8%	86,5%	5,7%	22,4%	
DM2 i MPOC	14.397	2,4%	90,0%	5,9%	22,8%	7,5%
CI o IC	115.081	19,0%	77,7%	3,6%		
CI o IC amb MPOC	7.873	1,3%	81,2%	4,4%		7,0%
CI o IC amb DM2	68.492	11,3%	89,5%	5,8%	19,1%	
CI o IC amb DM2 i MPOC	6.070	1,0%	90,8%	5,7%	19,2%	6,9%
Total	606.458	100%	84,8%	5,2%		

Què passaria si poguéssim programar totes les visites d'aquests pacients de forma proactiva

Totes les de l'any d'una vegada

3. La programació dels crònics

pacient	glicada	coles	ecg	espiro	dons d'ull	data recomanada
1	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	31/08/2021	31/08/2022
2	31/08/2021	31/08/2021	24/03/2009	np	cap registre	31/08/2022
3	31/08/2021	31/08/2021	26/01/2016	np	10/03/2021	31/08/2022
4	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	05/07/2021	31/08/2022
5	31/08/2021	31/08/2021	08/11/2011	np	cap registre	31/08/2022
6	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	cap registre	31/08/2022
7	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	13/08/2021	31/08/2022
8	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	cap registre	31/08/2022
9	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	cap registre	31/08/2022
10	31/08/2021	31/08/2021	15/04/2021	np	29/04/2021	31/08/2022
11	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	cap registre	31/08/2022
12	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	cap registre	31/08/2022
13	31/08/2021	31/08/2021	16/04/2013	np	cap registre	31/08/2022
14	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	cap registre	31/08/2022
15	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	30/08/2021	31/08/2022
16	31/08/2021	31/08/2021	19/05/2016	np	11/12/2020	31/08/2022
17	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	cap registre	31/08/2022
18	31/08/2021	31/08/2021	09/01/2015	np	13/01/2021	31/08/2022
19	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	cap registre	31/08/2022
20	31/08/2021	31/08/2021	27/10/2011	np	cap registre	31/08/2022
21	31/08/2021	31/08/2021	cap registre	np	cap registre	31/08/2022

Visita 0 recomanada		31/08/2022	programada
programar ECG	(cap registre)		si
programa analitica amb perfil Dm	(uv: 31/08/2021)		no
Programar visita INF			no
programar visita MF			no
Visita 1 recomanada		31/12/2022	programada
Visita infermeria			no
Visita 2 recomanada		02/05/2023	programada
Visita infermeria			no
Demandar fons d'ull	(uv:31/08/2021)		no
Visita 0 recomanada		31/08/2022	programada
programar ECG	(cap registre)		si
programa analitica amb perfil Dm	(uv: 31/08/2021)		no
Programar visita INF			no
programar visita MF			no

