

La coordinació clínica entre nivells d'atenció: Resultats comparatius entre àrees del sistema sanitari a Catalunya



La coordinació clínica entre nivells d'atenció: Resultats comparatius entre àrees del sistema sanitari a Catalunya

Maig 2021

Cita recomanada: María Luisa Vázquez, Franco Amigo, Laura Esteve-Matalí, Ingrid Vargas per GAIA. La coordinació clínica entre nivells d'atenció: Resultats comparatius entre àrees del sistema sanitari a Catalunya. Barcelona. Consorci de Salut i Social de Catalunya. 2021, pp 46.

Índex

La recerca sobre integració assistencial al CSC	3
Membres del Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA).....	4
Resum executiu	5
Introducció.....	7
Metodologia	9
Resultats	10
1) Participació i característiques de la mostra.....	10
2) Experiència i percepció de la coordinació clínica entre nivells assistencials	11
Coordinació de la informació clínica entre nivells assistencials	11
Coordinació de la gestió clínica entre nivells assistencials	12
Percepció general de coordinació entre nivells assistencials	17
3) Ús i dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació existents.....	18
Ús dels mecanismes de coordinació entre nivells d'atenció existents	18
Dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació entre nivells d'atenció	22
4) Factors relacionats amb la coordinació entre nivells d'atenció	24
5) Suggeriments per a la millora de la coordinació entre nivells d'atenció	28
Conclusions	29
Properes passes.....	30
Referències bibliogràfiques.....	31
Agraïment a totes les entitats participants a l'enquesta.....	34
Publicacions del projecte COORDENA-CAT	35
Annex: Qüestionari COORDENA-CAT	37

La recerca sobre integració assistencial al CSC

El **Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS)**, la unitat de recerca del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), es va crear per contribuir a reforçar el posicionament estratègic del CSC i els seus associats en el sector sanitari català, estatal i internacional, mitjançant la generació i divulgació de coneixement en àrees rellevants per al sector. L'any 2009 va ser reconegut com a *grup de recerca emergent* de Catalunya per la Comissió d'Ajuts de Recerca del Departament d'Innovació, Universitats i Empresa de la Generalitat de Catalunya (2009-SGR 670) i posteriorment (2013 i 2017) (re)acreditat com a grup de recerca consolidat (2017-SGR 45).

Una de les línies de recerca més importants del SEPPS és la d'**integració de serveis de salut**. Iniciada l'any 2003, ha comptat amb finançament nacional (ISCIII/FIS) i internacional (EU FP7, H2020), que li ha permès evolucionar i anar innovant contínuament des de la conceptualització a l'anàlisi, introduint diferents perspectives, mètodes i instruments, per a l'avaluació de la integració de serveis de salut i les seves implicacions sobre la coordinació, continuïtat i qualitat assistencial i l'accés a l'atenció a Catalunya i a Llatinoamèrica. Es va iniciar amb el desenvolupament del marc teòric per a l'anàlisi de les organitzacions sanitàries integrades i els seus resultats de coordinació i continuïtat assistencial, inexistent fins a aquell moment [1]. El marc teòric es va aplicar en un estudi de casos d'organitzacions sanitàries integrades a Catalunya [2] i posteriorment s'ha anat millorant i ampliant a mesura que s'aplicava, per incorporar altres elements d'anàlisi rellevants (accés, equitat d'accés i qualitat assistencial, efectivitat, cost-efectivitat) i ha estat adaptat per a ser aplicat en qualsevol sistema sanitari [3-5].

Donada l'absència d'eines per a l'avaluació de la continuïtat i coordinació assistencial entre nivells, el desenvolupament d'aquesta línia de recerca ha comportat també el disseny i validació progressius de diversos instruments, basats en el marc conceptual elaborat: a) de mesura: qüestionari per avaluar la continuïtat assistencial (CCAENA [6,7]), qüestionari per avaluar l'accés i l'equitat d'accés [8], tots dos des de la perspectiva dels pacients; un conjunt d'indicadors per mesurar el grau de coordinació entre nivells basat en l'anàlisi de registres rutinaris [9] i un qüestionari per mesurar la coordinació entre nivells des de la perspectiva dels metges/esses [10,11]; b) guies per a l'anàlisi qualitatiu, des del punt de vista dels agents principals i documents [1]. Aquests instruments permeten l'avaluació de l'actuació dels serveis, de l'impacte d'intervencions introduïdes, monitorar els resultats al llarg del temps i comparar entre serveis (benchmarking), des de les perspectives dels serveis de salut, els seus agents i els pacients (*Patient-reported experience measures* – PREMs –).

Per a l'aplicació d'aquests instruments, s'han anat adoptant diferents aproximacions metodològiques innovadores i multidisciplinàries (*mixed methods* i investigació-acció-participativa) que han contribuït d'una banda a l'avaluació, i d'altra a la millora de la coordinació i continuïtat assistencial en diferents entorns. Pel que fa la coordinació clínica, des del punt de vista dels serveis de salut, es va realitzar una aproximació al grau de coordinació entre nivells a partir de l'aplicació d'indicadors en tres entorns sanitaris de Catalunya [9]. Des del punt de vista dels professionals de salut, la coordinació clínica (de la informació i gestió clínica) i els factors que hi influeixen (contextuals, organitzatius i individuals) s'han analitzat mitjançant tècniques qualitatives i quantitatives a Catalunya i a Llatinoamèrica [10-29]. Pel que fa la continuïtat assistencial, des del punt de vista dels pacients, s'ha explorat l'experiència de continuïtat i els factors associats (entorn sanitari i característiques individuals) a Catalunya i a Llatinoamèrica [30-40]. Arran dels resultats de l'avaluació de la coordinació a diversos entorns de sistemes de salut de Llatinoamèrica, també es van desenvolupar de forma participativa intervencions que van aconseguir millores en graus diversos, segons l'entorn [41-42].

Aquesta línia de recerca d'integració de serveis de salut es desenvolupa en col·laboració amb el Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (**GAIA**), grup de treball permanent del CSC que agrupa diverses entitats associades i altres institucions del sector, com ara, l'Institut Català de la Salut (ICS). Si bé va començar a col·laborar des del 2003, es va crear formalment el 2013, amb l'objectiu de contribuir al desenvolupament de recerca aplicada per a l'avaluació i millora de la integració assistencial al sistema de salut català.

Membres del Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA)

Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC): María Luisa Vázquez, Ingrid Vargas, Laura Esteve-Matalí, Verónica Espinel, Aida Oliver, Palmira Borràs

Institut Català de la Salut (ICS): Rosa M^a Morral, Yolanda Lejardi, Alex Escosa

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE): Jordi Coderch, Elvira Sánchez, Erick F. Mayer

Grup SAGESSA: Lluís Colomé

Badalona Serveis Assistencials (BSA): Àngels Avecilla, Santiago Tomás, Joan Manuel Pérez-Castejón

Parc Sanitari Pere Virgili: Mercè Abizanda

Parc de Salut Mar: Francesc Cots

Fundació Salut Empordà: Pere Plaja

Consorci Sanitari de Terrasa: Elena Medarde

Consorci Hospitalari de Vic: Isabel Ramon, Pere Roura

Consorci Sanitari de l'Anoia: Marta Banqué

Gestió i Prestació de Serveis de Salut: Rami Qanneta

Resum executiu

En les últimes dècades, la coordinació clínica entre nivells d'atenció, donades les seves implicacions per a la qualitat i eficiència en l'atenció, s'ha convertit en un repte i una prioritat per als sistemes públics de salut arreu del món, especialment per a aquells basats en l'atenció primària, com el sistema de salut català. El projecte COORDENA-CAT, liderat pel Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS) del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), es va desenvolupar en col·laboració amb el Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA). Aquest projecte va ser el primer estudi basat en una enquesta a metges/esses d'atenció primària (AP) i especialitzada (AE) (d'aguts i sociosanitària) que analitza de manera comprensiva la coordinació clínica entre nivells en diferents àrees de Catalunya. Es va dur a terme mitjançant l'adaptació del qüestionari COORDENA al context sanitari català [11].

Aquest informe mostra els resultats comparatius entre àrees de l'estudi COORDENA-CAT, amb l'objectiu d'analitzar les diferències en l'experiència i percepció de coordinació clínica entre nivells assistencials i l'ús dels mecanismes de coordinació, en diferents entorns de sistema sanitari català per identificar àrees de millora. Es va enquestar a 3.308 metges/esses d'AP i AE de 32 àrees sanitàries.

Els resultats mostren, en termes generals, una elevada **experiència de coordinació de la informació** entre AP i AE (transferència i ús d'informació) i de **coordinació de la gestió clínica** entre nivells (consistència de l'atenció, seguiment del pacient i accessibilitat entre nivells). No obstant, s'observa una baixa **percepció general de coordinació de l'atenció del pacient** entre nivells en les àrees.

Si bé s'observa una gran variabilitat entre àrees pel que fa a l'experiència en la **transferència d'informació entre nivells**, una part important dels metges assenyalava que no es comparteix informació freqüentment entre nivells (40%). No obstant això, els que la comparteixen consideren que la informació compartida és la necessària per a l'atenció dels pacients i utilitzada pels metges d'ambdós nivells (**ús de la informació**).

Pel que fa l'experiència de coordinació de la gestió clínica, i específicament en la **consistència d'atenció entre nivells**, la variabilitat entre àrees és menor. Tot i que un percentatge elevat dels metges refereix estar d'acord amb els tractaments prescrits per l'altre nivell, un percentatge no menyspreable (25%) refereix no estar-hi, i només una petita minoria (13%) refereix definir conjuntament el pla d'atenció dels pacients que així ho requereixen, fet que podria explicar el percentatge considerable de metges que declara la repetició de proves diagnòstiques (30%), contraindicacions i/o duplicacions de tractaments (33%).

En relació al **seguiment dels pacients entre nivells**, encara que la majoria dels metges (81%) considera adequades les derivacions de pacients d'AP a AE i viceversa, el percentatge que considera que hi ha una bona comunicació en el seguiment, tant en la consulta de dubtes per part dels metges d'AP, com de recomanacions de l'AE, és baix (40% i 58% respectivament), però amb una gran variabilitat entre àrees.

L'**accessibilitat entre nivells**, també amb una important variabilitat entre àrees, s'observa com una altra àrea de millora, ja que la majoria de metges refereix que el pacient ha d'esperar molt de temps en ser derivat des de l'AP a l'AE (tant de forma ordinària (80%) com a preferent (53%)) com també en ser enviat des de l'AE a l'AP (50%). Cal destacar que una proporció important de metges d'AE declara desconèixer el temps d'espera en el retorn a l'AP.

Pel que fa a la **percepció general de coordinació clínica** de l'atenció del pacient a l'àrea, només un 33% dels metges percep que l'atenció entre els metges d'AP i AE en el territori està freqüentment coordinada,

amb variabilitat entre àrees. De manera consistent amb la resta de resultats, els professionals la relacionen amb una comunicació directa limitada, manca de mecanismes de coordinació i manca de temps per dedicar a la coordinació.

Pel que fa als **mecanismes de coordinació** existents en les àrees, un dels factors organitzatius que contribueix a la coordinació clínica, els utilitzats amb més freqüència són les eines per a l'intercanvi d'informació (història clínica compartida del centre (HCC), història clínica de Catalunya (HC3), i les sessions clíniques conjuntes), encara que l'ús d'aquesta última i de l'HC3 presenta una important variabilitat entre àrees. Són precisament els mecanismes de comunicació directa entre metges – interconsultes per correu electrònic i telèfon - els menys utilitzats. Els resultats sobre les **dificultats en l'ús dels mecanismes** també indiquen importants àrees de millora. La majoria dels metges refereix dificultats, especialment en la participació a les sessions i en l'ús de l'HC3. Les dificultats varien segons el mecanisme: problemes organitzatius per assistir, en el cas de les sessions presencials, i problemes tècnics i retards o absència de resposta en els mecanismes basats en les noves tecnologies (TICS) / contacte telefònic. En tots, també destaquen les dificultats relacionades amb els continguts dels mecanismes (falta d'informació rellevant o informació desactualitzada i desordenada).

En relació a altres **factors organitzatius** que influeixen en la coordinació, tot i que amb diferències entre àrees, només un 51% dels metges percep que els directius de la seva organització faciliten la coordinació, i només un 13% que el temps per coordinar-se és suficient. En canvi, els **resultats dels factors d'interacció entre metges** són, en general, millors. La majoria dels metges confia en les habilitats dels metges de l'altre nivell (83%) i considera que els metges d'AP són els responsables del seguiment dels pacients (75%), encara que només un 38% dels metges coneix els metges de l'altre nivell que atenen els seus pacients.

Finalment, els **suggeriments de millora** proposats pels metges són consistents amb els resultats obtinguts, ja que fan referència a reforçar la implementació, extensió o funcionament dels mecanismes de coordinació existents (principalment la història clínica compartida i les sessions clíniques conjuntes), i a tenir un major coneixement mutu i comunicació entre els professionals dels diferents nivells d'atenció.

Per tant, els resultats d'aquest estudi, en línia amb l'evidència internacional i altres estudis a Catalunya, mostren la necessitat d'introduir polítiques i estratègies a Catalunya que enforteixin tant els mecanismes de coordinació entre nivells, especialment aquells basats en la retroalimentació i comunicació directa entre els professionals, com les condicions organitzatives favorables per a una utilització adequada dels mateixos. Alguns d'aquestes anàlisis estan en elaboració o ja s'han publicat [11,26-28].

Les àrees de millora identificades en la coordinació de la informació i de la gestió clínica suposen una oportunitat per incrementar la qualitat assistencial del sistema nacional de salut. La gran variabilitat observada entre àrees requereix un major aprofundiment en l'anàlisi dels factors organitzatius i individuals que influeixen en la coordinació clínica.

Adicionalment, el context de la pandèmia de la COVID-19 ha potenciat l'ús dels mecanismes basats en les TICs, tant per a la coordinació assistencial, com per a l'atenció al pacient, fet que obre nous interrogants i la necessitat d'avaluar quin ha estat l'impacte, si ha estat diferent segon el context i com es pot millorar.

Introducció

En les últimes dècades, la coordinació clínica s'ha convertit en un desafiament, així com en una prioritat per als sistemes públics de salut, especialment per a aquells basats en l'atenció primària, com el sistema de salut català. La coordinació clínica a Catalunya ha estat prèviament analitzada mitjançant estudis qualitius [12-15] que van mostrar problemes en la coordinació entre nivells, associats a factors relacionats amb el sistema, organitzatius, o relacionats amb els professionals sanitaris.

L'objectiu de l'estudi COORDENA-CAT¹ va ser avaluar l'experiència i percepció de coordinació clínica entre nivells assistencials dels metges/esses, i l'ús de mecanismes de coordinació, en diferents entorns de sistema sanitari públic català, i detectar àrees de millora, amb la finalitat de dissenyar estratègies dirigides a millorar la coordinació clínica i, en definitiva, la qualitat assistencial.

El present informe, que mostra els resultats de l'anàlisi secundària específica comparativa per àrea, pretén aportar informació valuosa a les àrees participants, que els permeti obtenir una visió general del grau de coordinació experimentat pels metges/esses de l'àrea, així com la comparació entre àrees i amb el conjunt de Catalunya.

L'informe està organitzat en diversos apartats. Després d'una presentació breu de la metodologia de l'estudi, es presenten les dades de participació en l'enquesta i característiques de la mostra, així com els resultats de l'experiència de coordinació de la informació i de la gestió clínica entre nivells assistencials i percepció general de coordinació de l'atenció del pacient en l'àrea, l'ús i les dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació existents, els factors relacionats amb la coordinació clínica i els suggeriments de millora exposats pels metges de cada àrea. Al final de l'informe s'inclouen les principals conclusions que es poden extreure dels resultats i es descriuen les properes passes en el desenvolupament de la línia de recerca.

El projecte COORDENA-CAT estava liderat pel Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS) del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), en col·laboració amb el Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA), que agrupa a les entitats involucrades en el desenvolupament de recerca aplicada sobre la integració assistencial en el sistema de salut català i altres contextos.

La informació detallada sobre el projecte i les publicacions amb els resultats de l'estudi [11,26-28] es troben disponibles a la pàgina web: <http://www.consorci.org>, així com el qüestionari COORDENA-CAT, el contingut del qual es troba a l'annex del present informe.

Marc conceptual

Coordinació, continuïtat i integració assistencial són termes que se solen utilitzar indistintament per referir-se a una mateixa idea: la connexió de l'atenció que rep un pacient des de múltiples fonts de provisió. En el marc conceptual de l'estudi, construït a partir d'una extensa revisió bibliogràfica [1,3,4], la coordinació clínica es defineix com la concertació de tots els serveis relacionats amb l'atenció del pacient, sense importar el lloc on es reben, de manera que s'harmonitzin i s'assoleixi un objectiu comú sense conflictes [3,43].

Es poden distingir dos tipus de coordinació clínica: a) la coordinació de la informació clínica, que es refereix a l'adequada transferència i ús de la informació clínica del pacient, i b) la coordinació de la gestió clínica, que és la provisió de l'atenció de manera seqüencial i complementària, dins d'un pla d'atenció compartit pels

¹ Projecte finançat per l'Institut de Salut Carlos III i Fondos FEDER (FIS PI15/00021) (2016-2019).

diferents serveis i nivells d'atenció, i que comprèn tres dimensions; consistència de l'atenció, seguiment adequat del pacient i accessibilitat entre nivells d'atenció.

D'acord al marc [1,3,4], els resultats de coordinació clínica depenen de factors organitzatius (com la implementació de mecanismes de coordinació o la disponibilitat de temps per coordinar-se), de la interacció entre metges (com la confiança i coneixement mutu) i de factors relacionats amb el sistema (com el model de gestió de l'àrea).

S'espera que la coordinació clínica entre nivells impacti en l'efectivitat de l'atenció (p. ex. la consistència de l'atenció influiria en la provisió de l'atenció més adequada), en l'eficiència (p. ex. la disminució en la duplicació de proves suposaria la reducció de costos innecessaris), en la seguretat del pacient (p. ex. la transferència d'informació adequada contribuiria a evitar duplicació de tractaments) i en l'accés oportú als serveis de salut (p. ex. la millora de l'adequació en la derivació del pacient, contribuiria a disminuir els temps d'espera a l'atenció especialitzada). És per això que la coordinació clínica entre nivells assistencials es considera un dels aspectes amb major impacte sobre la qualitat assistencial, sent per tant una prioritat per als sistemes sanitaris [44-48].

Metodologia

Disseny i àrees d'estudi

Estudi transversal basat en enquesta online, mitjançant l'autoadministració del qüestionari COORDENA-CAT, a metges/esses d'atenció primària (AP) i especialitzada (AE) del sistema de salut públic català. Les àrees d'estudi estan formades pel conjunt d'àrees bàsiques de salut (ABS) i l'hospital d'aguts i centre sociosanitari de referència.

Població d'estudi i mostra

La població d'estudi està constituïda per metges/esses d'AP i AE amb al menys un any en l'organització, contacte directe amb el pacient i relació amb metges/esses de l'altre nivell. Es va convidar a participar a 15.813 metges/esses de 41 àrees, i s'analitza una mostra final de 3.308 metges/esses (suposen una participació del 21%) provinents de 32 àrees. Es van excloure 9 àrees perquè només havien respost els metges d'un nivell assistencial.

Recollida de dades

La recollida de dades es va realitzar entre octubre i desembre de 2017 mitjançant l'aplicació del qüestionari online COORDENA-CAT, prèviament adaptat i pilotat [11]. Per promoure la participació dels professionals es van organitzar sessions informatives a les institucions participants per donar a conèixer la recerca i explicar la metodologia. També es va difondre l'enquesta a la intranet o portal corporatiu de cada institució. Cada institució va contactar amb tots els metges/esses d'atenció primària i especialitzada de les àrees d'estudi mitjançant la seva adreça de correu electrònic corporativa i es va enviar un link d'accés directe al qüestionari, garantint l'anonimat de cada participant.

Qüestionari

L'estructura del qüestionari COORDENA-CAT¹ és la següent:

- 1) Informació per a l'enquetat (consentiment informat)
- 2) Dades generals i criteris d'inclusió
- 3) Experiència de coordinació entre nivells d'atenció
 - a. Coordinació de la informació clínica
 - b. Coordinació de la gestió clínica
 - i. Consistència de l'atenció entre nivells d'atenció
 - ii. Seguiment adequat del pacient entre nivells d'atenció
 - iii. Accessibilitat entre nivells d'atenció
 - c. Percepció general de coordinació entre nivells d'atenció a l'àrea
- 4) Coneixement i ús dels mecanismes de coordinació entre nivells
- 5) Sugeriments de millora per a la coordinació entre nivells d'atenció
- 6) Factors relacionats amb la coordinació entre nivells d'atenció

Anàlisis i presentació de resultats

Per aquest informe es va realitzar anàlisis descriptives dels ítems del qüestionari segons àrees d'estudi. Els resultats es presenten mitjançant gràfics de barra, comparant els resultats entre les diferents àrees i la mitjana de totes les àrees que van participar (Total).

