



Universitat Autònoma de Barcelona

Universitat Autònoma de Barcelona

Facultat de Medicina

Departament de Cirurgia

TESI DOCTORAL

**IMPACTE DE L'APLICACIÓ D'ACCIONS DE MILLORA EN EL
SERVEI D'URGÈNCIES D'UN HOSPITAL TERCIARI.
INDICADORS DE RESULTATS**

Tesi presentada per la llicenciada **Anna Carreres Molas** per optar al Títol de Doctor per la Universitat Autònoma de Barcelona

Directors de tesi

Prof. Benjamí Oller Sales

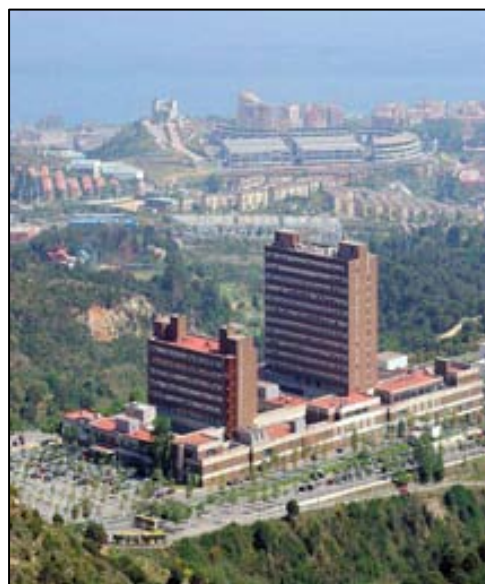
Prof. Evarist Feliu Frasnado

Prof. Jaume Fernández-Llamazares Rodríguez

Badalona, 2013



**Germans Trias i Pujol
Hospital**



“Alguns miren les coses com són i es pregunten perquè.
Jo prefereixo mirar les coses com podrien ser,
i preguntar-me per què no”
B. Shaw

*A tots els que heu treballat, treballeu
i treballareu a Urgències.*

AGRAÏMENTS

La gratitud és un sentiment positiu que experimenta la persona que ha rebut un bé o un favor d'una altra persona. Inclou un deute moral cap a aquella persona i el reconeixement de la vàlua de la seva ajuda.

Així doncs, vull expressar la meva gratitud a totes les persones que m'han ajudat a poder presentar aquesta tesi.

- En primer lloc, als Directors de la tesi,

- Al Professor Benjamí Oller-Sales que m'ha guiat tant en el desenvolupament de la tesi com en totes les gestions acadèmiques, fent-me fàcil tot el procés. Vull agrair-li els comentaris, les crítiques i els consells que m'ha donat així com que en tot moment m'hagi orientat i assessorat. I, especialment vull agrair-li el seu profund respecte pel món de les Urgències.

- Al Professor Jaume Fernández-Llamazares pel seu acompanyament tant en l'elaboració de la tesi com en el dia a dia de l'hospital. Gràcies per donar suport a tots els aspectes organitzatius proposats per a l'àrea quirúrgica i, sobretot, per vetllar per una atenció urgent de qualitat.

- I al Professor Evarist Feliu, mestre i amic. No exagero en dir que és una de les persones que més ha marcat la meua carrera professional. Des d'un principi va creure en mi, en les meves possibilitats, mostrant-me el camí a recórrer i obrint-me portes. Gràcies a la seva persistència per que fes la tesi, a la seva correcció meticulosa i a la seva generositat. Gràcies per conduir-me fins aquí avui.

- Un agraïment molt especial per a la Doctora Anna Lucas, companya de feina, mestra i, sobretot, amiga. Gràcies per totes les hores dedicades a ajudar-me, per estar, dia sí, dia també, llegint i rellegint la tesi, aconsellant-me el que calia retocar. També, gràcies per creure en les Urgències com es va demostrar amb l'impuls en la millora de l'atenció urgent durant la seva etapa professional a la Direcció Mèdica. I finalment, gràcies per la seva generositat i paciència, per donar-me ànims i confiança per tirar sempre endavant. Gràcies "tutora".

- També un agraïment molt sincer al Doctor Josep Maria Payá per introduir-me en el mon de les Urgències quan, acabada la residència de Pneumologia, em va donar la meva primera feina de metge, en la Unitat de curta estada d'urgències. I gràcies, també, al Professor José J. Navas, per creure en les meves possibilitats en el mon de la gestió. D'ell vaig aprendre metodologia, estratègia i rigor en el treball.
- Un agraïment especial a la Direcció de Centre, a la Direcció Mèdica i a la Direcció d'Infermeria per implicar-se de debò en la millora del procés d'atenció urgent.
- Gràcies als companys de l'hospital que han afavorit la coordinació interna i que ens han facilitat el suport del dia a dia compartint esforç i coneixement.
- A tot l'equip d'Urgències, de tots els estaments, companys de "batalla". Gràcies per la vostra professionalitat, pel vostre entusiasme, per la feina ben feta, pel sentit de pertinença, per "suportar" amb paciència els dies i les situacions difícils, pel treball en equip, en definitiva, per convertir-vos en "un gran equip d'Urgències". I molt especialment, a la Senyora Dolors Reguant, a la Senyora Assumpta Ruiz i a la Senyora Lluïsa García amb qui hem compartit inquietuds però també molts bons moments per tirar endavant aquest Servei.
- Als amics i, en especial a la Doctora Antònia Segura, per creure "a ulls clucs" en qualsevol projecte proposat per millorar Urgències, per la seva gran capacitat de treball i la seva generositat per ajudar i encoratjar a la resta dels seus companys de l'àrea mèdica. Gràcies per ser un dels veritables puntals del projecte que avui es presenta. Gràcies Antònia, per tot i més, pel suport, per escoltar-me i, sobretot, per acompanyar-me sempre.
- I, per suposat, un agraïment profund a la meva família: als meus estimats pares, pel genoma i per l'entorn creat per l'educació de les seves filles, basat en els valors de la seva fe cristiana. Gràcies per la vostra "herència en vida". I gràcies a la meva germana gran, la Carme, per haver-me assenyalat el camí en tantes ocasions.
- I, finalment, gràcies a tots aquells que m'han acompanyat i ajudat en el camí de la vida.

MOTIVACIÓ PEL PROJECTE

La motivació és la causa que explica una determinada conducta, sobretot el motiu pel qual una persona es comporta d'una manera o l'interès que la porta a intentar aconseguir algun objectiu. La motivació neix de les experiències anteriors, de l'expectativa sobre un fet futur i de les emocions associades a una tasca.

Permeteu-me una mica d'història. Quan vaig acabar la residència de Pneumologia a l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, no podia imaginar-me que dedicaria tota la meva vida professional al món de les Urgències. Però així ha estat durant els últims vint i dos anys.

Des del principi, en la Unitat de curta estada, vaig intentar fer d'aquella primera feina el “meu lloc de treball”. I, en aquell moment hi havia tant per fer... Així que, amb el Joan Romeu, el primer company de viatge, ens varem dedicar a anar fent la “carcassa” del que és ara el Servei d'Urgències. El món de les Urgències es veia, llavors, com un lloc on el “caos” era la manera natural d'existir, un lloc quasi impossible d'organitzar, com si el desordre anés intrínsicament unit al funcionament de les Urgències. Potser desfer aquest “tòpic”, tan erroni, al meu entendre, va ser la llavor del meu “maridatge” amb les Urgències, de la meva motivació per fer del Servei d'Urgències del meu hospital un “bon lloc de treball” (llavors, encara no es parlava “d'excel·lència” en temes organitzatius). Van ser anys de molta creativitat, de moltes hores de feina, feta amb molta il·lusió. Segurament també ha suposat una motivació especial per continuar amb aquesta tasca, la “bondat” de les Urgències, és a dir, la gratificació que suposa per tot metge el “tirar endavant un pacient greu”. I, per suposat, la gran importància que té, en el món de les Urgències, el treball en equip. Sense cap dubte, tots aquells amb qui he treballat durant aquests anys també heu contribuït, en gran manera, a que tingués il·lusió per continuar endavant amb el projecte.

I fins aquí hem arribat, per ara.

La motivació, com que és un procés intern, no és directament observable, sinó que s'ha de jutjar per les accions o expressions del subjecte.

El temps així ho farà.

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	9
▪ Estat actual de l'atenció urgent a Catalunya	11
▪ Característiques de l'àmbit en que es desenvolupa el projecte	20
· Marc social, polític i legal	
· L'Institut Català de la Salut. Pla estratègic 2009 - 2011	
· L'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol i el seu entorn	
▪ El Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol	40
HIPÒTESI	55
OBJECTIUS	57
METODOLOGIA	59
▪ Anàlisi de la situació. Identificació de problemes i causes	60
▪ Accions de millora	66
<i>Mesures a curt termini (2005-2007)</i>	
1.- Mesures de gestió interna i organització del Servei d'urgències	
2.- Mesures de gestió hospitalària general	
3.- Mesures per millorar la coordinació intrahospitalària	
4.- Millores estructurals i d'equipament	
5.- Millores dels sistemes d'informació	
6.- Accions sobre els fluxos d'entrada	
7.- Mesures per millorar la sortida d'urgències	
<i>Mesures a mig termini (2008-2009)</i>	
1.- Mesures de gestió interna i organització del Servei d'urgències	
2.- Mesures de gestió hospitalària general	

- 3.- Mesures per millorar la coordinació intrahospitalària
- 4.- Millores estructurals i d'equipament
- 5.- Millores dels sistemes d'informació
- 6.- Accions sobre els fluxos d'entrada
- 7.- Mesures per millorar la sortida d'urgències

Mesures a llarg termini (2010-2011)

- 1.- Mesures de gestió interna i organització del Servei d'urgències
- 2.- Mesures de gestió hospitalària general
- 3.- Mesures per millorar la coordinació intrahospitalària
- 4.- Millores estructurals i d'equipament
- 5.- Millores dels sistemes d'informació
- 6.- Accions sobre els fluxos d'entrada
- 7.- Mesures per millorar la sortida d'urgències

▪ **Variables analitzades** 107

1. *Indicadors*

- Selecció d'indicadors
- Descripció dels indicadors seleccionats
 - 1.1. Indicadors d'activitat/ assistencials bàsics
 - 1.2. Indicadors de qualitat

2. *Enquestes de satisfacció dels usuaris*

- 2.1. Enquestes de satisfacció d'Urgències (internes)
- 2.2. Enquestes de satisfacció del CatSalut

▪ **Mètode estadístic** 122

RESULTATS 123

1. **Indicadors** 124

- 1.1. Indicadors d'activitat/ assistencials bàsics
 - 1.1.1. Nombre d'urgències ateses

1.1.2. Nombre d'urgències ateses per franja horària i per dia de la setmana	
1.1.3. Percentatge d'urgències ateses per torn	
1.1.4. Destinació dels pacients a l'alta	
1.1.5. Percentatge d'urgències ingressades	
1.1.6. Taxa de trasllats a altres centres	
1.1.7. Pressió d'Urgències	
1.2. Indicadors de qualitat	
1.2.1. Temps mitjà de permanència a Urgències	
1.2.2. Estadets superiors a 24 hores a Urgències	
1.2.3. Readmissions a Urgències en menys de 72 hores després de l'alta	
1.2.4. Percentatge de readmissions que precisen ingrés	
1.2.5. Percentatge de pacients no visitats	
1.2.6. Taxa de mortalitat a Urgències	
1.2.7. Nombre de reclamacions de l'àrea d'Urgències	
2. Enquestes de satisfacció dels usuaris	141
2.1. Enquestes de satisfacció d'Urgències (internes)	
2.2. Enquestes de satisfacció del CatSalut	
DISCUSSIÓ	148
CONCLUSIONS	158
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	161
GLOSSARI D'ABREVIATURES	173
ANNEXOS	177

INTRODUCCIÓ

L'atenció a les urgències i emergències sanitàries ocupa un lloc destacat en el sistema sanitari tant des de la perspectiva assistencial pròpiament dita com per l'impacte social que comporta. La percepció de tenir un "bon sistema d'urgències" condiona, en gran mesura, l'opinió dels ciutadans respecte a la qualitat del servei de salut.

Tanmateix, la situació actual de les urgències hospitalàries, el recurs sanitari més emprat, no és l'òptima. Sovint existeix una pressió assistencial superior a la capacitat resolutiva dels dispositius d'urgències, que produeix un augment del temps d'espera, una sobrecàrrega assistencial i una manca de resposta de l'estructura hospitalària, en general. Els usuaris reclamen millores en la qualitat percebuda mentre que professionals i gestors intenten millorar l'organització del sistema per fer-lo més eficient.

Amb el desenvolupament d'aquest projecte es pretén aportar coneixement per millorar el funcionament i l'eficiència dels serveis d'urgències hospitalaris i en concret, per millorar l'atenció urgent en el Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP) .

El treball de camp del projecte s'ha dut a terme durant el període de 2005 a 2011, iniciant-se l'anàlisi del procés d'atenció urgent el juny de 2005, coincidint amb la data de la meua reincorporació a la Coordinació d'Urgències. D'aquesta anàlisi se'n deriven les accions de millora, proposades i implementades durant el període esmentat.

ESTAT ACTUAL DE L'ATENCIÓ URGENT A CATALUNYA

L'atenció a les urgències i les emergències constitueix un dels àmbits clau del sistema sanitari, tant des de la perspectiva assistencial pròpiament dita com per l'impacte social que representa. La situació que vivim a Catalunya és semblant a la que es dona a altres països del nostre entorn. El problema de la massificació i la utilització inadequada dels serveis d'urgències dels hospitals és comú en tots els països desenvolupats, tant si els sistemes sanitaris es basen en un model del tipus *Sistema Nacional de Salut*, com si es tracta de sistemes basats en el mercat com als Estats Units d'Amèrica.

En els darrers anys, s'ha produït un increment en la demanda i la complexitat de l'atenció urgent, especialment als hospitals. Aquest augment de la demanda s'observa també a la resta d'àmbits de l'atenció sanitària (primària, especialitzada, etc.). Un dels elements determinant d'aquesta demanda creixent és l'augment de població observat en els últims anys degut, sobretot, a la immigració. A més a més, hi ha altres factors que poden explicar aquest increment: les característiques demogràfiques, socioeconòmiques, culturals i de morbiditat de la població, les expectatives socials sobre la salut i l'atenció sanitària, així com l'accessibilitat als seus dispositius. Es tracta, doncs, d'un fenomen altament complex on interactuen factors tan diversos com les característiques del territori, les particularitats demogràfiques de la població, l'oferta de serveis, la tipologia dels dispositius, la seva capacitat de resolució i els components històrics de la demanda, les característiques dels processos assistencials, els avenços tecnològics i les motivacions i expectatives de la població. La cultura de la immediatesa que condiona cada vegada més la utilització dels serveis públics, es fa especialment palesa en la utilització dels dispositius d'urgències.

De les dades proporcionades per l'Enquesta de Salut de Catalunya 2006 es pot estimar que els ciutadans de més de 14 anys que van sol·licitar atenció urgent durant l'any anterior van ser més de dos milions, un 31,5 % de la població total. Si la mitjana de visites anuals per usuari és d'1,7 el volum de contactes assistencials urgents d'aquest grup d'edat és de gairebé 4 milions. Segons la mateixa enquesta, el 90 % d'aquests contactes va tenir lloc en dispositius de la xarxa pública. Aquest fet està condicionat per l'elevada confiança dels ciutadans en aquests serveis.

Considerant tots els contactes, l'hospital públic és el dispositiu més utilitzat pels usuaris de més de 14 anys (63,1%) i la xarxa d'atenció primària (AP) del Catsalut, amb el 23,1% de les visites, és el segon. Només el 2% de les urgències es va adreçar telefònicament a un servei d'emergències mèdiques (061, 112).

La dotació actual de dispositius per a l'atenció d'urgències i emergències és producte de l'evolució, més o menys ordenada, que ha experimentat el conjunt del sistema sanitari català en els darrers vint anys. Aquesta evolució s'ha caracteritzat principalment per un creixement continu de la capacitat instal·lada i per un augment de la productivitat que ha permès anar equilibrant, mica en mica, oferta i demanda. La capacitat instal·lada també ha evolucionat des del punt de vista qualitatiu, adaptant-se als nous requeriments dels usuaris i dels professionals aprofitant les oportunitats de canvi que s'han presentat.

La implementació de la reforma de l'AP iniciada a mitjans dels anys 80 també va comportar canvis en les estructures d'atenció urgent de primer nivell i en la forma de prestar els serveis. La recent posada en funcionament dels Centres d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP) n'és un bon exemple. Atès que, sovint, el desenvolupament s'ha fet de manera desigual segons necessitats i oportunitats específiques de cada lloc i cada moment, la xarxa efectiva resulta també desigual entre territoris tant a nivell quantitatiu com qualitatiu.

La creació del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) l'any 1985 va permetre ordenar una sèrie de dispositius destinats a l'atenció de les emergències i al transport sanitari que fins aquell moment eren insuficients i que, per la seva organització, resultaven ineficients.

L'evolució de les tecnologies de la informació i les comunicacions va permetre el desenvolupament del *projecte 061* a finals dels anys 80. Aquest dispositiu, que durant anys es va oferir només als ciutadans de Barcelona, ha anat creixent i adaptant-se als nous requeriments socials i tecnològics que ha permès assolir un nivell de satisfacció molt alt tant a nivell d'usuaris com de professionals i gestors. Malgrat tot, encara queden aspectes de cobertura i de capacitat de resolució a millorar.

L'actual SEM, però, és el resultat de la fusió, a primers de 2005, de les tres empreses públiques gestores de l'atenció d'urgències i emergències extrahospitalàries a Catalunya: El Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona (SCUB-061), la Central de Coordinació Sanitària de Tarragona (CECOSAT-GiPSS)

i el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM-061) que gestionava les emergències a la resta de Catalunya. L'any 2006 el SEM va gestionar 1.606.060 trucades d'atenció urgent. D'aquestes trucades, 831.416 van mobilitzar algun tipus de recurs ja sigui en forma de trasllat o d'atenció domiciliària.

El servei telefònic Sanitat Respon rep més de 150.000 trucades referents a informació i consulta sanitària. Tot i que aquest servei no té per objectiu donar resposta a les demandes d'atenció urgent, té una influència important en la modulació de certes demandes i en la gestió de fluxos que cal tenir en compte. Moltes vegades l'atenció que presta satisfà suficientment la demanda i en molts casos adreça aquesta demanda als dispositius més adients contribuint a millorar l'eficiència global del sistema.

L'any 1999, es va crear el Pla Integral d'Urgències de Catalunya (PIUC) amb l'objectiu de vertebrar totes les accions que des dels diferents nivells d'atenció, serveis i dispositius sanitaris s'organitzessin per afrontar d'una manera efectiva els canvis en les necessitats d'atenció urgent i molt especialment, durant l'hivern.

Anualment s'han anat introduint canvis en el PIUC inicial orientats a millorar la capacitat de resposta, no només des de la perspectiva de l'oferta addicional de recursos (pla d'altres, ampliació de cobertures, etc.), sinó també a través de la implementació de diferents models organitzatius i la utilització d'instruments per facilitar la gestió de les urgències.

Les urgències hospitalàries són el recurs més emprat i, per tant, el que té més impacte mediàtic. La satisfacció/insatisfacció dels ciutadans en relació als serveis d'urgències en general està fortament condicionada per la qualitat tècnica i, sobretot, per la qualitat percebuda en les urgències hospitalàries. L'any 2007 se'n van enregistrar més de 3 milions a Catalunya. De totes les urgències ateses, al voltant del 12% (380.000) van ingressar a algun hospital. La utilització dels serveis d'urgències hospitalaris ha anat augmentat progressivament fins l'any 2007, a partir del qual s'ha observat un canvi de tendència, amb l'estabilització de la xifra d'urgències ateses en els últims anys.

La xarxa d'hospitals públics es manté estable des de fa temps però els seus serveis s'han hagut d'anar adequant als nous requeriments socio-sanitaris. El desenvolupament de nous serveis com l'hospitalització a domicili, la cirurgia major ambulatoria, els hospitals de dia, els equips PADES, etc. també ha tingut impacte en els serveis d'urgències hospitalaris.

El resultat de la transformació dels dispositius per a l'atenció urgent és una xarxa complexa amb una distribució territorial heterogènia. El conjunt de la xarxa proporciona una oferta de serveis variable que, sovint, és més explicable per factors històrics i conjunturals que per la demanda o la necessitat de la població. Tot això produeix una sèrie de desequilibris en el sistema que és percebut per tots els implicats en forma de problemes. Alguns d'aquests problemes estan relacionats amb el conjunt del sistema sanitari però d'altres queden circumscrits a l'àmbit de les urgències.

Problemes identificats en els Serveis d'urgències hospitalaris

Resulta complicat plantejar, de forma esquemàtica, quins són els problemes concrets dels dispositius d'atenció d'urgències. Generalitzant molt, es pot dir que hi ha dos grans tipus de problemes que depenen del punt de vista de qui els pateix:

- D'una banda, el *ciudadà* està insatisfet amb alguns aspectes del servei degut, principalment, al considerat llarg temps d'espera.
- De l'altra, els *professionals* i els *centres* pateixen l'excés de càrrega assistencial i el col·lapse originat per la demanda d'atenció urgent.

Els principals problemes identificats en els serveis d'urgències hospitalaris són:

1 – Demores en l'atenció que generen insatisfacció

Actualment la ciutadania ha incorporat noves pautes de conducta sanitària basades en la cultura de la immediatesa: volen una atenció ràpida i correcta. Això fa que es generin situacions d'insatisfacció i reclamacions per part dels usuaris dels serveis d'urgències fortament condicionats per aquestes expectatives.

Les expectatives dels usuaris sobre els serveis públics són cada vegada més elevades. Però cal tenir en compte que en alguns moments, la saturació dels serveis d'urgències dóna lloc a temps d'espera que estan molt per sobre del que es pot considerar acceptable des del punt de vista de la qualitat assistencial. Per tant, la insatisfacció dels usuaris és producte d'una combinació de temps d'espera objectivament millorables i d'expectatives molt altes.

2 – Demanda no adequada

Hi ha un acord unànimе en considerar que la demanda no adequada constitueix un problema general en la utilització dels serveis d'urgències hospitalaris tot i que es fa difícil de concretar per la gran variabilitat de sistemes utilitzats per quantificar-la. Segons diferents autors la demanda no adequada oscil·la entre el 5 i el 80 % de les sol·licituds d'atenció urgent, depenent del criteri utilitzat. A Barcelona, aquesta demanda és responsable del 30 al 40 % de les urgències hospitalàries.

3 – Demanda evitable

Els pacients que acudeixen a urgències per aguditzacions de processos crònics i, molt especialment, els malalts geriàtrics que presenten pluripatologia, denominats també malalts *fràgils*, consumeixen una gran quantitat de recursos en concepte de visites programades i urgents, tractaments farmacològics, hospitalitzacions, etc. La idiosincràsia d'aquests pacients i de les seves necessitats dificulta, sovint, l'accessibilitat als serveis i posa de manifest la insuficiència de circuits específics d'atenció més adaptats. Molts dels processos que presenten aquests malalts podrien ser evitats o minimitzats amb atenció precoç i amb l'aplicació de mesures preventives i de seguiment i control que es poden realitzar a l'AP. Malgrat que aquest tipus d'intervencions són de provada eficàcia per reduir la morbiditat dels pacients, aquesta reducció no s'obté de forma satisfactòria. L'elevada pressió assistencial que experimenta l'AP és, sens dubta, una de les causes d'aquests resultats. L'organització actual de l'AP fa que la demanda evitable dels dispositius d'atenció urgent es pugui reduir però no, eliminar.

4 – Manca d'ajust entre demanda i oferta

Un altre factor que pot contribuir a la saturació dels serveis d'urgències hospitalaris pot ser la manca de resolució del motiu de demanda urgent als dispositius dels altres nivells d'atenció. Aquest fet pot ser degut tant al "desbordament" per sobrecàrrega de demanda, com també a la manca de disponibilitat, en aquests dispositius, d'alguns recursos assistencials que el pacient pot percebre com necessaris. Ambdós fenòmens induirien un redireccionament de determinades demandes no satisfetes cap als serveis d'urgències dels hospitals. Aspectes clau d'aquest comportament són els fets que els serveis d'urgències hospitalaris són

dispositius d'accés lliure i universal i dels que el ciutadà té la percepció que poden donar resposta a totes les seves necessitats.

Com ja s'ha comentat a l'apartat de "Demanda evitable", aquesta manca d'ajust entre demanda i oferta és especialment rellevant en l'atenció de malalts crònics o *fràgils* que pateixen descompensacions agudes no greus de les seves malalties o presenten situacions intercurrents. Les grans dificultats o impossibilitat per derivar-los als dispositius d'AP, tant per problemes de mobilitat dels pacients com per la falta d'adequació d'aquests dispositius, fa que siguin remesos a l'assistència urgent quan la problemàtica que presenten es podria resoldre al domicili si s'articulés un correcte seguiment després de la primera intervenció. Aquesta mateixa situació és aplicable als malalts institucionalitzats en residències i centres socio-sanitaris.

5 – Temps d'estada dels malalts en els serveis d'urgències massa llargs

A nivell hospitalari, el temps d'estada dels malalts en els serveis d'urgències és massa sovint excessiu. Deixant a part el problema de les demores en la primera assistència, els factors que contribueixen a aquesta realitat, i que depenen del mateix servei d'urgències, són bàsicament l'excessiva institucionalització del malalt que entra en els circuits assistencials, un possible excés de zel diagnòstic i, en molts casos, un excés de zel terapèutic. L'organització del treball assistencial a urgències en forma de guàrdies tampoc permet optimitzar els temps d'estada.

També cal tenir en compte el temps que requereixen les actuacions dels serveis d'especialitat i que, amb molta freqüència, contribueix a allargar el temps d'estada a urgències. De forma notable destaquen els retards poc raonables en la intervenció d'especialistes que són consultats i les demores en la realització de proves diagnòstiques/terapèutiques.

6 – Dificultat de drenatge intern i extern

Les dades disponibles i l'experiència diària mostren que un dels fets més determinants de la saturació en els serveis d'urgències és el retard en la sortida dels malalts, un cop finalitzat el seu procés assistencial. El problema més important el pateixen els pacients que, ocasionalment, poden esperar hores o dies per passar a un llit d'hospitalització. Aquesta situació es deguda, moltes vegades, a la manca de serveis alternatius a l'hospitalització convencional.

D'altra banda, la dificultat d'accés als centres socio-sanitaris i l'escàs nombre de llits de subaguts disponibles provoquen un dèficit d'oferta de llits pels malalts d'urgències i, en conseqüència, una prolongació de la seva estada en aquest dispositiu amb la consegüent saturació. Aquest fet és més evident en els centres d'alta tecnologia.

Els trasllats mitjançant vehicles de transport sanitari (ambulàncies), a domicili o a altres centres, també presenten sovint demores, tant per la conveniència del centre receptor com per la resposta insuficient dels serveis de transport sanitari. Una altra dificultat és deguda als prejudicis que sovint tenen els professionals sobre el fet de donar altes a certes hores de la nit. Això fa que es traspassi la sobreocupació al matí que és quan el servei hauria d'estar més lliure per poder absorbir l'afluència diària de nous malalts.

7 – Característiques dels recursos humans dels serveis d'urgències

La dotació, formació i gestió dels recursos humans en els serveis d'urgències es caracteritzen per la seva heterogeneïtat. No hi ha un perfil professional homogeni, ni existeix cap indicació de quina és l'acreditació ni les característiques que han de tenir els professionals adscrits a un servei on la demanda de la població és tan elevada.

El canvi del mercat laboral dels darrers anys ha provocat que els serveis d'urgències extra i intrahospitalaris tinguin importants dificultats per trobar professionals amb un perfil adient per cobrir els diferents llocs de treball de *staff* i les jornades de guàrdia de les diverses especialitats, àmbits i col·lectius. Aquest fet s'agreuja per la manca d'atractiu que actualment té aquest tipus de feina pels professionals i que està motivat, bàsicament, per la important pressió assistencial que pateixen, per la manca de realització d'activitats no assistencials dins de la jornada laboral i per la precarietat del tipus de contractació laboral que s'ofereix.

8 - Variabilitat en la pràctica assistencial

Actualment, coexisteixen en un mateix servei d'urgències metges i infermeres amb formació i perfils molt diferents: alguns amb una alta qualificació i acreditació i d'altres, amb una experiència clínica mínima, en aquesta àrea. Aquest fet condiciona una gran variabilitat en la pràctica clínica i fins i tot, abordatges

diferents davant d'un mateix procés. Sovint, no hi ha homogeneïtat en la manera de diagnosticar i tractar els problemes de salut que generen demanda urgent. Aquesta manera diferent de tractar els mateixos problemes pot reflectir diferències en la qualitat tècnica i en la disponibilitat i utilització de recursos.

9 - Dèficit de sistematització de la classificació inicial de pacients

Els serveis d'urgències hospitalaris estan implementant de manera gradual algun sistema de triatge o classificació de pacients segons el seu nivell d'urgència per tal de prioritzar l'atenció als pacients més urgents o greus i ordenar la demanda. No tots els centres, però, utilitzen el mateix sistema de classificació ni l'apliquen de la mateixa manera, com a conseqüència, és difícil establir comparacions entre centres i treballar en xarxa amb els diferents nivells assistencials (SEM, AP, hospitals amb diferents nivells de complexitat).

10 - Dificultat d'integració dels serveis d'urgències en el conjunt dels centres

La importància dels serveis d'urgències i el seu funcionament en l'organització interna de qualsevol centre hospitalari és prou coneguda. Tanmateix, encara ara, hi ha molts hospitals en els que l'encaix del servei d'urgències en el conjunt de l'hospital genera problemes de gestió que repercuteixen, sobretot, en l'atenció a les urgències i emergències. Tot i que més de la meitat de les estades hospitalàries corresponen a ingressos urgents (61,6% el 2008), molts cops, l'organització de l'hospital no considera suficientment el paper rellevant d'aquest servei.

Així doncs, malgrat els esforços, se segueix constatant una important falta d'integració dels serveis d'urgències en la globalitat dels centres. Aquest fet té un impacte negatiu ja que, molt sovint, els serveis d'urgències són la tarja de presentació dels centres per una part important de la població i l'evidència indica que són un punt important generador de reclamacions.

Està àmpliament acceptat que el bon funcionament del servei d'urgències i la bona coordinació amb els especialistes del centre i amb els altres dispositius assistencials disminueixen el nombre d'ingressos hospitalaris.

11 - Deficiències en l'organització interna

Bastants dels elements crítics de l'atenció urgent estan relacionats amb problemes derivats del funcionament de l'hospital (manca d'una clara política d'ingressos, circuits interns ineficients) així com de la pròpia gestió interna dels serveis d'urgències (manca de normativa de funcionament, de protocols d'actuació, de plans específics).