visita anual MF

Revisió ECG

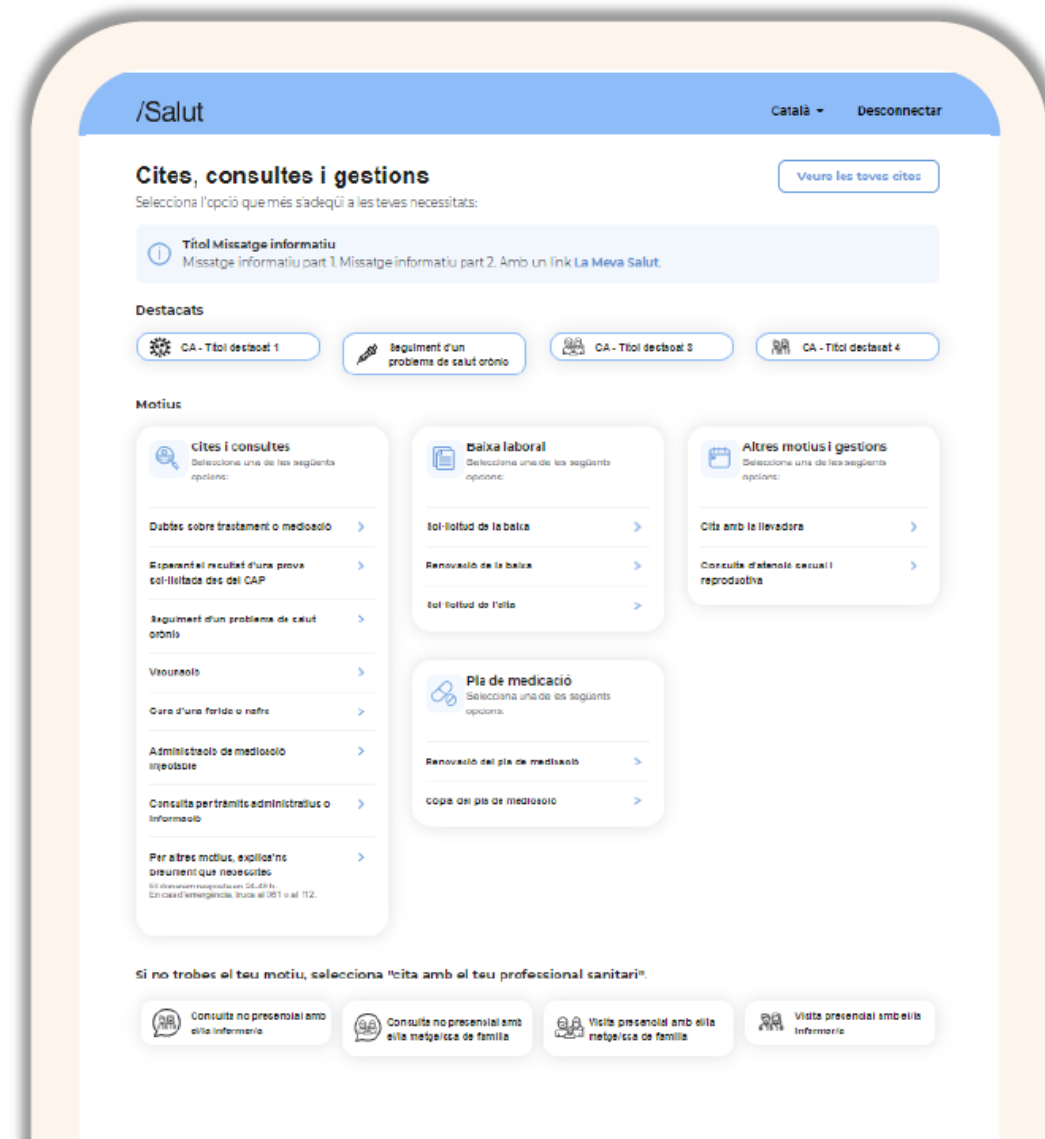
Exploració física

Ajustar tractament

Renovar pla de medicació

4. Web de programació per motius

- Estratègia de gestió de la demanda multicanal: taulell-telèfon-web
- Permet l'accés a la visita presencial, a la telefònica i atots els professionals de l'EAP.
- Evolució esglaonada, primera versió
- Desenvolupament co-participat i acompanyat: referent Programació per motius
- Presentació oficial CatSalut