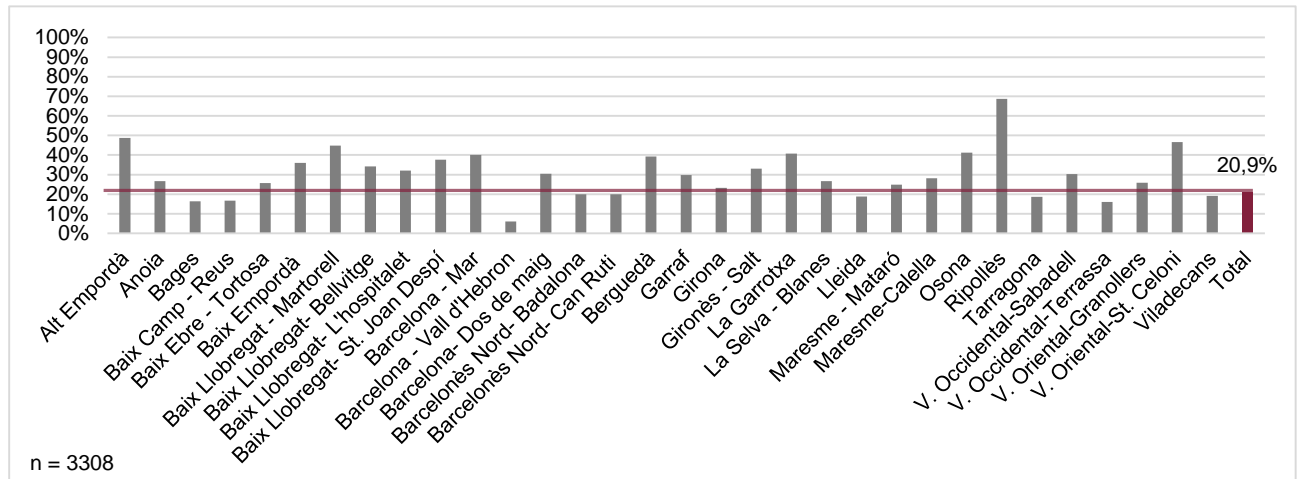
¹ El contingut està disponible a l'annex del present informe i a: www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat

Resultats

1) Participació i característiques de la mostra

El total de metges/esses convidats va ser 15.813, dels quals 3.308 van respondre l'enquesta. La participació de metges de Catalunya a l'estudi (nº respostes/ nº convidats) va ser d'un 21%, variant segons l'àrea entre el 6% i el 69% (Gràfic 1).

Gràfic 1. Participació a l'estudi segons àrea



A la Taula 1 es presenten les característiques demogràfiques i laborals dels metges que van participar en l'estudi. El 58% van ser dones i al voltant de la meitat tenia entre 41 i 54 anys. El 87% dels metges participants procedien d'Espanya/Catalunya, i el 66% treballaven en l'atenció especialitzada. En relació a la seva experiència en l'organització, la mateixa proporció (al voltant del 50%) comptava amb d'1 a 15 anys d'antiguitat, i entre 16 i 44 anys. Finalment, prop del 91% dels metges comptava amb contracte de feina indefinit.

Taula 1. Característiques de la mostra

Variable	n	%
Sexe (N=2882)	Dones	1668 57,9%
	Homes	1214 42,1%
Edat (N=2753)	25 - 40 anys	701 25,5%
	41 a 54 anys	1278 46,4%
	55 - 69 anys	774 28,1%
País d'origen (N=2826)	Espanya/Catalunya	2469 87,4%
	Altre país	357 12,6%
Nivell assistencial (N=3308)	Atenció primària (AP)	1141 34,5%
	Atenció especialitzada (AE)	2167 65,5%
Experiència en l'organització (N=2777)	D'1 a 5 anys	406 14,6%
	De 6 a 15 anys	972 35,0%
	De 16 a 25 anys	769 27,7%
	De 26 a 44 anys	630 22,7%
Tipus de contracte (N=2892)	Indefinit	2630 90,9%
	Temporal	262 9,1%

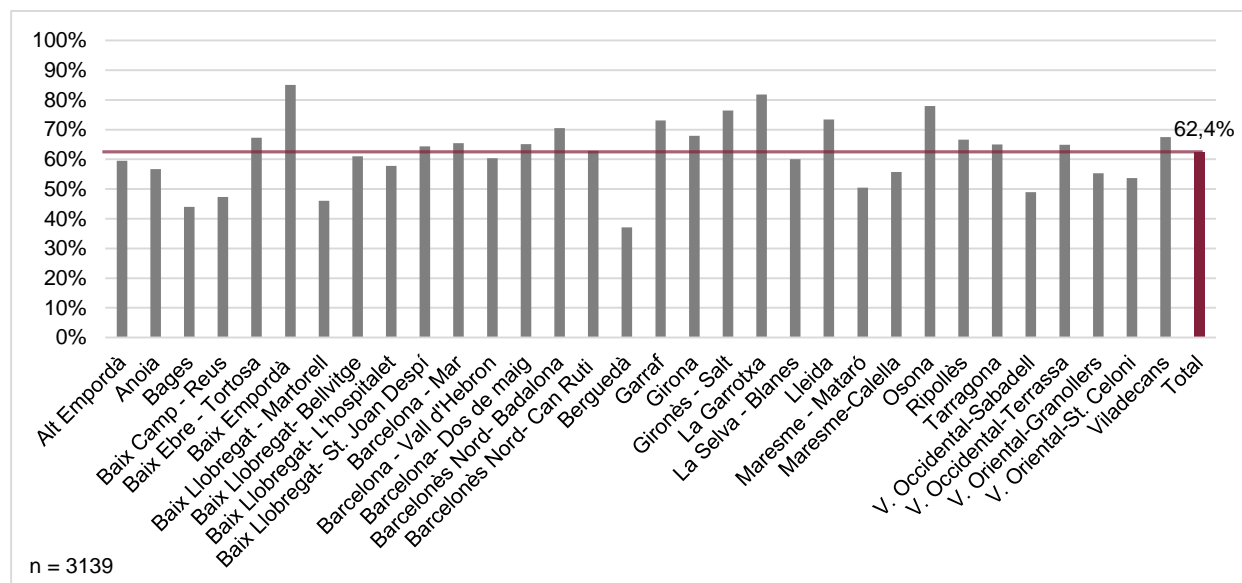
2) Experiència i percepció de la coordinació clínica entre nivells assistencials

Coordinació de la informació clínica entre nivells assistencials

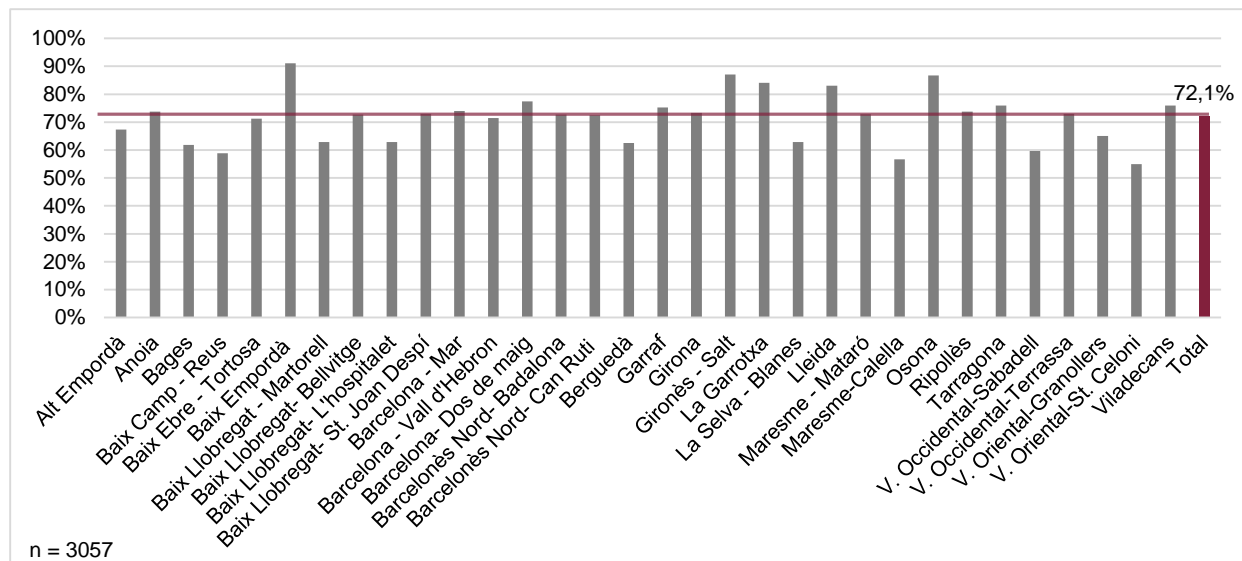
La coordinació de la informació clínica comprèn dues dimensions, la transferència i l'ús d'informació. Pel que fa a la **transferència d'informació**, el 62% dels metges d'AP i AE de Catalunya van referir compartir freqüentment la informació sobre l'atenció dels pacients atesos en comú, observant-se una variabilitat entre àrees entre el 85% i el 37%. A més, el 70% dels metges de Catalunya va indicar que la informació compartida és la necessària per a l'atenció d'aquests pacients, variant entre el 90% i el 54%. Pel que fa a l'**ús d'informació**, el 79% dels metges d'AP i AE de Catalunya van referir utilitzar la informació compartida entre nivells, observant poca variabilitat entre àrees, entre el 89% i el 71% (Gràfic 2).

Gràfic 2. Coordinació de la informació clínica: transferència i ús de la informació entre nivells

Els metges d'atenció primària i especialitzada compartim informació sobre l'atenció dels pacients que atenem en comú (diagnòstic, proves complementàries, tractaments)

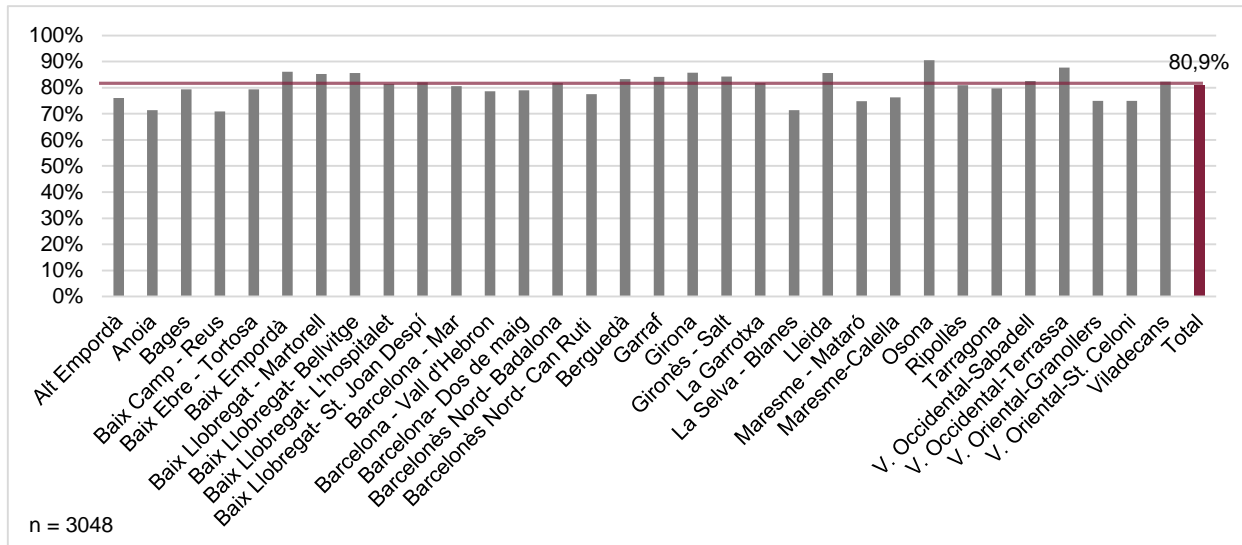


La informació que compartim és la necessària per a l'atenció d'aquests pacients



Gràfic 2. Coordinació de la informació clínica: transferència i ús de la informació entre nivells. Continuació

Els metges d'AP i AE utilitzem la informació que compartim



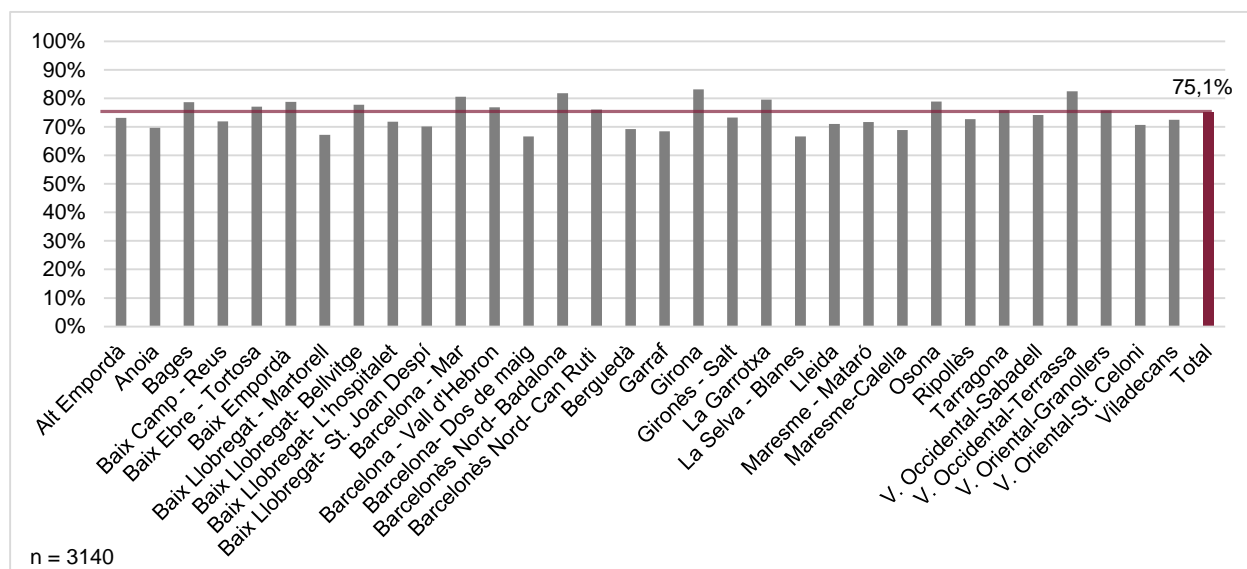
Nota: gràfic mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"

Coordinació de la gestió clínica entre nivells assistencials

La coordinació de la gestió clínica comprèn tres dimensions: la consistència de l'atenció, el seguiment adequat i l'accessibilitat entre nivells. Pel que fa a la **consistència de l'atenció**, el 75% dels metges de Catalunya van referir estar d'acord freqüentment amb els tractaments que han prescrit els metges de l'altre nivell, amb una variació entre el 66% i 83%. Així mateix, el 69% va assenyalar que no repeteixen les proves que prèviament ha realitzat un metge de l'altre nivell, variant entre el 60% i el 81%. Finalment, el 67% dels metges va assenyalar que no existeixen contraindicacions i/o duplicacions en els tractaments, variant entre el 51% i el 80%. L'ítem de consistència pitjor valorat va ser el de definició conjunta del pla d'atenció dels pacients que ho requereixen (al voltant del 13%), observant-se una variabilitat entre àrees entre el 2% i el 27% (Gràfic 3).

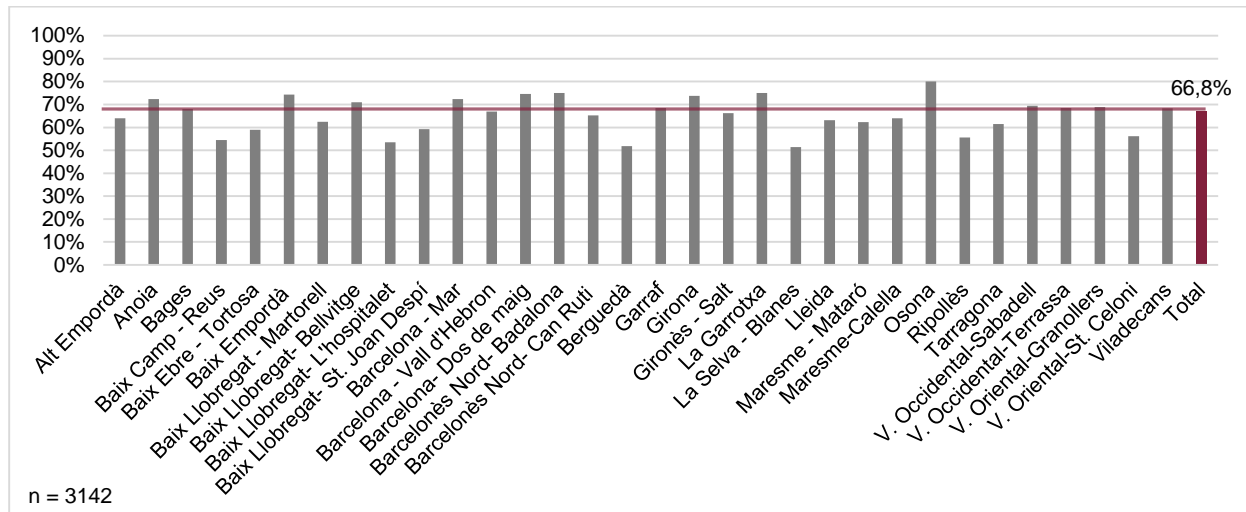
Gràfic 3. Coordinació de la gestió clínica: consistència de l'atenció entre nivells

Estem d'acord amb els tractaments que els metges de l'altre nivell han prescrit o indicat als pacients

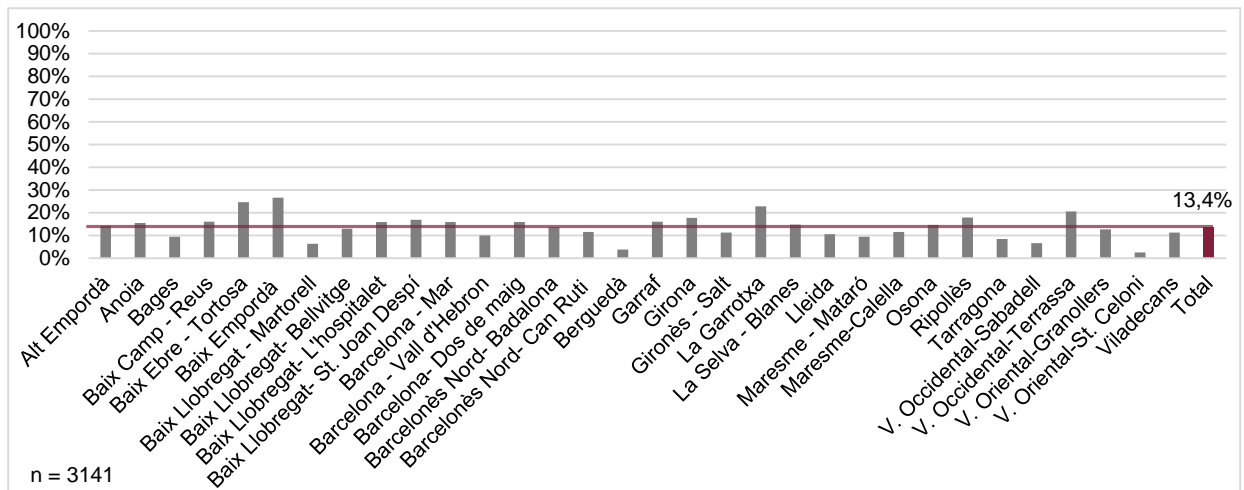


Gràfic 3. Coordinació de la gestió clínica: consistència de l'atenció entre nivells. Continuació

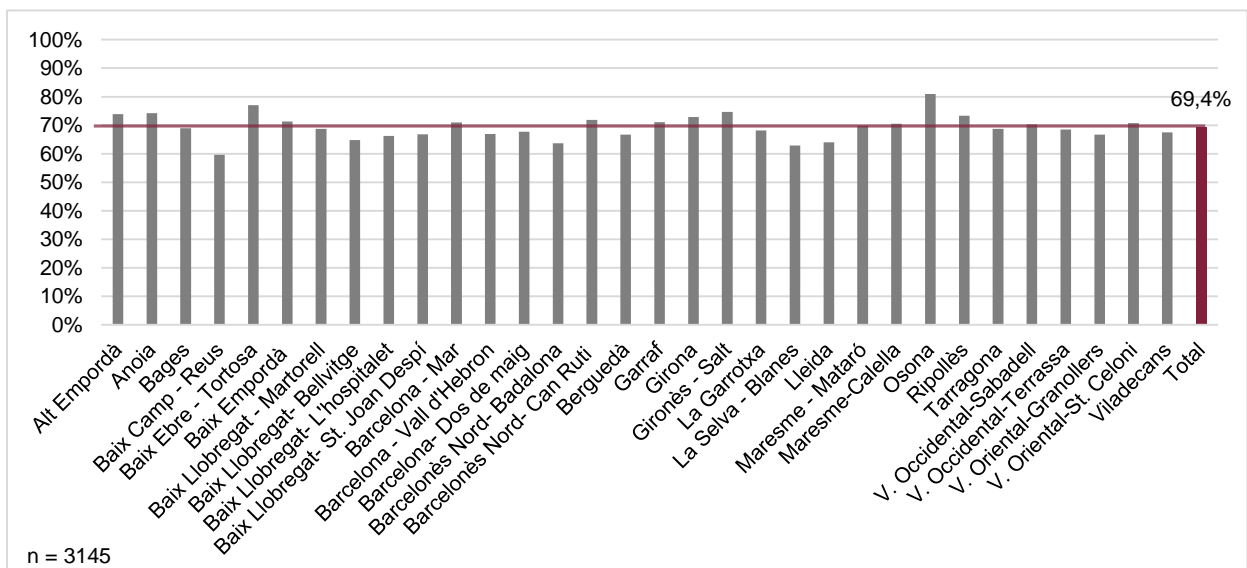
No existeixen contradiccions i/o duplicacions entre els tractaments