12 – Deficiències en les infraestructures

L'esforç d'inversió en matèria d'infraestructures ha permès adequar molts dels dispositius d'urgències als requeriments propis d'aquests serveis en els darrers anys. Malgrat tot, el seu elevat nivell d'activitat ha fet que la majoria d'instal·lacions siguin ja insuficients per atendre la demanda en condicions adequades. En altres casos, la manca de mesures de manteniment condiciona la insatisfacció dels professionals i dels usuaris.

13 - Dèficit de coordinació entre els diferents nivells assistencials

Un dels problemes comuns dels serveis d'urgències hospitalaris és la manca de coordinació externa, tant amb l'AP com amb altres hospitals del territori.

14 – Heterogeneïtat i deficiències dels sistemes d'informació

El conjunt del sistema sanitari compta amb diferents sistemes d'informació que s'han desenvolupat per donar resposta a les necessitats que han anat apareixent.

No es disposa de sistemes d'informació integrats que permetin la connexió de la història clínica entre els dispositius que intervenen en l'atenció urgent. Com a conseqüència, és difícil treballar en xarxa amb els diferents nivells assistencials.

Davant tota aquesta problemàtica, en els darrers anys, s'ha posat de manifest de manera repetida la preocupació pel funcionament del sistema d'atenció a les urgències i emergències per part de tots els implicats del sector sanitari de Catalunya. Els usuaris reclamen millores en la qualitat percebuda alhora que professionals i gestors intenten millorar l'organització del sistema per fer-lo més eficient. Aquesta preocupació ha motivat un debat molt productiu que ha donat lloc a una gran varietat d'iniciatives.

CARACTERÍSTIQUES DE L'ÀMBIT EN QUE ES DESENVOLUPA EL PROJECTE

Marc social, polític i legal

La població catalana és de 7.535.251 habitants, dels quals 3.730.727 són homes i 3.804.524 dones, segons dades del Padró continu d'habitants de 2011 (Idescat), el que representa un increment de més d'un milió més d'habitants respecte a l'any 2000. Per edats, el 15,4% de la població té entre 0 i 14 anys; el 68%, entre 15 i 64 anys, i el 16,6%, 65 anys o més. El 31 de desembre de 2010, 7.646.944 persones residents a Catalunya disposaven de targeta sanitària, segons el Registre central d'assegurats (RCA) del Servei Català de la Salut (CatSalut).

La societat catalana ha estat immersa en una estabilitat demogràfica (entorn dels 6 milions d'habitants) durant molt de temps, caracteritzada per un creixement natural i migratori molt escàs. L'impacte demogràfic i social del recent fenomen migratori ha estat sobtat i profund. L'1 de gener de 2005 hi havia 798.904 residents d'origen estranger a Catalunya, xifra que representava l'11,4% de la població. Segons dades del Padró continu d'habitants, l'1 de gener de 2011 la xifra de residents d'origen estranger a Catalunya era de 1.182.957, xifra que representa el 15,6% de la població (el 21,4% dels estrangers que resideixen a Espanya viuen a Catalunya). S'estima que prop del 90% del creixement total de la població catalana entre el 2001 i el 2008 és resultat de l'aportació de les immigracions externes. Les principals nacionalitats estrangeres són la marroquina (21,4%), l'equatoriana (11,1%), la colombiana (5,2%), la romanesa (4,9%), l'argentina (4,5%) i la xinesa (3,5%). En relació amb la població autòctona els immigrants presenten una estructura de població per edats molt jove: majoritàriament tenen entre 20 i 40 anys, moment de màxima activitat productiva i reproductiva. La població estrangera es distribueix per tot el territori, tot i que de manera desigual segons les oportunitats econòmiques i socials.

El coneixement de les característiques específiques de la població és imprescindible per planificar la seva atenció sanitària.

En virtut dels drets que emanen de la Constitució espanyola, el primer Estatut es promulga el 31 de desembre de 1979 (DOGC núm. 38) amb la Llei orgànica X/1979 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya. En el seu article núm. 9, apartats 11 i 19, i en el seu article núm. 17, es recullen les competències que en matèria de sanitat són atribuïdes al territori de la Generalitat de Catalunya per fer efectiu el *dret a la salut*, recollit a l'article 43 de la Constitució espanyola, promulgada el 29 de desembre de 1978. En aquest marc, es produeix la transferència dels serveis de la "Seguridad Social" a la Generalitat de Catalunya (R.D. 1517/1981, de 8 de juliol).

En el nou Estatut d'autonomia de Catalunya que s'aprova el 18 de juny de 2006 (DOGC número 4680 de 20 de juliol de 2006), és a l'article 23 on es fa referència als "drets en l'àmbit de la salut". *Totes les persones tenen dret a accedir en condicions d'igualtat i gratuïtat als serveis sanitaris de responsabilitat pública en els termes que estableixin les lleis. Els usuaris de la sanitat pública tenen dret al respecte de llurs preferències pel que fa a l'elecció de metge o metgessa; de centre sanitari, en els termes i condicions que estableixen les lleis. Totes les persones, en relació als serveis sanitaris públics i privats, tenen dret a ésser informades sobre els serveis a que poden accedir i als requisits necessaris per a usar-los; sobre els tractaments mèdics i llurs riscos abans que els siguin aplicats; a donar el consentiment per a qualsevol intervenció; a accedir a la història clínica pròpia i a la confidencialitat de les dades relatives a la salut pròpia, en els termes que estableixen les lleis.*

El Departament de Sanitat i Assistència Social del Govern provisional de la Generalitat de Catalunya elabora, l'any 1981, el mapa sanitari de Catalunya. A partir de 1983, s'inicien els treballs de desenvolupament del mapa citat a través d'un pla estratègic que introdueix reformes en l'àmbit de l'atenció primària (AP) de la salut i de l'assistència hospitalària.

A diferència del que s'esdevé a la resta de l'Estat espanyol, en el sistema sanitari català, la titularitat pública dels llits hospitalaris d'aguts era baixa (un 34%, l'any 1981). La variada infraestructura existent era el resultat de l'esforç col·lectiu de la societat civil catalana per crear hospitals benèfic-assistencials i centres sorgits dels moviments corporatius i mutualitats que van aparèixer arran de la industrialització de primers del segle XX.

En el context del manament de la Llei general de sanitat, fruit de la realitat catalana

i de l'experiència en matèria d'ordenació sanitària adquirida en el període 1980-90, a proposta del Govern de la Generalitat, el Parlament aprova la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, LOSC (Llei 15/1990, de 9 de juliol; DOGC núm. 1324, de 30 de juliol). Amb la LOSC, es consolida el model sanitari català: un model mixt, propi del país, que integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no, de titularitat pública. Es recull, així, una tradició d'entitats (mútues, fundacions, consorcis, centres de l'església) històricament dedicades a l'atenció de la salut. Aquest model d'integració s'inicia amb la creació, l'any 1985, de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) (Decret 202/1985, de 15 de juliol).

El Servei Català de la Salut (CatSalut) neix al gener de 1991 i es constitueix en l'ens planificador, finançador, avaluador i comprador dels serveis sanitaris. Actualment, el CatSalut és el garant de les prestacions sanitàries de cobertura pública i el Departament de Salut recupera la funció de planificació i avaluació i promou un projecte de descentralització que permet incorporar els ajuntaments en el Govern Territorial de Salut (GTS). El CatSalut compra i avalua els serveis sanitaris en funció de les necessitats de la població tot desenvolupant, d'una banda, una gestió integral de l'oferta i la demanda, i de l'altra, la comunicació amb la ciutadania i la seva participació. El CatSalut és un ens públic de caràcter institucional, amb personalitat jurídica pròpia i adscrit al Departament de Salut, s'ordena en set demarcacions territorials o regions sanitàries (Lleida, Camp de Tarragona, Girona, Catalunya Central, Alt Pirineu i Aran, Barcelona i Terres de l'Ebre) i 37 GTS i consta d'uns òrgans de direcció, gestió i participació. La Regió sanitària s'ordena en subunitats territorials denominades sectors sanitaris. Aquests compten amb una estructura descentralitzada de gestió, direcció i participació i estan formats per un conjunt d'àrees bàsiques de salut (ABS) que tenen adscrit un hospital de la XHUP.

L'Institut Català de la Salut. Pla estratègic 2009 – 2011

L'any 1983, el Parlament de Catalunya aborda el problema de l'organització dels serveis sanitaris i promulga la Llei 12/1983, de 14 de juliol, de l'Administració Institucional i de l'Assistència i els Serveis Socials a Catalunya. Mitjançant aquesta Llei, es crea l'Institut Català de la Salut (ICS) com a entitat gestora dels serveis i prestacions propis de la Generalitat de Catalunya així com dels transferits de la Seguretat Social. La seva finalitat és la de desplegar les competències que la Constitució i l'Estatut d'autonomia li atribueixen en aquest terreny i la d'executar els serveis i les funcions que li han estat traspassats.

El 30 de juliol de 2007, el Ple del Parlament de Catalunya aprova per consens la [Llei 8/2007 de l'Institut Català de la Salut](#), que el transforma en empresa pública adscrita al Departament de Salut i n'adequa l'organització a les necessitats de salut dels ciutadans. Aquesta llei té com a propòsit principal la descentralització territorial de la institució i dóna als centres i serveis més autonomia en la gestió econòmica i dels recursos.

Els Estatuts de l'ICS, aprovats pel Govern el dia 3 de febrer de 2009, suposen un pas més en el desenvolupament de l'empresa pública i en determinen el seu funcionament intern tal i com estableix la Llei de l'ICS de juliol 2007. Els Estatuts desenvolupen els òrgans de govern i de direcció, de participació i de gestió de la institució. Pel que fa a l'organització i el funcionament dels centres, els Estatuts aposten per l'autonomia de gestió, emmarcada dins els acords del Consell d'Administració. L'objectiu és que els centres, serveis i establiments de l'ICS puguin definir la seva pròpia estructura i organització. L'autonomia de gestió i economicofinancera es podrà concretar en els àmbits organitzatiu, de gestió econòmica, de gestió de personal i de gestió assistencial, mitjançant els acords de gestió. Suposarà donar capacitat als professionals per elaborar i aplicar les seves pròpies normes de funcionament intern i el desenvolupament i la gestió dels seus plans de qualitat. El grau d'autonomia i els àmbits en què s'haurà de concretar aquest nou sistema organitzatiu seran proposats en cada cas per les gerències territorials i els equips directius de cada unitat de gestió, i seran aprovats pel Consell d'Administració. Finalment, els Estatuts també marquen els principis ordenadors de la gestió de recursos humans de l'organització -l'ordenació del

personal, la provisió de places i la selecció- i els de caire econòmic. El darrer capítol del document estableix l'aprovació anual d'un programa d'actuació, d'inversions i de finançament. En aquest apartat, s'estableixen les bases del contracte programa: l'acord de prestació de serveis entre l'ICS i el CatSalut.

Les funcions principals de l'ICS són supervisar el compliment dels objectius assistencials i econòmics, vetllar pel compliment de la seva missió i exercir el control de la seva gestió.

La missió de l'ICS és donar una atenció d'excel·lència a la població, desenvolupant també la docència i la recerca en l'àmbit de la salut a Catalunya.

La visió de l'ICS és ser l'organització de referència i líder en el sistema de salut català, tant en l'assistència com en la docència i recerca.

Els valors de l'ICS són els següents: el ciutadà se situa en el centre del sistema, els professionals són l'eix central de l'organització, compromís amb la sostenibilitat econòmica i social, simplificació organitzativa, diàleg i transparència, atenció integral a les persones i integració activa, respectuosa i corresponsable en el sistema sanitari de Catalunya.

Els objectius estratègics de l'ICS són: transformar-se en una empresa pública excel·lent, potenciar el seu rol de líder en el sector i consolidar el seu procés de transformació d'acord amb la seva llei de creació.

Amb un pressupost per a l'any 2011 de 2.771 milions d'euros i una plantilla de més de 41.000 professionals, l'ICS és l'empresa pública de serveis sanitaris més gran de Catalunya i presta atenció sanitària a gairebé sis milions d'usuaris, xifra que suposa el 76,04% del total d'assegurats a Catalunya. Actualment, l'ICS gestiona 8 hospitals de referència dins la XHUP (el 32% dels llits hospitalaris públics); 285 equips d'AP; 38 centres d'especialitats extrahospitalàries; 24 unitats territorials d'atenció continuada i urgències d'atenció primària (ACUT), que presten atenció mitjançant 159 dispositius; 35 serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva; 13 serveis de laboratori clínic, 5 dels quals estan integrats en dispositius territorials amb l'hospital de referència; 31 serveis de diagnòstic per la imatge; 19 serveis de rehabilitació; 14 unitats PADES; 8 serveis de salut mental, 2 dels quals són d'atenció infantil i juvenil i 2 més d'atenció i seguiment de les drogodependències, i 3 serveis de salut laboral.

A més de l'activitat assistencial, l'ICS desenvolupa una gran activitat científica a través dels set instituts de recerca integrats als centres hospitalaris i d'AP. Des de l'any 2008, tres d'aquests instituts – el Vall d'Hebrón Institut de Recerca, l'Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge i l'Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol- estan acreditats per l'Instituto de Salud Carlos III. Aquest reconeixement com a centres d'excel·lència situa la institució en una posició capdavantera a tot l'Estat en l'àmbit de la recerca biomèdica.

En el camp de la docència, l'ICS forma més de 2.400 especialistes de 49 especialitats diferents en ciències de la salut. També acull més de 5.000 alumnes de pregrau de medicina, infermeria, odontologia i altres ensenyaments. A banda d'això, porta a terme una intensa activitat en formació continuada per a tots els col·lectius professionals.

Amb l'Ordre de 18 de novembre de 1985 (DOGC núm. 621 de 4 de desembre 1985) el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya regula l'estructura orgànica de direcció, gestió i administració de les institucions hospitalàries de la Seguretat Social a Catalunya, de conformitat amb l'article 13 de la Llei 12/1983, de 14 de juliol, de l'administració institucional de la sanitat i de l'assistència i els serveis socials a Catalunya. Posteriorment, l'Ordre de 16 de maig de 1990 modifica parcialment aquesta estructura orgànica (DOGC núm. 1302 de 8 de juny de 1990). Per les ordres citades, es creen a les institucions sanitàries de la Seguretat Social a Catalunya uns òrgans de direcció unipersonals constituïts pel director gerent, el director mèdic, el director econòmic-financer, el director de serveis generals, el director d'infermeria i el director de personal. Com a òrgan de direcció col·legiat es crea el Comitè de Direcció integrat pels responsables dels òrgans unipersonals. La màxima autoritat de l'hospital és el Director gerent, a qui queden adscrites les Unitats de Secretaria Tècnica, Atenció a l'usuari, Admissió i Epidemiologia; i, subordinats, els altres òrgans de direcció unipersonal. S'estableixen les funcions i els serveis i unitats adscrits al director mèdic i als altres òrgans de direcció del centre així com les de les unitats que d'ells depenen.

A l'article 21 de l'Ordre de 15 de novembre de 1985, es determinen els òrgans col·legiats d'assessorament així com la seva composició i funcions. Entre ells destaquen, per al Comitè de direcció, la Junta clínica i la Comissió de control de

Qualitat assistencial i, per a la Direcció mèdica, la Junta facultativa. L'article 23 defineix les comissions hospitalàries que de forma preceptiva s'hauran de crear: mortalitat, històries clíniques, farmacoterapèutica, infeccions i tumors i teixits. També obre la possibilitat d'establir aquelles que es consideren oportunes d'acord amb allò previst en el Reglament de règim interior del centre.

Amb la publicació del Decret de mesures de reformes de l'ICS (53/2006 de 28 de març de 2006) i de la Llei de l'ICS (8/2007 de 30 de juliol de 2007) neix un nou ICS amb una concepció més dinàmica, eficient, innovadora i flexible. El desenvolupament de la Llei comporta modificacions dels òrgans de direcció i assessorament dels seus hospitals i, per tant dels del HUGTiP.

Els canvis s'inicien amb la publicació del Decret 258/2007, de 27 de novembre pel qual s'estableixen, amb caràcter provisional fins que s'aprovin els estatuts, les normes organitzatives de l'ICS. En aquest Decret, es concreten les dues Direccions assistencials adjuntes a la Gerència i, amb la creació de nou gerències territorials, es continua la descentralització. A la figura 1, es mostra el nou organigrama de l'ICS i a la figura 2, les nou gerències territorials.

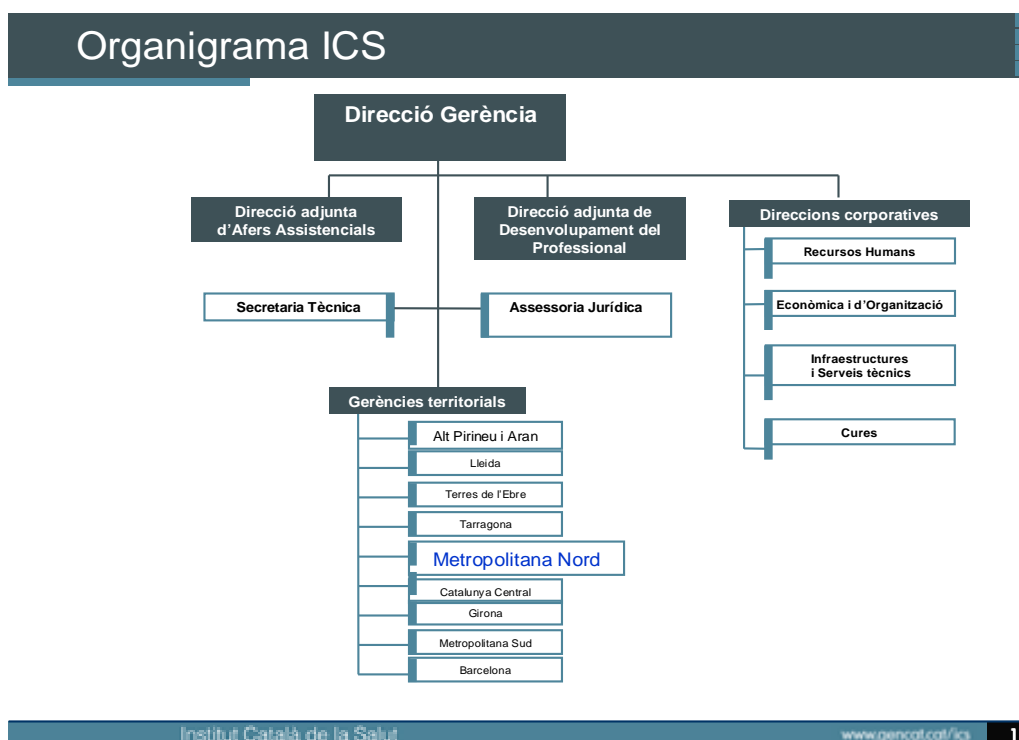


Figura1. Nou Organigrama de l'ICS

Gerències territorials

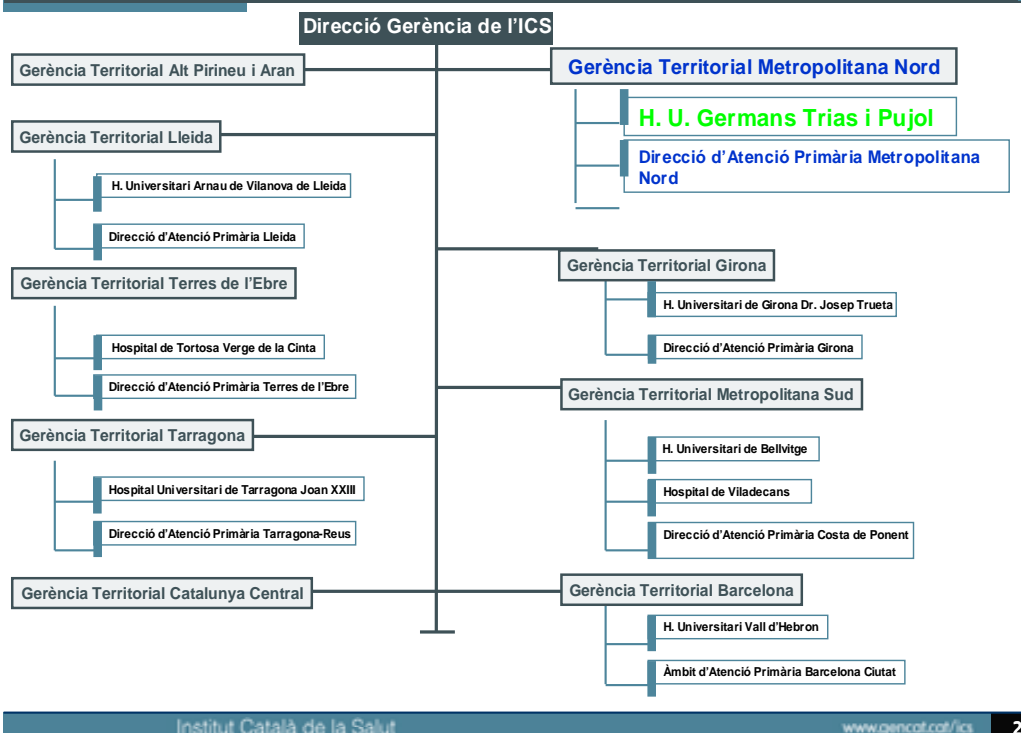


Figura 2. Les nou gerències territorials de l'ICS.

La Gerència Territorial Metropolitana Nord (GTMN) engloba els municipis del Barcelonès Nord i les comarques del Maresme, el Vallès Occidental i el Vallès Oriental. En aquest territori de prop de dos milions de persones, una quarta part dels ciutadans de Catalunya, la GTMN gestiona els recursos de 62 equips d'AP, que atenen el 70% de la població de la zona, i també el GTiPH de Badalona, centre de referència i d'alta tecnologia per al Barcelonès Nord i el Maresme. A la figura 3, es pot veure el territori de la GTMN.

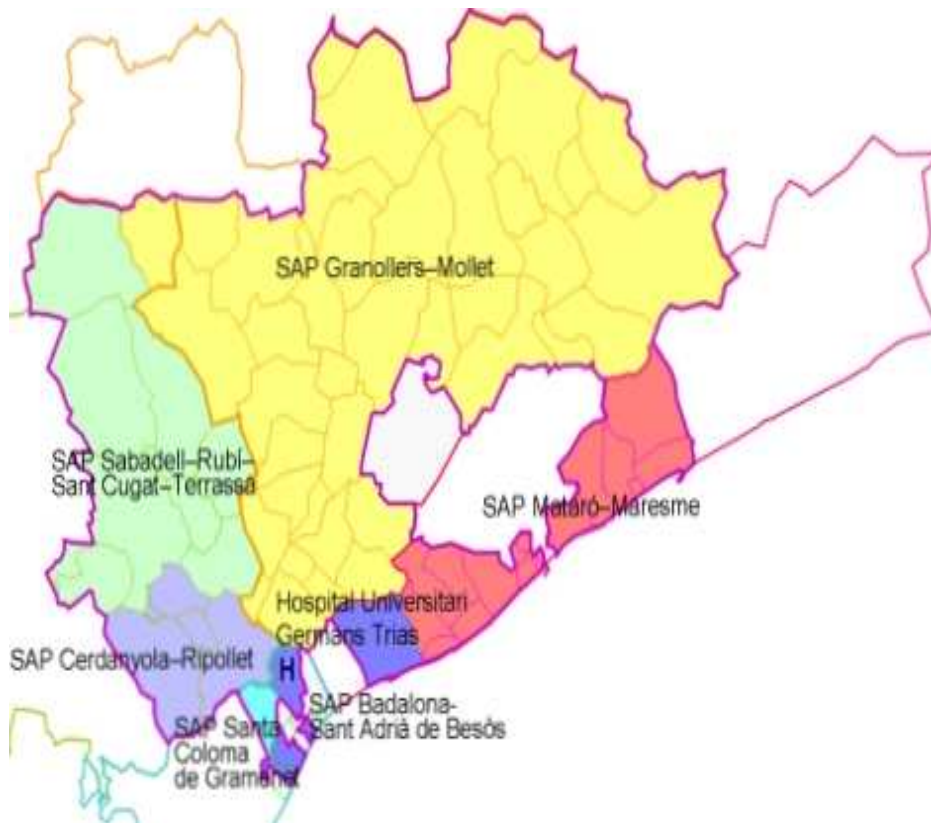


Figura 3. Gerència Territorial Metropolitana Nord I els seus Serveis d'Atenció Primària (SAP)

- H** Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
- SAP Sabadell – Terrassa
- SAP Granollers – Mollet
- SAP Cerdanyola – Ripollet
- SAP Santa Coloma de Gramenet
- SAP Badalona – St Adrià de Besòs
- SAP Mataró – Maresme
- Gestió aliena

L'hospital Universitari Germans Trias i Pujol i el seu entorn

Els hospitals de la XHUP es classifiquen en tres tipus: hospital general bàsic, hospital de referència i hospital d'alta tecnologia. L'hospital general bàsic és aquell que dóna resposta completa als requeriments habituals de la població, el de referència pot donar resposta a la pràctica totalitat dels problemes de salut, llevat d'aquells que requereixen recursos tecnològics d'alt nivell o una pràctica altament especialitzada i es considera hospital d'alta tecnologia el que disposa de les anomenades "supraespecialitats" i de noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques.



L' HUGTiP és un dels vuit hospitals de l'ICS, per tant, forma part de la XHUP, i es considera el centre de referència i d'alta tecnologia del Barcelonès Nord (Badalona, Santa Coloma de Gramenet i Sant Adrià de Besòs) i de la comarca del Maresme, un àrea on habiten prop de 800.000 persones. Per algunes especialitats, s'atenen a l'hospital persones residents en les comarques del Vallès i de Girona.

La població del Barcelonès Nord i Maresme ha augmentat un 15,9% en els deu últims anys, tal i com reflecteix la taula 1. El percentatge per franges d'edat s'ha mantingut estable i el 15% té 65 anys o més i presenta pluripatologia. El 9% d'aquesta població és d'origen estranger.

Taula 1. Evolució de la població del Barcelonès Nord i Maresme

	0-14 anys (%)	15-64 anys (%)	65 o més anys (%)	Total
2004	15,2	70,1	14,7	775.080
2008	15,5	70	14,5	803.973

L' HUGTiP actua com hospital de referència i d'alta tecnologia per a l'hospital Municipal de Badalona, l'hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet, l'hospital de Mataró i l'hospital de Sant Jaume de Calella. L' HUGTiP és, també, hospital general bàsic per a les quasi 220.000 persones assignades a les nou ABS que pertanyen al SAP Badalona - Sant Adrià de Besòs i que viuen a uns barris concrets de Badalona, Sant Adrià de Besòs, el Masnou, Ocata, Alella i Teià. A la figura 4, es representen les ABS del Barcelonès Nord amb el seu Hospital de referència i a la figura 5, les ABS per les que l' HUGTiP és hospital general bàsic.

Sector sanitari Barcelonès Nord

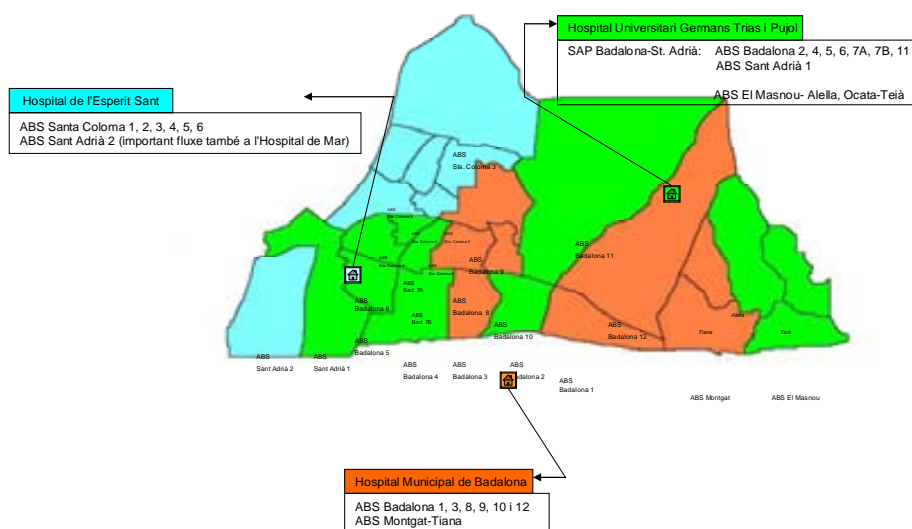


Figura 4. Àrees Bàsiques de Salut segons l'hospital de referència

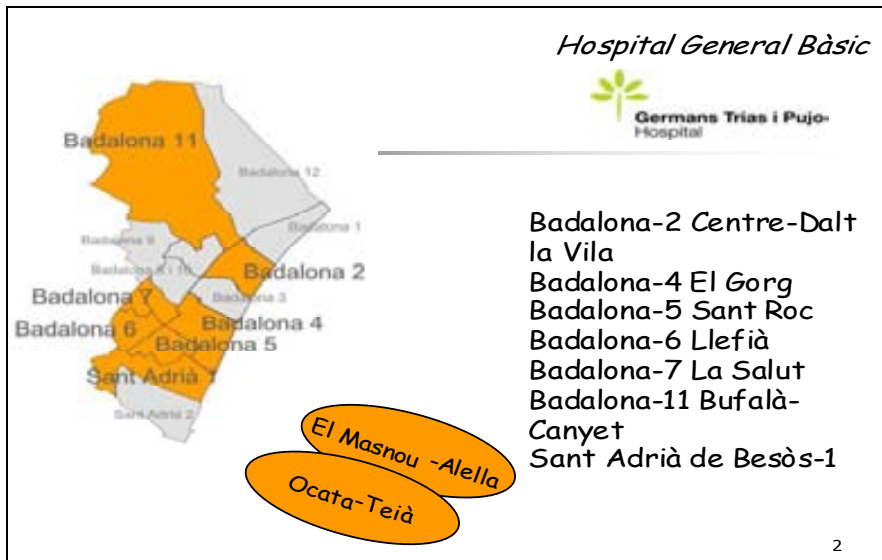


Figura 5. Àrees bàsiques de salut per les que l' HUGTiP és hospital general bàsic

L'hospital es va inaugurar el 14 d'abril de 1983, i està situat a tres km del centre de Badalona. Actualment, a l' HUGTiP, l'empresa més gran del Barcelonès Nord i el Maresme, treballen gairebé 2.500 persones, hi ha una trentena d'equipaments d'alta tecnologia i es gestiona un pressupost anual d'uns 227 milions d'euros.

La *missió* del Germans Trias, com a centre de referència i d'alta tecnologia, és oferir atenció sanitària integral i de qualitat als ciutadans del seu entorn i dur a terme activitats de recerca i docència orientades a la millora de la pràctica clínica.