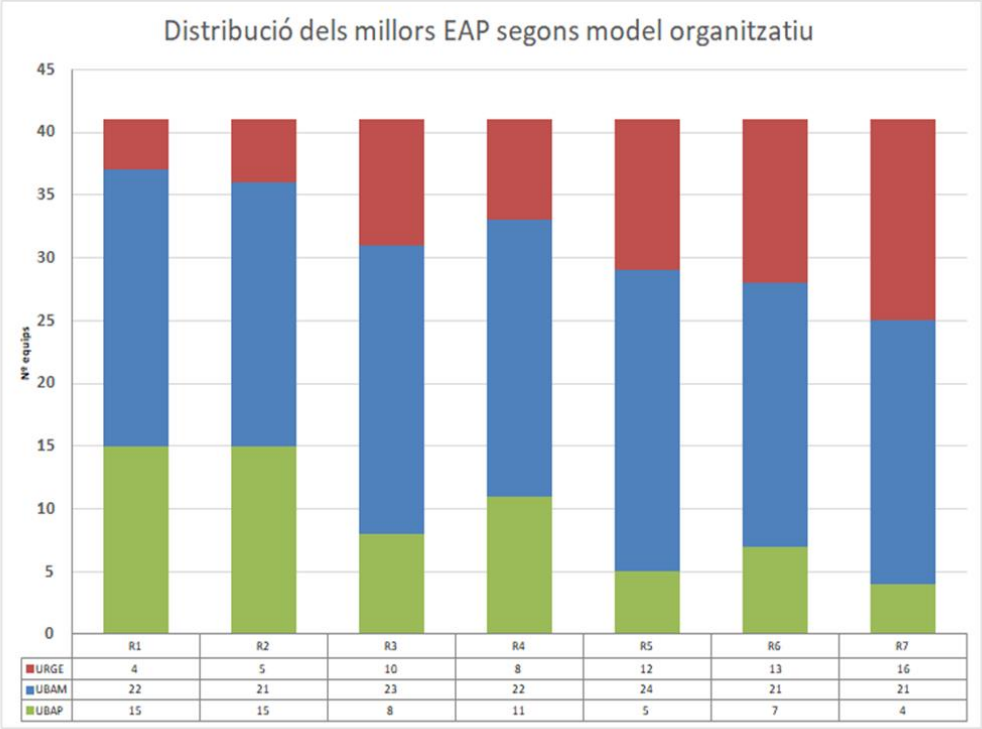


5. L'agenda

- ⇒ **L'agenda ha de poder ser auto-gestionada pels propis professionals**, amb la premisa de bons resultats en qualitat assistencial, longitudinalitat, resolució i accessibilitat. I s'hauria d'adaptar al dia de la setmana i a l'època de l'any.
- ⇒ **Evitar sempre que es pugui, circuits dispensaritzats.**
- ⇒ **Proposta d'agenda per retornar a la presencialitat on calgui:**
 - ⇒ **20 visites presencials:**
 - ⇒ **60% (12 visites):** ofertades com a primeres a la població.
 - ⇒ **40% (8 visites):** reservades com a segones: seguiments i controls de patologies cròniques (x2).
 - ⇒ **Visites 9E, e-consultes i poques visites 9T** (especialment d'entrada; les de sortida, sempre que es pugui, gestionar-les amb l'administratiu de capçalera).
 - ⇒ **45' diaris per a tasques pendents i treball en equip.**

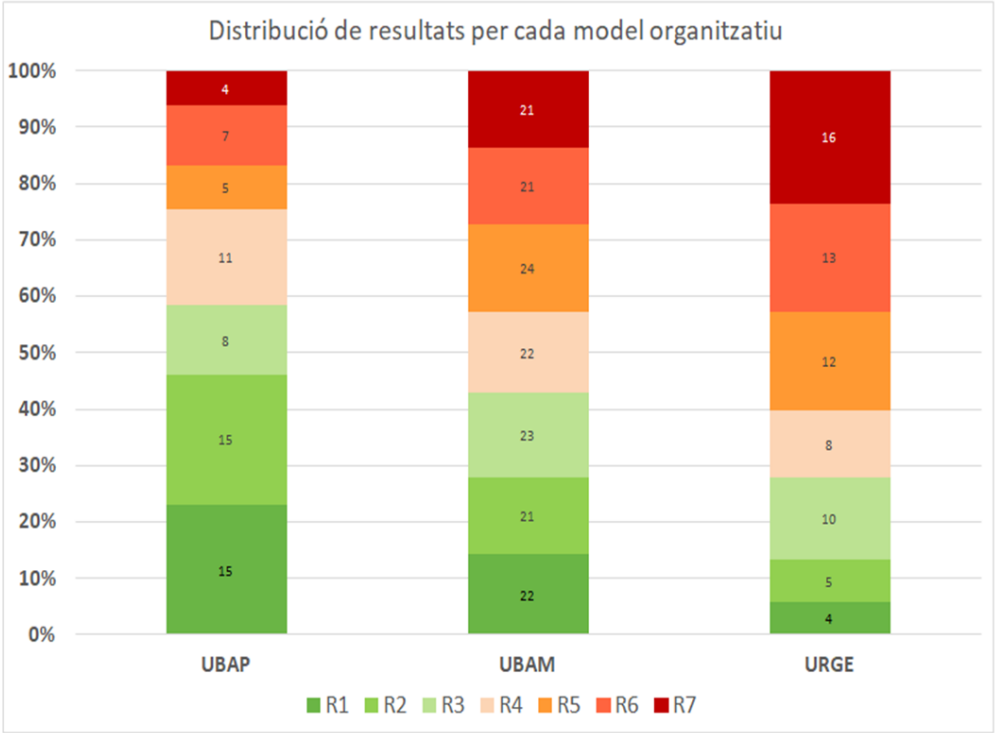
5. L'agenda. Diferències entre agenda UBA i agendes d'urgències