Els metges d'AP i AE definim conjuntament el pla d'atenció dels pacients que ho requereixen



Els metges d'AP i AE no repetim les proves que prèviament han realitzat els metges de l'altre nivell

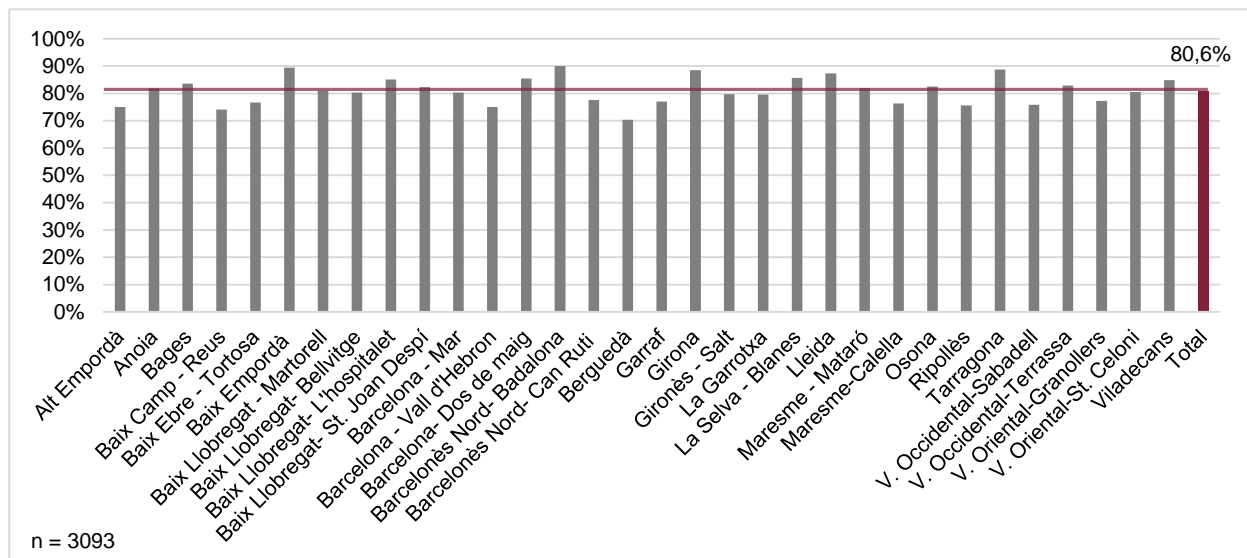


Nota: gràfic mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"

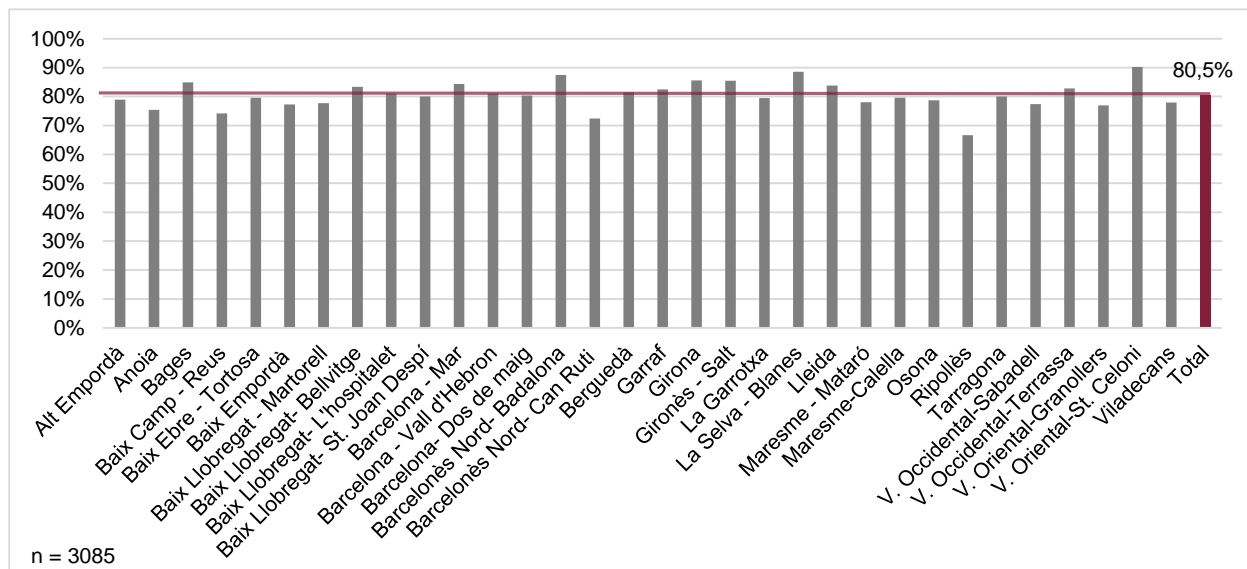
Pel que fa al **seguiment adequat del pacient entre nivells**, el 81% dels metges de Catalunya va referir que els metges d'AP deriven els pacients a l'AE quan és adequat, amb una variació entre el 70% i 90%. De manera similar, el 81% va assenyalar que els metges d'AE retornen els pacients a l'AP per al seu seguiment quan és adequat, variant entre el 67% i el 90%. No obstant això, en relació a la comunicació entre nivells en el seguiment dels pacients, únicament el 40% dels metges va assenyalar que els metges d'AP consulten dubtes sobre el seguiment als metges d'AE, observant-se una major variabilitat entre àrees, entre el 26% i el 63%, i el 58% va referir que els metges d'AE fan recomanacions a l'AP sobre el seguiment dels pacients, variant entre el 42% i 72% entre àrees (Gràfic 4).

Gràfic 4. Coordinació de la gestió clínica: seguiment adequat del pacient entre nivells

Els metges d'AP deriven els pacients a l'AE quan és adequat

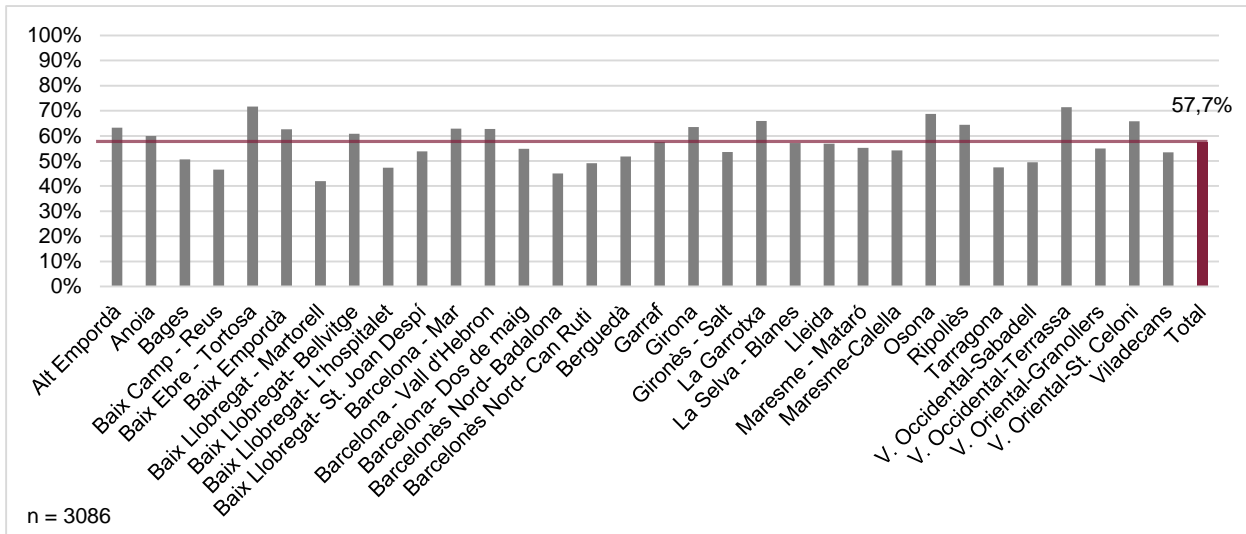


Els metges d'AE retornen els pacients a l'AP per al seu seguiment quan és adequat

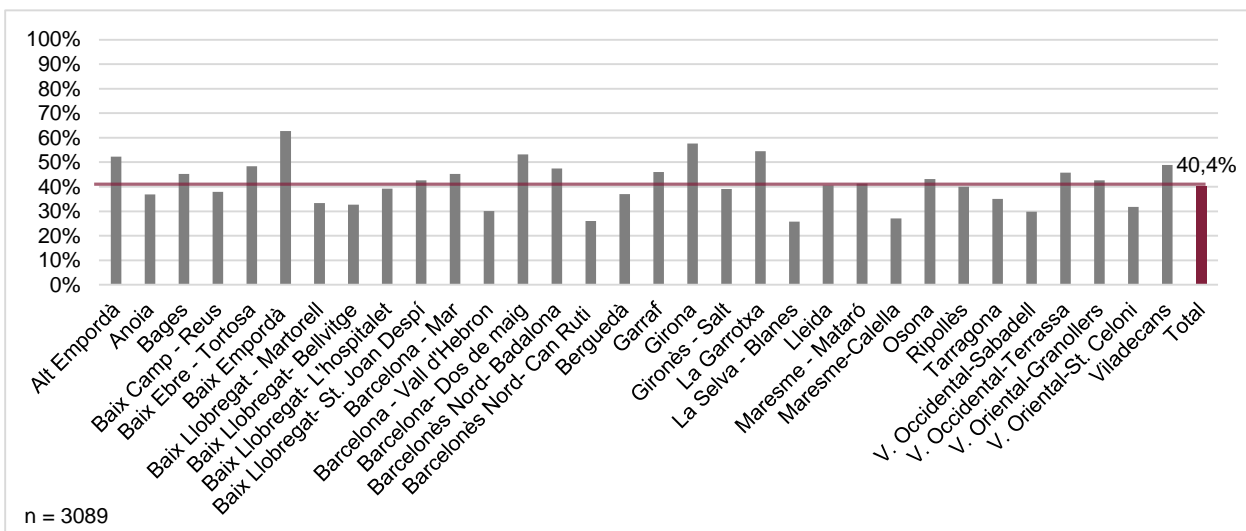


Gràfic 4. Coordinació de la gestió clínica: seguiment adequat del pacient entre nivells. Continuació

Els metges d'AE fan recomanacions al metge d'AP sobre el seguiment dels pacients



Els metges d'AP consulten els dubtes sobre el seguiment dels pacients als metges d'AE



Nota: gràfic mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"

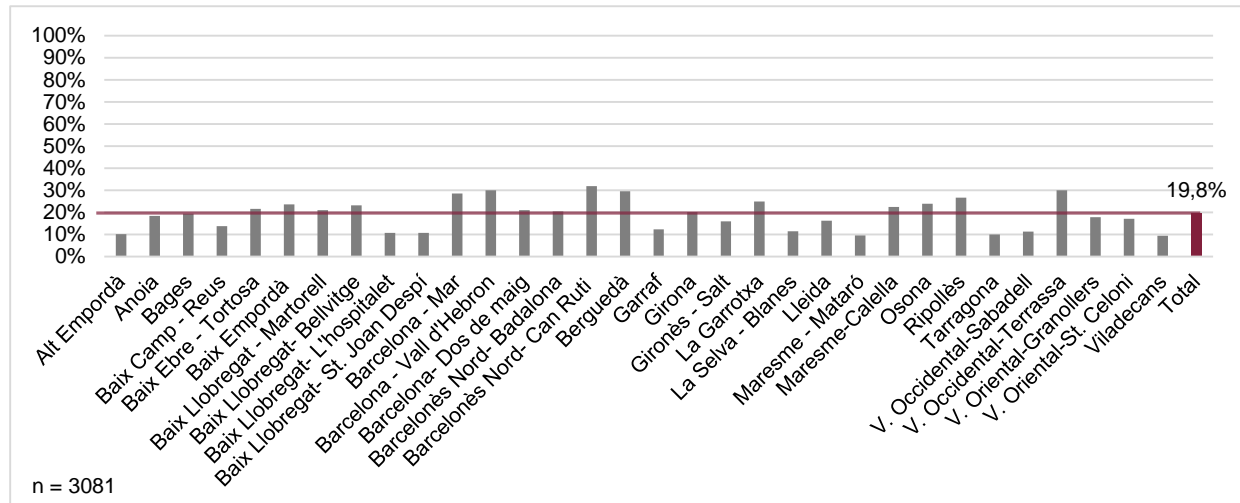
Finalment, pel que fa a l'**accessibilitat entre nivells**, una notable minoria de metges, el 20%, va referir que, a l'ésser derivat de forma ordinària a l'AE, el pacient no espera molt temps fins al dia de la consulta, observant-se una variabilitat entre àrees entre el 9% i el 32%. Aquest percentatge és més gran, un 47%, en relació a la derivació preferent, amb una variació entre el 29% i el 67%. En canvi, el 50% va assenyalar que després de ser retornat a l'AP el pacient no espera molt fins al dia de consulta, variant entre el 37% i el 71% (Gràfic 5). Tot i això, destaca que al voltant del 50% dels metges d'AE van respondre no conèixer el temps d'espera després de la devolució a l'AP.

En síntesi, l'anàlisi de la consistència de l'atenció mostra que, si bé els metges estan d'acord, en general, amb els tractaments prescrits, no hi ha una feina conjunta al voltant de les decisions de l'atenció del pacient, el qual té conseqüències que s'evidencien en la repetició de proves diagnòstiques, contraindicacions i/o duplicacions de tractaments. En relació a la coordinació en el seguiment dels pacients, sembla observar-se

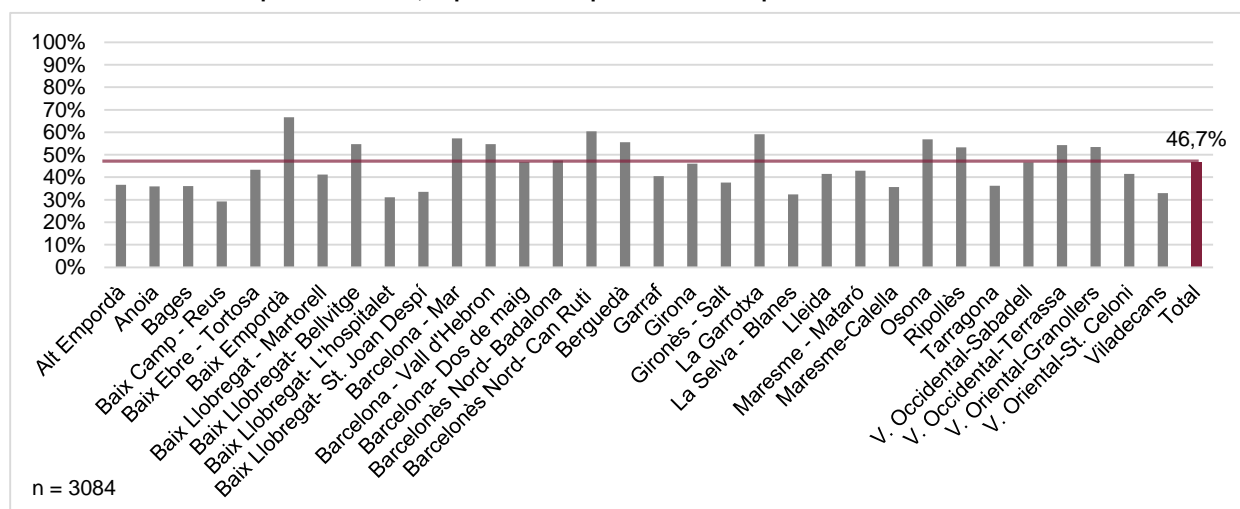
una millor adequació a les derivacions i devolucions de pacients, i en canvi una pitjor comunicació entre nivells en el seguiment dels pacients i accessibilitat entre nivells, amb una elevada variabilitat entre àrees.

Gràfic 5. Coordinació de la gestió clínica: accessibilitat entre nivells

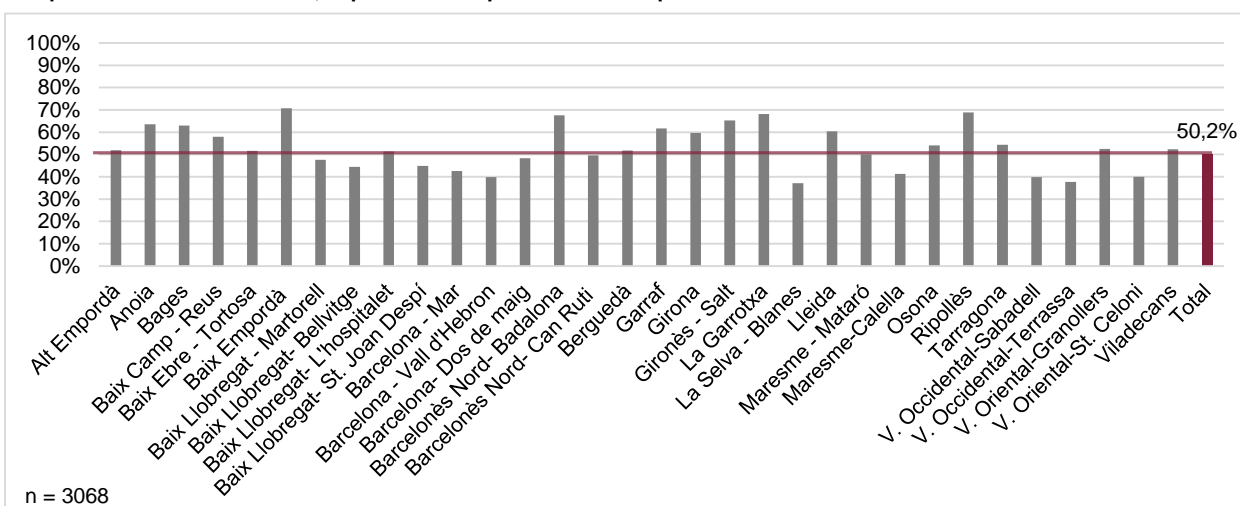
En ser derivat de forma ordinària a l'AE el pacient no espera molt de temps fins el dia de la consulta



En ser derivat de forma preferent a l'AE, el pacient no espera molt de temps fins el dia de la consulta



Després de ser retornat a l'AP, el pacient no espera molt de temps fins el dia de la consulta



Nota: gràfic mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"

Percepció general de coordinació entre nivells assistencials

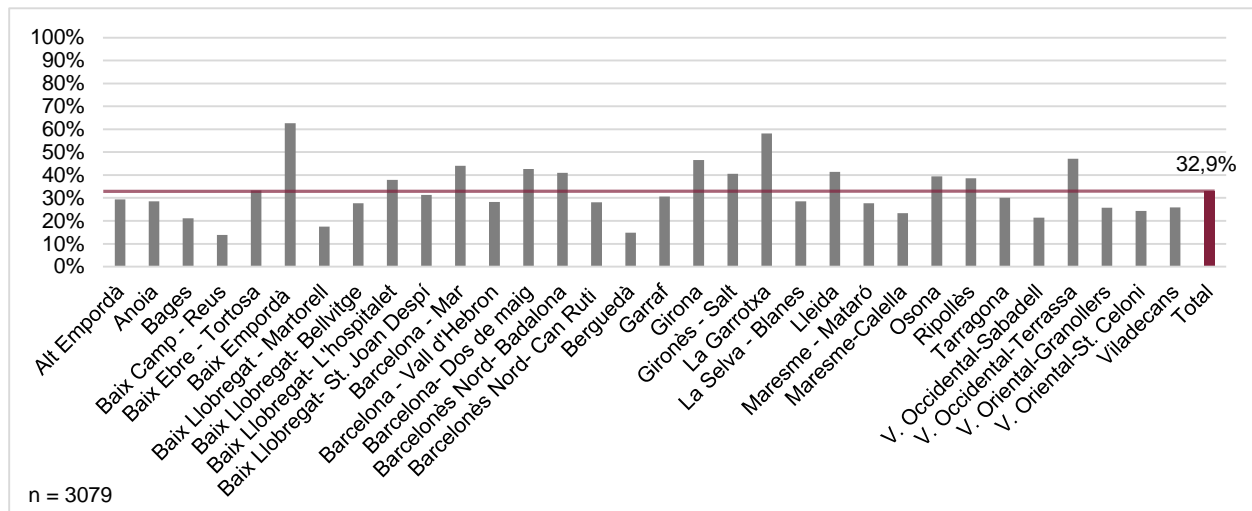
En relació a la **percepció general de coordinació a l'àrea** dels enquestats, únicament un 33% va considerar que l'atenció entre els metges d'AP i AE està freqüentment coordinada, observant-se una variabilitat entre àrees entre el 14% i 63% (Gràfic 6).