L'*hospital vol ser* un hospital d'excel·lència en l'atenció sanitària integral a les persones, en la recerca i en la docència, amb el compromís dels seus professionals i el reconeixement de la societat.

El comportament dels professionals que treballen a l'hospital ha de regir-se per uns *valors* compartits, coherents amb la seva missió i complementaris a la missió i els valors ètics de l'ICS i del Departament de Salut. Aquests valors estan implícits en la marca de l'hospital. En aquest sentit, l' HUGTiP és un hospital obert a la societat, proper als ciutadans, expert en el coneixement, compromès amb les persones i sostenible en la gestió dels seus recursos i de l'entorn. Els valors de l'hospital es resumeixen en la frase: *"la nostra referència són les persones"*.

El Pla estratègic de l' HUGTiP 2008-2010, fruit de la reflexió d'un grup de treball

format per directius i comandaments intermedis, s'articula al voltant d'onze àmbits: política d'oferta i serveis, integració territorial, aliances estratègiques, orientació al client, estructura organitzativa, adaptació i reforma de l'edifici i les instal·lacions, professionals, gestió de la informació i del coneixement, recerca, docència i gestió econòmica.

L' HUGTiP ha adoptat *la qualitat* com a línia estratègica i com a part fonamental de la seva missió. La qualitat es concep com l'assoliment d'una atenció sanitària excel·lent mitjançant un procés de millora contínua dels diversos aspectes relacionats. Aquest procés està integrat a la pràctica quotidiana, orientat a la satisfacció de les necessitats legítimes de les persones que utilitzen l'hospital, recolzat en la documentació, l'avaluació sistemàtica i la proposta i el seguiment de mesures preventives i correctives. Per a que la millora contínua sigui una realitat, han de complir-se, al menys, les premisses següents: aplicar els coneixements científics actualitzats, promoure la formació continuada dels professionals, afavorir la innovació, integrar el concepte de seguretat del pacient, assolir el màxim grau de qualitat tècnica, promoure l'aplicació de protocols per tal de disminuir la variabilitat de la pràctica clínica, utilitzar de manera equitativa i eficient els recursos disponibles, treballar en un entorn segur i saludable, i amb respecte al medi ambient, amb la satisfacció i desenvolupament de tots els treballadors de l'hospital i afavorir el seu compromís i la seva participació en els òrgans adients. Com a eines de treball i avaluació, per desenvolupar aquest procés, s'utilitzen les del model d'excel·lència de l'EFQM (Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat) i es promou la certificació ISO 9001 en algunes àrees. Alhora, s'implanta progressivament la metodologia de la gestió per processos. Tot això, en el marc del codi ètic de l'hospital i les normes ètiques dels seus professionals, amb respecte als drets i deures dels pacients i en el compliment de la normativa vigent.

El Decret 5/2006 regula l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya i estableix un model, basat en el model d'excel·lència de l'EFQM, en el que tots els hospitals han de complir una sèrie d'estàndards. L'any 2009, l' HUGTiP va rebre el certificat d'acreditació per part del Departament de Salut, amb una validesa de 3 anys i subjecte a un Pla de millora i a una nova avaluació externa, duta a terme durant l'any 2010, en la que ha assolit un 91,5% dels anomenats estàndards assistencials. A més, durant el mateix 2010 s'han certificat en ISO

9001:2008 els serveis de Farmàcia i d'Esterilització de l'hospital, alhora que la Unitat d'Ictus s'ha acreditat segons els estàndards de la Sociedad Española de Neurología. Al seu torn, els serveis i unitats que ja estaven certificats han renovat el seu compromís amb la millora continua. Actualment, el Germans Trias disposa de 13 àrees certificades o acreditades.

L'ICS està immers en un procés de renovació dels seus sistemes d'informació assistencial. El projecte ARGOS Assistencial es basa en la integració de tots els sistemes d'informació en una plataforma única que integra un programari global de l'empresa SAP amb altres programes corporatius, de forma que els professionals sanitaris i administratius poden introduir i gestionar la informació clínica dels pacients des d'una única aplicació. El primer centre de l'ICS on es va implementar el projecte, l'any 2008, va ser l' HUGTiP. Entre el juliol i el novembre del 2010 s'ha dut a terme l'anomenada reimplantació del projecte ARGOS que ha representat la introducció de les millores que al llarg dels últims anys, amb l'experiència i l'evolució tecnològica, s'han implementat als altres hospitals de l'ICS. Paral·lelament, s'ha perfeccionat el funcionament del sistema d'aplicacions i processos assistencials (SAP assistencial). A més a més, aquesta reimplantació ha permès digitalitzar tots els serveis de diagnòstic per la imatge de l'AP del territori. A la vegada, els diferents proveïdors sanitaris presents al Barcelonès Nord i el Maresme també han desenvolupat sistemes que permeten posar en comú la seva informació assistencial mitjançant la Plataforma de Dades Clíniques Compartides desenvolupada pel CatSalut.

L'instrument bàsic de finançament de la despesa als centres de l'ICS ha estat el pressupost de la Generalitat de Catalunya i l'eina comptable per a la seva execució és la de la comptabilitat pressupostària. Tot i així, des de l'any 2002 és possible obtenir de forma paral·lela els estats comptables financers (balanç, compte de pèrdues i guanys, etc.) que permeten comparar les dades econòmiques de l'ICS amb les d'altres proveïdors sanitaris. Amb el desenvolupament de la Llei de l'ICS, s'han establert les bases del contracte programa, l'acord de prestació de serveis entre l'ICS i el CatSalut, que modificarà la forma de finançament de l'ICS i, per tant de l' HUGTiP.

Segons la Memòria 2010 de la Gerència territorial metropolitana nord, l' HUGTiP té

638 llits assignats i una estructura física que es resumeix en la taula 2.

Taula 2. Estructura física hospitalària

Estructura	Número
Llits	638
Llits de crítics i neonats	48
Llits de semicrítics	33
Places d'hospital de dia	65
Llocs d'atenció de cirurgia sense ingrés	8
Sales d'operacions	17
Sales de part	2
Sales de part natural	1
Sales de consulta externa	97
Gabinets (exploracions complementàries)	26
Punts d'atenció urgent	55

L'àrea mèdica de l' HUGTiP disposa de quinze serveis (tres de l'ICO), quinze unitats funcionals, tres hospitals de dia (un de l'ICO) i un hospital de dia polivalent provisional amb l'hospital de dia de DM, també provisional. L'àrea quirúrgica la formen tretze serveis i cinc unitats funcionals i la maternoinfantil, un servei de pediatria amb quinze unitats pediàtriques mèdiques, un servei de cirurgia pediàtrica i un servei d'obstetrícia amb quatre unitats funcionals. Per a l'atenció crítica i urgent, té cinc unitats de medicina intensiva (una, general, una altra, de cirurgia cardíaca, la unitat coronària, la unitat de reanimació postquirúrgica i la unitat de neonatologia de crítics), dos unitats de semicrítics (la de cirurgia cardíaca i la Unitat de Cures Respiratòries Intermèdies – UCRI-) i una unitat d'urgències. A l'àrea de serveis centrals hi ha quatre laboratoris, un servei de diagnòstic per la imatge, amb ressonància magnètica de l'Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI), serveis de farmàcia i farmacologia clínica i serveis terapèutics (oncologia radioteràpica de l'ICO i medicina física i rehabilitació). Com a programa especial, cal destacar la Unitat d'Hospitalització a domicili.

Es consideren àrees d'excel·lència de l' HUGTiP: el programa de sida, el de trasplantaments (renal, renopancreàtic, còrnia i progenitors hematopoètics), el d'intervencionisme vascular i el d'atenció a la malaltia inflamatòria intestinal i els Serveis d'oncologia mèdica, oncologia radioteràpica, hematologia clínica i de laboratori i suport integral (cures pal·liatives, psicooncologia i treball social) que

pertanyen a l'Institut Català d'Oncologia (ICO), els de cardiologia amb la Secció d'hemodinàmica i de cirurgia cardíaca i la Direcció clínica de neurociències. Des de l'any 2008, l'hospital és centre de referència en neuroradiologia intervencionista. Els equipaments d'alta tecnologia hospitalària de l' HUGTiP queden reflectits en la taula 3.

Taula 3. Equipaments d'alta tecnologia hospitalària

Equipaments	Número
Tomografia computada (TC)	2
Ressonància magnètica	1
Gammacambra	2
Sala d'angioneuroradiologia intervencionista	2
Sala d'hemodinàmica	2
Sala d'electrofisiologia cardíaca	1
Sala d'urodinàmica	1
Litotriptor	1
Accelerador de partícules	3
Simulador	1
Planificador tridimensional	1

L'atenció especialitzada extrahospitalària (segons la reordenació de l'atenció especialitzada, RAE) es realitza en dos centres situats un a Badalona (Dr. Robert) i l'altre, a S. Adrià de Besòs (Dr. Barraquer). A aquests centres, els facultatius de l' HUGTiP atenen pacients de les especialitats de cardiologia, dermatologia, aparell digestiu, endocrinologia i nutrició, neurologia, pneumologia, reumatologia, cirurgia general, oftalmologia, otorinolaringologia, cirurgia ortopèdica i traumatologia, rehabilitació, urologia i al·lèrgologia.

L'organigrama actual de l' HUGTiP és el següent,

- Gerència Territorial Metropolitana Nord - Gerent territorial: Pere Soley
 - Subgerència Territorial - Subgerent: Joan Vinzo → ML Benito
 - Direcció de centre - Director: Jordi Ara
 - Direcció mèdica – Director: Oriol Estrada
 - Coordinador assistencial àrea mèdica: Beatriu Bayés

- Coordinador assistencial àrea quirúrgica: Guillem Bruch → Jaume Canet
- Direcció d'Infermeria - Directora: Núria Martí
 - Subdirectora d'Infermeria: Roser Cruz
- Direcció econòmic-financera - Director: Antonio Martín
- Direcció de Personal - Director: Joan Grau
- Direcció de Serveis Generals - Director: Francesc Velarde → Ramón Ortiz
- Direcció de Qualitat - Directora: Mònica Ballester
- Direcció d'organització de sistemes - Director: Jorge Acebillo → Pol Pérez
- Direcció Científica de l'Institut de Recerca - Director: Miquel Àngel Gassull → Manel Puig
- Unitat Docent de la Facultat de Medicina (UAB) - Coordinador: Benjamí Oller Sales
- Coordinació de Docència Postgraduada hospitalària: José Antonio Blanco

A continuació, es mostren algunes dades de l'activitat assistencial desenvolupada a l' HUGTiP els darrers anys.

Taula 4. Activitat de Consultes externes*

Anys	2008	2009	2010
Total visites	387.750	392.223	370.823
Primeres visites	133.446	137.329	138.336
Índex de reiteració	1.91	1.86	1.88

* Inclou visites realitzades als Centres d'atenció especialitzada (CAE)

Taula 5. Activitat d'hospitalització

Anys	2008	2009	2010
Altes internes	29.105	31.712	29.227
Altes externes d'hosp. convencional	22.435	23.174	23.185
Estada mitjana total (hosp. convencional)	7,97	7,77	7,76
Estada mitjana total altes internes	6,17	5,65	5,63

Taula 6. Número d'intervencions quirúrgiques

Anys	2008	2009	2010
Total d'intervencions	13.102	13.992	13.943

Taula 7. Activitat d'Urgències

Anys	2008	2009	2010
Total urgències	108.362	110.405	104.328
Mitjana diària	296	303	286

A més del programa assistencial, tasca fonamental de la institució, l'hospital té importants programes docents i d'investigació.

El programa docent s'articula en tres línies: formació pregraduada, postgraduada i formació continuada.

Des de la seva posada en funcionament, el Germans Trias ha col·laborat en la docència de la Facultat de Medicina de la UAB. La Direcció d'infermeria col·labora en la formació pràctica de l'Escola d'Infermeres i Fisioterapeutes i la de Dietètica de Santa Coloma de Gramenet.

Des del curs 2005/2006 la docència s'imparteix a un edifici situat a uns 300 m. de l'hospital on fa anys hi havia unes escoles de primària que l'Ajuntament de Badalona ha cedit a diferents institucions docents i de recerca, entre elles, la UAB.

Dintre d'aquest recinte, a més de la Unitat Docent, estan situats l'edifici de la Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol i l'Institut de Medicina Predictiva i Personalitzada del Càncer i, pròximament, s'hi construirà la Fundació Institut Josep Carreras de recerca contra la leucèmia. La docència que s'imparteix correspon a la llicenciatura i al nou grau de Medicina, a tercer cicle i als cursos de formació que organitza l'hospital. El número d'alumnes de llicenciatura matriculats el curs 2007-2008 va ser de 198, el 2008-2009, de 197, el 2009-2010, de 205, el 2010-2011, de 236 i el 2011-2012 de 340 alumnes.

Pel que fa a la formació postgraduada, l'hospital està acreditat des de l'1 de gener del 1985. Actualment, a l' HUGTiP, s'imparteix docència de postgrau a diferents tipus de professionals: 227 MIR (metges interns residents, de diferents especialitats), BIR (biòlegs interns residents), FIR (farmacèutics interns residents) i 8 LLIR (llevadores internes residents). Hi ha 33 especialitats mèdiques acreditades i 58 places anuals ofertes. El 2008, l'hospital es va reacreditar amb una acreditació de tipus A. Dins dels hospitals de Catalunya pel número de places i número d'especialitats és el cinquè per darrera dels hospitals universitaris de Vall d'Hebrón, Bellvitge, Clínic i Sant Pau.

En relació a la formació continuada, l' HUGTiP disposa de programes de formació per a tots els seus col·lectius. L'any 2008 la Direcció del Centre Corporatiu va decidir que l' HUGTiP fos hospital pilot en la implementació dels projectes estratègics SAP I GACELA. La gestió de la formació SAP i GACELA va ser un repte per a formació continuada, ja que es van dur a terme un elevat número de cursos per formar a tots els professionals de l'hospital. Per aquest motiu, el número d'hores impartides l'any 2008 (8.565) van ser molt superiors a les impartides l'any 2009 (5.243).

L'Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol (IGTP) és l'organisme que engloba la recerca que fan els investigadors de l'hospital i organitza la seva activitat en cinc grans línies: infecto-immuno-inflamació; càncer; tecnologies aplicades a la biomedicina; epidemiologia clínica i molecular, salut pública i salut internacional i innovació clínica i serveis sanitaris. L'Institut és un dels centres espanyols que fa recerca de més qualitat.

Taula 8. Activitat científica de l'IGTP

Anys	2008	2009	2010
Projectes d'investigació actius	114	103	110
Assaigs clínics actius	246	233	176
Investigadors principals	72	71	68
Total publicacions amb factor impacte	405	447	577
Factor impacte total	2.147,659	2.055,060	2.003,48

A principis del 2009, l'IGTP va ser un dels cinc centres de recerca de l'Estat acreditat com a Institut d'Investigació Sanitària, obtenint la certificació de qualitat de l'Instituto de Salud Carlos III, l'organisme del Ministeri de Ciència i Innovació que dona suport i promociona la investigació biomèdica a Espanya.

L' HUGTiP té establerts diferents convenis de col·laboració amb altres proveïdors de serveis sanitaris, entre els quals cal destacar els establerts amb les empreses públiques Institut Català d'Oncologia (ICO), Banc de Sang i Teixits (BST) i Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI). Una altra aliança estratègica important és la que es té amb l'Hospital de l'Esperit Sant, de Santa Coloma de Gramenet, mitjançant la qual els pediatres de l'hospital presten l'atenció neonatològica derivada de l'activitat obstètrica que realitza l'Hospital de l'Esperit Sant. L' HUGTiP dona servei al Codi Ictus, mitjançant una guàrdia mèdica de neurologia mancomunada amb la resta d'hospitals comarcals de la zona: Hospital Municipal de Badalona, Hospital de l'Esperit Sant, Hospital de Mataró i Hospital de Calella. Finalment, l' HUGTiP dona servei d'anatomia patològica integral a l'Hospital Municipal de Badalona i a l'Hospital de l'Esperit Sant.

EL SERVEI D'URGÈNCIES DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

El mes de juny de 1984 es va inaugurar la Unitat d'Urgències de l' HUGTiP. L'obertura d'Urgències va donar un impuls definitiu al desenvolupament de l'hospital, inaugurat l'abril de 1983.

La missió del Servei d'urgències, en consonància amb la de l' HUGTiP, és *oferir una atenció sanitària integral i de qualitat a la demanda d'atenció urgent, en funció de la seva gravetat i dur a terme activitats de docència i de recerca orientades a la millora de la pràctica clínica.*

1. OBJECTIUS

Assistencials

L'objectiu primordial i prioritari del Servei d'urgències és proporcionar la millor assistència possible a tots els pacients que sol·licitin una atenció urgent.

Per assolir aquest objectiu l'activitat assistencial es basa en:

- La prioritització de l'atenció en funció de la demanda existent en cada moment
- La valoració i orientació diagnòstica del pacient (sindròmica inicialment) i l'actitud terapèutica a seguir segons els protocols hospitalaris
- La informació al pacient i familiars referent al procés assistencial
- El clima de confiança en la relació professional - pacient

Docents

La formació en l'àmbit d'urgències és una part molt important en la formació tant de pregrau com de postgrau. L'aprenentatge es basa, fonamentalment, en l'assistència diària, complementada amb el *Curs d'Urgències per a residents*, el *Manual d'urgències* i els *Seminaris* impartits al Servei.

Per tal d'optimitzar la rotació per l'àrea d'urgències dels residents de les especialitats mèdiques i quirúrgiques, cal elaborar un Pla de Formació específic, d'acord amb la Comissió de docència i els tutors de les diferents especialitats.

El programa de Formació Continuada del centre contempla cursos de formació específica pels professionals d'urgències (metges, infermeres, zeladors...)

De recerca

Malgrat les característiques especials del Servei d'urgències, és aconsellable que, com a la resta d'àrees assistencials, es mantingui un nivell d'investigació clínica i epidemiològica que comporti una millora constant dels protocols assistencials i, a la vegada, ens doni una informació aplicable en el futur.

2. RECURSOS HUMANS

El Servei d'urgències està format per professionals de diversos estaments laborals (metges, infermers, administratius, zeladors) que tenen dependències jeràrquiques diferents (Direcció mèdica, Direcció d'infermeria, ...), però que, funcionalment integrats en el Model assistencial d'urgències, són liderats per la Coordinadora del Servei d'urgències.

2.1. Descripció dels recursos humans (2011)

Facultatius

Coordinador d'urgències (1)

Facultatius d'urgències

Els llocs de treball definits actualment són:

- Àrea mèdica:
 - Nivell IV-V: 2 facultatius (1 en torn de jornada completa i 1 en torn de tarda)
 - Nivell II-III: 6 facultatius (amb jornada completa)
- Àrea quirúrgica: 2 facultatius (amb jornada completa)
- Àrea de COT: 2 facultatius (1 en torn de jornada completa i 1 en torn de mati)
- Àrea de ginecologia: 2 facultatius (amb jornada completa)
- Àrea pediàtrica: 2 facultatius (amb jornada completa)
- Unitat de Curta Estada (UCE): 2 facultatius (amb jornada completa)
- Unitat de suport a urgències (USU): 3 facultatius de desembre a març (Pla d'hivern).

Els facultatius adscrits a Urgències, actualment, a les diferents àrees de treball, es detallen en la taula número 9.

Taula 9. Facultatius adscrits a Urgències

Àrees de treball		Llocs de treball	
Coordinació d'urgències		1	
Adjunts	Medicina	Nivell IV - V	2
		Nivell II - III	6
	Cirurgia		2
	COT		2
	Ginecologia		2
	Pediatría		2
	UCE		2
Total		19	

Residents

Triatge: 1 metge resident R1 que rota en torn de matí (fins les 15 h)

1 metge resident R1- R2 de l'equip de guàrdia a partir de les 15 h

Àrea mèdica

Nivell IV - V: 1 metge resident R1 que rota en torn de matí (fins les 15 h)

Nivell II - III: 1 metge resident R1 que rota en torn de matí (fins les 15 h)

UCE : 1 metge resident R2 que rota en torn de matí (fins les 15 h)

Àrea quirúrgica

Nivell II – III : 1 metge resident R1 que rota en torn de matí (fins les 15 h)

EQUIPS DE GUÀRDIA

Facultatius que componen els equips de guàrdia

Metges adjunts del Servei d'urgències

Metges adjunts de plantilla

Metges adjunts amb contracte per a fer guàrdies

Metges residents

Taula 10. Composició dels equips de guàrdia

Servei	FE presència física	MIR presència física	FE localitzable
<i>Cirurgia general</i>	2	1-2	1
<i>Medicina</i>	2	9-10	
<i>Traumatologia</i>	3 (2+1*)	2-3	
<i>Pediatria</i>	3	2-3	
<i>Tocoginecologia</i>	2	2	
<i>Neurocirurgia</i>	1	0-1	1*****
<i>Anestesiologia</i>	3	2	
<i>UCI I i II</i>	3	2	
<i>UCO</i>	1	2	
<i>Radiologia</i>	1	1	
<i>Rad vascular</i>			1
<i>Hematologia</i>	1	1	1
<i>Oncologia</i>	1*		
<i>Anàlisi clínic</i>	1**	1	
<i>Nefrologia</i>	1**	1	
<i>Neurologia</i>	1	1	
<i>Pneumologia</i>	1		
<i>Urologia</i>		1	1
<i>Cir cardíaca</i>			2
<i>Cir pediàtrica</i>			1
<i>Cir vascular</i>		1	1
<i>Endoscòpia dig</i>			1
<i>Farmàcia</i>			1
<i>Microbiologia</i>	1***		
<i>Radioteràpia</i>	1****		
<i>Trasplantament</i>			
<i>Anestèsia</i>			1
<i>Urologia</i>			2
<i>Hemodinàmica</i>			1
<i>SEM</i>	1		

* Presència física fins les 22 h.

** Localitzable a partir de les 22 h.

*** Laborables de 17 a 22 h., dissabtes, diumenges i festius de 9 a 22 h.

**** Laborables

***** En cap de setmana i festius

FE: Facultatiu especialista

MIR: Metge intern resident

UCI: Unitat de Cures intensives

UCO: Unitat Coronaria

SEM: Servei d'emergències mèdiques

Professionals d'infermeria

El professionals d'infermeria adscrits a Urgències, actualment, es detallen en la taula 11.

Taula 11. Professionals d'infermeria adscrits a Urgències

Professionals	Llocs de treball
Adjunta de serveis especials	1
Supervisores	2
Infermeria	52
Auxiliars	26

Zeladors

- Dotació actual: 18 zeladors, repartits en els diferents torns de treball.

Personal administratiu

- Dotació actual:
 - 2 administratives a la Coordinació d'urgències en torn de mati.
 - 2 administratius a Admissió d'urgències per torn de treball.

3. INFRAESTRUCTURES

L'àrea d'urgències generals i pediàtriques es troba ubicada a la planta baixa de l'hospital.

Queden diferenciades les zones següents:

- **Entrada d'urgències**
- **Àrea de recepció** de pacients, amb espai per a zeladors
- **Àrea d'admissió d'urgències**
- **Sala d'espera general**
- **Àrea de triatge**
 - Es disposa d'un despatx de classificació per valorar la prioritat de l'atenció i l'especialitat.

- **Àrea de nivell IV-V**

Es disposa de 3 despatxos (2 de consulta mèdica i 1 d'infermeria) i d'una sala d'espera pròpia.

Punt d'assistència per a pacients de l'àrea mèdica que, en principi, requereixen una atenció no complexa.

- **Àrea de nivell II-III, per a medicina / cirurgia**

Consta de 18 boxes (12 mèdics i 6 quirúrgics) i tres controls d'infermeria.

- **Àrea de nivell I (sala d'atenció immediata)**

Capacitat per a 2 pacients.

Punt d'assistència per a pacients en situació d'emergència.

- **Sales d'observació**

En l'actualitat es disposa de 2 petites sales rehabilitades per a l'atenció i seguiment de l'evolució de pacients.

- **Àrea de traumatologia**

Consta de 6 boxes generals, 2 sales de guixos, 1 box per a l'atenció de pacients polifracturats, 1 sala de cures, 1 control d'infermeria, i 1 sala d'espera pròpia.

- **Unitat de curta estada d'urgències (UCE)**

Espai assistencial amb 20 llits adscrits al Servei d'urgències amb la funció de donar suport a l'àrea d'urgències durant tot l'any. Actualment ubicada en la desena planta.

- **Unitat de suport a urgències (USU)**

La Unitat de Suport a Urgències és un dispositiu assistencial addicional, creat per poder donar resposta a l'increment de la demanda a urgències registrat durant el període d'hivern (Pla d'hivern). El seu funcionament és doncs estacional . El calendari i capacitat de la USU s'ha adaptat cada any a les necessitats assistencials. Actualment, s'ubica en la desena planta.

- **Àrea de pediatria**
Consta de 5 boxes, 1 sala d'atenció immediata i 1 control d'infermeria.
- **Quiròfan de sèptics**
- **Àrea de radiologia simple**
- **Quiròfans d'urgències (2)** i 7 llits de reanimació situats a la primera planta

L'àrea de ginecologia -obstetrícia es troba a la planta 1^a de l'edifici maternal.

Queden diferenciades les zones següents:

Dos boxes de visita, 4 de registre, 4 de dilatació, 3 sales de parts, 1 quiròfan per a cesària i una sala de despertar.

ALTRES ÀREES D'URGÈNCIES/ÀREES DE SUPORT

- **Despatx d'informació de familiars**
- **Sala de dol**
- **Despatxos no assistencials**
Coordinació d'urgències i administratives (1)
Supervisora (1)
Sala de reunions i despatx de treball mèdic (1)

4. ACTIVITAT

4.1 Activitat assistencial

En l'activitat assistencial del Servei d'urgències s'ha observat un canvi de tendència respecte als últims anys. Així, s'ha objectivat una disminució del total de les urgències ateses a partir de l'any 2007. També s'intueix que s'ha produït un augment de la complexitat, com correspon a un hospital de referència i d'alta tecnologia com el nostre.

4.1.1. Activitat assistencial d'urgències

En el Servei d'urgències s'han atès, l'any 2010, un total de 104.328 pacients, xifra que representa un decrement del 5,5% respecte a l'any anterior.

L'activitat assistencial d'urgències en els dos últims anys queda reflectida en la taula 12.

Taula 12. Activitat assistencial d'urgències

Activitat	2009	2010	Variació 2009-2010 (%)
Total d'urgències	110.405	104.328	- 5,5
Mitjana diària	303	286	- 5,5
Urgències ingressades (%)	11,6	11,8	0,26
Pressió d'urgències	53,24	51,92	- 2,37
Temps global de permanència	3:56	3:28	-5,59

La **mitjana diària** és de **286** pacients, i es reparteix a les diferents àrees assistencials de la forma reflectida en la taula 13:

Taula 13. Mitjana diària d'urgències per especialitat

Àrees de treball	2009	2010
Medicina	86	91
Pediatría	85	75
C. Ortopèdica i Traumatologia	51	45
Cirurgia general	18	16
Obstetrícia	23	23
Ginecologia	18	17
Urologia	11	9
C. Vascular	5	4
Neurologia	3	4
Neurocirurgia	2	2

Les **urgències ingressades** són el **11,89 %** (+0,26% respecte a l'any anterior), xifra que es manté dins dels estàndards de qualitat (10-12%).

La **pressió d'urgències** és del **51,92 %** amb una **disminució del 2,37%** respecte l'any anterior.

El **temps global de permanència** a urgències ha estat de **3:28** hores (5,6% menys que l'any anterior).

4.1.2 Activitat assistencial de la Unitat de curta estada (UCE)

L'activitat assistencial de la UCE durant l'any 2010 ha estat la següent:

Altes totals 1594 pacients

Altes externes: 1210 pacients

Estada mitjana: 4,14 dies

Ocupació: 89 %

4.1.3. Activitat assistencial de la Unitat de suport a urgències (USU)

Com s'ha esmentat, la USU és un dispositiu assistencial addicional creat per poder donar resposta a l'increment de la demanda a urgències registrat durant el període d'hivern. El calendari i capacitat de la USU s'ha adaptat a les necessitats assistencials observades.

Calendari i dotació del període 2009-2010:

Obertura de la USU a 9/12/09 amb 10 llits

A dia 11/1/10 i fins 16/4/10: ampliació fins a 20 llits

De 17/4/10 fins a 7/5/10: 10 llits

Activitat assistencial 2009-2010:

Altes: 383 pacients

Estada mitjana: 4,8 dies

Percentatge d'ocupació: 76%

Mitjana d'altres diàries: 2,56 altes/d

4.2. *Activitat Docent*

4.2.1. **Sessions Clíniques del Servei**

- En l'àrea mèdica del Servei es duen a terme Sessions clíniques, amb una periodicitat setmanal, en la que s'analitzen casos clínics i s'actualitzen els temes tractats. Hi participen tots el facultatius de l'àrea mèdica i els residents que roten per Urgències.
- En l'àrea mèdica del Servei es duen a terme Sessions de radiologia de tòrax, amb una periodicitat mensual, amb la participació del Servei de radiologia.

4.2.2. **Curs d'urgències**

XVIIIè Curs d'actualització de l'atenció urgent en l'àmbit hospitalari

Objectiu general del curs

Actualitzar l'actuació i el tractament davant la malaltia aguda urgent

Objectius específics o d'aprenentatge del curs

Consensuar pautes d'actuació de l'atenció urgent

Cohesionar el treball diari dels diferents facultatius que intervenen en l'atenció del procés agut

Potenciar el treball en equip

Donar pautes d'actuació homogènies als professionals que comencen la seva activitat en un Servei d'urgències

Metodologia:

Classes teòrico-pràctiques i participatives (presentació de casos clínics)

Nombre d'hores de l'activitat : 80

Professorat i qualificació professional:

42 Facultatius especialistes (dels diferents serveis del centre)

Activitat acreditada pel Consell Català de la Formació Mèdica Continuada – Comisió de Formació Continuada del Sistema Nacional de Salut amb 8,80 crèdits.

4.2.3. Seminaris impartits al Servei

Durant l'any 2010, s'ha instaurat la realització de seminaris formatius adreçats, principalment, als residents de primer i segon any que efectuen la seva rotació per Urgències. Aquests seminaris són impartits pels facultatius especialistes de l'àrea mèdica en franges horàries de matí (de 8h a 9h) i tarda (de 16h a 17h), amb un enfocament eminentment pràctic. El seu objectiu és consolidar els conceptes bàsics de les malalties més prevalents de l'àrea mèdica (cardiopatia isquèmica, exacerbació de la MPOC, insuficiència cardíaca, arítmies, cefalees...) així com de les exploracions complementàries bàsiques (interpretació de la radiologia de tòrax, electrocardiograma, etc).

4.2.4. Curs d'atenció urgent per a l'atenció primària

Aquest any 2010 s'ha impartit el *Curs d'Urgències per a l'Atenció Primària* adreçat al personal sanitari en el Centre d'atenció primària Ocata-Teià, i amb una durada de 20 hores.