UBA PURA= 65 / UBA MIXTA= 154 / URGÈNCIES=68



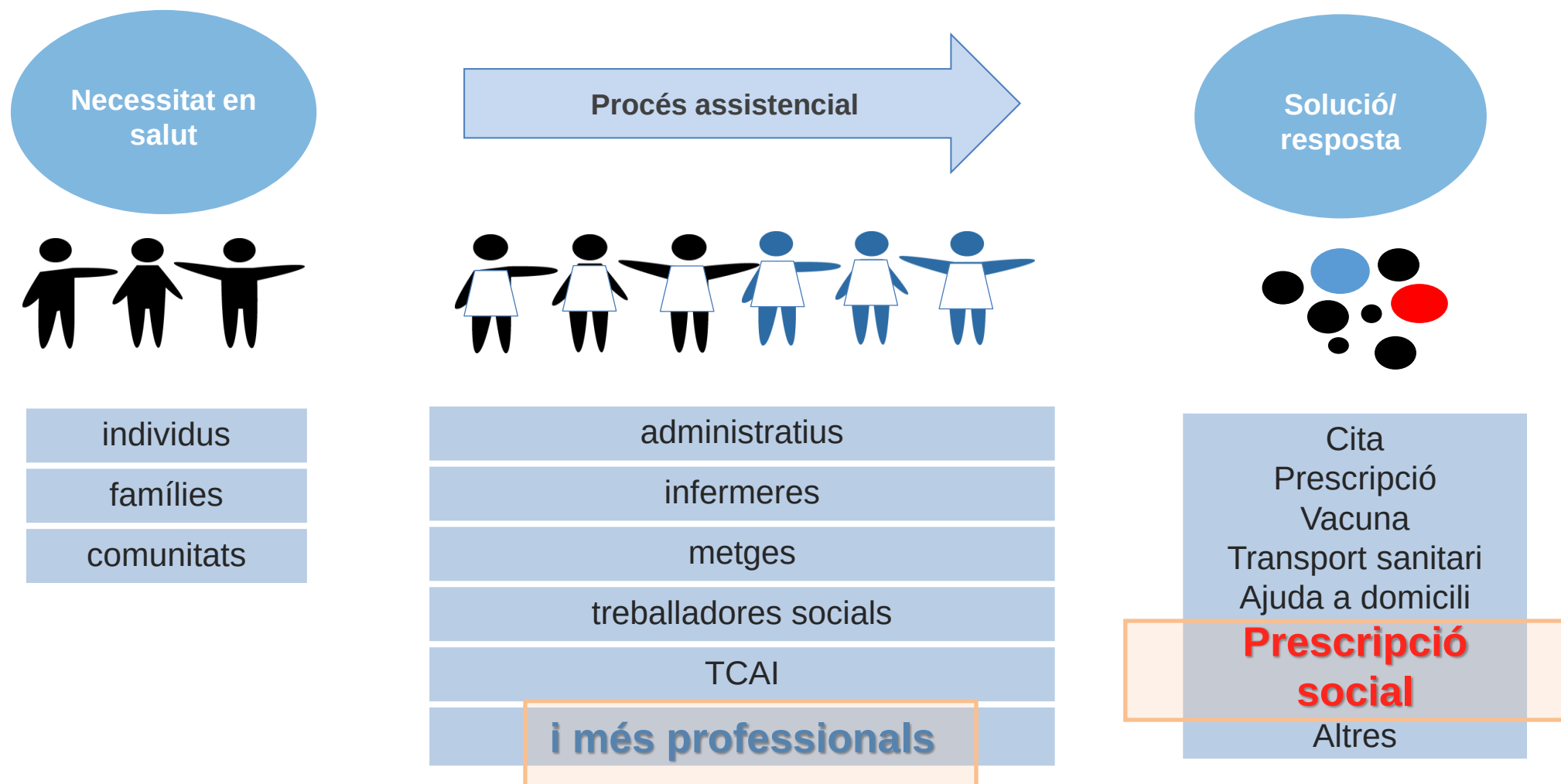
Distribució dels equips de l'ICS segons el valor de l'AG del 2019 en 7 grups de 41 equips (R1 els millors i R7 els pitjors) segons la seva organització en agendes UBA pures, agendes UBA mixtes o agendes d'urgències

UBA PURA= 65 / UBA MIXTA= 154 / URGÈNCIES=68



Per a cada un dels models organitzatius (UBA pura, UBA mixta i Urgències), percentatge d'equips en cada un dels 7 grups de distribució dels resultats dels AG

6. Incorporació de nous perfils professionals



4. ACCIONS COMUNICATIVES



Salut/Institut
Català de la Salut

A person is sitting inside a large circular opening in a wall, looking up at a bright yellow light source. The person is wearing a dark shirt and dark pants. The light source is a bright yellow circle in the center of the opening. The person's arms are raised, and they appear to be holding something. The overall scene is dimly lit, with the yellow light providing the main illumination.

RECUPERART-19

Museus i Arts in Health per la **recuperació emocional** dels
professionals de la salut en temps de la COVID-19

Centres i museus participants (fase 1)



Recuperar l'essència amb tot el què hem après

Webinar dirigit a les Direccions d'AP