Els motius més freqüents per percebre una baixa coordinació estaven relacionats amb una comunicació o contacte directe limitat (28%), la insuficiència de mecanismes de coordinació (14%), i la manca de temps per coordinar-se amb l'altre nivell (13%) (Gràfic 7).

De manera similar, els motius més freqüents per percebre una elevada coordinació entre nivells d'atenció es relacionaven amb l'existència de mecanismes de comunicació directa no presencial (telèfon, e-mail, interconsulta virtual etc.) (22%), existència d'una història clínica compartida (19%), i coordinació amb alguns centres i/o especialitats (18%) (Gràfic 8).

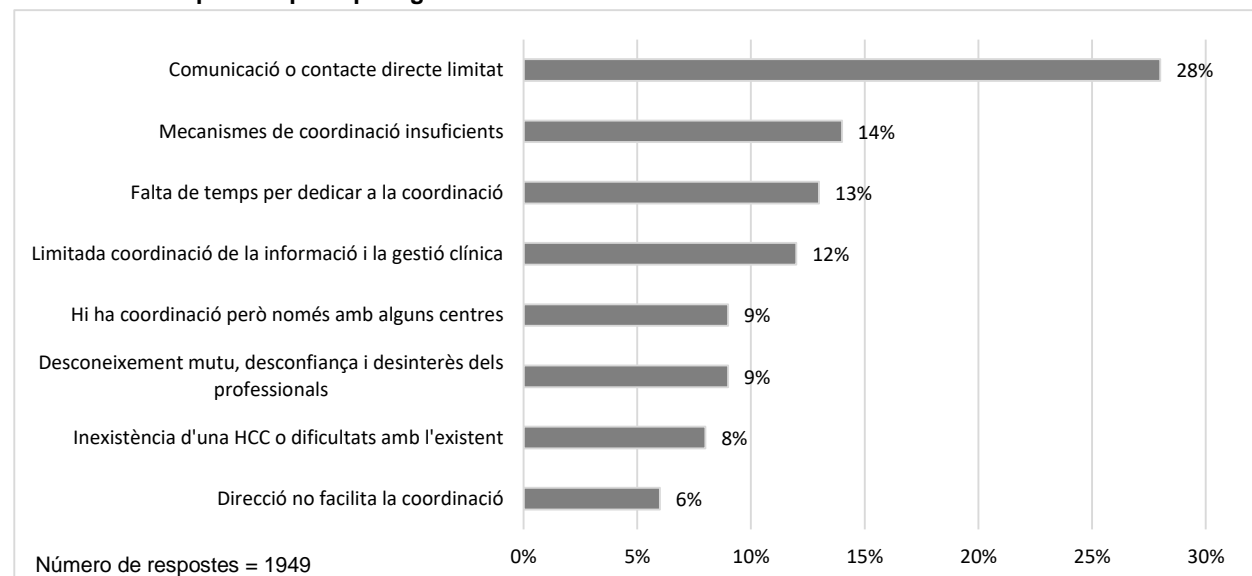
Gràfic 6. Percepció general de coordinació entre nivells assistencials

Crec que l'atenció entre els metges d'atenció primària i especialitzada en el territori està coordinada

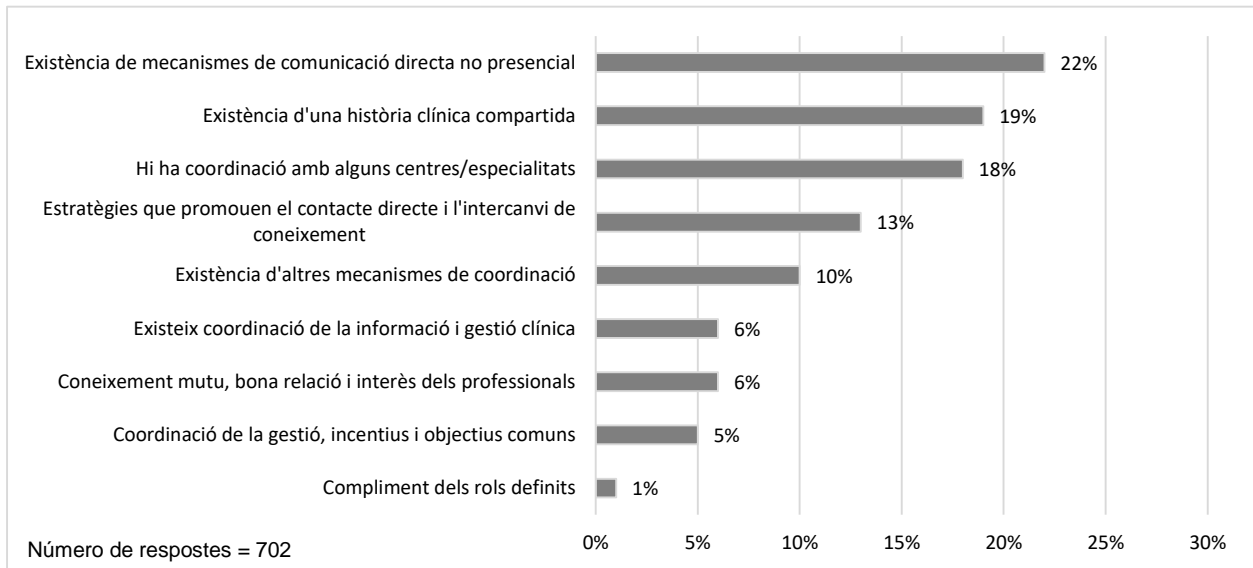


Nota: gràfic mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"

Gràfic 7. Motius per una percepció general de baixa coordinació entre nivells assistencials



Gràfic 8. Motius per una percepció general d'elevada coordinació entre nivells assistencials



3) Ús i dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació existents

Ús dels mecanismes de coordinació entre nivells d'atenció existents

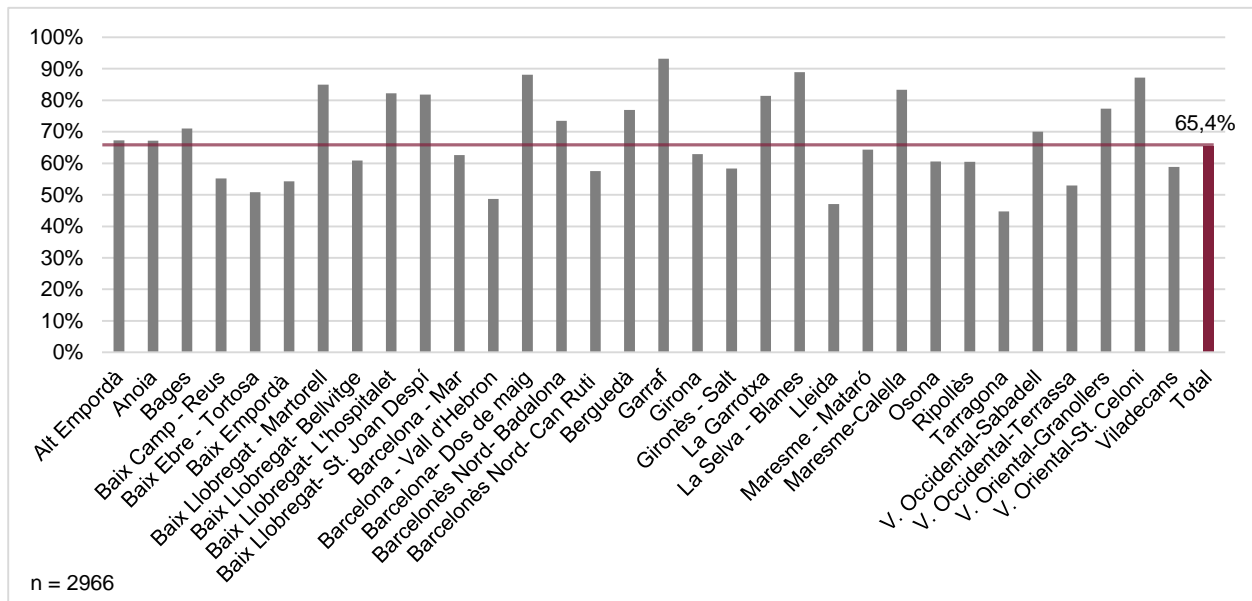
Pel que fa a l'ús dels mecanismes de coordinació entre nivells d'atenció existents, els més utilitzats van ser la història clínica del centre (HCC) compartida entre nivells, i la història clínica de Catalunya (HC3). El 81% dels metges va referir utilitzar freqüentment l'HC del seu centre, amb una variació entre el 72% i 96%, mentre que el 65% dels metges utilitzava freqüentment l'HC3, amb una major variabilitat entre àrees, entre el 45% i 93% (Gràfic 9).

Pel que fa a l'ús de les interconsultes, la modalitat més utilitzada va ser a través de l'HC. El 48% dels metges de Catalunya va assenyalar que realitzava freqüentment interconsultes virtuals a través de la història clínica, variant segons àrea entre el 22% i 79%, seguides de les realitzades per correu electrònic (un 25%, amb una variació entre el 13% i 51%), i finalment, a través del telèfon (21% dels metges, amb una variació entre el 8% i 40%) (Gràfic 10).

Amb relació a la resta de mecanismes, el 62% dels metges va referir participar freqüentment a sessions clíniques conjuntes per a la discussió de casos, amb una forta variabilitat entre àrees (entre el 0% i 94%). A més, el 51% va assenyalar que utilitza freqüentment protocols, rutes assistencials o guies de pràctica clínica compartides, variant segons àrea entre el 24% i 75%. Al seu torn, el 48% va treballar freqüentment amb gestors de casos o infermers d'enllaç per coordinar l'atenció dels pacients que atenen, amb una variabilitat per àrea entre el 0% i 72% (Gràfic 11).

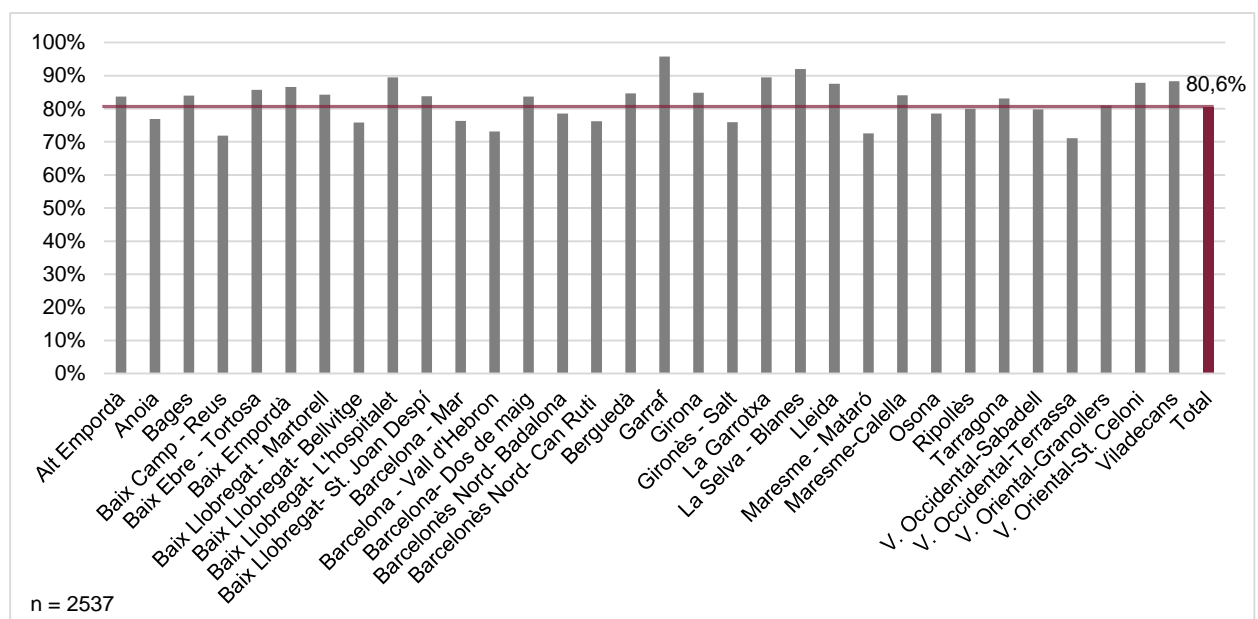
Gràfic 9. Ús dels mecanismes de coordinació (I)

Amb quina freqüència utilitza l'HC3?



Nota: Freqüent = diàriament

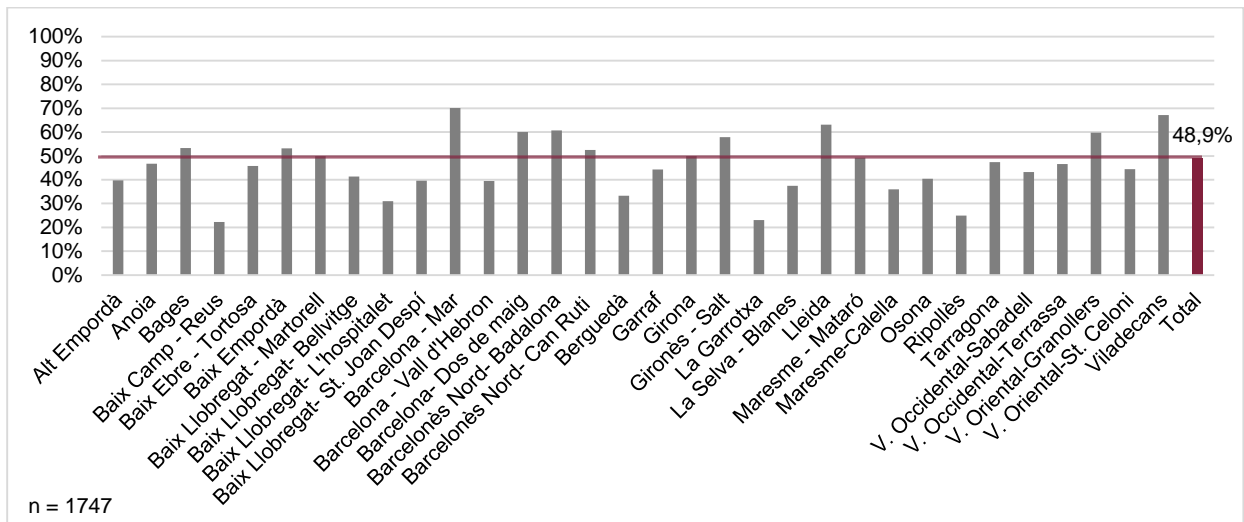
Amb quina freqüència utilitza l'HC del seu centre?



Nota: Freqüent = diàriament

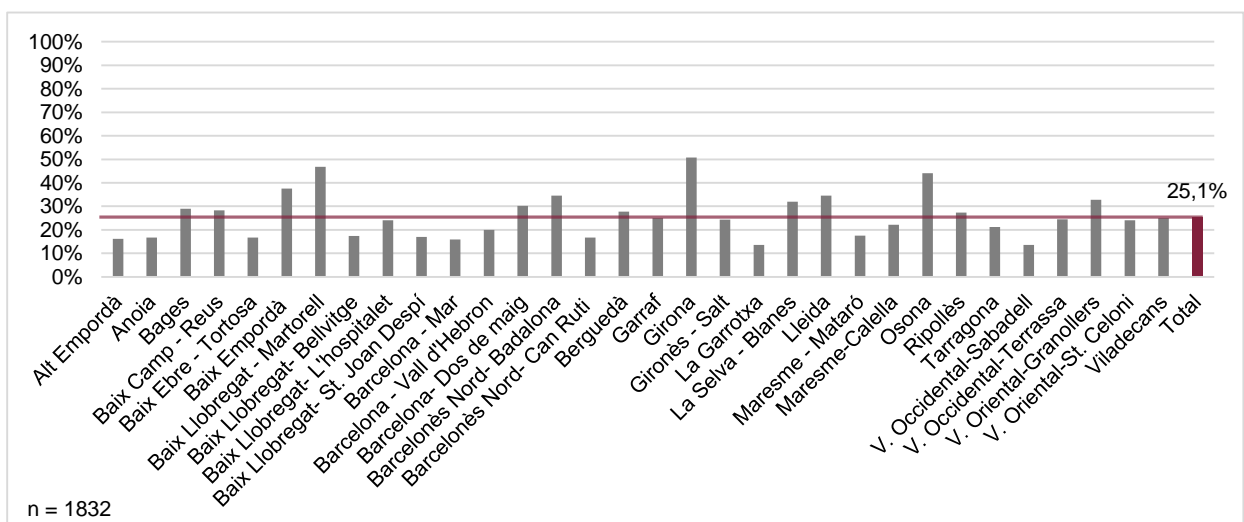
Gràfic 10. Ús dels mecanismes de coordinació (II)

Amb quina freqüència realitza interconsultes virtuals a través de l'HC?



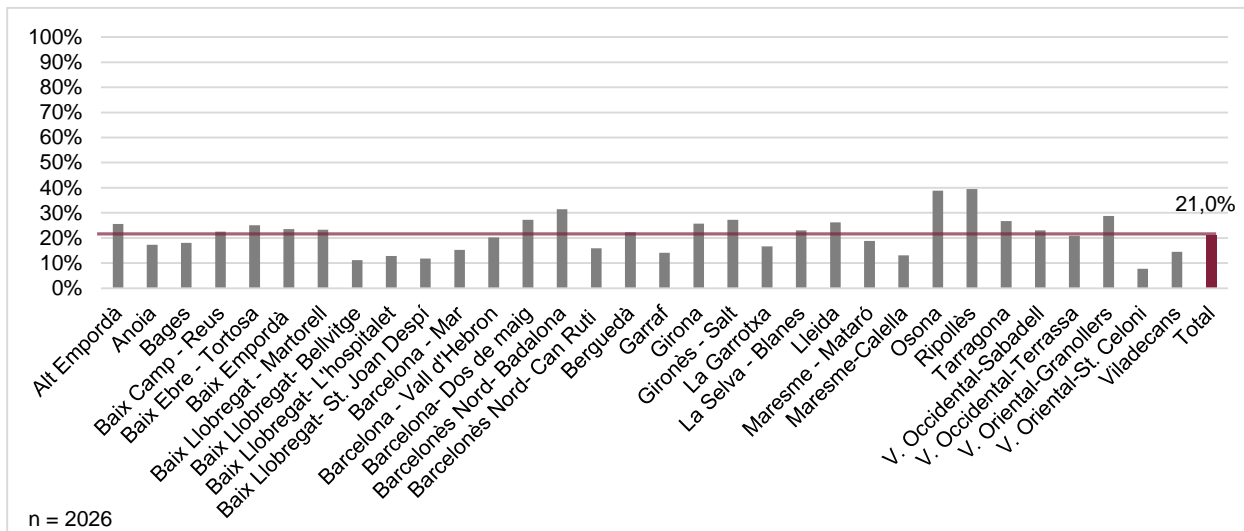
Nota: Frequent = diàriament, setmanalment

Amb quina freqüència realitza interconsultes per correu electrònic?



Nota: Frequent = diàriament, setmanalment

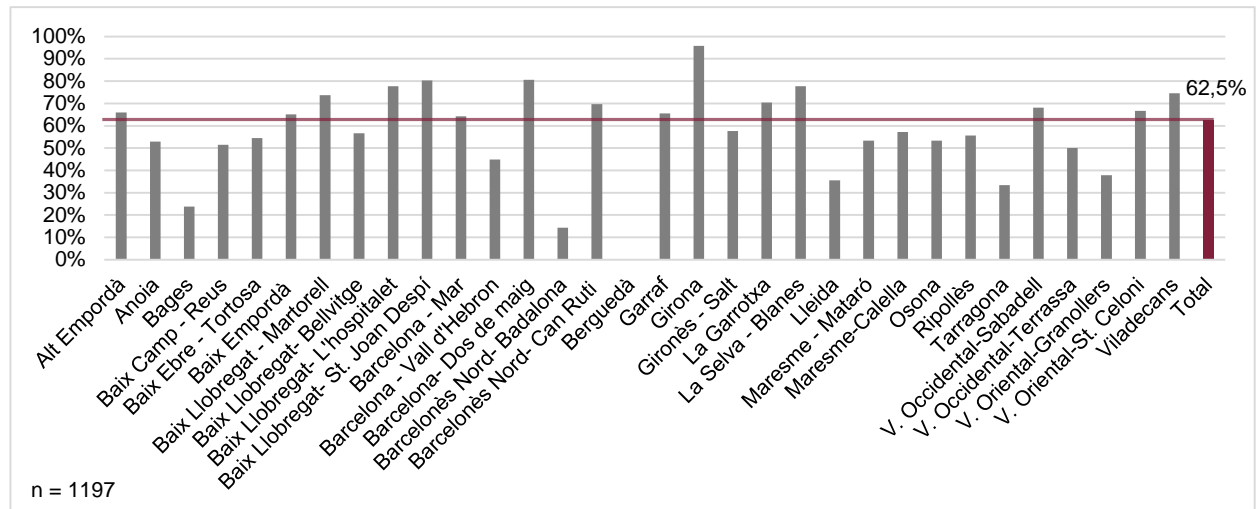
Amb quina freqüència realitza interconsultes per telèfon?