4.2.5. Altres

➤ *Accions de formació rebudes*

Diferents facultatius del Servei d'urgències han participat en cursos de formació:

- Taller d'Informació i Comunicació per a professionals d'urgències
- Tractament de la hiperglucèmia intrahospitalària
- Processos sanitari a Catalunya: El desordre sanitari té cura
- Desenvolupament del Projecte Argos de l'ICS
- Prescripció electrònica assistida: Silicon
- Jornada de Benchmarking del Grup ICS
- V Jornada CEAS 2010
- XII Symposium Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Curs de formació en Ecografia d'urgències

Totes aquestes activitats es recullen, amb més detall, en la Memòria de producció científica 2010 del Servei d'urgències.

4.3. Producció científica i activitat Investigadora

4.3.1. Tesis doctorals llegides

Títol: Legionel·losi nosocomial: reconeixement d'una problemàtica i aspectes preventius

Doctorand: Josep M^a Mòdol Deltell

Director: Miquel Sabrià Leal

Data de defensa: 1-2-2010

Qualificació: Excel·lent. Cum laude

Títol: Factores predictivos de infección bacteriana, bacteriemia y gravedad en pacientes con sospecha de infección en urgencias

Doctorand: Pere Tudela Hita

Director: Jordi Tor Aguilera

Data de defensa: 30-06-2010

Qualificació: Excel·lent. Cum laude

4.3.2. Manual d'Urgències

El Manual d'Urgències té com a objectiu fonamental donar unes pautes d'actuació homogènies per a l'assistència en l'àmbit d'urgències. També, vol ser un llibre que es pugui considerar una eina útil i actualitzada i que contribueixi a la coordinació interna, atès que incorpora a molts professionals en un mateix projecte, donant més cohesió al treball del dia a dia.

Enguany s'ha actualitzat el temari del Manual d'Urgències (Manual 2011), responnent als canvis de la demanda urgent que s'han viscut en els últims anys. Així mateix, s'ha reforçat la participació de les diferents especialitats del nostre hospital amb l'elaboració i introducció en el Manual de protocols d'actuació consensuats.

4.3.3 Publicacions

- P.Tudela, A.Lacoma, C.Prat, JM.Mòdol, M.Giménez, J.Barallat, J.Tor. Predicción de bacteriemia en los pacientes con sospecha de infección en urgencias. Medicina Clínica. 2010; 135(15): 685-690.

- MD.López, A.Segura, J.Bechini, A.Carreres. Agenesia parcial de pericardio con herniación de la orejuela de la aurícula izquierda: a propósito de un caso. Medicina Clínica. 2010.

4.3.4. Comunicacions a Congressos

- MJ.Rego, B.Vilaseca, I.Casacuberta, E.Davant , M.Monreal, A.Carreres. Circuit ambulatori en la trombosi venosa profunda (TVP). Qualitat assistencial garantida. 17è Congrès Nacional Català d'Urgències i Emergències. Sant Fruitós de Bages. 18 i 19 de març de 2010.
- MD López-Lajarín, H.Guardiola, MJ Domínguez, A.Segura, D.Vilar, A. Carreres. Influenza H1N1: experiència de la pandèmia al Servei d'urgències d'un hospital terciari. 17è Congrés Nacional Català d'Urgències i Emergències. Sant Fruitós de Bages. 18 i 19 de març de 2010.
- MJ Domínguez, MD López, A. Segura, E.Davant, S.Blanco, A Carreres. Influenza H1N1: experiencia de la pandemia en un servicio de urgencias de un hospital terciario. XIV Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Barcelona. 19-22 de maig de 2010.
- MJ Domínguez, MD López, A.Segura, M.García-Fuster, L.Fuenzalida, A Carreres. Influenza H1N1: experiencia de la pandemia en un Servicio de urgencias de un hospital terciario. XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Pamplona. 16 - 18 de juny de 2010.
- MJ.Rego , B.Vilaseca, I.Casacuberta , E.Davant , M.Monreal, A.Carreres. Circuito ambulatorio en la trombosis venosa profunda (TVP). Calidad asistencial garantizada. XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Pamplona. 16 - 18 de juny de 2010.

4.3.5. Assaigs clínics

En aquest període s'ha realitzat un assaig clínic, reflectit en la taula 14.

Taula 14. Assaigs clínics

ASSAIGS CLINICS	RESPONSABLE	COL-LABORADORS
Estudio sobre uso combinado de analgésicos en Urgencias	Dra. A. Carreres	Adjunts d'Urgències

4.4. Activitat Organitzativa

L'activitat organitzativa queda reflectida en la taula 15.

Taula 15. Activitat organitzativa del Servei d'urgències

Sessions i reunions	PERIODICITAT	RESPONSABLE	PARTICIPANTS
Organitzatives/ informatives	Quinzenals	Coordinadora d'urgències	Tots els adjunts d'urgències
Organitzatives / operatives	Segons necessitats	Coordinadora d'urgències	Adjunta i supervisora d'infermeria
Reunions de grups de treball (GT)	Segons necessitats	Coordinadora d'urgències Supervisora d'infermeria	En funció del GT (metges i personal d'infermeria)
Reunions amb infermeria	Trimestral/ Segons necessitats	Supervisora d'infermeria Coordinadora d'urgències	Tots excepte els que estan en torn laboral

4.5. Participació Institucional

Els membres del Servei participen en els següents òrgans institucionals:

Junta Clínica, Junta Facultativa, Comissió d'Urgències, Comissió de Reanimació cardiopulmonar, Comissió de Qualitat assistencial, Comissió de Mortalitat, Comissió de Docència, Comissió d'Infeccions, Comissió de Trasplantaments, Comitè d'Ètica Assistencial (CEA), Comissió de Farmàcia, Comissió de Documentació Clínica.

HIPÒTESI

L'atenció a les urgències i emergències sanitàries ocupa un lloc destacat en el sistema sanitari tant des de la perspectiva assistencial pròpiament dita com per l'impacte social que comporta. La percepció sobre "el sistema d'urgències" condiona, en gran mesura, l'opinió dels ciutadans respecte a la qualitat dels serveis de salut.

Els serveis d'urgències hospitalaris tenen unes característiques pròpies que els fa diferents de la resta de serveis: són serveis *permanents*, han de garantir els recursos adequats per donar resposta a la demanda d'atenció tots els dies de l'any i durant les 24 hores del dia; són serveis *oberts*, accessibles per a tots els usuaris; els *equips humans* d'urgències son rotatoris i multidisciplinaris; la demanda assistencial pot ser deguda a problemes de salut molt diversos, mèdics i quirúrgics, greus i menys greus, propis de superespecialitats o generals; són serveis que han de respondre a la quotidianitat dels pics d'afluència, als increments de demanda estacionals i a l'excepcionalitat de les emergències col·lectives i les situacions de catàstrofe. Aquestes característiques, inherents als serveis d'urgències, fan que la seva organització sigui complexa.

La *hipòtesi plantejada* en aquest treball és:

- El funcionament i l'eficiència del Servei d'Urgències de l'HUGTiP poden millorar si s'analitzen els problemes més rellevants i si s'apliquen accions de millora. D'aquesta manera, es podrà oferir una atenció sanitària d'alta qualitat i aconseguir la satisfacció dels usuaris i dels professionals.
- Amb l'aplicació de les accions de millora, el Servei d'Urgències de l'HUGTiP pot convertir-se en una àrea assistencial d'excel·lència.

OBJECTIUS

Els objectius de la tesi són els següents:

- 1.- Fer una anàlisi que permeti identificar tant els problemes més rellevants del procés d'atenció urgent en l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol com les seves causes principals i les oportunitats de millora.
- 2.- Proposar i implementar accions de millora, en el Servei d'urgències de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, en relació als problemes identificats i a les seves causes.
- 3.- Proposar uns indicadors clau d'activitat, funcionament i qualitat per a l'avaluació dels resultats aconseguits amb la implementació de les accions de millora.
- 4.- Comparar la situació inicial amb els resultats obtinguts després de la implementació de les accions de millora (evolució dels indicadors).

METODOLOGIA

El projecte es desenvolupa durant el període de 2005 a 2011 iniciant-se l'avaluació del procés d'atenció urgent el juny de 2005. Es du a terme una anàlisi dels problemes més rellevants de les urgències hospitalàries tenint en compte les tres fases que componen el procés d'atenció urgent (entrada, procés assistencial i sortida). En funció de la problemàtica detectada es proposen unes accions amb l'objectiu de millorar el funcionament del Servei d'Urgències de l'HUGTiP per obtenir una atenció de qualitat. Per poder avaluar els resultats aconseguits amb la implementació de les accions de millora descrites cal disposar d'uns indicadors clau d'activitat, funcionament i qualitat que, juntament amb les enquestes de satisfacció dels usuaris, són les variables analitzades en el present treball.

ANÀLISI DE LA SITUACIÓ. IDENTIFICACIÓ DE PROBLEMES I CAUSES

Per a dur a terme l'anàlisi dels problemes més rellevants de les urgències hospitalàries s'ha seguit el següent procediment de treball:

- Recopilació d'informació respecte a la situació de les urgències hospitalàries a Catalunya i l'Estat Espanyol (recerca bibliogràfica).
- Formació d'un grup de treball intern per realitzar l'anàlisi del procés d'atenció urgent en el nostre hospital.

La revisió de les evidències escrites i l'experiència després d'anys de desenvolupar diferents tasques relacionades amb l'atenció urgent, permeten identificar i classificar els principals problemes que planteja la xarxa d'atenció a urgències. Així mateix, es poden identificar i classificar els principals problemes d'un dispositiu concret, com és el Servei d'urgències de l'hospital Universitari Germans Trias i Pujol. És a partir de l'anàlisi específica d'aquests problemes i les seves causes que es poden proposar i implementar accions de millora.

L'anàlisi del procés d'atenció urgent al Germans Trias parteix de la valoració de les tres fases que componen el procés, des del seu inici, en el moment que es genera

la demanda, fins al final, quan el pacient arriba a la seva destinació. Aquestes fases són:

- *Entrada/ Accés:* integrat pel pacient i els diferents professionals que generen la demanda als serveis d'urgències hospitalaris.
- *Procés assistencial:* integrat per tots els elements estructurals i funcionals de l'hospital relacionats amb l'atenció urgent. En aquesta fase té lloc el procés assistencial que s'inicia en el moment que el pacient arriba a l'hospital i es perllonga fins que es dona d'alta clínica del servei d'urgències, independentment de la destinació que se li assigni.
- *Drenatge/ Sortida:* constituït per tots els elements estructurals i funcionals que intervenen després de l'alta clínica del servei d'urgències, ja sigui a l'àmbit hospitalari, sociosanitari, d'atenció primària o domiciliària.

Atenció urgent

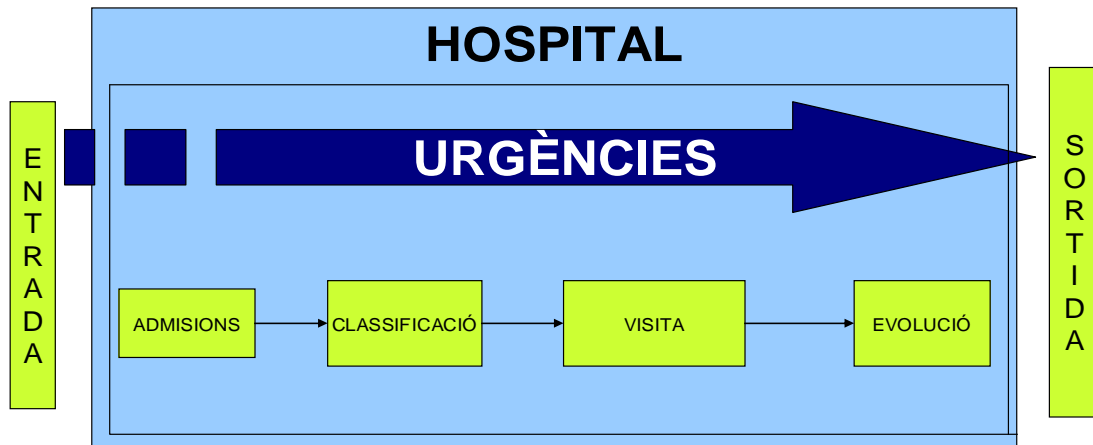


Figura 6. Fases del Procés d'atenció urgent

Una manera d'identificar els punts crítics consisteix a descriure els components i les fases del procés d'atenció a la urgència i situar els problemes concrets en el lloc corresponent.

IDENTIFICACIÓ DE PROBLEMES I CAUSES

1.- ENTRADA / ACCÉS

PROBLEMES	CAUSES
<i>Demanda inadequada</i>	
Demanda espontània (pacients que consulten per iniciativa pròpia)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desconeixement per part del pacient de les alternatives possibles a l'atenció urgent ▪ Alternatives (atenció continuada) més incòmodes i percebudes com a menys resolutives
Derivació des d'Atenció Primària	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps d'espera excessiu (visita, proves complementaries) ▪ Capacitat de resolució ▪ Manca de coordinació entre nivells assistencials
Derivació del propi hospital Utilització del servei d'urgències per a realització d'ingressos "freds", exploracions no urgents, visites de control, tractaments "programables"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca o no seguiment de la política d'ingressos ▪ Indefinició de circuits ▪ Manca d'hospital de dia polivalent ▪ Manca de consultes de diagnòstic ràpid
Derivació d'altres hospitals Per exploracions, per tancament de llits, per manca de llits de crítics, derivació de malalts crònics o terminals	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca de protocols de derivació consensuats entre els centres hospitalaris
Trasllat per part de SEMSA/ 061 de pacients sense seguir el criteri territorial i/o sense criteris de terciarisme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca de directrius específiques ▪ Manca de planificació
<i>Demanda evitable</i>	
Pacients geriàtrics, fràgils i/o crònics que pateixen descompensacions agudes no greus de les seves malalties o presenten situacions intercurrents (que provenen tant del seu domicili com de residències, centres sociosanitaris, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultats o impossibilitat per derivar els pacients als dispositius d'AP, tant per problemes de mobilitat dels pacients com per falta d'adequació d'aquests dispositius. ▪ Franges horàries sense cobertura assistencial extrahospitalària. ▪ Derivació de problemes lleus per no resolució "in situ".
Pacients en situació terminal/ en últims dies de vida (que provenen tant del seu domicili com de residències, centres sociosanitaris, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca de pronòstic establert ▪ Manca de pla d'acció (planificació de cures adients per part de l'equip mèdic responsable) ▪ Angoixa de familiars/ claudicació familiar
<i>Aparició de brots epidèmics</i>	
Saturació per aparició de brots epidèmics	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca d'alerta epidemiològica ▪ Manca de plans específics per part de l'hospital

Taula 16. Problemes i causes de la fase d'entrada

2.- PROCÉS ASSISTENCIAL

PROBLEMES	CAUSES
Recepció	
Demora en la introducció de les dades de filiació del pacient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lentitud en el tràmit administratiu d'introduir les dades en el sistema informàtic
Acumulació de pacients en l'àrea de recepció	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estructura arquitectònica inadequada
Classificació	
Classificació no sistemàtica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classificació a càrrec d'un metge en període de formació (resident) ▪ Horari incomplet ▪ Classificació no homogènia (variabilitat en funció de l'especialitat assignada)
Atenció en nivell IV-V	
Demora per a l'atenció	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca d'adequació entre la demanda i l'estructura assistencial ▪ Manca de percepció de la classificació com a part de l'atenció mèdica per part del pacient i acompanyants
Demores en la realització del diagnòstic	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excessiva sol·licitud de proves (per manca de protocols, metges en període de formació, medicina defensiva, "purisme diagnòstic") ▪ Lentitud dels circuits de trasllat per fer les proves complementàries ▪ Demores en les actuacions dels serveis centrals
Situació d'espera en condicions no adequades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca d'àrea d'observació ▪ Ubicació de pacients de nivell III
Atenció en nivell II - III	
Demores per a l'atenció	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficients número de boxes ▪ Poca rotació dels boxes
Demora en el diagnòstic / temps de permanència elevat/retard en el procés assistencial (depenent de l'organització interna del servei)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenció per metges en formació ▪ Demora de la resposta a les consultes fetes a d'altres especialistes ▪ Demores en les actuacions dels serveis centrals ▪ Medicina "defensiva" ▪ "Purisme diagnòstic" ▪ Rotació elevada dels professionals encarregats de l'atenció urgent
Ocupació de boxes per pacients en espera de resultats o resolució clínica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dèficit d'àrees d'observació
Permanència als boxes de malalts amb requeriments elevats de cures	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dèficit de llits de crítics (UCI) ▪ Dèficit de llits de semicrítics ▪ Insuficient "ràtio" professional/pacient en les plantes d'hospitalització

Repeticions de part del procés amb els canvis de guàrdia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dèficit en la transmissió d'informació entre professionals als canvis de torns o passi de guàrdia
Franges horàries ineficients (amb disminució de la presència física de professionals)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca de contemplació de temps no assistencial, en la definició dels llocs de treball ▪ Discontinuitat pels canvis de torns en personal no sanitari/de suport
Elevat trànsit de familiars per l'àrea assistencial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disseny inadequat de l'àrea ▪ Manca de definició de circuits per a familiars
Espera/observació de malalts en sales no adequades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dèficit d'àrees d'observació ▪ Dificultat de drenatge
Diferents fases del procés assistencial	
Manca d'informació clínica i logística al pacient i acompanyants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professionals poc sensibilitzats vers la informació del pacient, com a part de l'acte assistencial
Manca de respecte a la intimitat del pacient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espais no dissenyats per garantir la intimitat ▪ Els professionals amb poca "cultura" del respecte a la intimitat
Dificultat en la relació metge - pacient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metges en període de formació ▪ Sobrecàrrega de treball ▪ Estat emocional del pacient davant del procés urgent
Variabilitat en la pràctica clínica/assistencial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca de protocols d'actuació consensuats
Dificultat en el tractament de determinada tipologia de pacients (problemàtica social, agressivitat, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca de professionals de Treball social assignats a urgències ▪ Personal poc expert en la cura dels malalts psiquiàtrics
Informació clínica insuficient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca d'informatització del procés assistencial d'urgències
Model de gestió del Servei d'urgències no definit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca de definició de la dependència jeràrquica i funcional de tots els professionals que intervenen en el procés d'atenció urgent ▪ Manca de la normativa de funcionament
Recursos humans/Clima laboral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca de professionals ▪ Variabilitat en la formació i/o capacitat ▪ Elevada pressió assistencial ▪ Precarietat del tipus de contractació
Dissociació entre la dinàmica de funcionament del servei d'urgències i el funcionament global de la resta de serveis hospitalaris	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baix grau d'implicació dels directius i comandaments amb els serveis d'urgències

Taula 17. Problemes i causes del procés assistencial

3.- DRENATGE/SORTIDA

PROBLEMES	CAUSES
Alta a domicili	
Demora de la família per traslladar el pacient al seu domicili	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficiències en la informació tramesa a la família
Manca de suport familiar/ problemes socials (dificultat per donar d'alta a persones grans que viuen soles)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca d'identificació precoç de la problemàtica socio-familliar existent ▪ Manca de professionals de Treball social assignats a urgències ▪ Desconeixement dels recursos existents
Ingrés hospitalari	
Demora per ingrés en planta d'hospitalització / temps d'espera per a l'hospitalització perllongat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absència d'una política d'ingressos pròpia del centre que asseguri la correcta gestió dels llits d'hospitalització ▪ Manca de coordinació amb la Unitat d'admissions ▪ Manca de llits
Demora per ingrés en Unitats de crítics	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absència d'una política d'ingressos pròpia del centre que asseguri la correcta gestió dels llits d'hospitalització ▪ Manca de coordinació amb la Unitat d'admissions ▪ Manca de llits
Al propi hospital	
Dificultats o impossibilitat d'accés a dispositius alternatius a l'hospitalització convencional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dèficit d'hospitals de dia polivalents, específics ▪ Dèficit de consultes de diagnòstic ràpid/preferents ▪ Dèficit de dotació/ capacitat d'actuació de la Unitat d'hospitalització a domicili
Derivació a altres hospitals	
Dificultat de trasllat a hospitals comarcals	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca de protocols de derivació consensuats ▪ Manca de llits
Dificultat de trasllat a centres socio-sanitaris, de subaguts	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca d'alternatives que donin resposta immediata per evitar ingressos en hospital d'aguts ▪ Manca de protocols de derivació consensuats ▪ Manca de llits
Drenatge	
Demora en el trasllat amb ambulància	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sortida d'urgències considerada com a "transport no urgent/ ordinari"
Dèficit en la continuïtat assistencial / en la transmissió d'informació	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manca de protocols de coordinació consensuats (AP, altres hospitals, altres centres) ▪ Manca de seguiment coordinat del compliment dels protocols

Taula 18. Problemes i causes del drenatge

ACCIONS DE MILLORA

Un cop analitzada la situació del Servei d'urgències de l'HUGTiP, identificats els problemes principals i les seves causes cal planificar les mesures més eficaces i més factibles a implementar que anomenarem *accions de millora*.

Les *accions de millora* proposades tenen els següents objectius generals:

- Proporcionar una assistència resolutiva, de qualitat i seguretat i eficient amb una mínima variabilitat clínica.
- Prioritzar adequadament les demandes d'atenció urgent disposant d'un sistema de classificació dels pacients homologat i comparable i amb nivells màxims de seguretat.
- Aconseguir la màxima satisfacció dels pacients atesos.
- Aconseguir uns fluxos d'entrada d'acord amb la política territorial de l'àrea.
- Agilitar el flux dels pacients atesos cap a altres dispositius garantint el "continuum assistencial".
- Garantir la coordinació intrahospitalària.
- Potenciar la formació i satisfacció dels professionals.

Les accions de millora contempnen les tres fases del procés d'atenció urgent, en relació als problemes identificats i a les seves causes, i estan relacionades, fonamentalment, amb

1.- Mesures de gestió interna i organització del Servei d'urgències

1. 1. Recursos humans. Organització dels facultatius d'urgències.
1. 2. Elaboració de la Normativa de funcionament
1. 3. Elaboració de Protocols generals d'actuació
1. 4. Millora de la comunicació i de la informació a pacients i familiars
1. 5. Potenciació de la formació i de la docència
1. 6. Elaboració de Plans específics

2.- Mesures de gestió hospitalària general

2. 1. Implicació de la Direcció del centre
2. 2. Elaboració i seguiment de la Política d'ingressos

3.- Mesures per millorar la coordinació intrahospitalària

3. 1. Coordinació amb altres serveis assistencials
3. 2. Coordinació amb els serveis centrals i de suport
- 3.3. Posada en funcionament, potenciació i seguiment de la Comissió d'urgències

4.- Millores estructurals i d'equipament

5.- Millores dels sistemes d'informació

6.- Accions sobre els fluxos d'entrada

7.- Mesures per millorar la sortida d'urgències

Per a la descripció de la implementació i el seu desenvolupament, les accions de millora s'han agrupat, segons la seva prioritat, en mesures a curt (2005-2007), mig (2008-2009) i llarg termini (2010-2011).

MESURES A CURT TERMINI (2005 – 2007)

1.- Mesures de gestió interna i organització del Servei d'urgències

1.1. Recursos humans. Organització dels facultatius d'urgències.

L'organització dels recursos humans (RRHH) a urgències s'ha identificat, reiteradament, com un dels condicionants de la ineficiència d'alguns serveis. En aquest sentit, l'any 2005 es van iniciar com a prioritàries, al Servei d'urgències de l'HUGTiP, una sèrie de mesures per tal de millorar l'organització dels professionals que hi treballaven.

- *Definició dels llocs de treball*

L'equip de professionals del Servei d'urgències ha d'estar adequadament dimensionat en funció de les necessitats assistencials. Per aquest motiu, l'any 2005 es van definir els llocs de treball, tal i com es recull en [l'annex 1](#). Com a conseqüència d'aquesta acció de millora es va aconseguir

- La incorporació d'un facultatiu, a nivell IV-V, en torns de matí i tarda
- La dotació adequada de facultatius a nivell II de les àrees mèdica, quirúrgica, traumatològica i pediàtrica
- L'adequació dels recursos d'infermeria
- La reassignació i vinculació dels facultatius de la base SEM de l'hospital al Servei de Medicina intensiva

- *Distribució de tasques dels diferents llocs de treball*

Per tal que l'activitat dels llocs de treball fos equitativa entre els facultatius es van elaborar els documents següents

- ✓ Normes de funcionament en Nivell II de l'àrea mèdica ([Annex 2](#))
- ✓ Distribució i tutela de residents en boxes i UCE

- *Professionalització dels facultatius*

L'any 2005, es va formalitzar la contractació de facultatius a l'àrea d'urgències, atenent a la definició dels llocs de treball acceptats per la Direcció.

- *Realització periòdica de Sessions organitzatives del Servei*

Al juny del 2005, es van iniciar les sessions organitzatives del Servei, amb periodicitat setmanal i amb la finalitat d'informar dels objectius anuals

d'urgències, de fer partícip a tot l'equip de les tasques que duïen a terme els diferents grups de treball i de realitzar l'anàlisi periòdica del funcionament intern. En aquestes sessions es transmet als facultatius del servei la informació estratègica marcada per la Direcció del centre per tal d'aconseguir la seva implicació.

- *Creació i seguiment de Grups de treball interdisciplinaris*

Amb els objectius de consensuar línees d'actuació conjunta i millorar el clima laboral es van crear diferents grups de treball (GT) interdisciplinaris:

- ✓ GT d'Acollida del pacient i gestió de l'espai
 - ✓ GT de Recepció de pacients crítics
 - ✓ GT d'Atenció als pacients d'especialitats (neurologia, hematologia, pneumologia)
 - ✓ GT de Definició del circuit d'ingrés
- *Definició de l'estructura de la guàrdia (mapa de guàrdies 2005)*

L'any 2005 es va definir l'estructura de guàrdia hospitalària, de manera consensuada amb les diferents especialitats i amb la Direcció i es va elaborar el *Mapa de guàrdies 2005* ([Annex 3](#)).

Com a conseqüència d'aquesta acció de millora cal assenyalar

- La incorporació del segon adjunt a la guàrdia de medicina
 - La posta en marxa de la guàrdia específica de neurologia pels residents sèniors
- *Elaboració de la Memòria anual del Servei*

L'any 2007 es va elaborar la primera memòria global del Servei d'urgències, *Memòria 2006-2007* ([Annex 4](#)). Aquest exercici va suposar l'inici del registre, sistemàtic i rigorós, de l'activitat assistencial, docent i de la producció científica del Servei. Des de llavors, s'ha elaborat anualment la memòria del Servei.

1. 2. Elaboració de la Normativa de funcionament

L'any 2005 es va elaborar el document "*Model de gestió del Servei d'Urgències*" ([Annex 5](#)) en el qual s'establien les primeres directrius d'organització i

funcionament del Servei. Aquest document va suposar l'esborrany de la futura Normativa de funcionament d'Urgències.

1. 3. Elaboració de Protocols generals d'actuació

La necessitat d'homogeneïtzar els criteris d'atenció és, sens dubte, més evident als serveis d'urgències on els equips són multidisciplinaris i on cal prendre, contínuament i de forma ràpida, decisions importants, mantenint al màxim la qualitat assistencial. D'altra banda, una de les mesures amb més impacte sobre el funcionament global d'un hospital, i tasca específica del Servei d'urgències, és l'adequació del criteri d'ingrés.

Per això, professionals del Servei d'urgències i d'altres serveis hospitalaris van elaborar conjuntament una sèrie de protocols consensuats d'actuació. Alguns d'aquests protocols inclouen la derivació de pacients amb malalties que "clàssicament" havien requerit ingrés a circuits ambulatoris, garantint, sempre, la seguretat clínica del pacient i la qualitat assistencial.

Els protocols elaborats, els anys 2005 i 2006, varen ser:

- *Per disminuir la variabilitat en l'actuació*
 - ✓ Protocols de classificació general ([Annex 6](#))
 - ✓ Protocols de classificació de COT
 - ✓ Protocols d'actuació a nivell IV – V ([Annex 7](#))
 - ✓ Protocol de Reanimació cardio-pulmonar
- *Per adequar el criteri d'ingrés*
 - ✓ Protocol de la malaltia tromboembòlica venosa (MTV) i circuit ambulatori pels pacients amb trombosi venosa profunda ([Annex 8](#))
 - ✓ Protocol de pneumònies i circuit ambulatori específic
 - ✓ Protocol de febre en pacients amb neutropènia i circuit ambulatori específic ([Annex 9](#))
 - ✓ Protocol de fibril·lació auricular (FA) de debut i circuit ambulatori específic ([Annex 10](#))
- *Per millorar la seguretat clínica*
 - ✓ Circuit de pacients donats d'alta des del Servei d'urgències i amb resultat d'hemocultiu positiu ([Annex 11](#))

1. 4. Millora de la comunicació i de la informació a pacients i familiars

- *Elaboració i difusió del Tríptic informatiu propi del Servei*
- *Incorporació de la figura de la “Facilitadora” a urgències*

L'any 2005 el Servei d'urgències va incorporar la figura de la Facilitadora d'urgències, amb dependència de la Unitat d'atenció a l'usuari (UAU) i amb la funció principal de millorar la informació dels pacients i familiars i la qualitat percebuda. Les funcions específiques de la Facilitadora queden reflectides en [l'annex 12](#).

- *Elaboració i difusió de Fulls informatius per a la UCE i la USU*
- *Elaboració i difusió de Fulls informatius per a pacients que han de ser traslladats ([Annex 13](#))*

1. 5. Potenciació de la formació i de la docència

- *Realització periòdica de Sessions clíniques del Servei*

L'any 2005 es van iniciar, en l'àrea mèdica del Servei, les Sessions clíniques, amb una periodicitat setmanal, en les que s'analitzen casos clínics i s'actualitzen els temes tractats. Hi participen tots el facultatius de l'àrea mèdica i els residents que roten per Urgències. També es van començar les Sessions de radiologia de tòrax, amb una periodicitat mensual i amb la participació del Servei de radiologia.

- *Planificació de la formació dels residents*

Per tal d'optimitzar la rotació dels residents de les especialitats mèdiques i quirúrgiques per l'àrea d'urgències, el gener de 2006, es va elaborar un Pla de Formació específic, d'acord amb la Comissió de docència i els tutors de les diferents especialitats ([Annex 14](#)).

- *Organització i realització del Curs anual de residents*

El curs de residents es du a terme anualment amb els objectius de consensuar pautes d'actuació de l'atenció urgent, cohesionar el treball diari dels diferents facultatius que intervenen en l'atenció del procés agut, potenciar el treball en equip i donar pautes d'actuació homogènies als professionals que comencen la seva activitat en un Servei d'urgències.

