

JORNADA DE LA SECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I COMUNITÀRIA

17 d'abril de 2024

Com sabeu, la Secció d'Atenció Primària (AP) i Comunitària del Col·legi de Metges de Girona va néixer amb dos objectius principals:

1. Dignificar l'AP en general i especialment les especialitats de Medicina Familiar i Comunitària (MfiC) i la Pediatria en l'AP, posant en valor el seu pes en el sistema sanitari
2. Participar en la millora del funcionament actual de l'AP a les comarques de Girona assegurant-ne la viabilitat.

Per aquest motiu vam demanar-vos la vostra inscripció i participació a la Secció. En aquelles primeres respostes, molts de vosaltres vàreu plantejar la necessitat de crear un espai de reflexió, punts de trobada entre professionals on compartir i intercanviar experiències, promoure un treball conjunt per millorar les nostres condicions i aprendre de la feina en equip...entre d'altres qüestions.

A partir d'aquí va sorgir la idea de fer aquesta primera jornada i posar les bases d'una proposta de treball que va consistir en una dinàmica de debat on us vam plantejar 4 taules entorn als tres temes clau de la nostra professió:

a. LA GLOBALITAT DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Accessibilitat, longitudinalitat, atenció integral, coordinació de diagnòstics i tractaments, relació i coordinació amb altres especialistes

b. PROMOCIÓ I PREVENCIÓ

c. DOCÈNCIA I INVESTIGACIÓ

Us presentem el resum de les conclusions de les diferents taules:

1.- TAULA RELACIONS

Anàlisi de diferents grups:

1.- UBA AMPLIADA

Eina molt bona. Positiva

Com sempre és persona depenent

Formació especialitzada dels administratius

Què pot fer la secció AP COMG? Mòdul FP (Formació professional), administració sanitària, definir competències.

2.- Altres rols professionals dels CAPS

Desconeixem tasques no assistencials

Les grupals és consideren positives. Comunitaria +

Formació adequada

Rols més definits. Finestra única

Què pot fer la secció AP COMG? Exigir rigor i aplicar codi deontològic

3.- Especialistes hospitalàries

No ens coneixem. No parlem de igual a igual

Especialitats focals no coneixen AP

Controlar nosaltres el pressupost

Ens han de conèixer. Hem de liderar nosaltres (AP)

Raonar els rebutjos

Relacions jeràrquiques

Què pot fer la secció AP COMG? Exigir rigor i aplicar codi deontològic, norma 107-109 (X)

CONCEPTES I CONCLUSIONS CLAU:

Respecte entre professionals de diferents especialitats.

Lideratge clar per part d'AP, amb control de pressupostos de sanitat per part AP; treball amb rigor i complir l'aplicació del codi deontològic.

Claredat i coneixement, entre diferents especialistes amb definició de rols clar i treball en equip.

2-TAULA ACCESSIBILITAT

Per què vàrem plantejar aquesta taula?

Una de les qüestions que defineix l'Atenció Primària és l'accessibilitat, som la porta d'entrada al sistema i l'usuari pot accedir a nosaltres quan creu que li cal, sense restriccions o filtres. En els darrers anys, el nostre sistema sanitari ha viscut diferents crisis i aquesta accessibilitat s'ha acabat veient compromesa. El darrer any les notícies sobre aquesta problemàtica han estat freqüents i alguns dels proveïdors del sistema, com l'ICS, han engegat plans de millora de l'accessibilitat.

Tenint en compte els canvis dels darrers anys i les dificultats del propi sistema ens preguntem si no cal redefinir conceptes.

Per això, vam creure que era interessant començar per intentar compartir les diferents visions i buscar un consens de com entenem l'accessibilitat. Només entenent de la mateixa manera els conceptes que defineixen l'Atenció Primària podem valorar si és necessari redefinir-los per trobar-hi solucions.

Què vam preguntar?

1. Què entenem per accessibilitat?
2. L'hem de mesurar només en dies de demora?
3. Mala accessibilitat és igual a mala resolució?
4. L'accessibilitat justifica la sobrecàrrega?
5. Quina accessibilitat és possible?