Nota: Frequent = diàriament, setmanalment

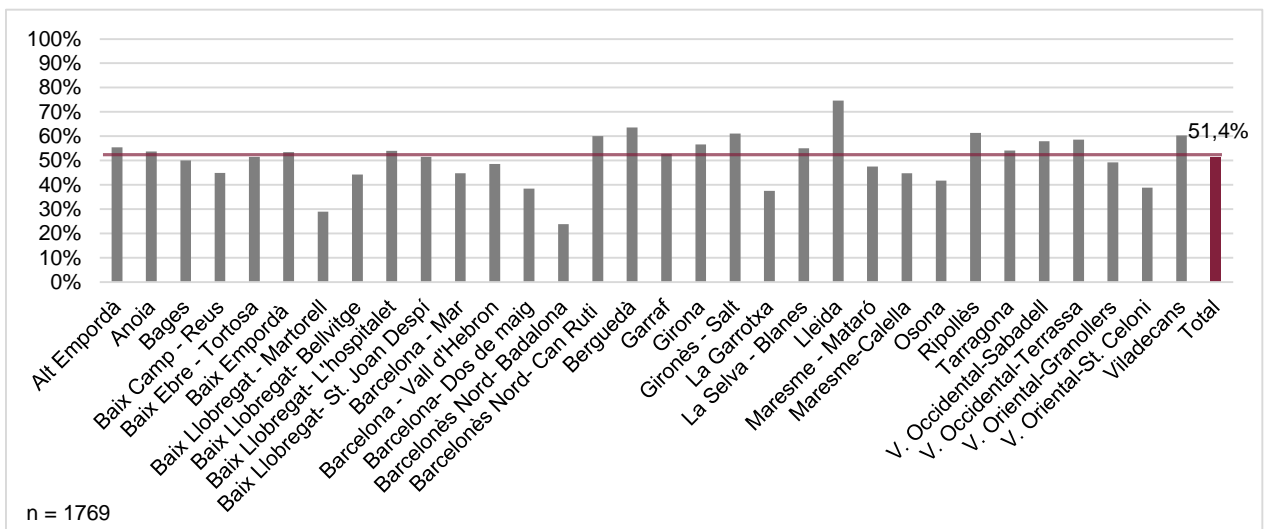
Gràfic 11. Ús dels mecanismes de coordinació (III)

Amb quina freqüència participa a les sessions clíniques conjuntes per a la discussió de casos?



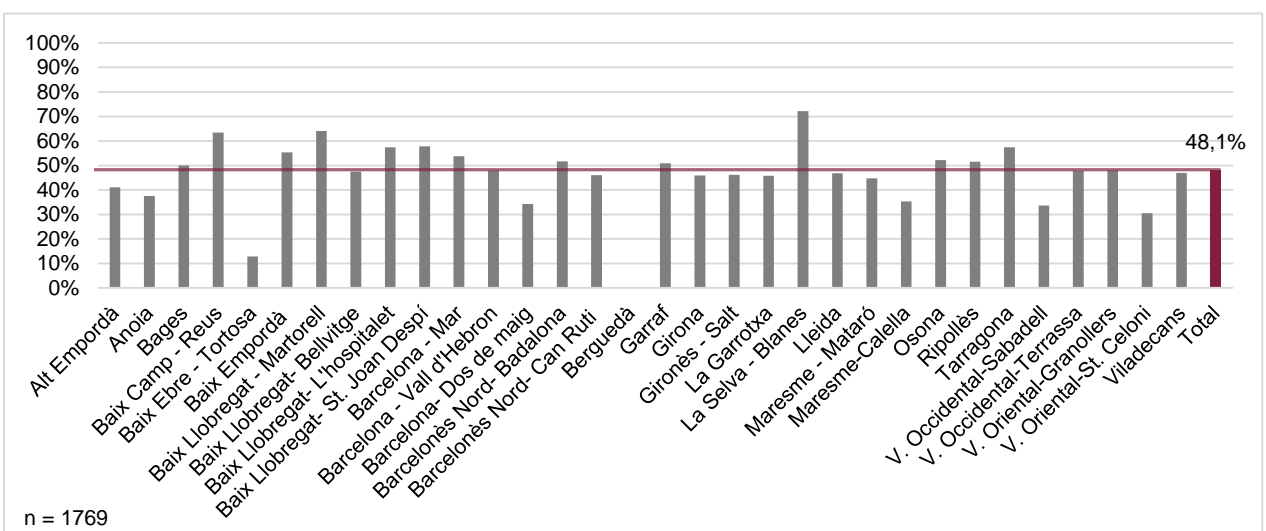
Nota: Freqüent = diàriament, setmanalment, mensualment

Amb quina freqüència utilitza protocols, rutes assistencials o guies de pràctica clínica compartides?



Nota: Freqüent = diàriament, setmanalment

Amb quina freqüència treballa amb gestors de casos o infermers d'enllaç per coordinar l'atenció dels pacients que atenen?

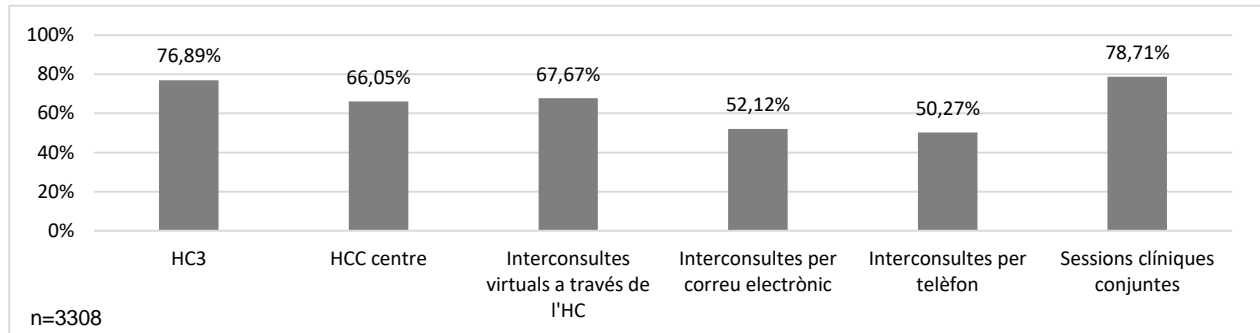


Nota: Freqüent = diàriament, setmanalment

Dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació entre nivells d'atenció

Pel que fa a les dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació, el percentatge de metges que assenyalen que hi ha dificultats en l'ús oscil·la entre un 78,71% en les sessions clíniques conjuntes i un 50,27% a les interconsultes per telèfon (Gràfic 12).

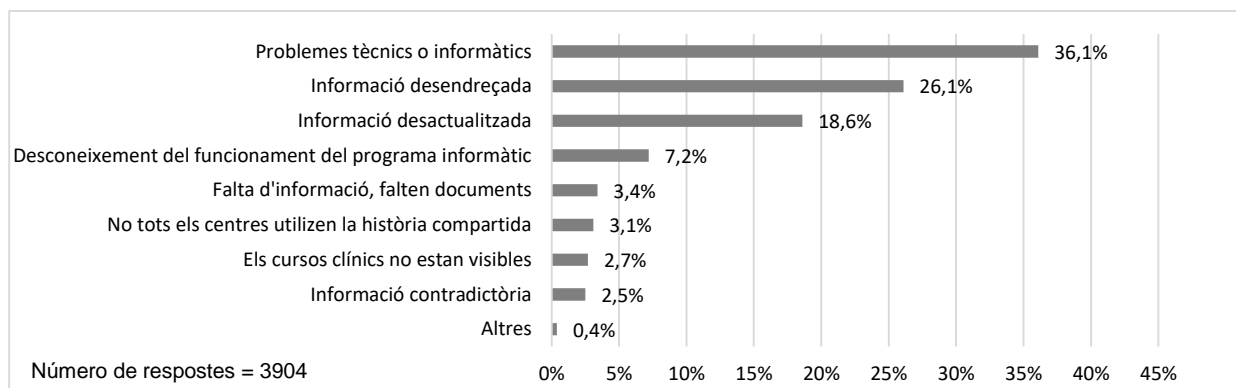
Gràfic 12. Percentatge de metges amb dificultats en l'ús dels mecanismes de coordinació



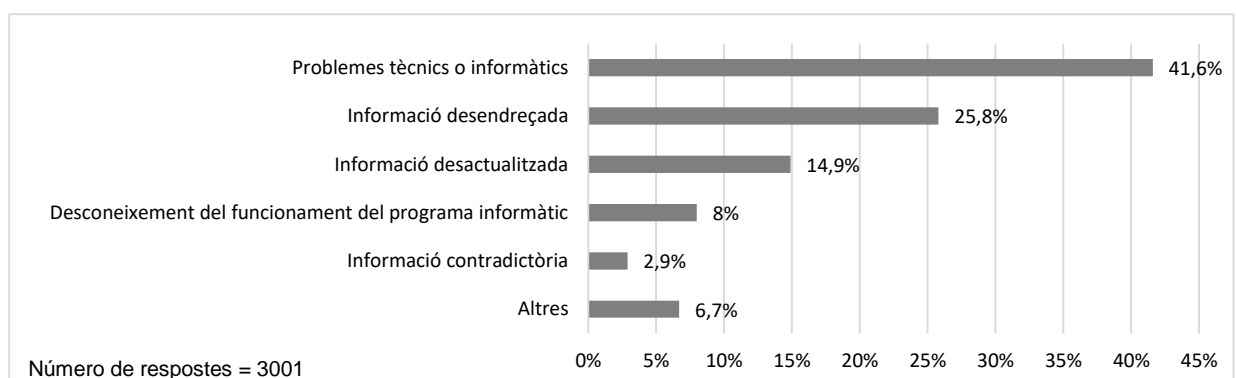
Nota: Gràfic mostra el percentatge de "Sí"; HC3: Història clínica compartida de Catalunya; HCC: Història clínica compartida del centre.

Les dificultats referides en l'ús de l'HC3 com de l'HCC són similars, tot i que la intensitat és lleugerament superior per aquesta última en alguns casos. Les dificultats que es refereixen amb més freqüència es relacionen amb problemes tècnics (HC3: 36%, HCC: 42%, informació desordenada (HC3 i HCC: 26%), o desactualitzada (HC3: 19%, HCC: 15%), i desconeixement del funcionament del programa informàtic (HC3: 7,2%, HCC: 8%) (Gràfic 13 i 14).

Gràfic 13. Dificultats en l'ús de l'HC3

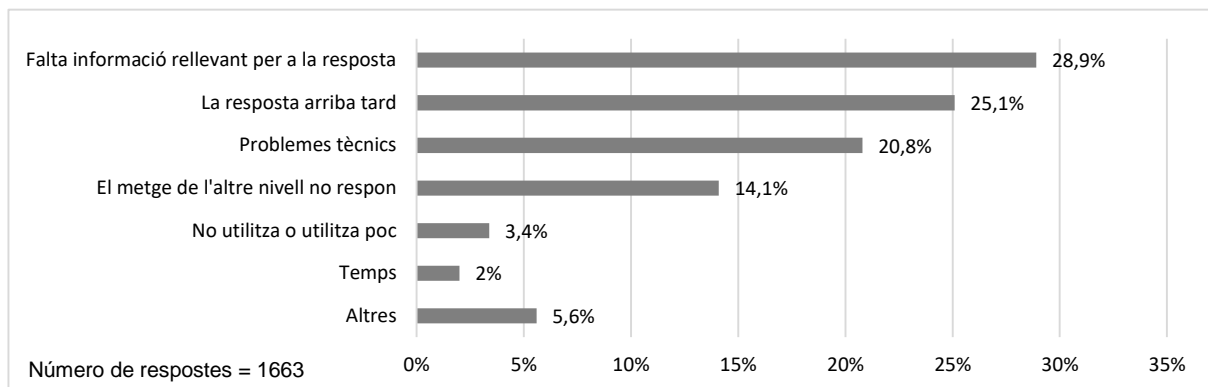


Gràfic 14. Dificultats en l'ús de l'HC compartida del centre

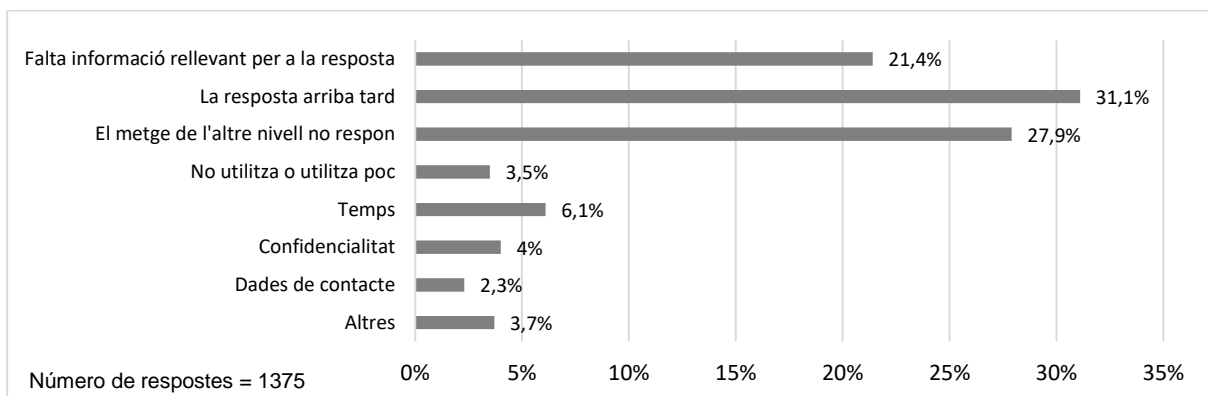


Pel que fa a les dificultats en la realització d'interconsultes, aquestes van variar segons la modalitat. En aquelles realitzades de manera on-line, mitjançant la història clínica o el correu electrònic, va destacar la manca d'informació rellevant per a elaborar la resposta a la interconsulta (29% i 21%, respectivament), o el retard en rebre la resposta (25% i 31%, respectivament), mentre que quan es realitzen de forma telefònica, la principal dificultat reportada va ser la falta de resposta per part del metge de l'altre nivell (69%). Aquesta dificultat també va ser referida, encara que en menor proporció, a la interconsulta per correu (28%), i mitjançant la història clínica (14%). Altres dificultats també referides pels metges van ser els problemes tècnics en les interconsultes mitjançant la història clínica (21%), i la manca de temps en les realitzades per correu i telèfon (6% i 7%, respectivament) (Gràfic 15-17).

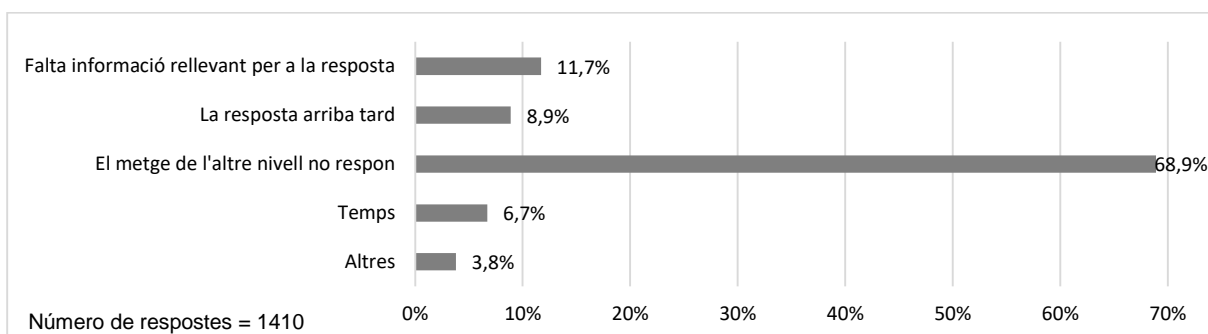
Gràfic 15. Dificultats en l'ús d'interconsultes a través de la història clínica



Gràfic 16. Dificultats en l'ús d'interconsultes per correu electrònic

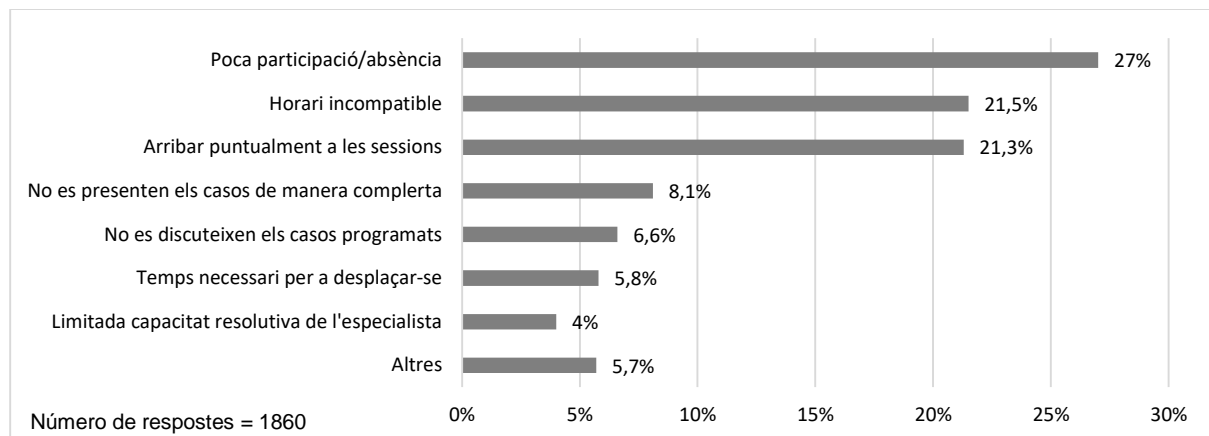


Gràfic 17. Dificultats en l'ús d'interconsultes per telèfon



Les dificultats referides amb més freqüència per a les sessions clíniques conjuntes es relacionen amb la baixa assistència/participació (27%), així com amb obstacles per assistir - horari no compatible (22%), impuntualitat (21%) i temps necessari per desplaçar-se (6%), i en menor mesura, amb els continguts de les sessions - presentació no completa dels casos (8%) o de casos no programats (7%) (Gràfic 18).

Gràfic 18. Dificultats en la participació a sessions clíniques conjuntes



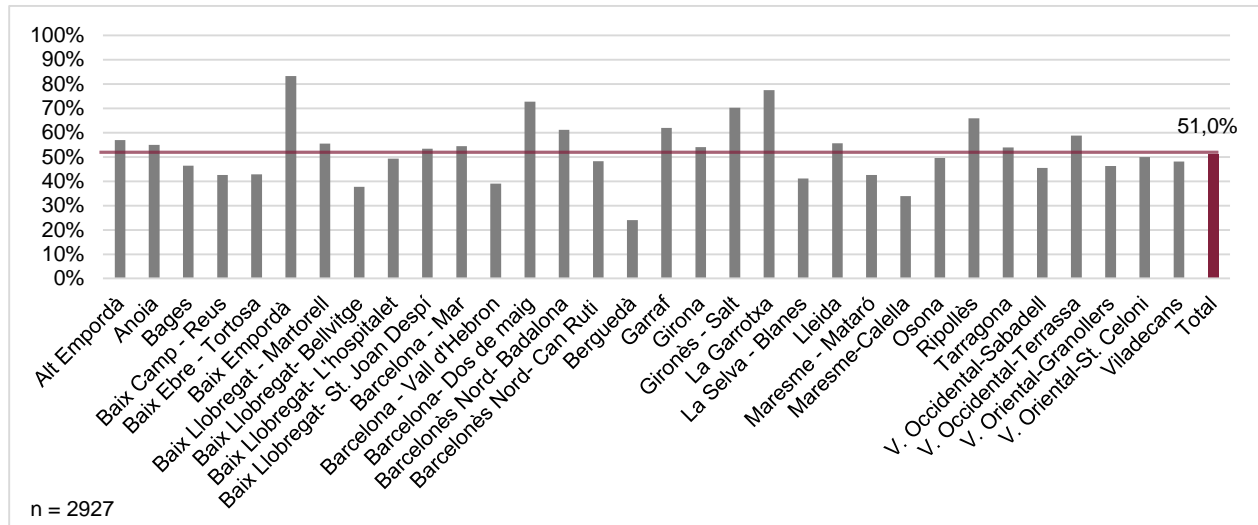
En síntesi, el nivell d'utilització i les dificultats en l'ús varia segons el mecanisme de coordinació. Els mecanismes utilitzats amb més freqüència van ser l'HC compartida del centre, així com l'HC3, i les sessions clíniques conjuntes, tot i que amb menys intensitat i major variabilitat entre àrees. Els utilitzats amb menor freqüència van ser les modalitats d'interconsulta per correu electrònic i telèfon. La majoria dels metges va referir tenir dificultats en l'ús dels mecanismes, especialment en la participació a les sessions i en l'ús de l'HC3. El tipus de dificultats va variar segons el mecanisme i modalitat. En general es relacionaven amb les dificultats organitzatives per a l'assistència, en el cas de les sessions presencials, i els problemes tècnics i retards o absència de resposta en les on-line/telefònica. En tots també van destacar les dificultats relacionades amb els continguts dels mecanismes.