L'any 2006 el curs va comptar amb les novetats de l'actualització del temari i d'un enfocament més pràctic

- *Creació del Grup de treball per a l'actualització del Manual d'urgències*

El Manual d'Urgències, editat per primer cop l'any 1993, té com a objectiu fonamental donar pautes d'actuació homogènies per a l'assistència en l'àmbit d'urgències. També, vol ser una eina de treball útil i actualitzada i que contribueixi a la coordinació interna.

L'any 2007 es va crear el GT amb els objectius següents

- ✓ Revisió del temari
- ✓ Elaboració i introducció en el Manual de protocols d'actuació consensuats amb altres serveis

1. 6. Elaboració de Plans específics

Entenem per *Plans específics* el conjunt de mesures organitzatives i estructurals addicionals que permeten una millor resposta davant l'increment de la demanda d'atenció urgent per part de la població, en períodes concrets.

- *Implementació del Pla d'hivern*

L'increment de la demanda pot ser previsible, en determinades èpoques com l'hivern.

L'any 2005 es van planificar, per primer cop, les mesures addicionals per millorar la resposta del Servei d'urgències davant de l'augment de la demanda, elaborant-se el *Pla d'hivern 2005* de l'HUGTiP ([Annex 15](#)). En la implementació d'aquest pla, va tenir una importància cabdal, en el drenatge d'urgències, el trasllat de pacients a centres concertats. Per dur-ho a terme sense incidències també es va elaborar el *Protocol de trasllat de pacients a centres concertats* ([Annex 16](#)).

El recull de les principals accions de millora de l'any 2005, pel que respecta a les mesures de gestió interna i organització del Servei d'urgències, es va presentar a la Direcció mèdica de l'hospital, mitjançant el document *Accions de millora 2005* ([Annex 17](#)).

2.- Mesures de gestió hospitalària general

Molts dels elements crítics de l'atenció urgent estan relacionats amb problemes derivats del funcionament d'altres àrees i serveis de l'hospital. L'optimització de la gestió hospitalària en general contribueix a minimitzar aquests problemes però hi ha algunes intervencions concretes que són clau i d'un enorme impacte en les àrees d'urgències hospitalàries, com la implicació de la Direcció i el seguiment d'una determinada política d'ingressos hospitalaris.

2. 1. Implicació de la Direcció del centre

El funcionament òptim de l'atenció urgent ha de ser un dels principals objectius estratègics de l'organització, atenent al paradigma "*si urgències funciona, l'hospital funciona*". La Direcció ha de suposar el veritable motor de les millores en l'atenció urgent.

Entre les accions dutes a terme l'any 2005, amb la participació i lideratge de la Direcció, cal destacar:

- La reconducció de fluxos interns i externs
- La potenciació de la coordinació interna
- La implicació en l'elaboració i implementació del Pla d'hivern 2005-2006
- El suport per equiparar el Servei d'urgències als altres serveis assistencials i, en especial, en l'adequació i professionalització dels RRHH d'urgències, tal i com es reflecteix en el document *Accions de millora 2005* ([Annex 17](#)). Entre els anys 2005 i 2006 es van assignar 15 interinitats a facultatius de l'àrea d'urgències.

2. 2. Elaboració i seguiment de la Política d'ingressos

- *Política d'ingressos*

El seguiment de la *Política d'ingressos* de l'hospital, model organitzatiu que ha d'afavorir la dinàmica d'ingressos, escurçant el període d'espera per a l'hospitalització, és imprescindible pel bon funcionament tant del Servei d'urgències com de les plantes d'hospitalització. Aquesta política ha de contemplar:

- ✚ La gestió centralitzada dels llits hospitalaris per part de la Unitat d'Admissions.

Un dels factors que explica el temps excessiu o innecessari de l'estada a urgències és la dificultat per fer efectiu l'ingrés a l'hospital en els pacients que ho requereixen. La manera com es gestionen els llits de l'hospital condiona l'ús eficient dels llits. La *gestió centralitzada de llits* ha demostrat ser una bona opció. Dur a terme aquesta gestió centralitzada correspon a la Unitat d'admissions.

L'any 2005 es va promoure la millora de la gestió centralitzada de llits que va contribuir a millorar el procés d'atenció, la qualitat de l'assistència i la satisfacció dels usuaris i els acompanyants.

Per dur a terme la correcta gestió del llits, es van introduir una sèrie de modificacions per tal de poder disposar de la següent informació "*on line*",

- ✓ Previsions i sol·licituds d'ingressos programats mèdics i quirúrgics (gestionades per Admissions, per la Coordinació de quiròfans i pels diferents Serveis).
- ✓ Previsions i sol·licituds d'ingressos urgents.
- ✓ Previsió d'altres (amb 24 hores d'antelació, planificada per Admissions i per cada Servei hospitalari).
- ✓ Estat dels llits de les plantes d'hospitalització, és a dir, cens actualitzat dels llits disponibles per ingrés (planificat per Admissions i per les Supervisores d'infermeria de planta).
- ✓ Informació dels requeriments d'ingressos urgents per a cada Servei hospitalari, de manera que el Cap de servei estigui informat per poder gestionar els llits adequadament a la demanda.

La gestió centralitzada de llits també va suposar haver de millorar els aspectes següents,

- ✓ Planificació dels ingressos

Per aconseguir una bona planificació dels ingressos és necessari considerar les necessitats globals d'ingressos diaris (programats i urgents). Els ingressos d'urgències son totalment previsibles a partir de les dades històriques del Servei. Per això, l'any 2005 es va començar a

tenir en compte el concepte de l'ingrés urgent previsible o "programat anònim".

✓ Priorització d'ingressos

En cas que el número d'altres (llits disponibles) no pugui donar resposta a les necessitats globals d'ingressos es imprescindible establir uns criteris clars i consensuats en la prioritització dels ingressos.

3.- Mesures per millorar la coordinació intrahospitalària

3. 1. Coordinació amb altres serveis assistencials

Una bona coordinació interna millora la relació entre els professionals, millora l'adequació dels ingressos, l'optimització de les exploracions complementàries, en definitiva, la qualitat assistencial i , com a conseqüència, millora la satisfacció dels professionals i els usuaris. És per això que, a partir de l'any 2006, es van dur a terme les accions següents,

- *Increment de la coordinació i col·laboració amb les guàrdies d'especialitat establertes*

✓ Creació del Grup de treball amb Cardiologia i elaboració del document "Actitud a seguir davant de pacients amb patologia cardiològica a l'àrea d'urgències" ([Annex18](#)).

✓ Creació del Grup de treball amb Pneumologia i elaboració del document "Funcions de la guàrdia de Pneumologia" ([Annex 19](#)).

✓ Creació del Grup de treball amb Neurocirurgia i elaboració del document "Atenció del pacient neuroquirúrgic a l'àrea d'urgències" ([Annex 20](#)).

- *Coordinació amb la Unitat Funcional (UFFIS) de geriatria*

L'any 2005 es va establir un circuit de consulta immediata especialitzada entre la UFISS de Geriatria i el Servei d'urgències. Mitjançant aquest circuit, els facultatius de geriatria valoren els pacients que els són consultats des d'urgències (boxes i UCE) i col·laboren de forma activa en el seu diagnòstic i tractament i en la seva potencial derivació, després de rebre l'atenció urgent necessària.

- *Distribució de les interconsultes de planta “urgents”*

L'anàlisi de les sol·licituds d'interconsultes efectuades al Servei d'urgències des de les plantes d'hospitalització va permetre classificar-les en realment urgents i en preferents. Amb aquesta diferenciació fonamental es va consensuar qui havia de donar resposta:

- Interconsultes urgents: els diferents equips de guàrdia, en funció de l'especialitat.
- Interconsultes preferents: l'especialitat consultada, amb el compromís d'un temps de resposta màxim de 24 hores.

3. 2. Coordinació amb els serveis centrals i de suport

- *Serveis centrals*

Per agilitar el temps de resposta dels serveis centrals es van establir, a partir de l'any 2005, circuits preferents pel Servei d'urgències, tant per les exploracions analítiques com per a les proves d'imatge.

- *Unitat d'admissions*

La interrelació entre el Servei d'urgències i la Unitat d'admissions és un element clau per garantir el bon funcionament d'urgències, fonamentalment, a l'hora de facilitar el drenatge intern.

Les mesures de millora en aquest aspecte implementades l'any 2005 van ser,

- ✓ Visualització de la pantalla del cens actualitzat i diferenciat per especialitats.
- ✓ Posada en marxa de la sol·licitud i assignació de llits d'hospitalització informatitzades.
- ✓ Elaboració i compliment de les normes de trasllats intrahospitalaris i extrahospitalaris.

- *Unitat d'atenció a l'usuari (UAU)*

La UAU adreça regularment les reclamacions referents a l'atenció urgent a la Coordinació d'urgències, que les analitza (per tal de poder

implementar, si cal, mesures de millora) i dona resposta per escrit a la UAU.

D'altra banda, la figura de la "Facilitadora", garanteix una òptima coordinació entre ambdues unitats.

- *Arxius i Documentació clínica*

La història clínica (HC) és un instrument destinat fonamentalment a garantir una assistència adequada del pacient. Els professionals assistencials del centre que realitzen el diagnòstic i/o el tractament del pacient tenen accés a la seva història clínica les 24h del dia, els 365 dies de l'any, a través de dues vies: HC informatitzada i HC en format paper (el Servei d'urgències disposa d'un circuit preferent per a la sol·licitud de la HC en paper).

- *Unitat de treball social*

A requeriment dels professionals d'urgències, la Unitat de treball Social col·labora en les situacions conflictives que ho requereixin.

3. 3. Posada en funcionament, potenciació i seguiment de la Comissió d'urgències

La Comissió d'urgències és l'òrgan de participació i assessorament del Servei d'urgències. Té com a objectiu general millorar la qualitat de l'atenció al pacient en l'àmbit d'urgències i ha de comptar amb la presència de representants de totes les instàncies implicades en l'atenció urgent: direcció assistencial, estructura directiva d'urgències, serveis medicoquirúrgics, àrea de serveis centrals i àrea de cures crítiques.

Les funcions i composició de la Comissió queden reflectides en l'[annex 21](#).

La potenciació de la Comissió d'urgències augmenta la cohesió del treball a l'àmbit d'urgències i la dels seus professionals amb la resta de Serveis hospitalaris. Aquests fets comporten una millora en la qualitat de l'atenció i del continuum assistencial del pacient.

3.4. Participació dels facultatius d'urgències en Comissions hospitalàries

Els membres del Servei d'urgències participen, des de l'any 2005, en els següents òrgans institucionals: Junta Clínica, Junta Facultativa, Comissió d'Urgències, Comissió de Reanimació cardiopulmonar, Comissió de Qualitat assistencial, Comissió de Mortalitat, Comissió de Docència, Comissió d'infeccions, Comitè d'ètica assistencial (CEA), Comissió de Farmàcia i Comissió de Documentació Clínica.

La presència i participació activa dels facultatius d'urgències en les comissions comporta, generalment, una major implicació d'aquests professionals en la "vida hospitalària".

4.- Millores estructurals i d'equipament

Les principals accions iniciades l'any 2005 i realitzades durant el període 2005 - 2007 són:

- 4.1. Recanvi de la porta d'entrada a nivell II –III (2005)
 - 4.2. Millora de les "àrees d'observació" (2005 – 2006)
 - 4.3. Adequació de l'àrea de radiologia d'urgències i implementació del sistema de digitalització (2006)
 - 4.4. Adequació d'un despatx per a la consulta d'infermeria al nivell I de l'àrea mèdica (2006)
 - 4.5. Actualització del Pla de necessitats i millora d'equipaments (2005 - 2006)
 - 4.6. Actualització del Pla funcional d'urgències
- El Pla funcional de les Noves urgències va ser aprovat el desembre 2004 i es va actualitzar l'any 2005 ([Annex 22](#)). Les obres de les Noves urgències de l'HUGTiP es van iniciar l'any 2006. Aquesta és l'acció més important duta a terme per millorar, definitivament, l'atenció a l'àrea d'urgències
- 4.7. Pla de millora de les urgències pediàtriques i execució (2006 – 2007)

5.- Millores dels sistemes d'informació

Optimitzar la informació disponible i promoure la recollida, emmagatzematge i anàlisi de les dades contribuirà a prendre millors decisions en la planificació, gestió

i avaluació del Servei d'urgències. A més a més, permetrà establir comparacions entre centres i treballar en xarxa amb els diferents nivells assistencials.

Les principals accions realitzades, en aquest àmbit, durant el període 2005 - 2007 són:

- 5.1. Informatització dels informes d'alta (2005)
- 5.2. Informatització de la sol·licitud d'anàlítica (2006)
- 5.3. Informatització de la sol·licitud d'ingrés i assignació de llits d'hospitalització per part de la Unitat d'admissions (2006)
- 5.3. Elaboració i posada en funcionament del Quadern de comandament d'Urgències (2006-2007)
- 5.4. Informatització dels indicadors requerits pel Pla Integral d'Urgències de Catalunya (PIUC)

6.- Accions sobre els fluxos d'entrada

6.1. En col·laboració amb altres hospitals de la zona

- Elaboració consensuada i seguiment del circuit de derivació de pacients amb risc anestèsic i patologia traumatològica (HMB, HES; 2006-2007).
- Elaboració consensuada i seguiment del circuit de derivació de pacients amb patologia vascular (HMB; 2006-2007).

6.2. En col·laboració amb altres serveis i unitats de l'hospital

- Reconnducció dels ingressos "freds"
- Reconnducció de les visites de "control" (COT, vascular...)
- Reconnducció de les visites no urgents
- Reconnducció de les exploracions complementàries no urgents
- Reconnducció dels tractaments no urgents (paracentesi, transfusions...)

6.3. En col·laboració amb l'Atenció primària

- *Creació del Grup de treball Urgències –AP*

És fonamental consensuar amb l'AP del territori, les pautes diagnòstiques, terapèutiques i de cures en el context de l'atenció urgent, així com els criteris de derivació hospitalària, per minimitzar la variabilitat

en la pràctica clínica i oferir, per un determinat problema de salut, el mateix servei independentment del punt d'atenció. Amb aquest objectiu es va crear, a inicis de l'any 2006, un GT format per membres del Servei d'urgències i de l'AP del territori i es va dur a terme

- ✓ L'anàlisi de l'adequació de les derivacions
- ✓ La primera proposta consensuada de Protocols i Circuits de derivació ([Annex 23](#))

6.4. En col·laboració amb el transport sanitari

Per poder aconseguir un model d'atenció a les urgències de base territorial (seguint les directrius del CatSalut), que pivoti sobre les necessitats del pacient, és imprescindible que, des d'un inici, el pacient s'adrexi al centre que li pertoca. L'actuació del transport sanitari cal que tingui present aquest model d'atenció territorial ja que la distribució correcta dels fluxos des de l'inici de l'atenció depèn, en gran part, de la seva actuació. Per això s'han dut a terme, durant tot aquest període, reunions periòdiques, amb els responsables del transport sanitari, per consensuar els circuits i aconseguir la reconducció dels fluxos d'entrada.

6.5. En col·laboració amb centres sociosanitaris / residències

Per coordinar les derivacions i trasllats dels pacients des dels centres sociosanitaris i residències geriàtriques de la zona a Urgències, es van realitzar un seguit de reunions, amb la col·laboració de la Unitat de geriatría, i es va establir un circuit telefònic entre els centres geriàtrics del sector sanitari i la UFISS de geriatría per tal de contactar abans d'indicar la derivació dels pacients a urgències.

7.- Mesures per millorar la sortida d'urgències

7.1. Potenciació de la utilització de les alternatives a l'hospitalització convencional

- *Creació i potenciació de circuits interns*
 - ✚ Circuits de derivació de pacients a la Unitat de malalties infeccioses (UMI)

- *Creació i potenciació de consultes preferents*
 - ✚ Consulta preferent de Pneumologia ([Annex 24](#))
 - ✚ Consulta preferent d'UFFIS geriàtrica
 - Implementació d'una consulta externa de la UFISS de geriatria de caràcter preferent on adreçar pacients des dels centres geriàtrics i des del Servei d'urgències.
- *Potenciació del seguiment dels circuits de diagnòstic ràpid (càncer de pulmó, colon, mama).*
- *Optimització de la utilització de la Unitat d'hospitalització a domicili*

Atenent al perfil del pacient tributari d'ingrés en la Unitat d'hospitalització domiciliària (UHAD) ([Annex 25](#)), des del Servei d'urgències es proposen els malalts candidats a seguir el seu procés assistencial ingressats en la UHAD, com alternativa a la hospitalització convencional.

7.2. Redistribució de fluxos

La redistribució dels fluxos externs té com a objectiu que cada pacient sigui atès al seu hospital general bàsic corresponent, sempre que la malaltia que presenti ho permeti. La identificació ràpida de l'ABS / hospital general bàsic dels pacients permet el seguiment de la seva distribució territorial. Cal tenir una conducta activa en la redistribució dels fluxos anòmals que es puguin detectar. Els pacients amb malaltia no complexa, sense necessitats de "terciarisme", que pertanyen a una població i/o ABS a les que correspon un hospital general bàsic que no és l'HUGTiP s'adrecen al centre correcte, des del Servei d'urgències, seguint els circuits establerts i sempre que el seu estat clínic permeti el trasllat.

7.3. Coordinació Externa

Per tal d'aconseguir la continuïtat assistencial del pacient i a l'hora un bon drenatge de l'àrea d'urgències és imprescindible la coordinació entre els diferents dispositius assistencials del territori.

En aquest sentit, les principals accions dutes a terme durant el període 2005 – 2007 són:

- *Reunions periòdiques amb els hospitals de la zona*
- *Creació del “Circuit de trasllat de pacients amb requeriment d’ingrés” consensuat amb l’Hospital de l’Esperit Sant (HES) (Annex 26)*
- *Creació del Grup de treball per a la “Reordenació de l’atenció urgent del Barcelonès Nord (Annex 27)*

L’any 2007 es va crear un grup de treball, compostat per membres de l’AP i dels hospitals de la zona (directius i dels serveis d’urgències), amb els següents objectius:

- ✚ Conèixer la situació dels dispositius de l’atenció urgent al Barcelonès Nord tant pel que fa a recursos com a la seva organització i capacitat de resolució
- ✚ Conèixer la demanda i distribució de l’atenció urgent a l’AP i a l’atenció hospitalària
- ✚ Analitzar les possibles causes de la demanda i la seva distribució
- ✚ Proposar mesures per racionalitzar la demanda i millorar l’atenció urgent a nivell de tot el territori

- *Reunions periòdiques amb els responsables del transport sanitari*

Els pacients que poden anar al seu domicili, un cop reben l’alta dels serveis d’urgències, que necessiten transport sanitari, contribueixen a la congestió dels serveis degut a les dificultats que comporta la seva sortida. Per agilitar la gestió del transport per a la sortida d’urgències (no urgent) es van realitzar una sèrie de reunions amb els responsables del transport sanitari. Es va aconseguir pactar unes sortides prioritzades per a determinats perfils de pacients (trasllat a altres centres, principalment) .

MESURES A MIG TERMINI (2008 – 2009)

1.- Mesures de gestió interna i organització del Servei d'urgències

1. 1. Recursos humans. Organització dels facultatius d'urgències.

L'organització dels recursos humans a urgències s'ha identificat com un dels principals condicionants de l'eficiència del Servei. Per aquest motiu, les accions de millora relacionades amb aquest punt, iniciades en el 2005, s'han continuat tant a mig com a llarg termini.

- *Actualització dels llocs de treball*

L'any 2008 es van actualitzar els llocs de treball en funció de les necessitats assistencials, tal i com es recull en [l'annex 1](#). Com a conseqüència d'aquesta acció de millora, es va aconseguir:

- La dotació adequada de facultatius a nivell II - III de les àrees mèdica, quirúrgica i traumatològica.
- L'adequació dels recursos d'infermeria.

- *Professionalització dels facultatius*

L'any 2008, es va formalitzar la contractació de facultatius a l'àrea d'urgències, atenent a la definició dels llocs de treball acceptats per la Direcció de l'hospital.

- *Realització periòdica de Sessions organitzatives del Servei*

Durant els anys 2008 i 2009, s'han continuat les sessions organitzatives del Servei, amb la finalitat d'informar dels objectius anuals, de fer partícip a tot l'equip de les tasques que duien a terme els diferents grups de treball i de realitzar l'anàlisi periòdica del funcionament intern ([Annex 2](#)).

- *Creació i seguiment de Grups de treball interdisciplinaris*

Durant els anys 2008 i 2009 es van crear diferents grups de treball (GT) interdisciplinaris, amb tasques molt rellevants.

✓ GT Multidisciplinari d'urgències a l'àrea de l'HUGTiP- Badalona

L'any 2008 es va crear el Grup de treball multidisciplinari d'urgències de l'àrea de l'HUGTiP (GTMU-HUGTiP) amb el propòsit d'augmentar la comunicació i la col·laboració entre els professionals d'Atenció Primària (AP) i hospitalària, per tal d'aconseguir millorar la qualitat assistencial de l'atenció urgent que oferim als nostres pacients ([Annex 3](#)).

✓ GT del Procés d'atenció urgent

L'any 2009, l'hospital va optar per la *Gestió per processos* com a línia estratègica del centre. La implementació de la gestió per processos comporta:

- La millora continua de les activitats desenvolupades.
- La reducció de la variabilitat innecessària.
- L'eliminació de les ineficiències associades a la repetició de les activitats.
- L'optimització de la utilització de recursos.

Es defineix com a *procés* al conjunt d'actuacions, decisions, activitats i tasques, encadenades de forma seqüencial i ordenada, que es desenvolupen per obtenir un resultat que satisfaci les necessitats del pacient i generi un valor afegit.

L'hospital va escollir el Procés d'atenció urgent com procés "pilot".

El grup de treball es va reunir periòdicament, durant tot l'any 2009, per tal de definir el *Procés d'atenció urgent per a adults* ([Annex 4](#)), concretament, els aspectes següents,

- Missió del procés: la raó de ser, per què serveix.
- Objectius del procés: què volem aconseguir.
- Descripció del procés.
- Activitats : diagrama de flux ([Annex 5](#)).
- Anàlisi dels riscos / problemes (mitjançant la metodologia AMFE, Anàlisi Modal de falles i efectes).
- Metodologia: redactar procediments ([Annex 6](#)).
- Indicadors de qualitat.

El treball del grup del procés d'Urgències d'adults s'ha realitzat amb l'acompanyament del consultor Rajaram Govindarajan, expert en metodologia de gestió per processos, qualitat i seguretat clínica.

Els resultats obtinguts pel GT es recullen en la memòria de Gestió de procés ([Annex 7](#)).

✓ GT d'Informació i Acollida a urgències

L'any 2009, el Centre Corporatiu de l'Institut Català de la Salut (ICS) va proposar la creació d'un grup de treball que desenvolupés el punt 4.2.4 del Model d'Atenció Urgent (Comunicació i Informació a pacients i familiars).

La tasca d'aquest grup de treball va ser dissenyar i redactar un Pla de comunicació i informació integral per als serveis d'urgències dels vuit hospitals de l'ICS amb la voluntat de millorar la qualitat de la informació que es dona a les persones usuàries d'aquests serveis i els seus acompanyants.

Donat l'abast de la iniciativa, les persones que van formar part del GT van ser els coordinadors i les supervidores d'infermeria d'urgències, els responsables de comunicació, els caps d'admissions i els d'atenció a l'usuari de cada centre ([Annex 8](#)).

Les conclusions del GT queden reflectides en [l'annex 9](#).

✓ GT per a l'elaboració de *Recomanacions als professionals sanitaris per l'atenció als malalts al final de la vida*

L'any 2009 es va constituir un GT multidisciplinari que va elaborar el document "*Recomanacions als professionals sanitaris per l'atenció als malalts al final de la vida*", text que va ser aprovat pel Comitè de Bioètica de Catalunya en la seva 68^a sessió plenària, de 13 d'octubre de 2009 ([Annex 10](#)). El document esmentat vol servir d'ajuda als professionals que han d'assistir malalts que estan prop de la mort, sigui quina sigui la seva disciplina o especialitat. Pretén ser una eina útil per ajudar a comprendre els valors que estan en joc en aquesta situació i les necessitats bàsiques principals dels pacients: la d'evitar i combatre el dolor i el sofriment i la d'atendre les demandes personalitzades en allò que sigui possible.

- *Actualització de l'estructura de la guàrdia hospitalària*

L'any 2008, es va actualitzar l'estructura de la guàrdia hospitalària, de manera consensuada amb les diferents especialitats i amb la Direcció de l'hospital.

Com a conseqüències d'aquesta acció de millora es varen produir

- La posta en marxa de la guàrdia específica de pneumologia.
- La posta en marxa de la guàrdia específica d'oncologia.

- *Elaboració de la Memòria anual del Servei*

Des de l'any 2007, s'ha elaborat, cada any, la memòria global del Servei d'urgències, registre de l'activitat assistencial i docent i de la producció científica del Servei ([Annexos 11 i 12, Memòries del Servei d'urgències 2008 i 2009, respectivament](#)).

1. 2. Elaboració de Procediments

- *Elaboració de la Normativa de funcionament*

L'any 2008, es va elaborar el document *Normativa de funcionament d'Urgències*, primera normativa completa que recull les directrius d'organització i funcionament del Servei així com la definició de funcions dels diferents professionals que intervenen en el procés d'atenció urgent ([Annex 13](#)).

- *Redacció dels Circuits assistencials a Urgències*

Coincidint amb la implantació del nou sistema informàtic del centre, l'any 2008 es van redactar els *Circuits assistencials a Urgències* amb l'objectiu de definir els passos a seguir amb els pacients que necessiten atenció a diferents àrees del Servei d'urgències i de proporcionar una assistència resolutiva, de qualitat i seguretat i amb la mínima variabilitat possible ([Annex 14](#)).

1. 3. Elaboració de Protocols generals d'actuació i Circuits

Els protocols i circuits elaborats els anys 2008 i 2009 són,

- *Per disminuir la variabilitat en l'actuació*
 - ✓ Protocols de classificació i diferenciació de nivells d'atenció per a les urgències traumatològiques. 2008 ([Annex 15](#)).
 - ✓ Protocol de prioritització de la TC cranial. 2008 ([Annex 16](#)).
 - ✓ Circuit d'atenció urgent dels pacients amb ferides incises i infeccions de parts toves. 2008 ([Annex 17](#)).
 - ✓ Protocol d'actuació davant de víctimes de Violència de gènere. 2009 ([Annex 18](#)).
 - ✓ Protocols de classificació general. 2009 ([Annex 19](#)).
 - ✓ Protocols d'actuació a Nivell IV-V de l'àrea mèdica. 2009 ([Annex 19](#)).
- *Per adequar el criteri d'ingrés*
 - ✓ Protocol de la malaltia tromboembòlica venosa (MTV) i circuit ambulatori pels pacients amb trombosi venosa profunda. 2009 ([Annex 20](#)).
- *Per millorar la seguretat clínica*
 - ✓ Circuit d'actuació en cas d'emergència mèdica a la Unitat de ressonància magnètica de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. 2009 ([Annex 21](#)).

1. 4. Millora de la comunicació i de la informació a pacients i familiars

Com s'ha comentat prèviament, l'any 2009, el Centre Corporatiu de l'ICS va proposar la creació d'un grup de treball, *Grup de treball d'informació i acollida a urgències*, amb l'objectiu final de que el pacient i la seva família se sentin ben acollits, ben atesos i ben informats durant la seva estada als serveis d'urgències de qualsevol dels hospitals de l'ICS.

Aquest pla de comunicació havia de contemplar:

- ✓ L'acollida del pacient i els seus familiars.

- ✓ El procés de comunicació amb els pacients (informació durant el triatge, durant l'estada al Servei i en el moment de l'alta).
- ✓ El procés de comunicació amb els familiars.

En el procés de comunicació als pacients i familiars cal tenir en compte diversos aspectes importants com, qui dóna la informació, quan, on i com la dóna. També cal recordar que existeixen dos tipus d'informació, la de caire més clínic-assistencial i la d'aspectes organitzatius (temps d'espera, localització del pacient,... en els diferents moments del procés). Ambdós tipus d'informació són prou importants des del punt de vista de la qualitat percebuda.

Les conclusions del GT d'informació i acollida a urgències es recullen en l'[annex 9](#).

1. 5. Potenciació de la formació i de la docència

- *Realització periòdica de Sessions clíniques del Servei*

- ✓ Sessions de l'àrea mèdica que es realitzen amb una periodicitat setmanal i en les que s'analitzen casos clínics i s'actualitzen els temes tractats. En aquestes sessions participen tots el facultatius de l'àrea mèdica i els residents que roten pel Servei.
- ✓ Sessions de radiologia de tòrax que es realitzen amb una periodicitat mensual i amb la participació del Servei de radiologia.

- *Acreditació del Curs anual per a residents*

L'any 2008 es va sol·licitar l'acreditació del curs anual per a residents, "*Actualització de l'atenció urgent en l'àmbit hospitalari*", organitzat pel Servei d'Urgències, per part del Consell Català de Formació Mèdica Continuada (CCFMC).

Donat que complia amb els requisits establerts, el curs va esdevenir en **Activitat acreditada** pel CCFMC i per la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud amb **8,8 crèdits**, el mateix any 2008 ([Annex 22](#)).

- *Actualització del Manual d'urgències*

L'any 2008 el Manual d'Urgències va fer un gran salt qualitatiu, amb millores importants tant de contingut com de presentació i edició. Així, tots els capítols es van reescriure per tal d'actualitzar al màxim els seus continguts, es va homogeneïtzar l'estructura del Manual i es va ampliar el seu contingut amb nous temes no tractats en edicions prèvies.

L'objectiu fonamental d'aquest Manual 2008 continua sent donar unes pautes d'actuació homogènies per a l'atenció urgent ([Annex 23](#)).

- *Curs d'ètica edició 2009*

El Servei d'Urgències va participar en el Curs d'Ètica de l'hospital, impartint la classe *Morir a Urgències*.

Així mateix un elevat nombre de professionals del Servei (metges i infermeres) van participar com alumnes del curs.

1. 6. Elaboració de Plans específics

S'entén per *Pla específic* el conjunt de mesures organitzatives i estructurals addicionals que permeten una millor resposta davant de l'increment de la demanda d'atenció urgent per part de la població, en períodes determinats o situacions concretes.

- *Actualització i Implementació del Pla d'hivern*

Com en anys anteriors, es van actualitzar i dur a terme els

- ✓ Pla d'hivern 2008 ([Annex 24](#))

- ✓ Pla d'hivern 2009 ([Annex 25](#))

- *Pla específic de la grip*

Davant de l'alerta d'epidèmia de "grip nova", l'any 2009, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va publicar diversos *Plans d'actuació* que resumien les *directrius* a seguir pels centres hospitalaris i l'atenció primària. Aquestes directrius estaven subjectes a canvis continus en funció de la incidència de la pandèmia en el nostre medi i la capacitat per afrontar-la.