Respecte a la primera pregunta hi va haver un consens general en què l'accessibilitat no és només una qüestió que tingui a veure amb els dies de retard a donar una visita. En general s'entén com la **capacitat de ser-hi quan el pacient ens necessita, és ser atès en el temps i la forma adequada**, és atendre **en el temps que cal**. És l'oportunitat de poder accedir a un servei de salut. Vam ser conscients durant la conversa de la subjectivitat de la idea "el temps que cal" i que calia trobar maneres de poder fer el cribratge.

Es va considerar que calia tenir **altres sistemes de mesura** per valorar aquesta accessibilitat i que utilitzar eines de tipus **qualitatiu** faria que ens aproximem molt millor a com l'hem d'entendre.

També es va dir que calia **plantejar** aquesta qüestió **en positiu**. Hi ha qui va plantejar la idea del màrqueting, és a dir, vendre una millor imatge de la nostra feina.

Es va plantejar la necessitat de **realitzar estudis** per analitzar el problema i que valdria la pena promoure una col·laboració amb altres àmbits com l'enginyeria biomèdica. Buscar models on, per exemple, es tingués més en compte la demanda i que ens portessin a confeccionar una agenda més adequada.

Es va estar d'acord en què accessibilitat i mala resolució no tenen res a veure.

Hi havia qui referia que no es podia acceptar que hi haguessin llistes d'espera a l'Atenció Primària. D'altres comentaren que una cosa eren els números i l'altra l'accessibilitat real ja que sovint els pacients saben arribar a nosaltres, sobretot en l'àmbit rural, esperant-nos a la porta, trobant-nos al carrer... Per tant es consideraven accessibles tot i tenir demora.

El principal problema podia ser quan el pacient no coneix el seu metge perquè no s'aconsegueix mantenir la **longitudinalitat**. Els continus canvis de metges empitjoren les oportunitats dels pacients.

També es defensava que l'accessibilitat no podia ser un problema de cada professional, si no que **l'accessibilitat havia de ser del sistema**, de l'equip. El **treball en equip** pot millorar l'accessibilitat (encara que això funciona millor amb equips petits).

La sobrecàrrega, en definitiva, depèn de com es pugui organitzar el centre. La possibilitat de tenir metges de reforç, es veia per alguns com un avantatge perquè fa que no tinguis sobrecàrrega.

Es va defensar la **flexibilitat** i que caldria poder **gestionar la nostra pròpia agenda**.

En pro de l'accessibilitat es va considerar que **es podia acceptar una certa sobrecàrrega** en algun moment, però no podia ser constant i diària.

També es va parlar de l'abús del sistema per part dels usuaris, i de com en pro de la idea de l'accessibilitat es perverteix l'ús que se'n fa.

També es va repetir entre els participants la idea que calia una major **educació en salut de l'usuari**, posar límits. Algú va plantejar que calia donar més força a **l'Atenció Comunitària**.

Majoritàriament es creu que mantenir una accessibilitat en el concepte ampli, que vam plantejar durant la conversa, és possible seguir-la oferint.

3- TAULA PREVENCIÓ/PROMOCIÓ

Què es fa? Què aporta?

- El fet d'incloure promoció no augmenta la feina del dia a dia donat que resol problemes de la persona i fins i tot pot arribar a estalviar fàrmacs.
- A vegades ens centrem més en innovar i crear recursos quan, en realitat, hi ha molts recursos i valdria més la pena conèixer tots els recursos que tenim i aprofitar-los.

Activitats prevenció/promoció

- Prescripció social
- Prescriure exercici físic
- Consell antitabac, antienol
- Fer xarxa, detectar solitud i afavorir resolució
- No prescriure fàrmacs de poc valor
- Escoltar i educar
- Intentar conèixer les aficions dels pacients i potenciar-les
- Donar eines de benestar emocional
 - Promocionar espais d'espera als centres sanitaris "harmònics" (calidesa, música ambiental, fomentar activitats com la lectura...). Pot ser pervers
- Obrir-nos a la societat (per exemple, convidant entitats que promocionen la salut)

Quin és el nostre paper?