4) Factors relacionats amb la coordinació entre nivells d'atenció

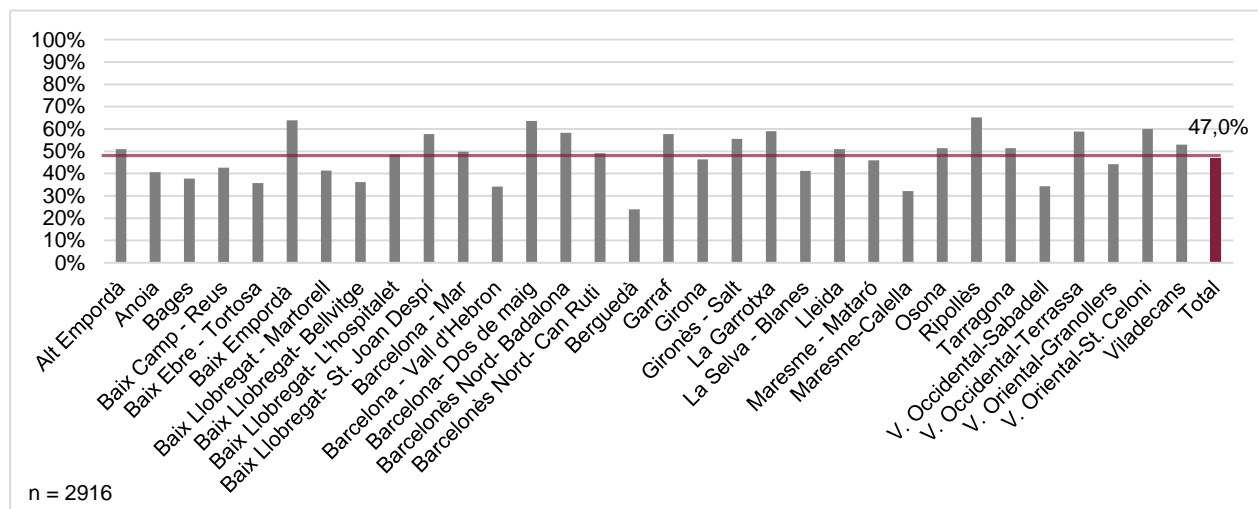
Els factors relacionats analitzats són de dos tipus: organitzatius i d'interacció entre metges. En quant als **factors organitzatius**, el 51% dels metges de Catalunya va referir que els directius de la seva organització faciliten la coordinació, observant-se una àmplia variabilitat entre àrees, entre el 24% i 83%. A més, el 47% dels metges de Catalunya ha assenyalat que la seva organització estableix objectius orientats a la coordinació entre nivells assistencials, variant entre el 24% i 65%. Així mateix, únicament el 13% dels metges va considerar que el temps que pot dedicar a la coordinació amb els metges de l'altre nivell durant la seva jornada laboral és suficient, amb una variació entre el 6% i 40%. Finalment, un altre factor organitzatiu que influeix en la coordinació entre nivells és la descentralització d'algunes especialitats als centres d'atenció primària. El 14% dels metges d'AE va referir passar consulta a l'AP, variant entre el 2% i 26% segons l'àrea (Gràfic 19).

Gràfic 19. Factors organitzatius relacionats amb la coordinació entre nivells d'atenció

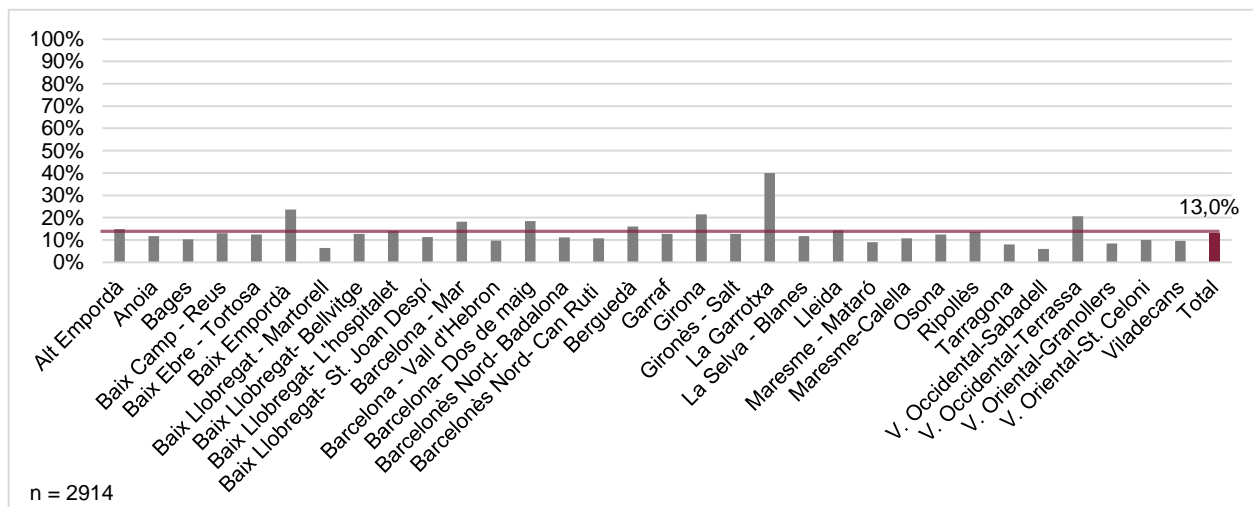
Els directius de l'organització faciliten la coordinació entre metges d'atenció primària i especialitzada



La meua organització estableix objectius orientats a la coordinació entre nivells assistencials

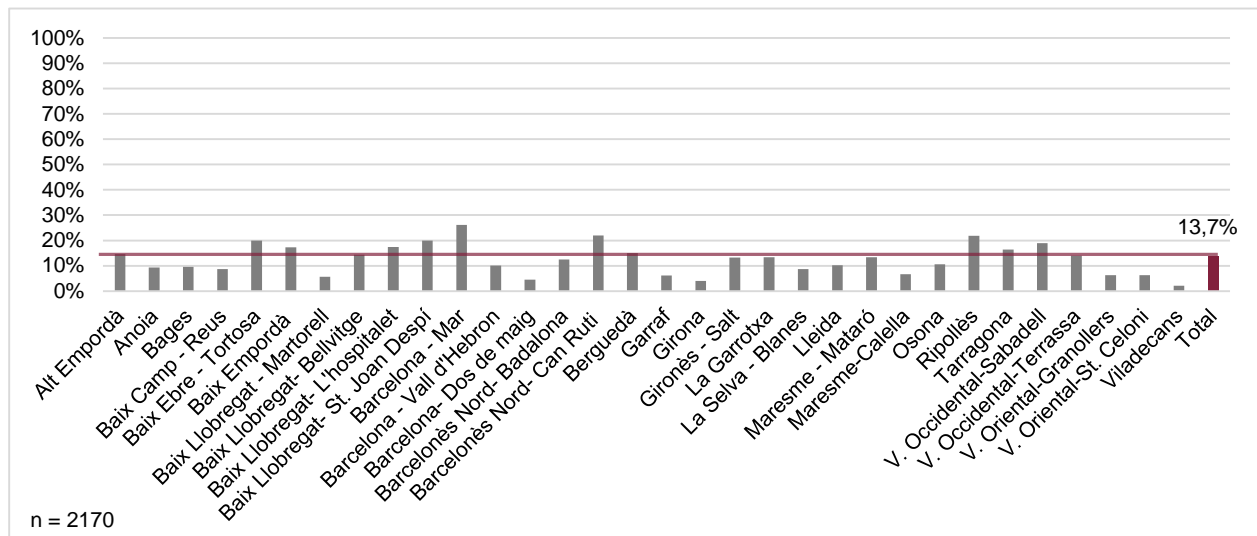


El temps que puc dedicar a la coordinació amb els metges de l'altre nivell durant la meua jornada laboral és suficient



Gràfic 19. Factors organitzatius relacionats amb la coordinació entre nivells d'atenció. Continuació

Els metges d'AE visiten els centres d'atenció primària

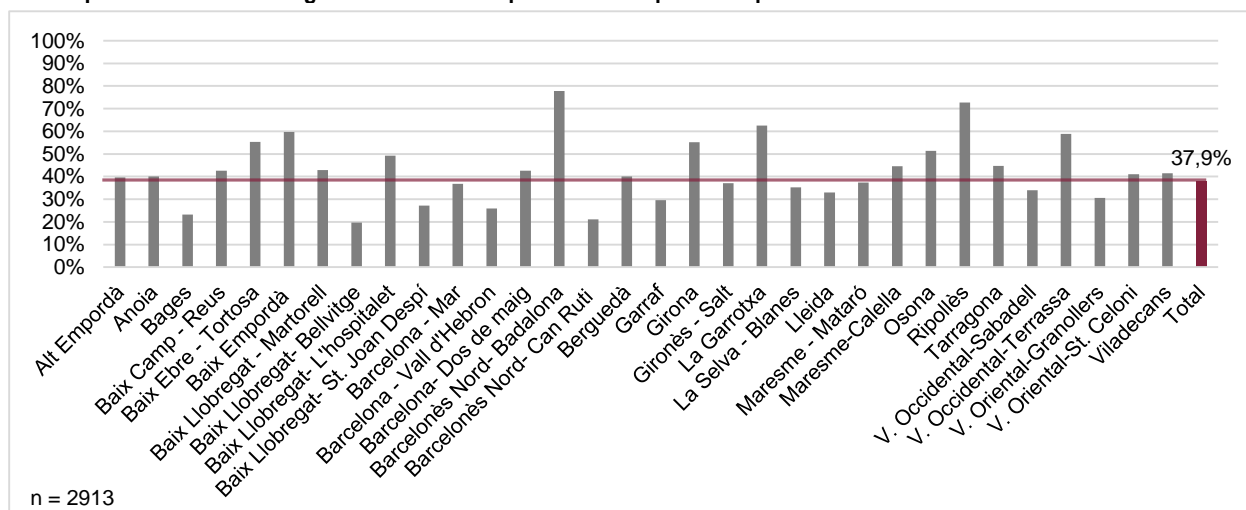


Nota: gràfic mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"

En quant als **factors d'interacció entre metges**, la minoria de metges, el 38%, va assenyalar conèixer personalment els metges de l'altre nivell que atenen els seus pacients, observant-se una variabilitat entre àrees entre el 20% i 78%. No obstant això, el 83% dels metges va afirmar que confien en les habilitats clíniques dels metges de l'altre nivell, variant entre el 65% i 93%. Així mateix, només el 63% dels metges creu que la seva pràctica assistencial influeix en la pràctica dels metges de l'altre nivell, amb un valor per àrea entre 43% i 74%. Finalment, el 75% dels metges va considerar que, a la pràctica, els metges d'AP són els responsables del seguiment del pacient en la seva trajectòria pels diferents nivells assistencials, amb una variació entre el 60% i 88% (Gràfic 20) .

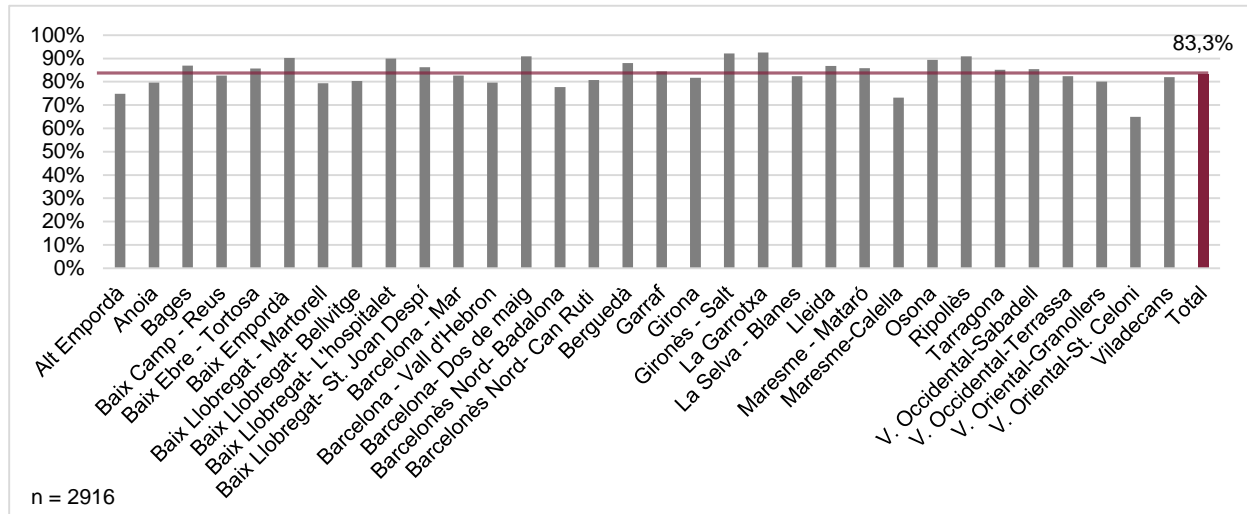
Gràfic 20. Factors d'interacció entre metges que influeixen en la coordinació entre nivells d'atenció

Conec personalment als metges de l'altre nivell que atenen els pacients que tractem

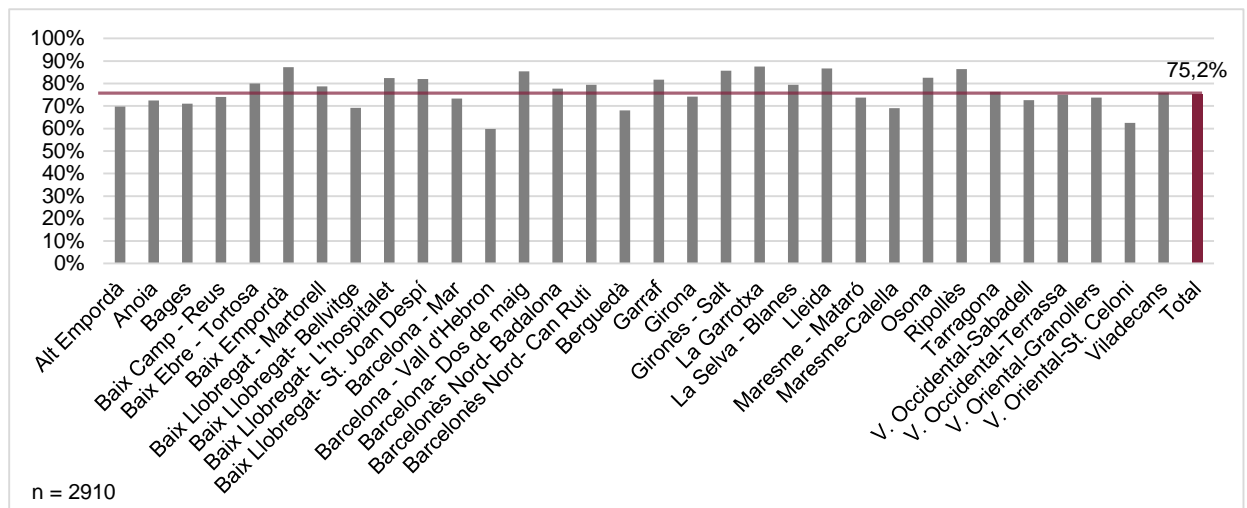


Gràfic 20. Factors d'interacció entre metges que influeixen en la coordinació entre nivells d'atenció. Continuació

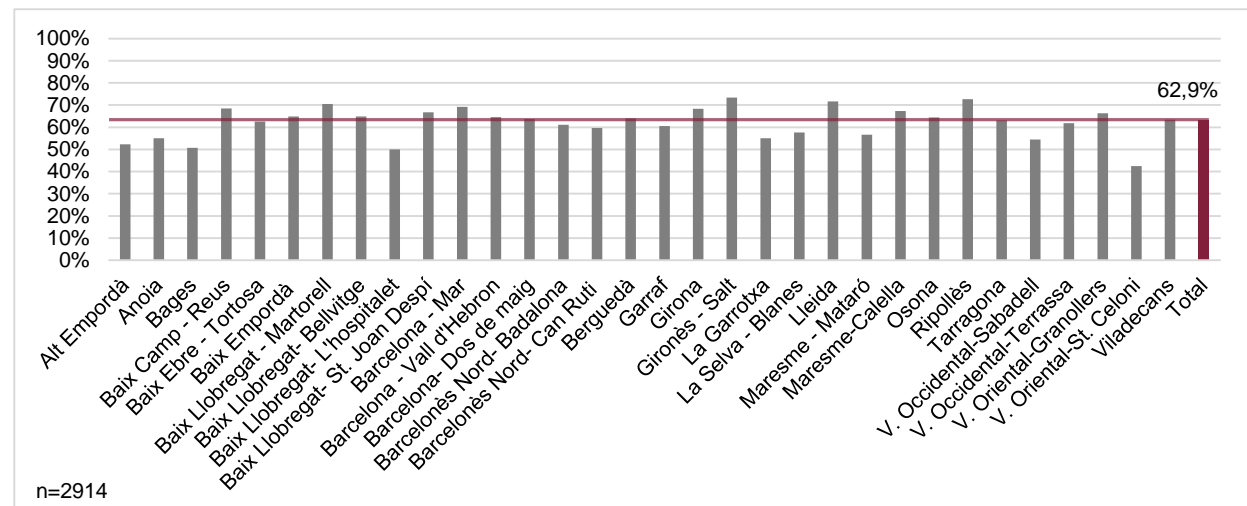
Confio en les habilitats clíniques dels metges de l'altre nivell que atenen els meus pacients



A la pràctica, els metges d'AP són els responsables del seguiment del pacient en la seva trajectòria pels diferents nivells assistencials



La meva pràctica assistencial influeix en la pràctica dels metges de l'altre nivell



Nota: gràfic mostra el percentatge de "Sempre" i "Moltes vegades"

Per tant, com a síntesi dels resultats sobre els factors que influeixen en la coordinació, tot i que amb diferències entre les àrees, els metges perceben en general un limitat suport institucional i disponibilitat de temps per dur a terme activitats de coordinació. D'altra banda, tot i que s'observa una elevada confiança en les habilitats dels metges de l'altre nivell i un consens generalitzat en què els metges d'AP són els responsables del seguiment dels pacients, la majoria dels metges no coneix els seus col·legues de l'altre nivell i una part important considera que no influeix en la pràctica assistencial dels metges de l'altre nivell.

5) Suggeriments per a la millora de la coordinació entre nivells d'atenció

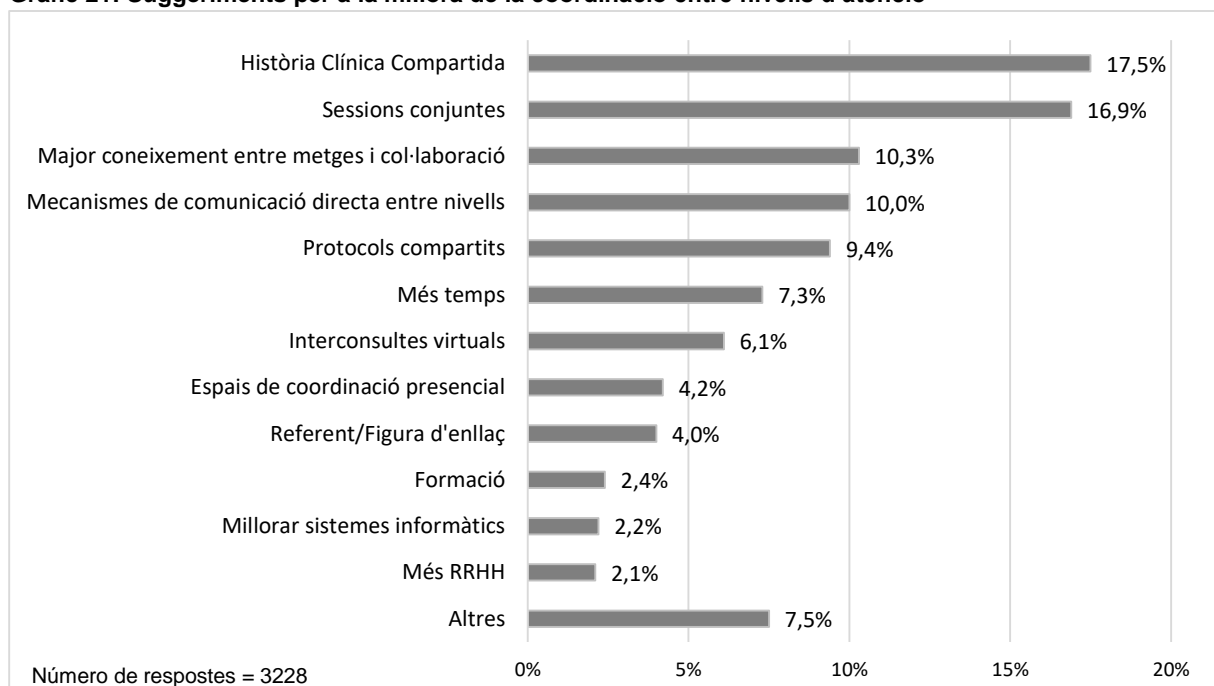
Els suggeriments per a la millora de la coordinació entre nivells referides amb més freqüència pels metges van ser la implantació, extensió, o millora del funcionament dels mecanismes de coordinació existents. Principalment, es van referir a la història clínica compartida i les sessions clíniques conjuntes, les quals van representar el 17% i 18% dels suggeriments respectivament (Gràfic 21). Els suggeriments de la història clínica compartida feien referència a la implantació d'una HC única o una major interconnexió entre les diferents HCs, accés a tota la informació actualitzada del pacient i major retroalimentació per part de l'AE per al seguiment dels pacients, i una millor estructuració i classificació de la informació disponible. Mentre que les relatives a les sessions clíniques conjuntes o de discussió de casos clínics es van relacionar amb la seva implantació o extensió a més especialitats, una major freqüència, organització en horaris compatibles i garantir el temps suficient per participar-hi.