A cada hospital es va formar un comitè d'experts per adaptar les directrius generals a la realitat de cada centre. Així, en el HUGTiP es va posar en marxa un dispositiu assistencial específic per afrontar l'epidèmia de grip nova, consistent en:

- ✓ Elaboració del Protocol propi

Pla d'actuació enfront d'un cas sospitós d'una infecció pel nou virus de la grip A (H1N1) (Annex 26.a).

- ✓ Elaboració del Circuit / Algoritme d'actuació (Annex 26.b).
- ✓ Elaboració del Full específic d'informació (Annex 26.c).

2.- Mesures de gestió hospitalària general

L'optimització de la gestió hospitalària en general contribueix a millorar l'atenció urgent però hi ha algunes intervencions concretes que són clau i d'un enorme impacte en les àrees d'urgències hospitalàries, com la implicació de la Direcció i el seguiment d'una determinada política d'ingressos hospitalaris.

2. 1. Implicació de la Direcció del centre

Entre les accions dutes a terme els anys 2008-2009, amb la participació i co-lideratge de la Direcció, cal destacar:

- L'aprovació per part del Comitè Directiu de l'ICS (10/12/08), del **Model d'Atenció Urgent (àmbit hospitalari)** (Annex 27).
- La fixació d'objectius corporatius (DPO) vinculats a aspectes qualitatius de l'atenció urgent (Acord de govern) (Annex 28) .
- La potenciació de la Gestió per processos i priorització del Procés d'atenció urgent.
- La implicació en l'elaboració i implementació del Pla d'hivern.
- El suport per equiparar el Servei d'urgències als altres serveis assistencials i, en especial, en l'adequació i professionalització dels RRHH d'urgències.

2. 2. Seguiment de la Política d'ingressos

El seguiment de la *Política d'ingressos* de l'hospital, model organitzatiu que ha d'afavorir la dinàmica d'ingressos, escurçant el període d'espera per a l'hospitalització, és imprescindible pel bon funcionament tant del Servei d'urgències com de les plantes d'hospitalització. Aquesta política ha de contemplar, fonamentalment, la gestió centralitzada dels llits hospitalaris per part de la Unitat d'Admissions i la planificació tant dels ingressos com de les altes.

L'any 2008 es va constituir al nostre centre la *Comissió Gestora de Llits* que te com a funció fonamental la racionalització de la gestió dels llits d'hospitalització. Així doncs, és tasca d'aquesta Comissió el tractar d'ajustar diàriament la necessitat i la disponibilitat de llits d'hospitalització durant les següents 24 hores. La Comissió esta composta, com a mínim, per un membre de la Direcció mèdica, el Cap de Servei d'urgències, el Cap d'admissions, el Coordinador de l'àrea quirúrgica, el Coordinador de l'àrea mèdica i el responsable d'infermeria a l'àrea d'urgències. A més es aconsellable la presència, en les reunions de la Comissió, d'altres Caps de servei (Cap del Servei de Cirurgia, Cap del Servei de Medicina Interna, Representant de l'àrea de crítics) així com del Cap de guàrdia.

En [l'annex 29](#) es recullen les principals funcions i la metodologia de treball d'aquesta Comissió.

3.- Mesures per millorar la coordinació intrahospitalària

3. 1. Coordinació amb altres serveis assistencials

Una bona coordinació interna millora la qualitat assistencial i, com a conseqüència, millora la satisfacció dels professionals i els usuaris. És per això que, a partir de l'any 2008, es van dur a terme les accions següents:

- *Millora de la coordinació i col·laboració amb les guàrdies d'especialitat establertes*
 - ✓ Creació del Grup de treball per a la racionalització i prioritització de la demanda de TC cranials, amb la participació de facultatius dels serveis de Radiologia, Neurologia, Neurocirurgia i Urgències ([Annex 16](#)).

- *Coordinació amb la Unitat Funcional (UFFIS) de Geriatria*

Aquesta coordinació comporta el seguiment del circuit de consulta immediata especialitzada entre la UFISS de Geriatria i el Servei d'urgències. Mitjançant aquest circuit, els facultatius de geriatria valoren els pacients que els són consultats des d'urgències (boxes i UCE) i col·laboren de forma activa en el seu diagnòstic i tractament i en la seva potencial derivació, després de rebre l'atenció urgent necessària.

3. 2. Coordinació amb els serveis centrals i de suport

- *Serveis centrals*

Per agilitar el temps de resposta dels serveis centrals es van potenciar circuits preferents pel Servei d'urgències, tant per les exploracions analítiques com per a les proves d'imatge.

- *Unitat d'admissions*

La interrelació entre el Servei d'urgències i la Unitat d'admissions és un element clau per garantir el bon funcionament d'urgències, fonamentalment, a l'hora de facilitar el drenatge intern.

Les mesures de millora en aquest aspecte, implementades l'any 2008, van ser,

- ✓ Procediment de gestió de llits ([Annex 30.a](#) i [Annex 30.b](#)).
- ✓ Definició i seguiment de les normes de trasllats intrahospitalaris i extrahospitalaris.

- *Unitat d'atenció a l'usuari (UAU)*

Per tal d'analitzar el grau de satisfacció dels nostres usuaris, i com a mesura complementària a les Enquestes de Satisfacció en l'àmbit de l'atenció urgent del Catsalut (bianuals), a finals de l'any 2008 es va crear l'*Enquesta de satisfacció d'urgències "interna"* ([Annex 31](#)) elaborada entre la Unitat d'atenció a l'usuari (UAU), la Direcció de Qualitat i el propi Servei d'urgències.

▪ *Unitat de treball social*

Durant els anys 2008-2009 es potencià la col·laboració amb la Unitat de treball social incrementant la seva participació, en les situacions conflictives que ho van requerir.

3. 3. Comitè d'Urgències

El Comitè d'Urgències, és un òrgan de participació i assessorament del Servei d'urgències. Per l'any 2009 es va proposar un Pla d'acció, amb els següents objectius:

- Participar en l'elaboració del Procés d'Atenció Urgent.
- Proposar i analitzar els indicadors clínics per a l'avaluació de la qualitat assistencial en l'àrea d'Urgències.
- Impulsar i facilitar la coordinació entre els diferents equips que treballen a Urgències.
- Participar en l'avaluació de l'assistència als pacients i proposar accions de millora.

En la Memòria 2009 del Comitè d'Urgències ([Annex 32](#)) es resumeixen les accions dutes a terme durant aquest any.

3.4. Participació dels facultatius d'urgències en Comissions hospitalàries

Els membres del Servei d'urgències participen, en els següents òrgans institucionals: Junta Clínica, Junta Facultativa, Comissió d'Urgències, Comissió de Reanimació Cardiopulmonar, Comissió de Qualitat Assistencial, Comissió de Mortalitat, Comissió de Docència, Comissió d'Infeccions, Comitè d'Ètica Assistencial (CEA), Comissió de Farmàcia i Comissió de Documentació Clínica.

La presència i participació activa dels facultatius d'urgències en les comissions comporta, generalment, una major implicació d'aquests professionals en la "vida hospitalària".

4.- Milllores estructurals i d'equipament

Les principals accions iniciades i/o realitzades els anys 2008-09 són

4.1.- Inici de les obres de les Noves Urgències

Aquest projecte, un dels de més envergadura de la història de l'hospital, va començar l'octubre del 2008 a la planta semisoterrani, reforçant-ne l'estructura i fent de nou els vestidors i l'hostatgeria.

Les noves urgències ocuparan un espai de 4000 metres quadrats, 1.500 de nova construcció. Situades en la planta baixa de l'hospital, i amb accés ràpid des de l'exterior, les milllores estructurals permetran:

- Milllores en la circulació i en els circuits tant de pacients com de professionals.
- Més confort i intimitat de pacients i acompanyants.
- Més seguretat gràcies a les noves àrees d'observació i monitoratge.
- Àrees de treball més còmodes i funcionals per als professionals.
- Més capacitat resolutiva i per tant més qualitat de l'assistència.

4.2.- Canvi d'ubicació de despatx d'infermeria de nivell IV-V

L'any 2009 es va canviar d'ubicació la consulta d'infermeria de nivell IV-V de l'àrea mèdica, ampliant-la i millorant la seva dotació d'equipaments.

5.- Milllores dels sistemes d'informació

Les principals accions realitzades, en aquest àmbit, durant el període 2008 – 2009 són:

5.1. Projecte ARGOS Assistencial

El SAP (Sistemes, Aplicacions i Productes) va ser triat per l'ICS l'any 2008 per, dins del projecte ARGOS, ser el programa informàtic que utilitzessin tots els seus treballadors i l'HUGTiP va ser escollit centre pilot per al seu desenvolupament. Encara ara, l'ICS està immers en un procés de renovació dels seus sistemes d'informació assistencial. El projecte Argos Assistencial es basa en la integració de tots els sistemes d'informació en una plataforma única que integra un programari global de l'empresa SAP amb altres programes

corporatius, de forma que els professionals sanitaris i administratius poden introduir i gestionar la informació clínica dels pacients des d'una única aplicació. En aquest moment, tot i que l'aplicació és una eina imprescindible per poder gestionar la informació clínica, és evident que encara té molts punts de millora que cal abordar.

5.2. Quadern de comandament d'Urgències

L'any 2009, i amb la participació del Comitè d'urgències, es va definir el primer *Quadern de comandament d'Urgències (QCU)*, en el que es van recollir els indicadors clau d' activitat, funcionament, complexitat i qualitat de l'àrea d'Urgències ([Annex 33](#)). L'edició mensual d'aquest recull d'indicadors és imprescindible per a l'anàlisi, seguiment i avaluació de l'activitat i qualitat de l'atenció urgent.

6.- Accions sobre els fluxos d'entrada

6.1. En col·laboració amb altres hospitals de la zona

Durant aquest període 2008-2009 es va continuar potenciant i millorant els circuits de derivació de pacients des dels altres hospitals de la zona (HMB, HES) al nostre centre.

6.2. En col·laboració amb altres serveis i unitats de l'hospital

Es van continuar realitzant les reunions periòdiques amb diferents serveis hospitalaris per seguir treballant en la reconducció de visites de "control", exploracions complementàries no urgents, ingressos "freds" i tractaments no urgents cap el dispositiu assistencial adient.

6.3. En col·laboració amb l'Atenció primària

L'any 2008 es va crear el *Grup de treball multidisciplinari d'urgències de l'àrea de l'HUGTiP (GTMU-HUGTiP)*, amb el propòsit d' augmentar la comunicació i la col·laboració entre els professionals d'Atenció Primària (AP) i hospitalària i amb l'objectiu de millorar la qualitat assistencial que oferim als nostres pacients.

El GT està format per representants (metges i infermeres) dels Centres d'Atenció Primària (CAP), del Servei Especial d' Urgències (SEU) i del HUGTiP.

Les principals tasques desenvolupades pel GT durant aquest període van ser: identificar els processos més freqüentment derivats a urgències de l'hospital des de l'AP i elaborar guies clíniques i circuits de derivació per a aquests processos. Aquestes guies són de dos tipus: Guies de derivació a Urgències i Guies de maneig ambulatori. En les primeres, es consideren els criteris de derivació urgent dels diferents processos i la manera de fer-la ("fórmula de derivació"). Les *Guies de maneig ambulatori* són guies pràctiques que recullen les actuacions i recomanacions consensuades dels especialistes hospitalaris i d'AP de la nostra àrea. Això contribueix a millorar la continuïtat assistencial i disminueix la variabilitat entre professionals.

Els resultats del Grup de Treball Multidisciplinari d'urgències de l'àrea de l'HUGTiP, es recullen en l'[annex 34](#).

6.4. En col·laboració amb el transport sanitari

Durant tot aquest període 2008-2009, es van continuar realitzant reunions periòdiques amb els responsables del transport sanitari, per consensuar els circuits i aconseguir la reconducció dels fluxos d'entrada, de manera que, des d'un inici, el pacient s'adreçés al centre que li pertocqués, seguint un model d'atenció a les urgències de base territorial.

6.5. En col·laboració amb centres sociosanitaris / residències

Es va continuar la col·laboració amb els centres sociosanitaris i residències geriàtriques de la zona, potenciant sobretot el contacte telefònic entre els centres geriàtrics del sector sanitari i la UFISS de geriatría abans d'indicar la derivació dels pacients a urgències.

7.- Mesures per millorar la sortida d'urgències

7.1. Potenciació de la utilització de les alternatives a l'hospitalització convencional

- *Potenciació del seguiment dels circuits interns/ consultes preferents*

- Circuit de derivació de pacients a les consultes de la Unitat de malalties infeccioses (UMI).
- Consulta preferent d'UFFIS geriàtrica.
- Consulta preferent de Pneumologia.
- *Potenciació del seguiment dels circuits de diagnòstic ràpid*
- *Potenciació de la derivació de pacients als Hospitals de dia*
- *Optimització de la utilització de la Unitat d'hospitalització a domicili*

Durant els anys 2008-2009 es va incrementar el percentatge de pacients derivats a la UHAD des del Servei d'urgències.

7.2. Redistribució de fluxos

Els pacients amb criteris d'ingrés per malaltia no complexa, sense necessitats de "terciarisme", que pertanyien a una població i/o ABS que tenia assignat un hospital general bàsic diferent de l'HUGTiP, s'adreçaven al centre corresponent, des del Servei d'urgències, seguint els circuits establerts i sempre que el seu estat clínic permetés el trasllat.

7.3. Coordinació Externa

Per tal d'aconseguir tant la continuïtat assistencial del pacient com un bon drenatge de l'àrea d'urgències és imprescindible la coordinació entre els diferents dispositius assistencials del territori.

En aquest sentit, les principals accions dutes a terme durant el període 2008 – 2009 són:

- *Reunions periòdiques amb els hospitals de la zona*
- *Reunions periòdiques amb els responsables del transport sanitari*

Per agilitar la gestió del transport per a la sortida d'urgències (no urgent) es van realitzar una sèrie de reunions amb els responsables del transport sanitari. Mitjançant aquestes, es va aconseguir pactar unes sortides prioritzades per a determinats perfils de pacients (trasllat a altres centres, principalment).

MESURES A LLARG TERMINI (2010 – 2011)

1.- Mesures de gestió interna i organització del Servei d'urgències

1. 1. Recursos humans. Organització dels facultatius d'urgències.

Les accions de millora relacionades amb aquest aspecte, prioritàries pel bon funcionament del Servei, es van iniciar com a mesures a curt termini i s'han continuat en els períodes posteriors, a mig i llarg termini.

- *Actualització dels llocs de treball*

L'any 2010 i 2011 es van actualitzar els llocs de treball, tal i com es recull en l' [annex 1](#) i [annex 2](#), respectivament.

- *Realització periòdica de Sessions organitzatives del Servei*

A llarg termini, s'han continuat les sessions organitzatives del Servei, amb la finalitat de consensuar i planificar els objectius assistencials, docents i d'investigació del Servei. Així mateix, s'ha realitzat l'anàlisi periòdica del funcionament intern ([Annex 3](#)).

- *Seguiment de la tasca dels Grups de treball interdisciplinaris*

Durant el període 2010-2011 s'ha continuat la tasca dels diferents grups de treball (GT) interdisciplinaris:

- ✓ GT multidisciplinari d'urgències a l'àrea de l'HUGTiP – Badalona

Per tal de seguir millorant la qualitat assistencial de l'atenció urgent, s'ha perllongat la col·laboració entre els professionals d'AP i hospitalària. Així doncs, el GT ha continuat duent a terme l'actualització i l'ampliació dels Protocols de derivació de pacients des de l'AP a urgències i del maneig ambulatori de processos ([Annex 4](#)).

- ✓ GT del Procés d'atenció urgent

El grup de treball es va reunir periòdicament, durant tot l'any 2010 per tal d'elaborar el *Pla de millora 2010-2011* del Procés d'atenció urgent per a adults ([Annex 5](#)).

✓ GT d'Informació i Acollida a urgències

El grup d'informació i acollida a urgències ha continuat les reunions periòdiques ([Annex 6](#)). Com a principals accions realitzades per aquest GT destaquen:

- L'elaboració d'un Tríptic informatiu de l'àrea d'urgències ([Annex 7](#)), que cada centre ha adaptat i personalitzat.
- La potenciació de la formació per als professionals d'urgències.

▪ *Actualització de l'estructura de la guàrdia*

L'any 2010, es va tornar a actualitzar l'estructura de la guàrdia hospitalària, de manera consensuada amb les diferents especialitats i amb la Direcció de l'hospital ([Annex 8](#)).

Com a conseqüència d'aquesta acció es va modificar la composició de les diferents guàrdies de residents.

▪ *Elaboració de la Memòria anual del Servei*

En aquest període, es va continuar elaborant la memòria global del Servei d'urgències, registre de l'activitat assistencial i docent i de la producció científica del Servei ([Annexes 9, 10 i 11](#), [Memòries del Servei d'urgències 2010 i 2011](#), respectivament).

1. 2. Elaboració de Procediments

▪ Redacció de la Normativa de funcionament 2011

L'any 2011, es va actualitzar i completar la *Normativa de funcionament d'Urgències*, normativa que recull les directrius d'organització i funcionament del Servei així com la definició de funcions dels diferents professionals que intervenen en el procés d'atenció urgent ([Annex 12](#)).

Per primera vegada, aquesta Normativa va ser aprovada pel Comitè d'urgències i pel Comitè de Direcció de l'hospital, l'any 2011.

- Redacció del Procediment “Supervisió i responsabilitat progressiva de residents” .

Per tal de definir com es du a terme la supervisió de les activitats formatives dels residents a totes les especialitats, l'any 2010 es va redactar i començar a implementar el procediment esmentat ([Annex13](#)).

1. 3. Elaboració de Protocols generals d'actuació i circuits

Els protocols i circuits elaborats els anys 2010 i 2011 són,

- *Per disminuir la variabilitat en l'actuació*
 - ✓ Protocol de tractament del dolor a Urgències. 2010 ([Annex 14](#)).
 - ✓ Protocol de classificació i actuació d'urgències mèdiques als nivells IV-V. 2010 ([Annex 15](#)).
 - ✓ Circuit d'assistència dels malalts oncohematològics a urgències. 2010 ([Annex 16](#)).
 - ✓ Protocol de circuit d'ingrés. 2010 ([Annex 17](#)).
 - ✓ Protocol de lumbàlgies. 2010 ([Annex 18](#)).
 - ✓ Protocol d'atenció al pacient policontusionat 2011 ([Annex 19](#)).
- *Per adequar el criteri d'ingrés*
 - ✓ Protocol de tractament de les prostatitis ([Annex 20](#)).
- *Per millorar la seguretat clínica*
 - ✓ Circuit de dolor toràcic no traumàtic ([Annex 21](#)).
 - ✓ Protocol de comunicació i informació a les autoritats i serveis públics competents ([Annex 22](#)).

1. 4. Millora de la comunicació i de la informació a pacients i familiars

- Assistència al *Taller de comunicació i tractament de la informació en situacions complexes* ([Annex 23](#)).

Participació de metges i infermeres d'urgències en un taller de 18h, dut a terme els dies 21 i 28 d'octubre de 2010.

Objectius:

- Millorar el maneig de les necessitats d'informació i comunicació de pacients i famílies en situacions complexes.
- Capacitar als professionals en habilitats de comunicació per a la resolució de problemes.
- Identificar situacions difícils en el procés de la informació.
- Treballar situacions diverses i complexes relacionades amb el procés de la informació en serveis específics.

- Elaboració d'un *Tríptic informatiu de l'àrea d'urgències* ([Annex 7](#))

1. 5. Potenciació de la formació i de la docència

- *Realització periòdica de Sessions clíniques del Servei*

Els facultatius d'Urgències han continuat participant de forma activa en les sessions clíniques del Servei.

- *Planificació de la formació dels residents*

Per tal de millorar la formació dels residents de primer any que roten per Urgències es van establir, a partir de l'any 2010, seminaris teòric - pràctics dels processos més prevalents de l'àrea mèdica ([Annex 24](#)), impartits pels facultatius del Servei.

- *Organització i realització del Curs anual de residents*

Durant el període 2010- 2011 s'ha seguit organitzant, anualment, el *Curs d'Actualització de l'atenció urgent en l'àmbit hospitalari* ([Annex 25, Programa del curs 2010 i Annex 26, Programa del curs 2011](#)).

Un any més el curs ha tingut com a objectius:

- Donar pautes d'actuació homogènies davant situacions a les quals s'ha de fer front en l'àmbit d'Urgències, on cal prendre, diàriament, decisions importants de forma ràpida, sense disminuir la qualitat de l'assistència.

- Unificar pautes de conducta diagnòstico-terapèutiques en una unitat multidisciplinària i composta per equips rotatoris.
- Facilitar la iniciació a les tasques diàries de l'àrea d'urgències del nostre centre als residents de primer any.

- *Actualització del Manual d'urgències*

En el context de la millora que suposa la construcció de les noves urgències, l'any 2010 es va considerar convenient l'actualització del Manual d'Urgències. Per això es va crear un Comitè de redacció, responsable de revisar novament el temari del Manual i d'encarregar als diferents professionals de l'hospital la revisió dels temes de l'anterior edició, incorporant novetats i, si es considerava necessari, millores per tal de continuar essent un llibre útil i actualitzat. A més, el Manual d'Urgències 2011 ([Annex 27](#)) ha contribuït a potenciar la coordinació interna, atès que incorpora a molts professionals en un mateix projecte, donant més cohesió al treball del dia a dia.

- *Curs d'ètica, edició 2010*

El Servei d'Urgències va participar, novament, en el Curs d'Ètica de l'hospital, impartint la classe *Morir a Urgències*.

- *Curs d'Atenció urgent per a l'Atenció Primària*

L'any 2010 el Servei d'urgències va impartir el Curs d'Atenció urgent per a l'AP ([Annex 28](#)).

1. 6. Elaboració de Plans específics

- *Actualització i Implementació del Pla d'hivern*

Com en anys anteriors, es va actualitzar i dur a terme el Pla d'hivern 2010-2011 ([Annex 29](#)).

2.- Mesures de gestió hospitalària general

2. 1. Implicació de la Direcció del centre

Entre les accions dutes a terme l'any 2010-11, amb la participació i co-lideratge de la Direcció de l'hospital, cal destacar:

- La fixació d'objectius corporatius (DPO) vinculats a aspectes qualitatius de l'atenció urgent (Acord de govern 2010) ([Annex 30](#)).
- La prioritització de les propostes de millora del Procés d'atenció urgent.
- La implicació en l'elaboració i implementació del Pla d'hivern.

2. 2. Seguiment de la Política d'ingressos

Durant els anys 2010-2011 la Comissió Gestora de llits ha seguit desenvolupant la seva tasca principal d'ajustar diàriament la necessitat i disponibilitat de llits d'hospitalització per tal de garantir un drenatge òptim per a l'atenció urgent. En aquest sentit, la Comissió, seguint el pla estratègic de la Direcció de l'hospital, ha impulsat la implantació del *Procés d'hospitalització*, procés que té una enorme incidència sobre l'àrea d'urgències essent clau a l'hora d'agilitar la sortida d'urgències.

3.- Mesures per millorar la coordinació intrahospitalària

De les mesures de millora de la coordinació interna cal destacar,

3. 1. Coordinació amb altres serveis assistencials

El Servei d'Urgències de l'HUGTiP és el referent pels pacients oncohematològics que, per complicacions medicoquirúrgiques, requereixin atenció urgent, donat que l'Institut Català d'Oncologia (ICO) no compta amb Servei d'Urgències propi.

Amb l'objectiu de millorar la qualitat assistencial del malalt oncohematològic, es va constituir un Grup de treball per tal de definir els circuits assistencials i aconseguir una major coordinació de l'activitat del Servei d'Urgències i dels diferents professionals de l'ICO. Com a resultat de la feina del GT s'ha elaborat el *Circuit d'assistència dels malalts oncohematològics a urgències* ([Annex 16](#)).

3. 2. Coordinació amb els serveis centrals i de suport

- *Serveis centrals*

Per tal d'incrementar l'eficiència, pel que fa referència a la sol·licitud des del Servei d'Urgències de determinats paràmetres analítics, es va elaborar, el març de 2011, un *Protocol de Racionalització de la demanda* ([Annex 31](#)).

- *Unitat d'admissions*

En col·laboració amb la Unitat d'admissions, l'any 2010, es va elaborar el Protocol de circuit d'ingrés ([Annex 17](#)), que descriu els passos a seguir per efectuar l'ingrés de pacients des de l'àrea d'urgències. Aquest protocol va ser aprovat pel Comitè d'Urgències.

3. 3. Comitè d'Urgències

El Comitè d'Urgències, òrgan de participació i assessorament del Servei d'urgències, va proposar un Pla d'acció per l'any 2010, amb els següents objectius:

- Assessorar i participar en l'elaboració de la Normativa d'Urgències.
- Proposar i analitzar els indicadors clínics per a l'avaluació de la qualitat assistencial en l'àrea d'Urgències.
- Impulsar i facilitar la coordinació entre els diferents equips que treballen a Urgències.
- Participar en l'avaluació de l'assistència als pacients i proposar accions de millora.
- Millorar la informació a Urgències.

En la Memòria 2010 del Comitè d'Urgències ([Annex 32](#)) es resumeixen les accions dutes a terme durant aquest període.

3.4. Participació dels facultatius d'urgències en Comissions hospitalàries

Els membres del Servei d'urgències han continuat participant de forma activa en diversos òrgans institucionals del centre.

4.- Millores estructurals i d'equipament

Les principals accions dels anys 2010-2011 han estat,

- La continuació de les obres de les Noves Urgències.

Els principals guanys i millores que suposen aquestes obres es descriuen en l'[annex 33](#).

- La realització del concurs públic per a l'adjudicació dels nous equipaments de l'àrea d'urgències.

5.- Millores dels sistemes d'informació

Les principals accions realitzades, en aquest àmbit, durant el període 2010 – 2011 són:

5.1. Reimplantació del projecte ARGOS

Entre el juliol i el novembre del 2010 s'ha dut a terme l'anomenada reimplantació del projecte ARGOS que ha representat la introducció de les millores que al llarg dels últims anys, amb l'experiència i l'evolució tecnològica, s'han implementat als altres hospitals de l'ICS. Paral·lelament, s'ha perfeccionat el funcionament del sistema d'aplicacions i processos assistencials (SAP assistencial). Els principals requeriments del Servei d'urgències queden recollits en l'[annex 34](#).

5.2. Anàlisi del Quadern de comandament d'Urgències

En els anys 2010-2011 s'ha continuat fent el seguiment del Quadern de comandament donat que l'anàlisi i avaluació d'aquest recull d'indicadors ([Annex 35](#)) és imprescindible per demostrar el progrés respecte a fites establertes (estàndards) del procés d'atenció urgent.

6.- Accions sobre els fluxos d'entrada

Les principals accions sobre els fluxos d'entrada han estat les realitzades

- ✓ En col·laboració amb altres hospitals de la zona
- ✓ En col·laboració amb els professionals de l'Atenció primària, fonamentalment amb la implantació dels Protocols de derivació de pacients des de l'AP a urgències

i del maneig ambulatori de processos, elaborats pel GT multidisciplinari d'urgències a l'àrea de l'HUGTiP – Badalona (Actualització i ampliació gener 2010, [annex 4](#)).

7.- Mesures per millorar la sortida d'urgències

7.1. Potenciació de la utilització de les alternatives a l'hospitalització convencional

En aquest àmbit cal destacar la Protocol·lització de processos per a la *utilització de la Unitat d'hospitalització a domicili*: des del Servei d'urgències es proposen els malalts candidats a seguir el seu procés assistencial ingressats en la UHAD, com alternativa a la hospitalització convencional, de manera protocol·litzada ([Annex 19](#)).

7.2. Redistribució de fluxos i Coordinació Externa

Les principals accions dutes a terme durant el període 2010 – 2011 són:

- Actualització del *Circuit de trasllat de pacients amb requeriment d'ingrés a l'HES* . 2010 ([Annex 36](#)).
- Elaboració del *Protocol de coordinació Hospital Universitari Germans Trias i Pujol - Fundació Institut Guttmann* . 2010 ([Annex 37](#)).

VARIABLES ANALITZADES

Per poder avaluar els resultats aconseguits amb la implementació de les accions de millora descrites cal disposar d'uns indicadors clau d'activitat, funcionament i qualitat que, juntament amb les enquestes de satisfacció dels usuaris, són les variables analitzades en el present treball.

1. INDICADORS

Un *indicador* és una eina que s'utilitza per valorar els impactes produïts per una determinada acció. Els indicadors són mesures verificables de canvi o resultat que compten amb un *estàndard* (valor numèric de referència, consensuat), utilitzat com a referent per avaluar, estimar o demostrar el progrés respecte a fites establertes. En ocasions, un determinat indicador pot ser útil per definir els objectius d'una acció.

La valoració dels resultats derivats de determinades accions de millora es basa en un *sistema de monitorització*, en el qual els indicadors s'avaluen de forma periòdica.

En el següent gràfic queda resumit el sistema d'avaluació mitjançant indicadors,

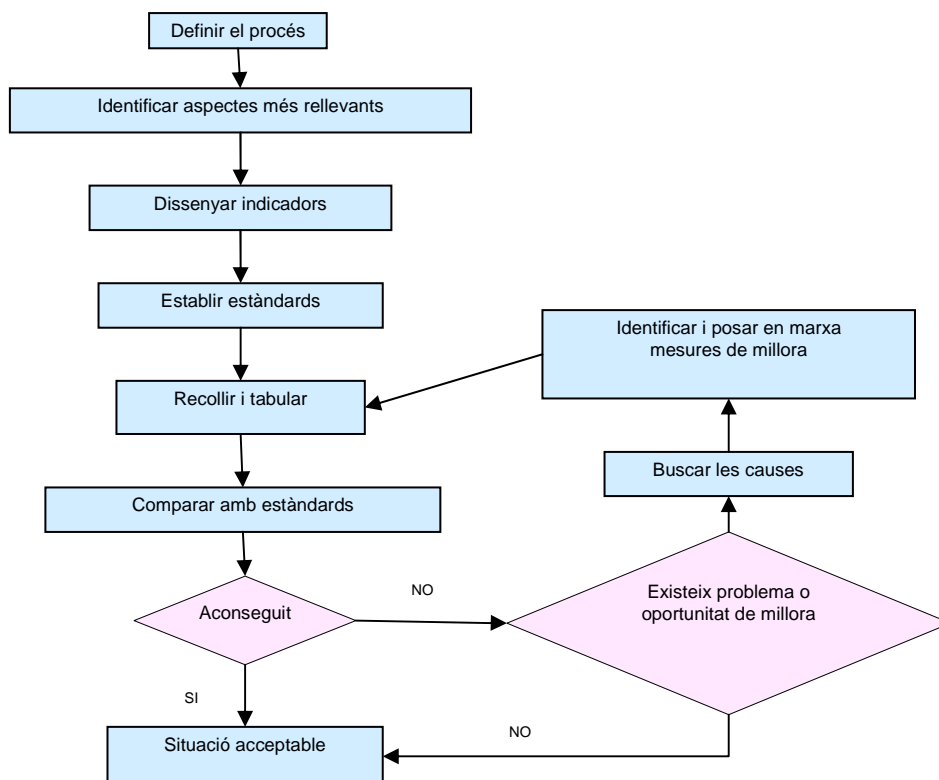


Figura 7. Sistema d'avaluació mitjançant indicadors

Es tracta d'un sistema basat en mesures quantitatives repetides que te com a finalitat última identificar problemes, situacions millorables o be desviacions respecte als estàndards establerts i, d'aquesta manera, poder plantejar i posar en marxa mesures de millora.