- Promoció ha de ser compartit amb equip i la comunitat (no és exclusiu de salut, no sectorialitzar): qui ho detecta és qui ho hauria de tractar. Tasques repartides.
- El professional mèdic té responsabilitat en comunitària en el moment en què passa consulta mirant al carrer.
- Salutogènesi ens facilita aquest paper.

Com? Barreres i facilitadors

- Facilitadors
 - Canviar mirada cap a salutogènesi
- Llista de recursos ordenats. Conèixer els agents de salut de cada zona i fer xarxa amb ells
 - Grups de benestar
- Barreres
 - Temps
 - Idioma
 - Consciència de la importància de detectar canvis
 - Percepció que no tens per mà fer això
 - Expectatives dels pacients
 - Burocràcia (enquestes per activar circuits, per exemple)
 - Falta de sincronització → campanyes de salut públic
 - Falta de coordinació en ocasions amb altres agents de salut

QUÈ POT FER LA SECCIÓ?

- Formació en adaptabilitat als canvis, en temes de nova visió més holística. Apropar la promoció (p. ex. autocures en èpoques de grip)
- Fer d'altaveu/mediador a nivell polític i social. Promoure el màrqueting en temes de promoció de la salut a través dels responsables d'aquesta tasca. Ajudar amb la difusió de recursos
- Fer associacions amb *influencers* que poden ajudar a fer arribar la promoció i prevenció a la població de diferents edats (fer un càsting per detectar possibles professionals *influencers* de nostre col·legi.).
- Visibilitzar promoció tant a professionals com a pacients

4-TAULA RECERCA /DOCÈNCIA

Recerca

Les conclusions de la taula van ser:

- **Referent de recerca.** Cada EAP hauria de tenir el seu referent de recerca i ha d'haver rebut formació. Aquest referent ha de ser l'encarregat de fer un estudi de les necessitats, voluntats i capacitat de recerca de l'EAP. També, avaluar el nivell i motivació. Ha de ser una ajuda per a tot aquell que vulgui fer recerca a l'equip i ha de ser motivador per esperonar la recerca. El referent de recerca ha de tenir contacte amb la Unitat de Recerca (IDIAP) i ha de tenir temps alliberat per complir la seva tasca.
- **A nivell EAP:** establir estratègia en recerca i línies de recerca implicant tothom que vulgui participar-hi. Fer connexions entre EAP per fer estudis més amplis.
- **A nivell personal,** s'ha de detectar les persones motivades i assignar un temps per a que pugui dedicar a la recerca. S'han d'establir circuits clars de suport en recerca i la possibilitat, si hi ha la voluntat, de fer contractes mixtos de recerca-assistència. També s'hauria de poder flexibilitzar la contractació per poder fer recerca (dins horari, hores extres, complements fora d'horari, "cupos compartits" ...).
- **Carrera professional en recerca:** establir unes condicions i criteris perquè un metge pugui tenir carrera professional en recerca.
- **Formació en recerca:** des de les unitats de formació s'ha d'ampliar l'oferta de formació en recerca. En relació als MIR, haurien de rotar per la unitat de recerca.
- **Unitat de Suport a la Recerca:** fer-se conèixer més entre els EAP i difondre els recursos que tenen.

Docència:

Les conclusions de la taula van ser:

- **Formació en docència.** Es demana rebre formació en docència.
- **Adaptació de la dedicació assistencial.** Es demana disposar d'un espai de temps en l'agenda per fer docència i recerca.
- **Que la docència esdevingui un projecte d'equip** (amb uns objectius, un programa, ...)
- **Sessions formatives en els EAP.** Que siguin sessions preparades per metges de família (no pas per especialistes hospitalaris focals).
- **Allargar la rotació d'Atenció Primària en la formació MIR.** I que especialistes focals rotin més per Atenció Primària.

- **Carrera professional en recerca i docència** (condicions i criteris).
- **Millorar l'enfocament i el pes específic de MFiC al grau de Medicina.**
- **Promoure la suplència, si fas formació.**
- **Que les institucions ajudin a costejar els congressos.**
- **Innovar en docència:** ús de la simulació mèdica, de la AI, ...