Altres suggeriments també referits amb freqüència van ser la implementació de mecanismes de comunicació directa entre metges de diferents nivells (correu electrònic, trucades localitzables, telèfon directe, etc.) (10%) i la millora del coneixement personal i contacte amb els metges de l'altre nivell (10%).

Altres mecanismes de coordinació també suggerits van ser els protocols (9%), les interconsultes virtuals (6%), els espais de coordinació presencial (4%), i l'existència d'un referent/figura d'enllaç entre AP i AE (4%). Els suggeriments relatius als protocols i circuits conjunts es van referir tant a la seva implantació, com a una major divulgació i capacitat per al seu ús, mentre que els espais de coordinació presencial proposats incloïen reunions conjuntes, grups de treball entre nivells i rotacions bidireccionals dels metges .

Finalment, el 7% dels suggeriments realitzats es van referir a proporcionar més temps als metges per dur a terme activitats de coordinació (7%).

Gràfic 21: Suggeriments per a la millora de la coordinació entre nivells d'atenció



Conclusions

Aquest és el primer estudi basat en una enquesta a metges i metgesses d'atenció primària i especialitzada (d'aguts i sociosanitària) que analitza de manera comprensiva i comparativa la coordinació clínica entre nivells i els factors associats en diferents àrees del sistema sanitari català. L'adaptació del qüestionari COORDENA al context català [11] ha permès avaluar les diferents dimensions de la coordinació clínica entre nivells assistencials i els factors associats, segons nivell d'atenció [26,27], segons tipus de gestió de l'àrea [28] i, en aquest informe, entre àrees, permetent detectar diferències en els resultats de coordinació i en els factors que hi influeixen, i per tant, identificar possibles estratègies de millora. El qüestionari COORDENA és una eina útil per monitoritzar periòdicament l'acompliment dels serveis sanitaris, per comparar entre àrees (benchmarking) i per dissenyar i avaluar estratègies per millorar la coordinació clínica i la qualitat assistencial.

Els resultats de l'estudi mostren, amb diferències importants entre àrees, una elevada **experiència de coordinació de la informació entre nivells** (transferència i ús de la informació clínica del pacient) i de **coordinació de la gestió clínica entre nivells** (coherència de l'atenció, seguiment del pacient i accessibilitat entre nivells). La **percepció de coordinació clínica del pacient entre nivells en l'àrea** va ser, però, limitada. Els principals problemes es troben en la transferència d'informació; en el seguiment dels pacients, tant pel baix percentatge de metges d'AP que consulten dubtes, com de metges d'AE que fan recomanacions per al seguiment; així com en el temps d'espera en la derivació a l'atenció especialitzada (ordinària i preferent), fet que suposa una amenaça per a la qualitat assistencial. De forma consistent, la baixa percepció de coordinació general -també amb diferències entre àrees- es relaciona amb una manca de comunicació directa, d'espais de trobada entre nivells, així com de temps per dedicar a activitats de coordinació.

Els resultats també mostren variabilitat en l'ús dels **mecanismes de coordinació** existents entre àrees. Els utilitzats amb més freqüència van ser els mecanismes per intercanviar informació (HCC i HC3), i les sessions clíniques conjuntes, encara que aquestes últimes i l'HC3 presenten una important variabilitat entre àrees. Els instruments de comunicació directa entre metges - correu electrònic i telèfon - van ser els menys utilitzats. Els resultats relatius a les **dificultats en l'ús dels mecanismes** també indiquen importants àrees de millora. La majoria dels metges va referir dificultats en l'ús dels mecanismes, especialment de l'HC3 i la participació a les sessions. Les dificultats van variar segons el mecanisme: problemes organitzatius per assistir, en el cas de les sessions presencials, i problemes tècnics i retards o absència de resposta en els mecanismes basats en les noves tecnologies/contacte telefònic. En tots, també van destacar les dificultats relacionades amb els continguts dels mecanismes (falta d'informació rellevant o informació desactualitzada i desordenada).

L'anàlisi dels **factors organitzatius** que influeixen en la coordinació mostra, amb diferències entre àrees, la percepció d'un limitat suport institucional, i en concret de disponibilitat de temps per dur a terme activitats de coordinació. En canvi, els **factors d'interacció entre professionals** (confiança mútua i alineació amb el model d'atenció basada en l'atenció primària) són elevats, amb excepció del coneixement personal, aspecte que cal reforçar per la seva influència positiva en la coordinació.

Finalment, els **suggeriments de millora** dels metges fan referència a reforçar la implementació, extensió o millora del funcionament dels mecanismes de coordinació existents, principalment la història clínica compartida i les sessions clíniques conjuntes, així com la implementació d'altres mecanismes de comunicació directa entre metges (com missatgeria instantània) i la millora del coneixement personal.

Per tant, els resultats d'aquest estudi, en línia amb l'evidència internacional i altres estudis a Catalunya, mostren la necessitat d'**introduir polítiques i estratègies a Catalunya** que enforteixin les condicions organitzatives favorables a una adequada coordinació, entre d'altres, la implementació adequada dels mecanismes de coordinació entre nivells, especialment aquells basats en la retroalimentació i comunicació directa entre els professionals. La gran variabilitat observada entre àrees, requereix l'aprofundiment en l'anàlisi dels factors organitzatius i individuals que influeixen en la coordinació.

Properes passes

Dins el desenvolupament de la línia de recerca sobre integració assistencial, l'estudi COORDENA-CAT ha permès, en primer lloc, elaborar un instrument per a l'avaluació i monitoratge de la integració assistencial i, en segon lloc, la seva aplicació per identificar àrees de millora en relació a les diferents dimensions de la coordinació clínica i els factors organitzatius i individuals que s'hi relacionen, per orientar possibles estratègies de millora. Aquests resultats, a més a més, proporcionen una línia de base per guiar l'avaluació d'intervencions que persegueixin millorar la coordinació clínica, com a element de la qualitat assistencial en el sistema sanitari català.

Apart de mostrar les diferències entre àrees en coordinació clínica, una de les conclusions més rellevants de l'estudi és que la freqüència d'ús dels mecanismes de coordinació clínica és molt variable entre les diferents àrees de Catalunya, i indica un ampli espai de millora. Així mateix, els resultats indiquen les dificultats existents en l'ús dels mecanismes i cap a on orientar la implementació d'estratègies dirigides a augmentar l'efectivitat dels mecanismes de coordinació, que requeririen suport institucional i interacció professional i, per tant, la consideració d'estratègies alternatives d'implementació.

En aquest sentit, cada vegada es fa més èmfasi en la importància de la col·laboració i participació dels professionals sanitaris en el disseny de les intervencions com a element crític per millorar la seva efectivitat. El SEPPS liderarà el nou projecte europeu **EquityCancer-LA**¹, que explorarà l'efectivitat d'implementar estratègies multi-components d'integració de l'atenció, mitjançant processos participatius, sobre la millora de l'accés al diagnòstic precoç del càncer en condicions reals i els elements que influeixen en cada context particular. Aquestes estratègies contemplen l'enfortiment de l'atenció primària, l'establiment de rutes de diagnòstic ràpid i la informació als usuaris per navegar pel sistema.

A més a més, com que l'ús de les TICs (tecnologies de la informació i comunicació) ha rebut un gran impuls en els darrers anys i molt especialment en el context de la pandèmia de la COVID-19, tant en els mecanismes de coordinació com en l'atenció a distància, es planteja la necessitat d'avaluar l'efecte d'aquests canvis, sobre la coordinació i qualitat de l'atenció, tant des del punt de vista dels serveis, com dels pacients. En aquesta direcció, el SEPPS, en col·laboració amb el GAIA, desenvoluparà el projecte **COORDENA-TICs**², amb l'objectiu d'avaluar l'impacte dels mecanismes de coordinació basats en les TICs sobre la coordinació clínica entre nivells d'atenció i la qualitat assistencial als serveis de salut, en diferents contextos. Analitzarà el nivell d'implementació dels mecanismes de coordinació basats en les TICs i el seu impacte a Catalunya, País Basc i Illes Balears, no només des del punt de vista de metges/esses, sinó també de pacients. Adoptarà una aproximació metodològica innovadora, de *mixed-methods*, que combina tècniques quantitatives i qualitatives de recollida de dades. A més a més, els resultats del COORDENA-TICs es compararan amb els del COORDENA-CAT (línia de base) i permetrà avaluar l'impacte de les estratègies introduïdes per millorar la coordinació clínica i qualitat assistencial.

¹ www.consorci.org/coneixement/servei-estudis/projectes/20/millorant-lequitat-en-lacces-al-diagnostic-precoc-del-cancer-en-diferents-sistemes-de-salut-damerica-llatina-equitycancer-la-2021-2026

² www.consorci.org/coneixement/servei-estudis/projectes/19/impacte-dels-mecanismes-de-coordinacio-basats-en-tic-en-la-coordinacio-clinica-i-la-qualitat-assistencial-en-el-sistema-nacional-de-salut-coordena-tics-2021-2023

Referències bibliogràfiques

1. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza-Núñez R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Publica*. 2005;79:633-643.
2. Vázquez ML, Vargas I. Las organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. 2ª ed. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2009. p.242.
3. Terraza-Núñez R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20: 485–495.
4. Vazquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollon A, Silva MR, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26: 360–367.
5. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Albuquerque P, Eguiguren P, Cisneros AI, Rovere M, Bertolotto F. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different health care systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;5:e007037.
6. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomé L, Vázquez ML. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sant*. 2010;24(4): 339-346.
7. Aller MB, Vargas I, Garcia-Subirats I, Coderch J, Colomé LI, Llopart JR, Ferran M, Sánchez-Pérez I, Vázquez ML. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *Int J Integr Care*. 2013;13:e050.
8. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health* 2014; 13(1):10
9. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, Farré J, Llopart JR, Colomé LI, Vázquez ML. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:323.
10. Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Eguiguren P, Cisneros AI, Huerta A, Muruaga MC, Bertolotto F. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A Cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc.Sci.Med*. 2017;182:10-19.
11. Vázquez ML, Vargas I, Romero A, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, Avecilla A, Morral R. Adapting the COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination across health care levels in the public health system of Catalonia (Spain). *Public Health Panorama*. 2018;4(4):653-664.
12. Vargas I, Vázquez ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gac Sanit*. 2007;21(2):114-123.
13. Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit*. 2009;23(4):280-6.
14. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, Colomé L, Farré J, Vázquez ML. Doctors' opinions on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system. *Gaceta Sanitaria*. 2017.
15. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Vázquez ML. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Services Research*. 2017;17:842.
16. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:213.

17. Vargas I, Mogollón-Pérez A, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan.* 2016; 31: 736-748.
18. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, Ferreira M, Eguiguren P, Cisneros AI, Muruaga MC, Bertolotto F, Vázquez ML. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy and Planning.* 2018;33(4):494-504.
19. Ferreira CR, Samico I, De Medeiros MF, Vargas I, Vázquez ML. Conocimiento y uso de mecanismos para la coordinación clínica entre niveles de asistencia en dos redes de atención de salud en Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2019;35(4):e00119318.
20. Puzzolo J, Amarilla DI, Colautti M, Moreno MJ, De Paepe P, Vargas I, Vázquez ML. Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la Red Municipal de Salud de la ciudad de Rosario, Argentina. *Revista de Salud Pública,* 2019;23(1),26-40.
21. Ferreira CR, Samico I, De Medeiros MF, Vargas I, Vázquez ML. Conocimiento y uso de mecanismos para la coordinación clínica entre niveles de asistencia en dos redes de atención de salud en Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2019;35(4):e00119318.
22. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I, Vázquez ML. Factores que influyen en el uso de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en Colombia. *Gaceta Sanitaria.* 2019.
23. Gallego-Ardila AD, Pinzón-Rondón AM, Mogollón-Pérez AS, Cardozo CX, Vargas I, Vázquez ML. Care coordination in two of Bogota's public healthcare networks: A cross-sectional study among doctors. *International Journal of Care Coordination.* 2019;22(3-4):127-139.
24. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Samico I, López J, Bertolotto F, Amarilla D, Vázquez ML. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. *Gaceta Sanitaria.* 2020;34(4):340-349.
25. León-Arce HG, Mogollón-Pérez AS, Vargas I, Vázquez ML. Changes in knowledge and use of clinical coordination mechanisms between care levels in healthcare networks of Colombia. *The International Journal of Health Planning and Management.* 2021;36:134–150.
26. Esteve-Matalí L, Vargas I, Sánchez E, Ramón I, Plaja P, Vázquez, ML. Do primary and secondary care doctors have a different experience and perception of cross-level clinical coordination? Results of a cross-sectional study in the Catalan National Health System (Spain). *BMC Family Practice.* 2020;21:135.
27. Esteve-Matalí L, Vargas I, Amigo F, Plaja P, Cots F, Mayer EF, Pérez-Castejón JM, Vázquez ML. Understanding how to improve the use of clinical coordination mechanisms between primary and secondary care doctors: Clues from Catalonia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(6):3224.
28. Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Escosa A, Vázquez ML. ¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Análisis de la experiencia en Cataluña. *Gac Sanit.* 2021 [En revisió]
29. López-Vazquez J, Pérez-Martínez DE, Vargas I, Vázquez ML. Barreras y factores asociados al uso de mecanismos de coordinación entre niveles de atención en México. *Cadernos Saúde Pública.* 2021;37(4):e00045620.
30. Aller MB, Vargas I, Sánchez-Pérez I, Henao D, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomé L, Vázquez ML. La continuidad asistencial entre niveles percibida por los usuarios del sistema de salud catalán. *Rev Esp Salud Publica.* 2010;84: 371-387.
31. Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care.* 2011;24(1):39-48.
32. Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. Available tools to comprehensively assess continuity of care from the patients' perspective. *J Clin Epidemiol.* 2012;65(5): 578-579.
33. Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch-Lassaletta J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, Colomé LI, Ferran M, Garcia-Subirats I, Vázquez ML. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gac Sanit.* 2013;27:207-13.

34. Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomé LI, Llopart JR, Ferran M, Vázquez ML. A comprehensive analysis of patients perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Quality Health Care*. 2013;25(3):291-9.
35. Aller MB, Colomé JM, Waibel S, Vargas I, Vázquez ML. A first approach to differences in continuity of care perceived by immigrants and natives in the Catalan public healthcare system. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10:1474-88.
36. Waibel S, Vargas I, Aller MB, Gusmão R, Henao D, Vázquez ML. The performance of integrated health care networks on COPD: analysis of continuity of care using multiple case studies. *Int J Integr Care*. 2015;15:e029.
37. Waibel S, Vargas I, Aller MB, Coderch J, Farré J, Vázquez ML. Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health System. *BMC Health Services Research*. 2016;16:466.
38. Vargas I, Garcia-Subirats I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, Aller MB, Vázquez ML. Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brasil. *Health Policy and Planning*. 2017;32(4):549-562.
39. Waibel S, Vargas I, Coderch J, Vázquez ML. Relational continuity with primary and secondary care doctors: a qualitative study of perceptions of users of the Catalan national health system. *BMC Health Services Research*. 2018;18:257.
40. Ollé-Espuga L, Vargas I, Mogollón-Pérez A, Freitas RP, Eguiguren P, Cisneros AI, Muruaga MC, Huerta A, Bertolotto F, Vázquez ML. Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gaceta Sanitaria*. 2020.
41. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Bertolotto F, Samico I, López J, De Paepe P, Vázquez ML. Understanding the factors influencing the implementation of participatory interventions to improve care coordination. An analytical framework based on an evaluation in Latin America. *Health Policy and Planning*. 2020;35(8):962-972.
42. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Bertolotto F, López-Vázquez J, Vázquez ML. Can care coordination across levels be improved through the implementation of participatory action research interventions? Outcomes and conditions for sustaining changes in five Latin American countries. *BMC Health Services Research*. 2020;941.
43. Starfield B. Coordinación de la atención en salud. In: Starfield B, editor. *Atención Primaria*. Barcelona: Masson, S.A.; 2002. pp. 233–65.
44. Lewis R, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. *Where next for integrated care organisations in the English NHS?* The Nuffield Trust; 2010.
45. Vargas I, Vázquez M. Redes Integradas de Servicios de Salud: ¿solución o problema? *Rev ciencias la salud*. 2006;4: 5–9.
46. Øvretveit J. *Does clinical coordination improve quality and save money?* London: The Health Foundation; 2011.
47. Desmedt M, Vertriest S, Hellings J, Bergs J, Dessers E, Vankrunkelsven P, et al. Economic Impact of Integrated Care Models for Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review. *Value Heal*. 2016;19: 892–902. doi:10.1016/j.jval.2016.05.001
48. Khullar D, Chokshi DA. Can Better Care Coordination Lower Health Care Costs? *JAMA Netw Open*. 2018;1: e184295–e184295. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.4295

Agraïment a totes les entitats participants a l'enquesta

Aquest estudi ha estat possible gràcies a la col·laboració de les següents entitats i els seus professionals:

Albera Salut

Badalona Serveis Assistencials (BSA): Àngels Avecilla, Santiago Tomàs

ConSORCI de Salut i Social de Catalunya (CSC)-CIS Cotxeres: Anna Ribera, Benito Fontecha

ConSORCI Hospitalari de Vic (CHV): Isabel Ramon, Pere Roure

ConSORCI Sanitari de l'Anoia: Marta Banqué

ConSORCI Sanitari de Terrassa (CST): Elena Medarde

ConSORCI Sanitari del Garraf (CSG): Laura Giménez

ConSORCI Sanitari del Maresme (CSM): Emili Burdoy

ConSORCI Sanitari del Maresme i la Selva (CSMS): Marcel Prats

ConSORCI Sanitari Integral (ICS): Juan Francisco Pajares

Corporació Sanitària Parc Taulí: Núria Fernández, Cristina Cardo, Encarna Ramos

EAP Sardenya: Jaume Sellarés Sallas

Fundació Althaia: Anna Arnau

Fundació Hospital d'Olot Comarcal de la Garrotxa (FHOCG): Glòria Bassets

Fundació Hospital Sant Joan de Déu-Martorell: Rafael Gómez

Fundació Privada Hospital de Granollers: Isabel Jiménez

Fundació Salut Empordà (FSE): Pere Plaja

Grup SAGESSA, S.A: Lluís Colomé

Hospital Arnau de Vilanova: Glòria Falcon

Hospital de Bellvitge: Ana Álvarez

Hospital de Campdevànol: Antoni Radovan

Hospital de Puigcerdà: Xavier Albalat, Anna Hernández

Hospital Germans Trias i Pujol: Josep M^a Mòdol, Agustín Urrutia

Hospital Joan XXIII: Alfredo García

Hospital Josep Trueta: Elena Álvarez

Hospital Sant Bernabé: Miquel Vila

Hospital Vall d'Hebron: César Velasco, Yolima Cossio

Hospital Verge de la Cinta: Josep Solé

Institut Català de la Salut (ICS): Rosa Morral, Clara Pareja, Núria Martínez, Montserrat Figuerola, Montserrat Oliveras, Meritxell Herreros, Lluís Esteve, Nacho Nieto, Encarna Grifell, Jordi Trelis, Nuria Martínez, Clara Pareja, Esmeralda Martinez Morales, Maria Trinidad Fernandez Romero, and Cristina Moragas Rovira

DAP Alt Pirineu: Victòria Estrada; DAP Catalunya Central: Joaquim Verdaguer; DAP Girona: Esteve Avellana, Concepció Morera; DAP Metro Nord: Victòria Sabaté, Esther Badia, Alexandra Martínez; DAP Tarragona: Josep Basora; DAP Terres de l'Ebre: Carina Aguilar; SAP Alt Penedès-Garraf-Baix Llobregat Nord: Miquel Perona; SAP Baix Llobregat Centre: M^aJesús Megido; SAP Dreta (BCN): M^aAntònia Llauger; SAP Litoral (BCN): Mireia Boixadera; SAP Muntanya (BCN): M^aJosep López Dolcet

Institut d'Assistència Mèdica Empleats Municipals (PAMEM): Mercè Abizanda

Institut d'Assistència Sanitària (IAS): Josep Costa

Parc de Salut Mar (PS-Mar): Francesc Cots

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE): Elvira Sánchez, Jordi Coderch

Publicacions del projecte COORDENA-CAT

Instrument

Els continguts del qüestionari COORDENA-CAT, sense el seu format online, es troben disponibles a l'annex del present document (en català) i a la pàgina web: www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat.