Selecció d'indicadors

Els indicadors utilitzats com a variables en aquest treball s'han seleccionat del total d'indicadors (superior a 100) recomanats per als Serveis d'Urgències (SU), per part d'entitats reconegudes com Societats científiques (Societat Catalana de Medicina d'Urgència – SCMU-, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias – SEMES-), l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM) i la Fundació Avedis Donabedian (FAD).

La selecció d'indicadors l'ha dut a terme un Grup de Treball multidisciplinar format per diversos membres del Comitè d'Urgències, liderat per la Coordinació d'Urgències i assessorat per la Direcció de Qualitat de l'hospital.

Els *indicadors proposats* han de permetre avaluar:

- L'activitat assistencial desenvolupada: indicadors d'activitat/ assistencials bàsics.
- El nivell de qualitat de l'assistència: indicadors clínics de qualitat.

A més a més, en la selecció dels indicadors també s'ha tingut en compte els criteris següents:

- Aspectes bàsics de l'atenció.
- Activitat identificada com a problemàtica o de risc pel pacient.
- Variabilitat de la pràctica assistencial en el servei.
- Existència de fonts d'informació vàlides i fiables.
- Possibilitat de generació automàtica de resultats (informatització).
- Indicadors definits com a *bàsics* per a l'avaluació dels SU hospitalaris per part de les Societats científiques.

El recull dels indicadors seleccionats constitueix el *Quadern de comandament d'Urgències* ([Annex 33 de Mesures a mig termini](#)). L'edició mensual d'aquest Quadern és imprescindible per a l'anàlisi, seguiment i avaluació de l'activitat i qualitat de l'atenció urgent.

Cal dir que alguns indicadors clínics de qualitat, considerats més rellevants o bàsics pels SU (recomanada la seva aplicació), no s'han seleccionat per ser monitoritzats perquè el seu grau de consecució, en el nostre SU, és del 100% des de fa temps, com per exemple, la complementació de l'informe d'assistència, l'existència de Protocols de risc vital i la valoració psiquiàtrica en els intents d'autòlisi.

Així mateix, d'altres indicadors clínics no s'han seleccionat per formar part del Quadern de comandament del SU però són monitoritzats per altres Serveis de l'Hospital, com la demora en la realització d'ECG en pacients amb síndrome coronària aguda (SCA), el temps "porta- agulla" en pacients amb infart agut de miocardi (IAM) i el temps "porta- agulla" en pacients amb ictus.

Finalment, tenint en compte totes les consideracions esmentades, els indicadors seleccionats per a la monitorització en el *Quadern de comandament d'Urgències* són:

Indicadors d'activitat / assistencials bàsics

- Nombre d'urgències ateses
- Nombre d'urgències ateses per franja horària i per dia de la setmana
- Percentatge d'urgències ateses per torn
- Destinació dels pacients a l'alta
- Percentatge d'urgències ingressades
- Taxa de trasllats a altres centres
- Pressió d'Urgències

Indicadors de qualitat

De gestió

- Temps mitjà de permanència a Urgències
- Estadades superiors a 24 hores a Urgències
- Readmissions a Urgències en menys de 72 hores després de l'alta
- Percentatge de readmissions que precisen ingrés
- Percentatge de pacients no visitats

Clínic

- Taxa de mortalitat a Urgències

De satisfacció

- Nombre de reclamacions i queixes de l'àrea d'Urgències

Descripció dels indicadors seleccionats

1.1.- INDICADORS D'ACTIVITAT / ASSISTENCIALS BÀSICS

Les dades d'activitat permeten avaluar la utilització de recursos i la seva gestió. També són útils per valorar l'adequació de recursos humans i materials en l'àrea d'Urgències en diferents períodes de temps. A la vegada, serveixen per realitzar estudis comparatius amb altres centres.

Així doncs, l'aspecte rellevant de l'assistència que valoren aquests indicadors és l'eficiència.

1.1.1.- Nombre d'urgències ateses

És el nombre total de pacients que acudeixen al SU per ser atesos, essent registrats en el Servei d'admissions d'urgències de l'hospital durant el període al qual fan referència les dades (s'inclouen les altes voluntàries, les fugues i els abandonaments).

- Nombre d'urgències mensuals: nombre d'urgències ateses durant el mes referit.
- Nombre d'urgències per dia: nombre de pacients atesos en 24 hores (de 8h a 8h del dia següent).

Del nombre total de pacients atesos mensualment se'n deriven dues dades importants per a la gestió de l'Hospital:

- El total anual de pacients atesos a Urgències i
- La mitjana diària d'urgències ateses

1.1.2.- Nombre d'urgències ateses per franja horària i per dia de la setmana

- El nombre d'urgències ateses per franja horària fa referència a l'activitat desglossada per hores durant les 24 hores d'un dia.

- El nombre d'urgències ateses per dia de la setmana fa referència a l'activitat registrada en funció del dia de la setmana.

1.1.3.- Percentatge d'urgències ateses per torn

És el percentatge de visites realitzades a l'àrea d'urgències distribuïdes segons el torn de treball. L'hospital disposa de tres torns diferents per cobrir les 24 hores tots els dies de l'any, definits en torn de matí (de 8h a 15 h), torn de tarda (de 15h a 22 h) i torn de nit (de 22h a 8 h del dia següent).

1.1.4.- Destinació dels pacients a l'alta

Conèixer la destinació dels pacients després de l'alta és important per quantificar tant els casos resolts al SU com els derivats a altres unitats i/o centres.

Les diferents destinacions contemplades són:

- Alta a domicili
- Alta voluntària
- Derivació a un altre centre
- Èxitus
- Fuga/ abandonament del SU
- Ingress en sala d'hospitalització convencional
- Ingress en unitats especials
- Remissió a l'Atenció Primària

1.1.5.- Percentatge d'urgències ingressades

És la proporció de pacients atesos en l'àrea d'urgències que són hospitalitzats.

Es calcula aplicant la fórmula: $\text{ingressos urgents} / \text{total d'urgències} = \%$.

1.1.6.- Taxa de trasllats a altres centres

Fa referència al percentatge de pacients admesos al Servei d'urgències que són derivats a altres centres:

- Traslats per complexitat (necessitat d'especialitat no disponible a l'hospital).
- Traslats a hospital general bàsic (territorialitat).
- Traslats a centres concertats durant el Pla d'hivern.
- Traslats per demanda familiar.

1.1.7.- Pressió d'Urgències

Fa referència al percentatge d'ingressos urgents produïts a l'hospital i es calcula aplicant la fórmula:

$$\text{ingressos urgents} / (\text{ingressos programats} + \text{ingressos urgents}) = \%$$

1.2.- INDICADORS DE QUALITAT

Els indicadors de qualitat seleccionats s'han agrupat en tres categories: indicadors de qualitat de gestió, clínics i de satisfacció i per a cada un d'ells s'han definit els apartats que mostra la taula següent:

Taula 19. Apartats que es descriuen per un indicador

<i>Nom de l'indicador</i>	
Dimensió	Aspecte rellevant de l'assistència que valora
Justificació	Utilitat de l'indicador com a mesura de qualitat Relació amb la validesa: te sentit allò que mesura?, serveix per identificar àrees de millora?
Fórmula	Expressió matemàtica que reflecteix el resultat de la mesura
Explicació de termes	Definició de termes de l'indicador que poden ser ambigus o portar a diferents interpretacions
Població	Definició clara de la unitat d'estudi
Tipus	Classificació dels indicadors segons l'enfocament de l'avaluació. S'identifiquen com d'estructura, de procés o de resultat

Font de dades	Definició de l'origen i seqüència d'obtenció de dades necessàries per poder quantificar l'indicador
Estàndard	Nivell desitjable de compliment del criteri
Comentaris	Reflexió sobre la validesa de l'indicador. Identificació de possibles factors de confusió. Fonts de referència

Indicadors de qualitat de gestió

1.2.1.- Temps mitjà de permanència a Urgències

Fa referència al temps de permanència, expressat en hores, dels pacients atesos al SU de l'hospital, durant el període de referència (mensual).

Taula 20. Temps mitjà de permanència a Urgències

Nom de l'indicador	TEMPS MITJÀ DE PERMANÈNCIA A URGÈNCIES
Dimensió	Eficiència
Justificació	Les estades en el SU superiors a l'estàndard establert poden ser conseqüència de la capacitat resolutiva del propi servei d'Urgències. Tant sols es poden justificar per inestabilitat hemodinàmica del pacient i/o nou procés agut durant l'estada al SU
Fórmula	Mitjana de la diferència entre l'hora de sortida i l'hora d'entrada a l'àrea d'Urgències (hora registrada des d'admissions)
Població	Pacients que són atesos en el SU durant el període revisat
Tipus	Procés
Font de dades	Sistemes informàtics de l'hospital
Estàndard	Històric del centre
Comentaris	No mesura el temps de demora en l'atenció sinó el temps de permanència a l'àrea d'Urgències

1.2.2.- Estades superiors a 24 hores a Urgències

Fa referència al nombre de pacients atesos al SU que estan en aquesta àrea durant un període superior a 24 hores, des de l'hora d'entrada fins a l'hora de sortida.

Taula 21. Estades superiors a 24 hores a Urgències

Nom de l'indicador	ESTADES SUPERIORS A 24 HORES A URGÈNCIES
Dimensió	Eficiència
Justificació	Les estades superiors a 24 hores en el SU poden ser conseqüència de la gestió dels llits hospitalaris o de la capacitat resolutiva del propi Servei d'urgències. Tant sols es poden justificar per inestabilitat hemodinàmica del pacient i/o nou procés agut durant l'estada al SU
Fórmula	$\frac{\text{Nre. de malalts amb estada superior a 24 h en el SU}}{\text{Nre. de malalts atesos}} \times 100$
Explicació de termes	Estada: temps des de l'arribada al Servei d'urgències fins a l'alta
Població	Pacients que són atesos en el SU durant el període revisat
Tipus	Procés
Font de dades	Sistemes informàtics de l'hospital
Estàndard	1%

1.2.3.- Readmissions a Urgències en menys de 72 hores després de l'alta

Fa referència al nombre de pacients que retornen al Servei d'urgències per qualsevol motiu, en el termini de les 72 hores després de ser donats d'alta d'aquest servei.

Taula 22. Readmissions a Urgències en menys de 72 hores després de l'alta

Nom de l'indicador	READMISSIONS EN MENYS DE 72 HORES
Dimensió	Efectivitat. Risc
Justificació	Possibilitat de detectar els pacients en els quals no s'ha instaurat un tractament efectiu o han presentat complicacions
Fórmula	$\frac{\text{Nre. de pacients readmesos en un interval de 72 h}}{\text{Nre. de pacients atesos a urgències}} \times 100$
Explicació de termes	<i>Readmissió:</i> pacient que torna a urgències per qualsevol motiu, i ha estat atès prèviament en un interval de 72 hores
Població	Pacients atesos a Urgències durant el període revisat
Tipus	Resultat
Font de dades	Sistemes d'informació de l'hospital
Estàndard	Inferior al 6,5%
Comentaris	<p>En incloure les readmissions (citacions, consultes per altres motius, etc) l'indicador s'ha d'utilitzar com a senyal d'alarma, sense que el seu incompliment indiqui una mala praxi en tots els casos. Resultats superiors a l'estàndard han de servir per revisar les causes dels retorns.</p> <p>L'estàndard consensuat és el recomanat per la SEMES (2007)</p>

1.2.4.- Percentatge de readmissions que precisen ingrés

Fa referència al percentatge de pacients readmesos a Urgències que requereixen ingrés.

Taula 23. Percentatge de readmissions que precisen ingrès

Nom de l'indicador	READMISSIONS AMB INGRÉS
Dimensió	Efectivitat. Risc
Justificació	Es detecten pacients als quals no s'ha realitzat una valoració o un tractament adequat, o bé han presentat complicacions
Fórmula	$\frac{\text{Nre. de readmissions ingressades}}{\text{Nre. de readmissions}} \times 100$
Explicació de termes	<p><i>Readmissió:</i> pacient que torna a Urgències per qualsevol motiu, i ha estat atès prèviament en un interval de 72 hores</p> <p><i>Readmissió ingressada:</i> pacient readmès a Urgències que requereix ingrès. Inclou també les derivacions d'ingrés a altres centres</p>
Població	Pacients readmesos a Urgències durant el període revisat
Tipus	Resultat
Font de dades	Sistemes d'informació de l'hospital
Estàndard	Inferior al 10% S'exclouen les readmissions per treball de part
Comentaris	L'indicador no detecta els pacients que acudeixen a un altre centre. L'estàndard de referència no té en compte les readmissions de ginecologia, d'obstetrícia i de pediatria

1.2.5.- Percentatge de pacients no visitats

Fa referència al percentatge de pacients que, malgrat ser admesos (registrats en el Servei d'admissions d'urgències de l'hospital), marxen sense ser atesos.

Taula 24. Percentatge de pacients no visitats

Nom de l'indicador	PACIENTS NO VISITATS
Dimensió	Satisfacció. Risc. Adequació
Justificació	Hi ha diferents causes per les quals un malalt pot no ser visitat. El fet pot incidir en la satisfacció del malalt i suposar un risc en cas que aquest estigui en una situació clínica greu i decideixi marxar.
Fórmula	$\frac{\text{Nre. de malats no visitats}}{\text{Nre. de malats admesos}} \times 100$
Explicació de termes	<i>Malalt no visitat:</i> fitxa d'Urgències en blanc o en la que consta que no ha estat visitat
Població	Pacients amb fitxa oberta a Urgències, durant el període revisat
Tipus	Resultat
Font de dades	Sistemes d'informació de l'hospital
Estàndard	2%

Indicador de qualitat clínic

1.2.6.- Taxa de mortalitat a Urgències

Fa referència a la proporció de defuncions a Urgències.

La taxa de mortalitat és una mesura que es relaciona amb la gestió dels recursos i amb la capacitat científic -tècnica dels professionals sanitaris de la institució. Tanmateix, existeixen límits en la interpretació dels resultats. És necessari interpretar-los tenint en consideració altres aspectes relacionats amb les condicions prèvies de l'estat de salut del pacient, la pròpia malaltia, el grau de complexitat i el grau d'especialització del centre.

Taula 25. Taxa de mortalitat a Urgències

Nom de l'indicador	TAXA DE MORTALITAT A URGÈNCIES
Dimensió	Risc
Justificació	La taxa de mortalitat mesura indirectament la capacitat i eficàcia del Servei a l'hora de resoldre amb rapidesa els casos crítics, ja sigui en el propi Servei d'urgències o derivant el pacient a àrees de la seva dependència (radiologia, quiròfans...)
Fórmula	$\frac{\text{Nre. de pacients atesos que són èxits}}{\text{Nre. de pacients atesos al Servei d'urgències}} \times 100$
Explicació de termes	<i>Èxits</i> : morts que es produeixen (s'exclouen els ingressats cadàvers)
Població	Tots els pacients atesos en el Servei d'urgències, exclosos els que ingressen cadàvers
Tipus	Resultat
Font de dades	Sistemes d'informació de l'hospital
Estàndard	Inferior al 0,2%
Comentaris	Ref.: l'estàndard s'ha determinat a partir de les dades de prevalença d'estudis de mortalitat hospitalària

Indicador de qualitat de satisfacció

1.2.7.- Nombre de reclamacions i queixes de l'àrea d'Urgències

Una reclamació o queixa és l'expressió de l'opinió de l'usuari sobre l'atenció sanitària rebuda en el Servei d'urgències, que no l'ha satisfet i com a conseqüència de la qual espera que es produeixi una actuació.

Les reclamacions o queixes poden referir-se a un acte o procés assistencial, les relacions interpersonals, la comunicació, l'organització, les condicions d'habitabilitat, l'allotjament i el confort, la documentació i/o altres aspectes.

La presentació d'una reclamació i/o queixa és un dret dels usuaris, reconegut per la llei 14/1986 i per la carta de drets i deures dels ciutadans, en relació a la salut i a l'atenció sanitària.

La diferència entre la reclamació i la queixa rau en que la *reclamació* és escrita i signada per l'usuari en un document, mentre que la *queixa* és expressada oralment per l'usuari.

Les reclamacions i els suggeriments són elements indispensables per a qualsevol organització que orienti la seva actuació a la satisfacció dels clients. L'Hospital disposa de mecanismes de gestió de les reclamacions i dels suggeriments, d'acord amb el marc normatiu vigent, que garanteix l'exercici efectiu d'aquest dret a reclamar i a suggerir.

Taula 26. Nombre de reclamacions i queixes de l'àrea d'Urgències

Nom de l'indicador	Nombre de reclamacions i queixes de l'àrea d'urgències
Dimensió	Satisfacció
Justificació	Les reclamacions i els suggeriments són elements indispensables per a qualsevol organització que orienti la seva actuació a la satisfacció dels clients, convertint-se en indicadors objectius de la veu del client
Fórmula	$\frac{\text{Nre. de reclamacions i/o queixes}}{\text{Nre. de pacients atesos al Servei d'urgències}} \times 100$
Explicació de termes	La <i>reclamació</i> és escrita i signada per l'usuari en un document, mentre que la <i>queixa</i> és expressada oralment per l'usuari
Població	Pacients atesos a Urgències durant el període revisat
Tipus	Resultat
Font de dades	Unitat d'Atenció a l'Usuari (UAU)
Estàndard	Inferior a 0,21%
Comentaris	Una reclamació pot referir-se a més d'un aspecte (assistencial, de tracte, informació, organització...)

2. ENQUESTES DE SATISFACCIÓ DELS USUARIS

2.1.- Enquestes de satisfacció d'Urgències (“internes”)

Per tal d'analitzar el grau de satisfacció dels nostres usuaris, i com a mesura complementària a les Enquestes de Satisfacció en l'àmbit de l'atenció urgent del CatSalut (realitzades amb periodicitat bianual), a finals de l'any 2008 es va dissenyar l'*Enquesta de satisfacció d'urgències “interna”*, del Centre. En la seva elaboració varen participar la Unitat d'atenció a l'usuari (UAU), la Direcció de Qualitat i el propi Servei d'urgències ([Annex 31 de les Mesures a mig termini](#)).

L'objectiu d'aquestes enquestes, a més a més d'analitzar el grau de satisfacció general dels usuaris, és conèixer les seves necessitats i expectatives, per tal de poder-hi donar resposta.

Les enquestes es realitzen en 12 talls anuals (un per mes) i s'analitzen 50 enquestes en cada tall, el que suposa un total teòric de 600 enquestes valorades per any.

Les enquestes son realitzades via telefònica, per professionals de la UAU, a una mostra de pacients atesos a Urgències (amb una diferència màxima de 15 dies respecte al dia de l'alta del SU). La selecció dels pacients es fa de forma aleatòria per la Unitat d'Epidemiologia de l'hospital, amb una estratificació segons les diferents àrees d'atenció (nivell IV-V, nivell II-III medicoquirúrgic, àrea de traumatologia, àrea pediàtrica i àrea de ginecologia - obstetrícia). Cada mes s'avalua, alternativament, un torn d'entrada del pacient (matí, tarda i nit). S'exclouen els èxits, els pacients que ingressen i els que són traslladats a altres centres. L'exploració de resultats es realitza mensualment per part de la Unitat d'Epidemiologia de l'hospital.

2.2.- Enquestes de satisfacció del CatSalut

Per millorar la qualitat dels serveis i la satisfacció de l'atenció rebuda en els serveis sanitaris públics, el CatSalut ha desenvolupat estratègies que, tot assegurant l'equitat i la sostenibilitat del model, aconseguixin apropar, de manera continuada, les percepcions a les expectatives de la ciutadania.

L'any 2004 el CatSalut va iniciar un projecte d'estudi planificat i sistemàtic sobre l'opinió i satisfacció dels seus assegurats en les diferents línies d'atenció assistencial: el *Pla d'enquestes de satisfacció de persones usuàries dels diferents serveis sanitaris*.

Seguint la planificació prevista, el CatSalut es planteja l'abordatge de l'atenció urgent en els hospitals d'aguts, dins la línia de producte d'atenció hospitalària, amb l'objectiu de situar al pacient en el sistema de salut, reforçant les accions relacionades amb la seva satisfacció en l'àrea d'urgències. D'aquesta manera, l'any 2006, es du a terme la primera *Enquesta de satisfacció d'assegurats del CATSALUT per la línia de servei d'Atenció urgent hospitalària*, que s'ha repetit en els anys 2008 i 2011.

El disseny metodològic de l'enquesta d'atenció urgent hospitalària ha seguit les pautes comunes per a totes les línies d'atenció, però sempre tenint en compte les característiques intrínseques de la línia estudiada.

En aquesta enquesta, la satisfacció del servei rebut s'analitza des de la consideració de l'existència d'un conjunt seleccionat de dimensions, com són l'accessibilitat als serveis, el tracte rebut dels professionals, la informació, els elements de confort i els de naturalesa organitzativa del centre on s'ha rebut l'atenció sanitària urgent. Cada dimensió està representada en els qüestionaris, validats i consensuats, per una sèrie d'ítems (preguntes) rellevants. Les enquestes són telefòniques i es realitzen a més de 5.000 usuaris atesos en els Serveis d'urgències dels centres hospitalaris de Catalunya.

Per tal de simplificar i agilitar la lectura dels resultats descriptius d'aquestes enquestes, s'ha creat una dada estadística que s'anomena "**indicador positiu**" que agrupa les valoracions positives de cada pregunta. Això, té l'avantatge d'integrar la interpretació de cada ítem amb un únic resultat i facilitar-ne les comparacions posteriors. En la literatura sobre satisfacció es considera el 75 % com l'estàndard de referència per aquest indicador; és a dir, que s'espera que qualsevol resultat que integri les valoracions positives assoleixi com a mínim aquest valor del 75 %. Els resultats inferiors al 75% es consideren susceptibles de millora, els que es troben entre el 75% i el 90%, positius i els superiors al 90% es valoren com d'excel·lència.

Font de dades

Les fonts d'informació per l'anàlisi de les variables seleccionades en aquest treball han estat les següents:

- Unitat d'epidemiologia de l'hospital (elaboració dels indicadors d'activitat des de 1997 fins 2005).
- SAP: Quadern de comandament d'Urgències (QCU) des de 2009.
- Memòries del Servei d'Urgències.
- Memòries de l'hospital.
- UAU: Anàlisi de les reclamacions i enquestes de satisfacció internes.
- Enquestes de satisfacció dels usuaris del Catsalut.

METODE ESTADÍSTIC

S'ha realitzat una anàlisi descriptiva per anys de tots els indicadors d'activitat i de qualitat estudiats, tant de manera numèrica (indicant freqüències, percentatges, mitjanes i/o increment de canvi) com de manera gràfica (diagrames de barres o de línies).

Els resultats de l'anàlisi de les enquestes de satisfacció dels usuaris es mostren amb una representació gràfica radial.

Les diverses relacions entre alguns dels indicadors i la variable temps s'han analitzat amb la prova Xi- quadrat (X^2).

RESULTATS

Evolució de les variables

L'anàlisi de l'evolució de les variables seleccionades en el present treball permet avaluar els resultats obtinguts amb la implementació de les accions de millora descrites.

1. INDICADORS

1.1.- INDICADORS D'ACTIVITAT / ASSISTENCIALS BÀSICS

1.1.1.- Nombre d'urgències ateses

La *taula 27* recull l'evolució del total anual i de la mitjana diària de pacients atesos a Urgències. Les dues variables presenten, en paral·lel, un pic màxim l'any 2006 i una davallada posterior que s'accentua en els dos últims anys, tal i com reflecteixen les figures 8 i 9, respectivament.

Taula 27. Nombre total anual i mitjana diària d'urgències ateses

<i>Any</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
Total d'urgències	113.593	117.550	113.996	108.362	110.405	104.328	101.241
Mitjana diària	311	322	312	296	302	286	277

El nombre d'urgències ateses presenta un decrement global del 11% des de l'any 2005 fins el 2011.

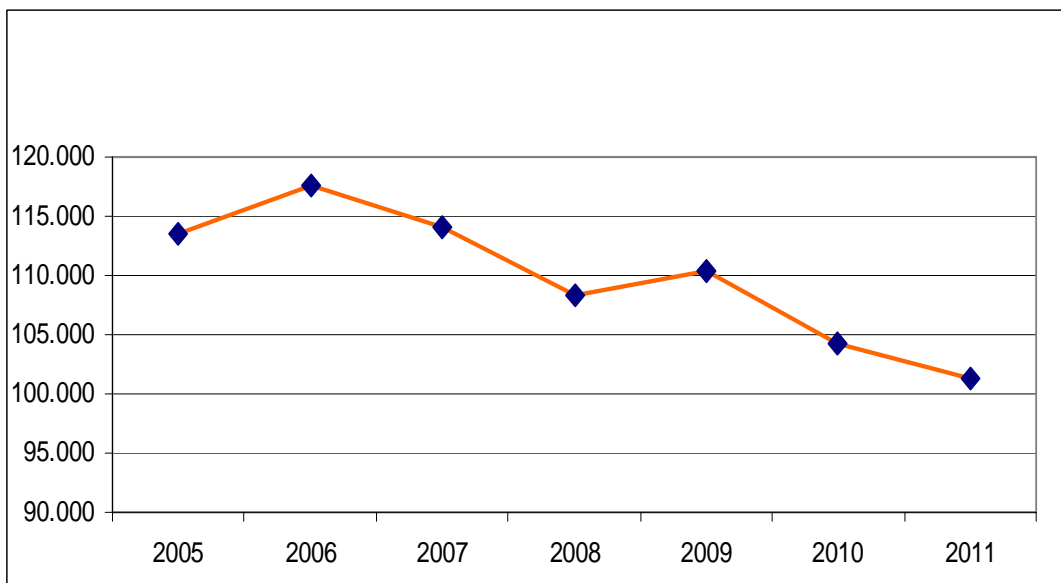


Figura 8: Evolució del nombre total anual d'urgències ateses

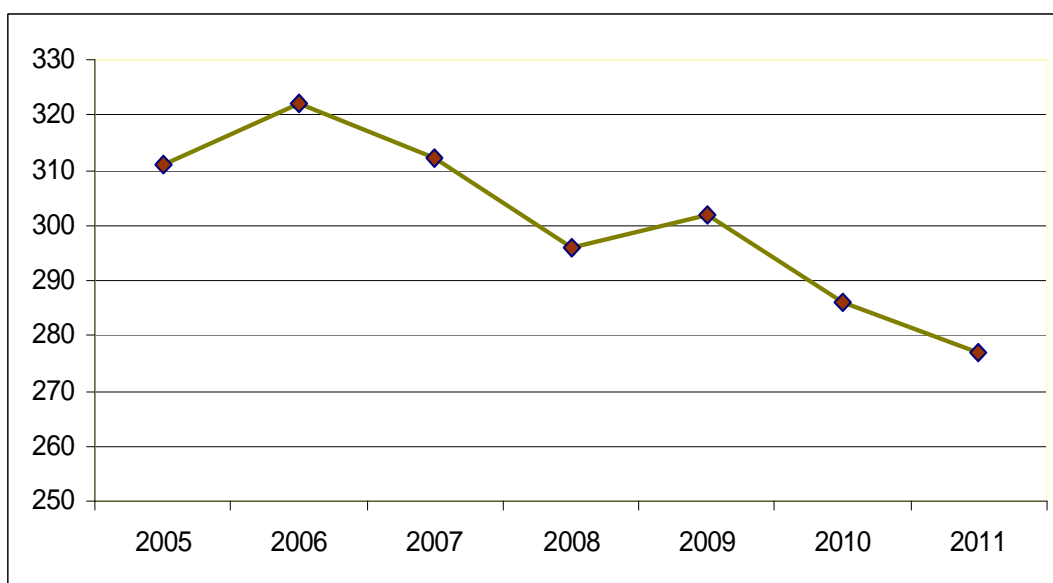


Figura 9: Evolució de la mitjana diària d'urgències ateses

Tanmateix, per fer una interpretació més acurada dels resultats, a més de l'evolució del total de les urgències ateses i de la mitjana diària global, és important conèixer la distribució de la demanda per especialitats, tal i com recull la taula 28.

Taula 28. Evolució de la mitjana diària d'urgències ateses per especialitat

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Medicina	81	84	83	78	86	91	74
Pediatria	75	82	85	80	85	75	72
COT *	64	64	55	52	51	45	53
Cirurgia	41	40	38	20	18	16	20
Obstetrícia	26	25	27	25	23	23	20
Ginecologia	21	21	19	19	18	17	17
Urologia				12	11	9	11
Cirurgia vascular				5	5	4	4
Neurologia				3	3	4	4
Neurocirurgia	2	3	5	2	2	2	3

* COT: Cirurgia ortopèdica i traumatologia

La mitjana diària més elevada correspon a l'àrea mèdica i a les urgències pediàtriques. La demanda d'atenció en les dues especialitats no ha presentat una disminució rellevant. Les especialitats que han disminuït més en la demanda han estat cirurgia, COT i les urgències d'obstetrícia i ginecologia, per aquest ordre.

Cal assenyalar que a partir de l'any 2008, la implantació del SAP permet classificar els pacients atesos a les especialitats quirúrgiques en cirurgia general, urologia i cirurgia vascular (aquestes dues últimes especialitats estaven prèviament incloses en cirurgia) així com identificar les urgències de neurologia (fins llavors incloses en les urgències de medicina).

Aquesta evolució de la mitjana diària d'urgències per especialitats es reflecteix en la figura 10.

