



Integració assistencial

Àmbits i organitzacions
amb objectius compartits

Integració assistencial

Àmbits i organitzacions amb objectius compartits

Fa molt temps que es parla sobre la necessitat de millorar la coordinació entre àmbits assistencials, però malauradament, hi ha casos en què les persones se senten perdudes dins del sistema i confuses davant de serveis fragmentats.

Integració assistencial vol dir serveis orientats a què les persones rebin un contínuum de promoció de la salut, prevenció de malalties, diagnosi, tractament, gestió de casos, rehabilitació i serveis de suport coordinats entre els diferents àmbits assistencials i punts d'atenció en funció de les seves necessitats i durant tot el curs de la vida.

Per transformar les organitzacions, cal posar en valor i promoure consensos estables mitjançant un treball en xarxa entre la pluralitat d'entitats socials i sanitàries properes en el territori, amb un model d'atenció centrada en la persona on aquesta participa i se sent acompanyada en tot moment.

1. Les resistències. Per què costa tant?

- Els circuits assistencials no són prou àgils i no estan creats d'acord amb i consensos entre àmbits assistencials
- Hi ha problemes de comunicació entre professionals de diferents àmbits assistencials per la falta d'eines o per la manca de referents.
- La informació que es dóna al pacient i a la família a vegades està mal enfocada o és excessiva, cosa que dificulta la comprensió i transició de les persones dins del sistema.
- Hi ha dificultats en la governança entre organitzacions i desincentius econòmics a la integració assistencial.



2. Recomanacions per a les organitzacions

2.1. Les prioritats d'acció (els què)

Per fomentar l'atenció integrada en els territoris, entres professionals, entre les persones i entre les organitzacions, es prioritzen un seguit d'accions.



2.2. Checklist de canvis organitzatius (els com)

Pactar objectius compartits amb gestió per processos transversal entre organitzacions

- Existeixen grups de treball estables interdisciplinaris i amb professionals de diferents àmbits assistencials del territori, amb temps de treball reconegut, sessions periòdiques i intercomunicació permanent, per a la gestió per processos transversal.
- Es fa un disseny i planificació conjunt entre les diferents organitzacions de la implantació i dels instruments de mesura del procés.
- Es pacten objectius de part variable que afecten els diferents nivells assistencials i organitzacions sobre necessitats identificades.
- S'avalua l'experiència del pacient amb els mateixos indicadors per a tothom i revisats de forma periòdica: PREMS (dignitat en el tracte, adequació d'informació, confiança, etc.) i PROMS (efectivitat, reducció de símptomes, seguretat, etc.).
- Es disposa d'un sistema de governança entre àmbits assistencials per a la revisió de l'estratègia territorial d'integració assistencial i la solució de conflictes i incidències.

Creació de circuits, rols i responsabilitats

- Es dissenyen rutes assistencials, conjuntament entre professionals de les diferents organitzacions del territori, incloent-hi la visió del pacient, amb objectius per pacient i identificació d'un referent pel pacient en cada fase del procés.
- Es planifica conjuntament entre àmbits assistencials la implantació i els instruments de mesura dels processos transversals.
- Està protocol·litzat quin professional és el referent del pacient en cada fase del procés, de manera que sigui fàcilment identificable en qualsevol informació relacionada amb el pacient compartida i amb capacitat d'interlocutar amb els diferents professionals que poden intervenir.
- Es potencia el treball interdisciplinari a través de comissions i grups de treball liderats per un professional referent de cada procés.
- Es disposa d'instruments de seguiment i sistema d'avaluació continua de les rutes assistencials amb un bon sistema d'informació compartit per poder arribar als objectius.

Donar eines de comunicació i habilitats als professionals

- ❑ Es manté una via de comunicació senzilla, accessible i freqüent del pacient amb l'equip assistencial.
- ❑ Es despleguen accions formatives en lideratge, treball en equip, comunicació i decisions compartides amb els pacients i famílies.
- ❑ Es potencien perfils de professionals amb motivació i coneixement de procés per poder ser els referents pel pacient.
- ❑ Es dedica temps i espais per la posada en comú, tant en comissions clíniques per discutir casos complexos com en altres grups per compartir i potenciar la participació de tots els implicats.
- ❑ Existeix un espai dins la història clínica del pacient dedicat a la comunicació entre professionals de referència de cada procés més enllà de les interconsultes.

Apoderar a les persones amb informació i comunicació

- ❑ Es fa participar als pacients en l'elaboració de circuits i rutes assistencials.
- ❑ S'escolta proactivament la veu del pacient en relació amb la discontinuïtat dels processos assistencials, aplicant metodologies formals: entrevistes, enquestes i grups focals.
- ❑ S'estableixen mitjans de comunicació bidireccionals i reunions interdisciplinars per tal que el pacient intervingui en el seu procés assistencial.

3. Propostes per l'Administració

- Objectius de resultats pactats entre diferents nivells assistencials i organitzacions
- Adaptar sistemes de pagament
- Facilitar la governança inclusiva entre diferents entitats
- Plataformes d'informació multi proveïdor
- eines de comunicació virtual i xat entre professionals