Articles

- Vázquez ML, Vargas I, Romero A, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, AVECILLA A, MORRAL R. Adapting the COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination across health care levels in the public health system of Catalonia (Spain). *Public Heal Panor.* 2018;4: 653–664.
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, Vázquez ML. Do primary and secondary care doctors have a different experience and perception of cross-level clinical coordination? Results of a cross-sectional study in the Catalan National Health System (Spain). *BMC Fam Pract.* 2020;21: 135.
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Amigo F, Plaja P, Cots F, Mayer EF, Pérez-Castejón JM, Vázquez ML. Understanding How to Improve the Use of Clinical Coordination Mechanisms between Primary and Secondary Care Doctors: Clues from Catalonia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Escosa A, Vázquez ML. ¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Análisis de la experiencia en Cataluña. *Gac Sanit.* 2021 [*En revisió*]

Comunicacions a congressos

- Arroyo E, Vargas I, Romero A, Vázquez ML, Coderch J, Colomé L, AVECILLA MA, Abizanda M, MORRAL RM, Cots F, Plaja P, Medarde E, Ramón I, Cossio Y. Adaptación del cuestionario COORDENA de medida de la coordinación entre niveles de atención. *Gaceta Sanitaria*, 2017;31(S):387
- Romero A, Arroyo-Borrell E, Vargas I, Vázquez ML, Sánchez E, Colomé L, MORRAL RM, Plaja P, Medarde E, Ramon I. COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination among health care levels in Spain. *European Journal of Public Health*, 2017;27(S3):105
- Romero A, Vargas I, Sánchez E, Cots F, Plaja P, AVECILLA A, Ramon I, Medarde E, Banqué M, Vázquez ML. Care coordination across levels in the Catalan health system: results of the COORDENA.CAT survey. *European Journal of Public Health.* 2018,28(S4):116
- Esteve L, Vargas I, Plaja P, AVECILLA A, Borràs P, Vázquez ML. Coordinación clínica entre niveles en el sistema nacional de salud: Encuesta Coordena. 21 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, 8-10 de mayo 2019, Santiago de Compostela.
- Esteve L, Vargas I, Plaja P, AVECILLA À, Cots F, Colomé L, Ramon I, MORRAL RM, Vázquez ML por GAIA, et al. Factores asociados a la percepción de coordinación clínica en el sistema de salud público catalán. *Gaceta Sanitaria*, 2019,33(SC):157
- Esteve L, Vargas I, Sánchez E, Cots F, Plaja P, AVECILLA À, Ramon I, Medarde E, Colomé L, Vázquez ML for GAIA. Associated factors to the perception of clinical coordination in the Catalan national health System. *European Journal of Public Health*, 2019;29 (S4):ckz186.349

- Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Coderch J, Vázquez ML por GAIA. ¿La integración de la gestión mejora la coordinación clínica entre niveles? Experiencia de Cataluña. Gaceta Sanitaria, 2020;34(SC):35
- Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Ramon I, Sánchez E, Coderch J, Plaja P, Vázquez ML for GAIA. Does management integration improve cross-level clinical coordination? Experience of Catalonia. European Journal of Public Health, 2020;30(S5):ckaa165.989
- Campaz D, Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, Plaja P, Vázquez ML por GAIA. Coordinación clínica entre niveles del Sistema Sanitario Catalán según especialidad médica. Gaceta Sanitaria, 2020;34(SC):35
- Campaz D, Esteve-Matalí L, Vargas I, Sitjas E, Plaja P, Sanchez E, Ramon I, Medarde E, Vázquez ML. Clinical coordination across care levels according to medical specialty in the Catalan health system. European Journal of Public Health, 2020;30(S5):ckaa165.458

Altres publicacions relacionades amb el tema

Les publicacions de la línia d'investigació d'integració de serveis de salut del Servei d'Estudis (SEPPS) i GAIA es troben disponibles a: www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/.

Annex: Qüestionari COORDENA-CAT

Continguts del qüestionari¹:

1. Consentiment informat

En què consisteix l'enquesta?

Estem duent a terme un estudi amb l'objectiu **d'analitzar la coordinació de l'atenció entre nivells assistencials** per identificar **elements de millora**. Com a part de l'estudi estem realitzant una enquesta sobre l'experiència de coordinació dels metges dels diferents àmbits assistencials del territori.

L'enquesta està dirigida a **metges d'atenció primària, hospitalària i sociosanitària** que treballen proporcionant atenció directa als pacients, i que faci **més d'un any que treballen a la organització**. La seva opinió és molt important perquè ens permetrà identificar els problemes de coordinació al seu territori i proposar canvis per millorar l'atenció als pacients.

Com és la participació i com es tractaran les dades?

Es tracta d'una enquesta **voluntària**. La informació que proporcioni s'emmagatzemarà i utilitzarà amb respecte de la legislació nacional que disposa la llei orgànica 15/1999 sobre protecció de dades i el Reial Decret 1720/2007 sobre les mesures de seguretat aplicables a fitxers i tractaments automatitzats que continguin dades personals, així com la directiva de la UE 95/46 / EC relativa a la protecció de dades personals. Les seves dades codificades seran analitzades electrònicament per obtenir els resultats de l'estudi. Vostè té dret a preguntar als investigadors l'objectiu de la recollida de les dades. Aquest estudi ha obtingut l'aprovació del Comitè ètic d'investigació clínica Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques i del Comitè ètic d'investigació clínica del IDIAP Jordi Gol.

De conformitat a l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal i normativa aplicable als efectes, l'usuari consent expressament a la inclusió de les seves dades, així com els resultats de la seva participació a l'estudi en un fitxer de dades personals d'investigació sota la responsabilitat del Consorci de Salut i Atenció Social de Catalunya.

L'accés a la seva informació personal quedarà restringit a l'investigador principal i els seus col·laboradors, autoritats sanitàries, i als monitors i auditors del promotor, que estaran sotmesos al deure de secret inherent a la seva professió, quan ho necessiten, per comprovar les dades i procediments de l'estudi, però sempre mantenint la confidencialitat d les mateixes d'acord amb la legislació vigent.

Finalment, vostè pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i posició de dades, per a això s'haurà de dirigir al Consorci de Salut i Social de Catalunya a l'adreça Avinguda Tibidabo, número 21 de Barcelona (08022).

On puc aconseguir més informació?

Agraïm que participi en l'estudi. Si té qualsevol dubte en relació a la seva participació, pot contactar amb els coordinadors per telèfon (93.253.18.20) o per correu electrònic (coordena@consorci.org). Si desitja més informació, també pot consultar el projecte a la pàgina web: www.consorci.org.

Ha llegit el compromís de confidencialitat i accepta participar en l'enquesta?

- Accepto participar
- No puc participar perquè fa menys d'un any que treballo a l'organització
- No accepto participar

¹ Aquest document recull els continguts del qüestionari COORDENA-CAT on-line, però no el seu format. Està disponible també en castellà i en anglès a: www.consorci.org/coneixement/es_catalogue-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat

2. Dades generals

Totes les preguntes es refereixen a la seva experiència al territori on treballa, definit per l'àmbit d'influència del centre de salut i hospital.

1. Quina feina desenvolupa al centre de salut o hospital? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Metge de l'àmbit de l'atenció primària
- Metge de l'àmbit hospitalari
- Metge de l'àmbit sociosanitari

1.1 Quin tipus d'atenció primària proporciona? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Medicina de família
- Pediatria
- Ginecologia
- Odontologia
- Urgències

1.2. Quin tipus d'atenció d'àmbit hospitalari proporciona? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Consulta externa
- Hospitalització
- Hospitalització domiciliària
- Hospital de dia
- Urgències

3. Experiència de coordinació entre nivells assistencials

Respongui segons la seva experiència habitual de coordinació entre l'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària) al seu territori

Els metges d'atenció primària i especialitzada compartim informació sobre l'atenció dels pacients que atenem en comú (diagnosi, proves complementàries, tractaments)

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

La informació que compartim és la necessària per a l'atenció d'aquests pacients

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Els metges d'atenció primària i especialitzada utilitzem la informació que compartim

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Estem d'acord amb els tractaments que els metges d'altre nivell han prescrit o indicat als pacients

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Existeixen contraindicacions i/o duplicacions entre els tractaments que els metges d'atenció primària i especialitzada prescrivim

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Els metges d'atenció primària i especialitzada definim conjuntament el pla d'atenció dels pacients que ho requereixen

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Repetim les proves que prèviament han realitzat els metges de l'altre nivell (analítiques, proves d'imatge)

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Per què repetim les proves?

Els metges d'atenció primària deriven els pacients a l'atenció especialitzada quan és adequat

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Els metges d'atenció especialitzada retornen els pacients a l'atenció primària per al seu seguiment quan és adequat

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Els metges d'atenció especialitzada fan recomanacions al metge d'atenció primària sobre el seguiment dels pacients (diagnòstic, tractament, altres orientacions)

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Els metges d'atenció primària consulten els dubtes sobre el seguiment dels pacients als metges d'atenció especialitzada

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Els metges d'atenció primària són avisats quan els seus pacients són donats d'alta de l'hospital

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

En ser derivat de forma ordinària a l'atenció especialitzada, el pacient espera molt de temps fins al dia de la consulta

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

En ser derivat de forma preferent a l'atenció especialitzada, el pacient espera molt de temps fins al dia de la consulta

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Després de ser retornat a l'atenció primària, el pacient espera molt de temps fins al dia de la consulta

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Crec que l'atenció entre els metges d'atenció primària i especialitzada al territori està coordinada

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

Per què?

4. Mecanismes de coordinació al seu centre

1. Té accés a la HISTÒRIA CLÍNICA COMPARTIDA DE CATALUNYA (HC3) al seu centre?

- Sí
- No
- No sé / no responc

1.1 Amb quina freqüència la utilitza?

- Diàriament
- Setmanalment
- Mensualment
- Amb menor freqüència
- Mai
- No sé / no responc

1.2 És útil per a la coordinació entre l'atenció primària i especialitzada?

- Sí
- No
- No sé / no responc

2. La HISTÒRIA CLÍNICA QUE UTILITZA AL SEU CENTRE permet compartir informació entre l'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària)?

- Sí
- No
- No sé / no responc

2.1 Amb quina freqüència la utilitza?

- Diàriament
- Setmanalment
- Mensualment
- Amb menor freqüència
- Mai
- No sé / no responc

2.2 És útil per a la coordinació entre l'atenció primària i especialitzada?

- Sí
- No
- No sé / no responc

3. Es realitzen al seu centre SESSIONS CLÍNiques CONJUNTES entre metges d'atenció primària i especialitzada per a la DISCUSSIÓ DE CASOS?

- Sí
- No
- No sé / no responc

3.1 Amb quina freqüència hi participa?

- Diàriament
- Setmanalment
- Mensualment
- Amb menor freqüència
- Mai
- No sé / no responc

3.2 Són útils per a la coordinació entre l'atenció primària i especialitzada?

- Sí
- No
- No sé / no responc

4. Es poden realitzar al seu centre INTERCONSULTES VIRTUALS a través de la història clínica entre metges d'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària)?

- Sí
- No
- No sé / no responc

4.1 Amb quina freqüència les realitza?

- Diàriament
- Setmanalment
- Mensualment
- Amb menor freqüència
- Mai
- No sé / no responc

4.2 Són útils per a la coordinació entre l'atenció primària i especialitzada?

- Sí
- No
- No sé / no responc

5. Es poden realitzar al seu centre INTERCONSULTES PER CORREU ELECTRÒNIC entre metges d'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària)?

- Sí
- No
- No sé / no responc

5.1 Amb quina freqüència les realitza?

- Diàriament
- Setmanalment
- Mensualment
- Amb menor freqüència
- Mai
- No sé / no responc

5.2 Són útils per a la coordinació entre l'atenció primària i especialitzada?

- Sí
- No
- No sé / no responc

6. Es poden realitzar al seu centre INTERCONSULTES PER TELÈFON entre metges d'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària)?

- Sí
- No
- No sé / no responc

6.1 Amb quina freqüència les utilitza?

- Diàriament
- Setmanalment
- Mensualment
- Amb menor freqüència
- Mai
- No sé / no responc

6.2 Són útils per a la coordinació entre l'atenció primària i especialitzada?

- Sí
- No
- No sé / no responc

Pregunta filtrada per als metges d'atenció primària

7. Quan deriva un pacient a l'atenció especialitzada , amb quina freqüència envia L'INFORME DE DERIVACIÓ?

- Sempre
- Moltes vegades
- Poques vegades
- Mai
- No sé/ No responc

Pregunta filtrada per als metges d'atenció especialitzada

7. Quan atén un pacient derivat des de l'atenció primària , amb quina freqüència rep L'INFORME DE DERIVACIÓ?

- Sempre
- Moltes vegades
- Poques vegades
- Mai
- No sé/ No responc

7.1 Són útils per a la coordinació entre l'atenció primària i especialitzada?

- Sí
- No
- No sé / no responc

Pregunta filtrada per als metges d'atenció primària

8. Quan retornen un pacient donat d'alta a l'atenció especialitzada, ¿amb quina freqüència li envien l'INFORME D'ALTA?

- Sempre
- Moltes vegades
- Poques vegades
- Mai
- No sé/ No responc

Pregunta filtrada per als metges d'atenció especialitzada

8. Quan envia a l'atenció primària un pacient donat d'alta, ¿amb quina freqüència envia l'INFORME D'ALTA?

- Sempre
- Moltes vegades
- Poques vegades
- Mai
- No sé/ No responc

8.1 Són útils per a la coordinació entre l'atenció primària i especialitzada?

- Sí
- No
- No sé / no responc

9. Té a la seva disposició al seu centre PROTOCOLS, RUTES ASSISTENCIALS O GUIES DE PRÀCTIQUES CLÍNiques COMPARTIDES entre l'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària)?

- Sí
- No
- No sé / no responc

9.1 Amb quina freqüència els utilitza?

- Diàriament
- Setmanalment
- Mensualment
- Amb menor freqüència
- Mai
- No sé / no responc

9.2 Són útils per a la coordinació entre l'atenció primària i especialitzada?

- Sí
- No
- No sé / no responc

10. Hi ha al seu centre GESTOR/ES DE CASOS O INFERMER/ES D'ENLLAÇ?

- Sí
- No
- No sé / no responc

10.1 Amb quina freqüència treballa amb gestor/es de casos o infermer/es d'enllaç per coordinar l'atenció dels pacients que atén?

- Diàriament
- Setmanalment
- Mensualment
- Amb menor freqüència
- Mai
- No sé / no responc

10.2 Són útils per a la coordinació entre l'atenció primària i especialitzada?

- Sí
- No
- No sé / no responc

5. Ús de mecanismes de coordinació entre nivells al seu centre

En relació a les HISTÒRIES CLÍNiques que permeten compartir informació entre l'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària)

1. Pot consultar tota la informació que necessita per proporcionar al pacient una atenció coordinada?

- Sempre
- Moltes vegades
- Poques vegades
- Mai
- No sé / No responc

2. Quina informació no està sempre disponible? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Curs clínic de l'altre nivell
- Recomanacions per al seguiment
- Diagnòstic
- Tractament
- Proves pendents
- Resultats de proves
- Resum d'antecedents
- Motiu de la derivació

3. Com accedeix a la informació de l'altre nivell assistencial? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Història clínica compartida de Catalunya (HC3)
- Història clínica de la pròpia organització
- Història clínica d'altres organitzacions
- La porta el pacient
- Altra via

3.1 Quina?

4. Quines dificultats té per trobar la informació generada per l'altre nivell a la història clínica compartida de Catalunya (HC3)? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Cap dificultat
- Informació generada a l'altre nivell desendreçada
- Desconeixement del funcionament del programa informàtic
- Problemes tècnics/informàtics
- Informació desactualitzada
- Informació contradictòria
- Altra dificultat

4.1 Quina?

5. Quines dificultats té per trobar la informació generada per l'altre nivell a la història clínica del seu centre? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Cap dificultat
- Informació generada a l'altre nivell desendreçada
- Desconeixement del funcionament del programa informàtic
- Problemes tècnics/informàtics
- Informació desactualitzada
- Informació contradictòria
- Altra dificultat

5.1 Quina?

En relació a les SESSIONS CLÍNiques CONJUNTES entre metges d'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària) per a la DISCUSSIÓ DE CASOS

1. Quin és el format de les sessions clíniques conjuntes entre metges d'atenció primària i especialitzada per a la discussió de casos? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Sessions presencials
- Teleconferència
- No sé / no responc

2. Amb quina freqüència les sessions clíniques conjuntes eviten la derivació del pacient?

- Sempre
- Moltes vegades
- Poques vegades
- Mai
- No sé / No responc

3. Contribueixen a la seva formació les sessions clíniques conjuntes?

- Sempre
- Moltes vegades
- Poques vegades
- Mai
- No sé / No responc

4. Quines dificultats troba per participar en les sessions clíniques conjuntes? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Cap dificultat
- No es discuteixen tots els casos clínics programats
- No es presenten els casos de manera completa
- Limitada capacitat resolutiva dels especialistes
- L'horari no és compatible amb l'horari de treball
- Problemes tècnics en les sessions per videoconferència
- Temps necessari per desplaçar-se als centres
- Arribar puntualment a les sessions
- Altra dificultat

Quina?

En relació a les INTERCONSULTES VIRTUALS, A TRAVÉS DE LA HISTÒRIA CLÍNICA, entre metges d'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària)

1. Amb quina freqüència les interconsultes virtuals, a través de la història clínica, eviten la derivació del pacient?

- Sempre
- Moltes vegades
- Poques vegades
- Mai
- No sé / No responc

2. Contribueixen a la seva formació les interconsultes virtuals?

- Sempre
- Moltes vegades
- Poques vegades
- Mai
- No sé / No responc

3. Quines dificultats troba quan utilitza les interconsultes virtuals? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Cap dificultat
- Falta d'informació rellevant per a la resposta
- L'especialista no respon al motiu de la interconsulta
- La resposta arriba tard
- Problemes tècnics
- Altra dificultat

3.1 Quina?

En relació a les INTERCONSULTES PER CORREU ELECTRÒNIC entre metges d'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària)

1. Per a què realitza les interconsultes per correu electrònic? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Consultar dubtes clínics
- Accelerar la visita del pacient a l'altre nivell
- Donar recomanacions clíniques
- Demanar informació (clínica, social) addicional del pacient
- Altre motiu

1.1 Quin?

2. Amb quina freqüència les interconsultes per correu electrònic eviten la derivació del pacient?

- Sempre
- Moltes vegades
- Poques vegades
- Mai
- No sé / No responc

3. Quines dificultats troba en l'ús de les interconsultes per correu electrònic? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Cap dificultat
- Falta d'informació rellevant per a la resposta
- El metge de l'altre nivell no respon
- La resposta arriba tard
- Altra dificultat

3.1 Quina?

En relació a les INTERCONSULTES PER TELÈFON entre metges d'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària)

1. Per a què realitza les interconsultes per telèfon? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Consultar dubtes clínics
- Accelerar la visita del pacient a l'altre nivell
- Donar recomanacions clíniques
- Demanar informació (clínica, social) addicional del pacient
- Altre motiu

1.1 Quin motiu?

2. Quines dificultats troba en l'ús de les interconsultes per telèfon? *Seleccioni tantes opcions com corresponguin*

- Cap dificultat
- Falta d'informació rellevant per a la resposta
- El metge de l'altre nivell no respon
- La resposta arriba tard
- Altra dificultat

2.1 Quina dificultat?

6. Sugeriments de millora de la coordinació

Què proposaria per millorar la coordinació de l'atenció entre els metges d'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària) al territori?

7. Aspectes relacionats amb la coordinació

Respongui segons la seva experiència habitual de coordinació entre l'atenció primària i especialitzada (hospitalària, sociosanitària) al seu territori

Els directius de l'organització on treballa faciliten la coordinació entre metges d'atenció primària i especialitzada

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

La meua organització estableix objectius que estan orientats a la coordinació entre nivells assistencials

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

A la pràctica, els metges d'atenció primària són els responsables del seguiment del pacient en la seva trajectòria pels diferents nivells assistencials

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sempre | <input type="radio"/> Moltes vegades | <input type="radio"/> Poques vegades |
| <input type="radio"/> Mai | <input type="radio"/> No sé | <input type="radio"/> No responc |

El temps que puc dedicar a la coordinació amb els metges de l'altre nivell durant la meva jornada laboral és suficient

- Sempre
- Mai
- Moltes vegades
- No sé
- Poques vegades
- No responc

La meua experiència de coordinació amb els metges de l'altre nivell assistencial és positiva

- Sempre
- Mai
- Moltes vegades
- No sé
- Poques vegades
- No responc

Conec personalment els metges de l'altre nivell que atenen els pacients que tractem

- Sempre
- Mai
- Moltes vegades
- No sé
- Poques vegades
- No responc

Confio en les habilitats clíniques dels metges de l'altre nivell que atenen els meus pacients

- Sempre
- Mai
- Moltes vegades
- No sé
- Poques vegades
- No responc

La meua pràctica assistencial influeix en la pràctica dels metges de l'altre nivell

- Sempre
- Mai
- Moltes vegades
- No sé
- Poques vegades
- No responc

Quin percentatge aproximat dels pacients que atén és pluripatològic?

Està satisfet/a amb la seva feina a l'organització?

- Sí
- No
- No sé / no responc

Quin és el seu tipus de contracte?

- Indefinit
- Temporal
- Interí
- Resident
- No sé / no responc

Quina és la seva jornada laboral?

- Completa
- Parcial
- No sé / no responc

Respongui només si vostè és metge d'atenció especialitzada (hospitalària/sociosanitària): Visita pacients en algun centre d'atenció primària?

- Sí
- No
- No sé / no responc

Sexe

- Home
- Dona
- No sé / no responc

Any de naixement

País de naixement

- Espanya
- Altre
- No sé / no responc

Quin país?

Especialitat mèdica

Quin any va començar a treballar com a metge?

Quin any va començar a treballar en l'organització?

Quines dificultats ha trobat per respondre al qüestionari?



www.consorci.org