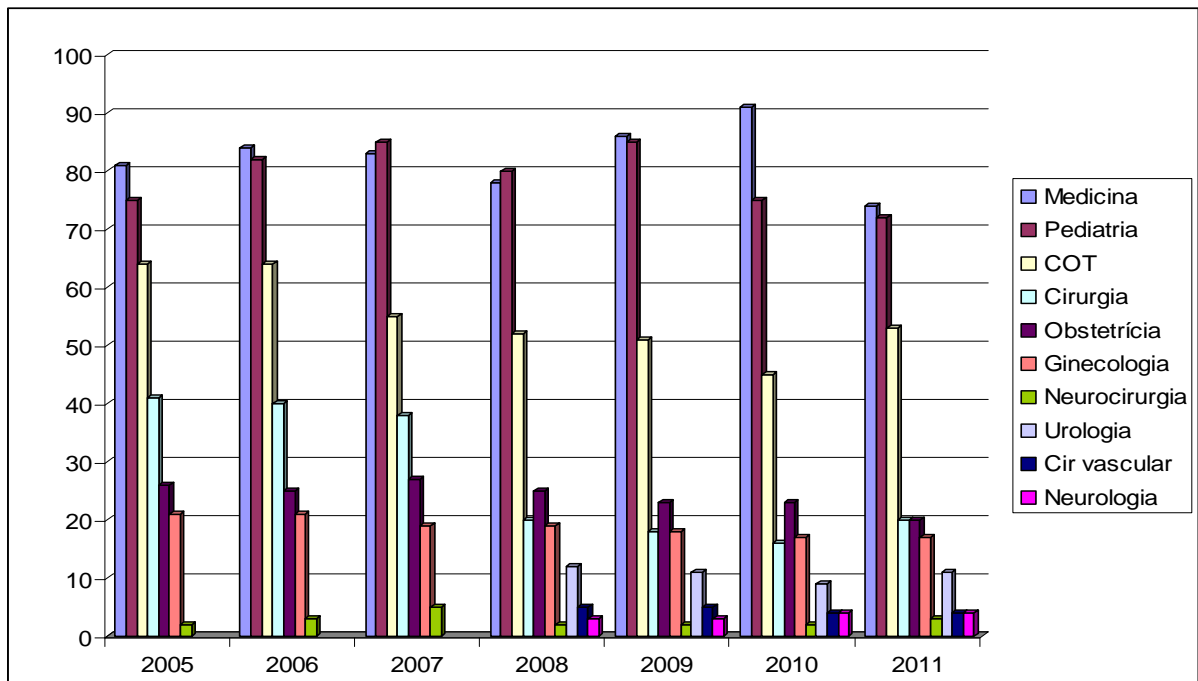


Figura 10: Evolució de la mitjana diària d'urgències ateses per especialitat

1.1.2.- Nombre d'urgències ateses per franja horària i per dia de la setmana

Amb la instauració del *Quadern de comandament d'Urgències* l'any 2009, els indicadors es registren de manera diferenciada pels tres subprocessos definits en el Procés d'atenció urgent: subprocés d'adults, pediàtric i maternal (inclou les urgències obstètriques i ginecològiques).

La figura 11 mostra el nombre d'urgències ateses per franja horària per a cadascun dels subprocessos des de 2009 fins a 2011.

En el subprocés d'adults, la distribució d'urgències ateses en funció de la franja horària té un comportament "bifàsic", ja que presenta dos pics diferenciats: el primer de 10 a 14 hores, més marcat, i el segon de 16 a 21 hores. Aquest comportament s'ha anomenat distribució en "gepa de dromedari".

En el subprocés pediàtric, també s'observa un comportament bifàsic però no tan marcat i el pic de l'horari de tarda és similar al del matí i, a diferència de l'observat als adults, es perllonga fins a les 23 hores.

En el subprocés maternal, el número d'urgències ateses presenta un pic a primera hora del matí. Aquest subprocés té un comportament horari diferent a l'observat als subprocessos d'adults i pediàtric.

La distribució horària per a cada subprocés es manté al llarg dels anys 2009-2011.

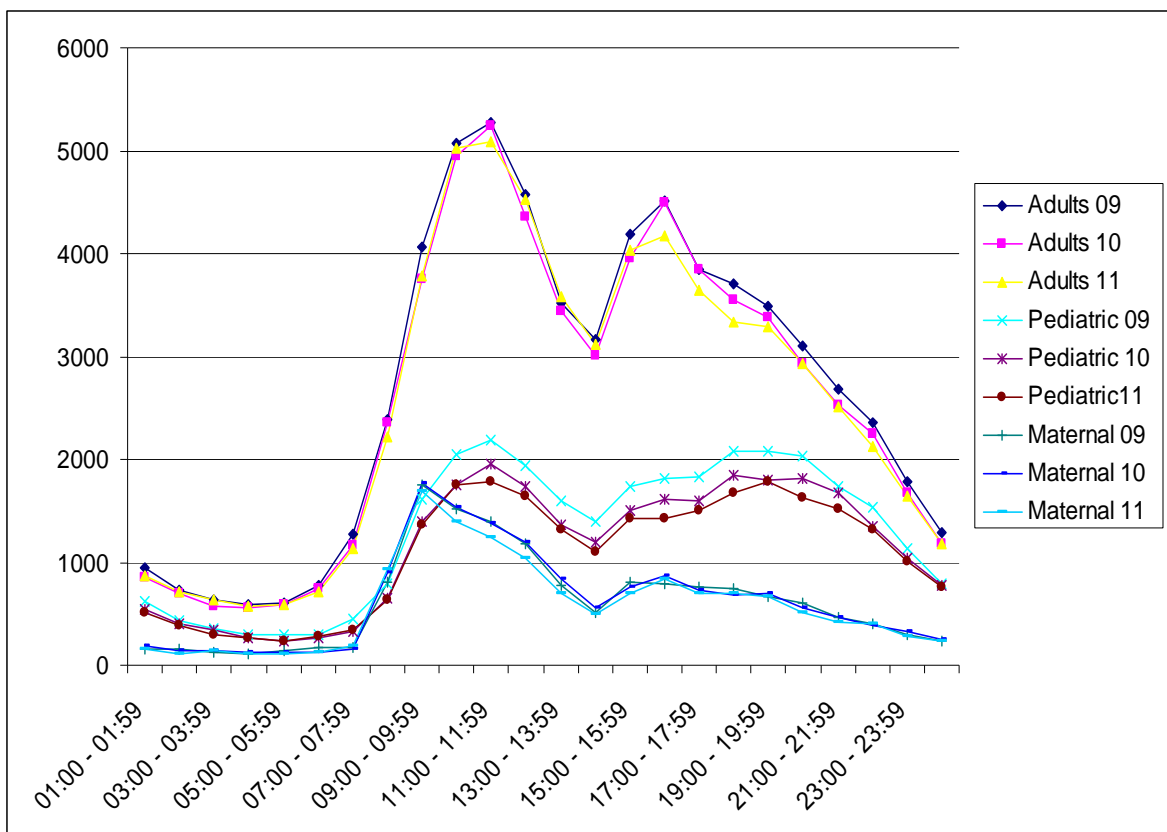


Figura 11: Nombre d'urgències ateses per franja horària en el període 2009-2011

El nombre d'urgències ateses en funció del dia de la setmana, expressat en percentatge també presenta un comportament diferenciat per a cadascun dels subprocessos.

En el subprocés d'adults (figura 12), s'observa que el dia de més demanda és el dilluns. La resta de dies de la setmana presenta un percentatge d'urgències molt similar, inclòs el cap de setmana.

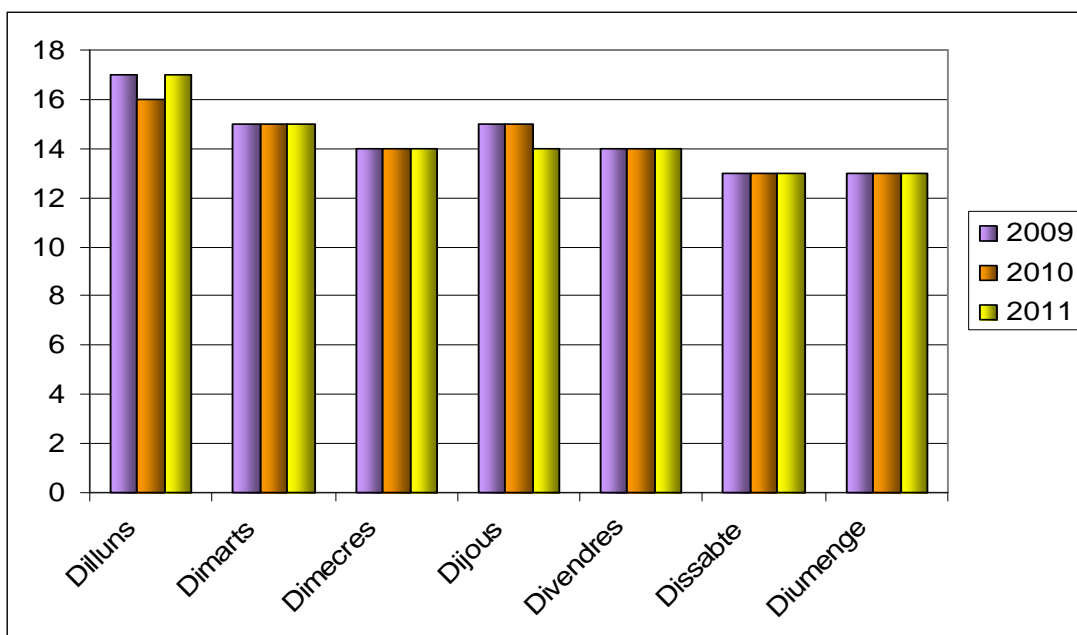


Figura 12: Percentatge d'urgències ateses per dia de la setmana. Subprocés adults

En el subprocés pediàtric, el comportament és molt diferent. Tal i com mostra la figura 13 el dia de la setmana amb el registre d'urgències més elevat és el diumenge, seguit del dissabte. Així doncs, s'atenen més urgències pediàtriques durant el cap de setmana.

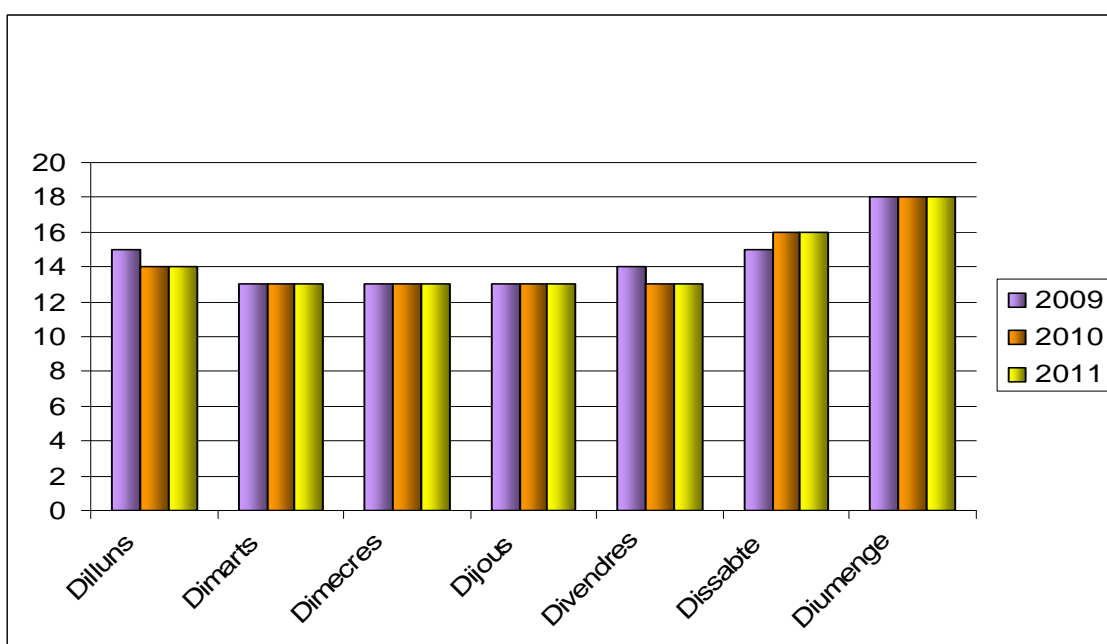


Figura 13: Percentatge d'urgències ateses per dia de la setmana. Subprocés pediàtric

En el subprocés maternal (figura 14), els dies de major número d'urgències són dilluns i divendres, tot i que no hi ha gaire diferència amb la resta de dies laborables. En canvi, s'observa una clara disminució d'urgències ateses durant el cap de setmana.

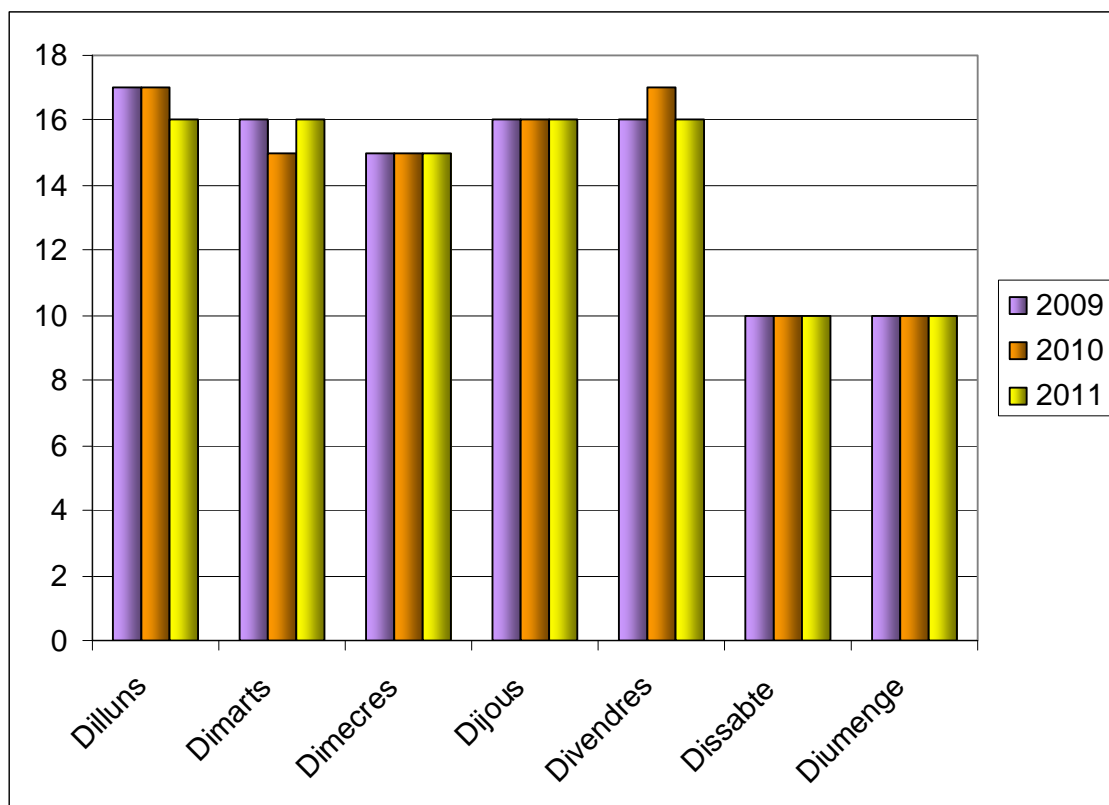


Figura 14: Percentatge d'urgències ateses per dia de la setmana. Subprocés maternal

1.1.3.- Percentatge d'urgències ateses per torn

El percentatge de visites realitzades a l'àrea d'urgències distribuïdes segons el torn de treball durant els anys 2009-2011 queda reflectit en la taula 29. Es pot observar que, globalment, el torn de mati és el que atén major número d'urgències (figura 15).

Taula 29. Percentatge d'urgències ateses per torn

	2009	2010	2011
Torn mati	44,8	45,3	45,2
Torn tarda	38,6	38,1	38,0
Torn nit	16,6	16,6	16,8

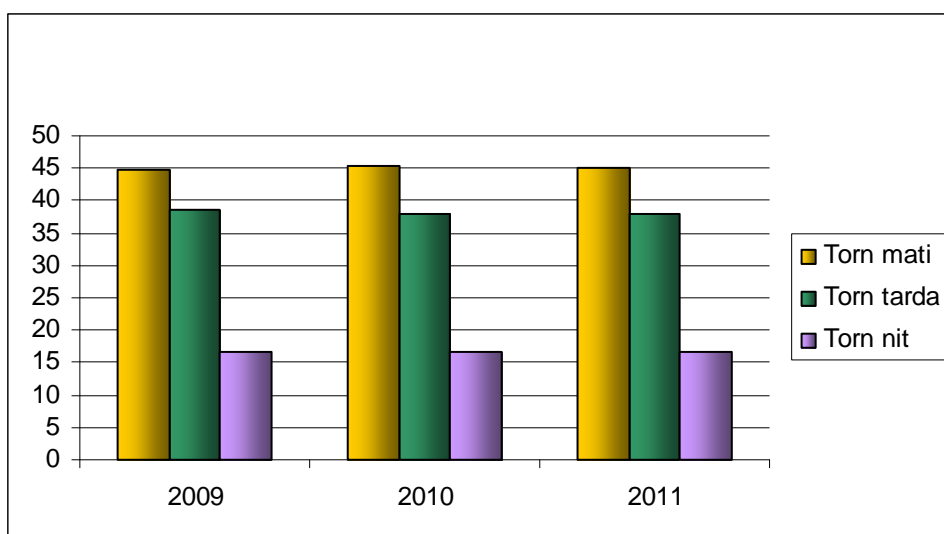


Figura 15: Percentatge d'urgències ateses per torn

Si s'analitzen els subprocessos descrits de manera separada, s'observen diferències de comportament.

En el subprocés d'adults, s'atenen més urgències durant el torn de mati (de 8h a 15 h) tot i que la diferència amb el torn de tarda no és molt important. Durant el torn de nit, sí que s'observa una disminució de la demanda. Aquesta distribució es mostra en la figura 16.

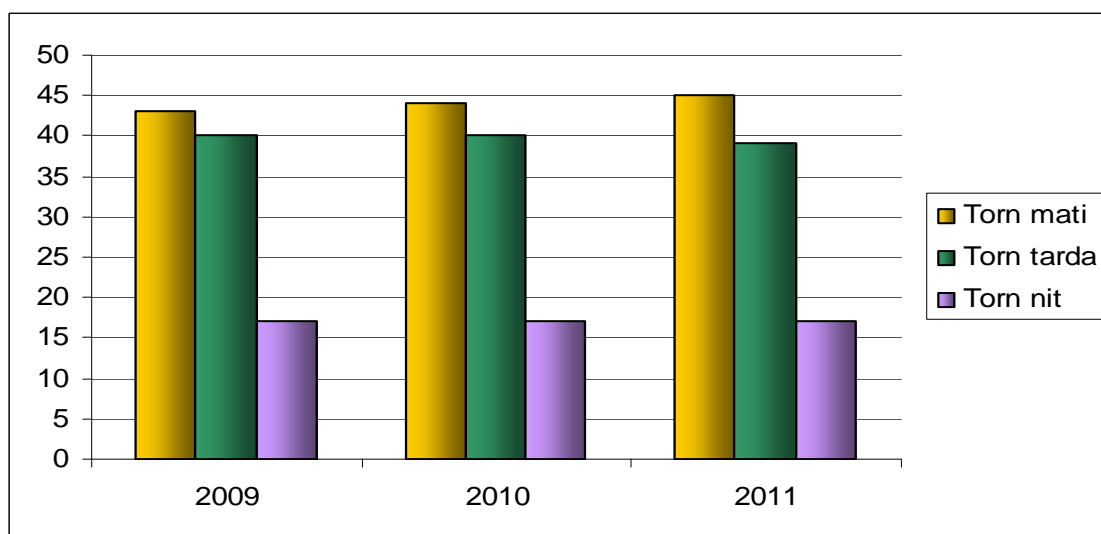


Figura 16: Percentatge d'urgències ateses per torn. Subprocés d'adults

En el subprocés pediàtric, en canvi, la demanda assistencial és més marcada en el torn de tarda (figura 17) i disminueix, però no tant com en els adults, en el torn de nit.

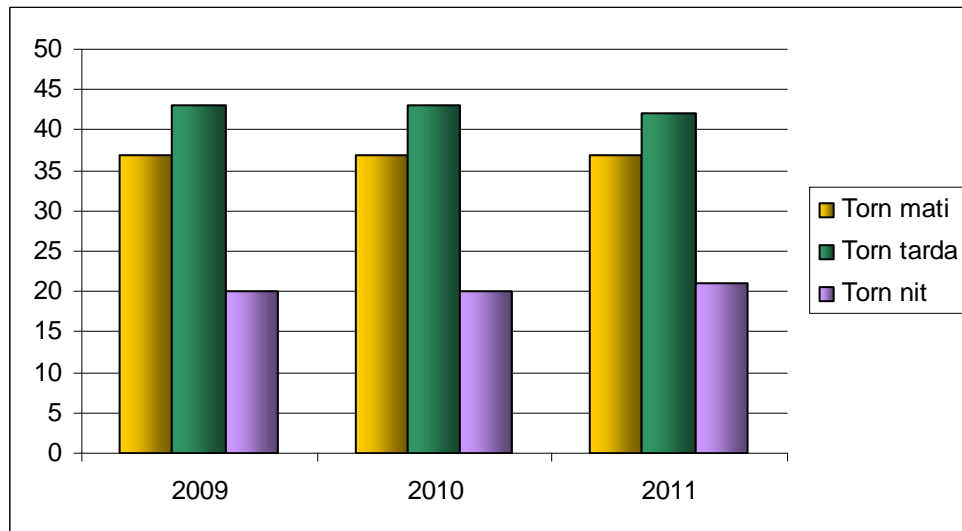


Figura 17: Percentatge d'urgències ateses per torn. Subprocés pediàtric

En el subprocés maternal, s'observa un clar predomini de l'atenció durant el torn de mati, seguit del torn de tarda i amb una davallada clara de la demanda en el torn de nit (figura 18).

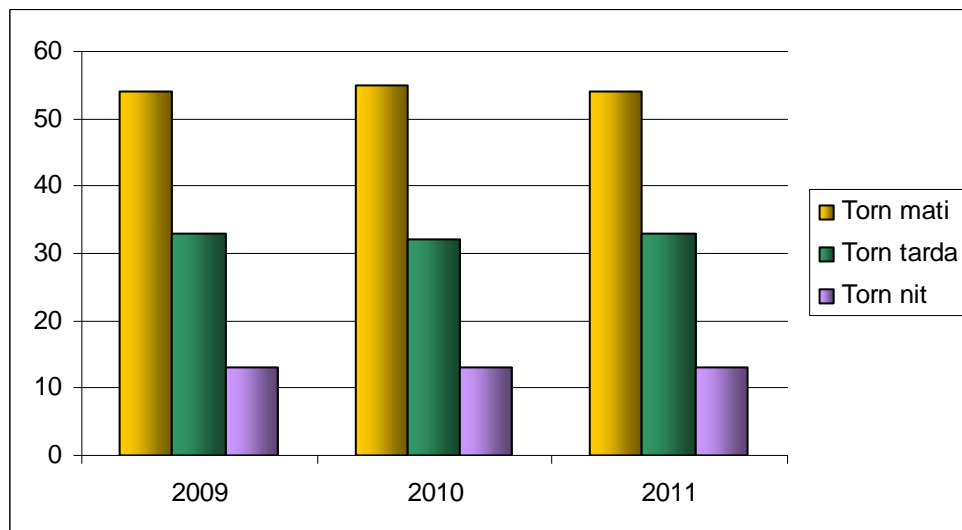


Figura 18: Percentatge d'urgències ateses per torn. Subprocés maternal

1.1.4.- Destinació dels pacients a l'alta

Les diferents destinacions dels pacients atesos a urgències, expressades en percentatge, es detallen en la taula 30.

Taula 30. Destinació dels pacients a l'alta (%)

	2009	2010	2011
Alta a domicili	82,4	80,23	83,7
Alta voluntària	0,16	0,16	0,2
Derivació a un altre centre	0,8	0,83	2,6
Èxitus	0,1	0,1	0,2
Fuga/ abandonament del SU	1,2	0,93	0,9
Ingrés en sala d'hospitalització convencional	10,9	10,63	10,83
Ingrés en unitats especials	1,2	1,8	3
Remissió a l'Atenció Primària	1,06	1,63	2,2

SU: Servei d'urgències

Els pacients donats d'alta del SU durant el període analitzat presenten dues destinacions majoritàries: l'alta a domicili (superior al 80% tots els anys) i l'ingrés en sala d'hospitalització convencional (al voltant del 10%), tal i com recull la figura 19.

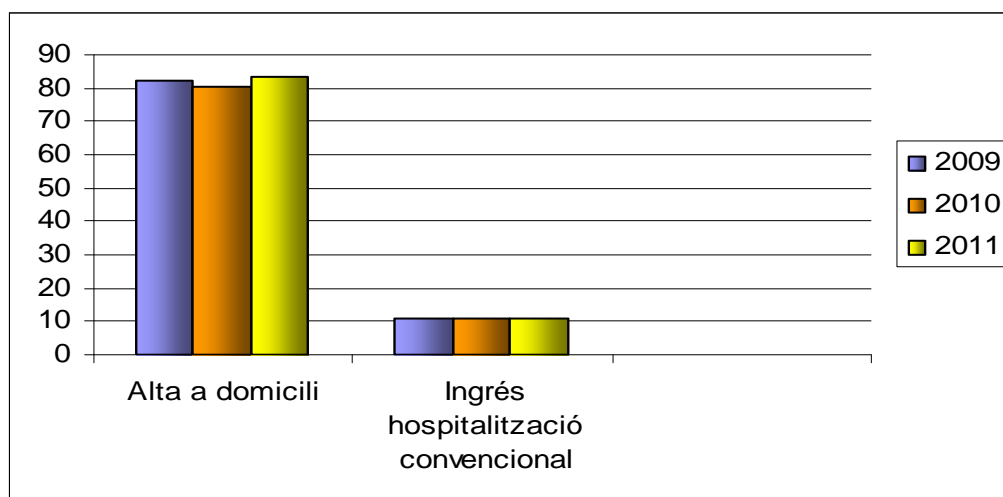


Figura 19: Destinacions més freqüents dels pacients a l'alta

La figura 20 recull la resta de destinacions que poden tenir els pacients després de l'alta del SU. Existeix una tendència creixent amb els anys de les derivacions a

altres centres, l'ingrés en unitats especials i la remissió dels pacients a l'atenció primària.

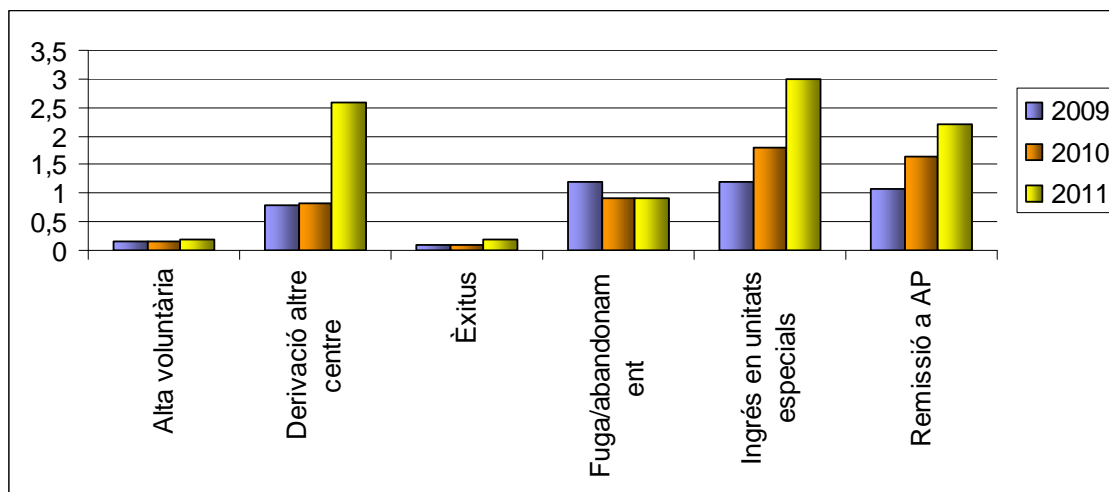


Figura 20: Altres destinacions dels pacients a l'alta

1.1.5.- Percentatge d'urgències ingressades

L'evolució del percentatge d'urgències ingressades des de 2005 fins a 2011 es mostra en la figura 21. Es pot observar que durant tots els anys el percentatge es situa entre el 11% i el 12%, dins dels estàndards establerts pels hospitals d'alta tecnologia.

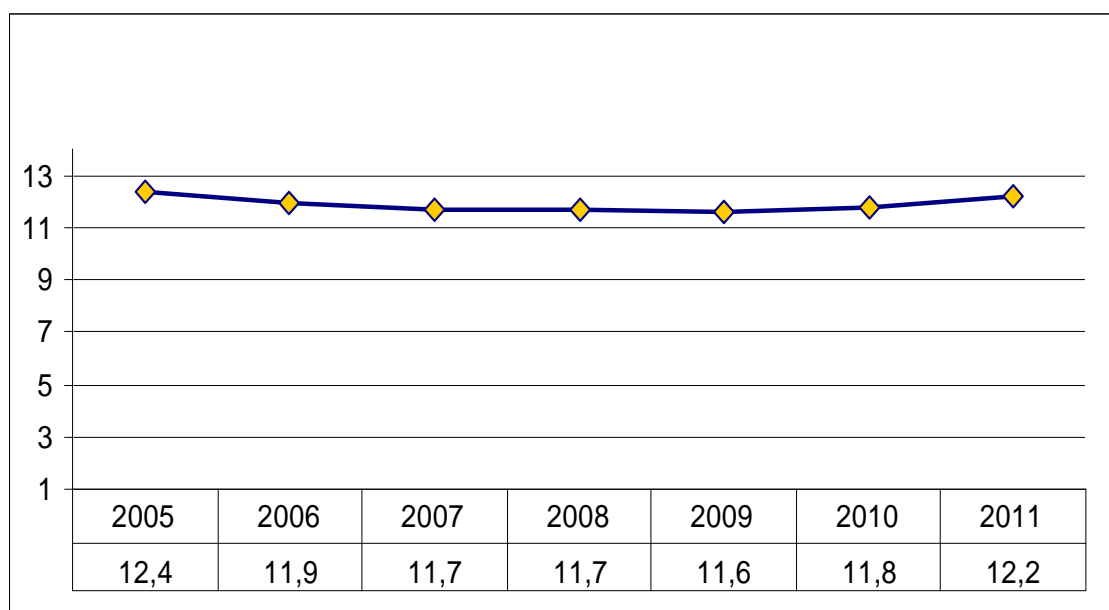


Figura 21: Percentatge d'urgències ingressades

1.1.6.- Taxa de trasllats a altres centres

El percentatge de pacients atesos al SU derivats a altres centres (trasllats a hospital general bàsic i/o a l'àrea sanitària corresponent i trasllats a centres concertats durant el Pla d'hivern, fonamentalment) queda reflectit en la figura 22. Es pot observar l'increment progressiu dels trasllats, de manera que la taxa de trasllats a altres centres és molt més elevada l'any 2011 en relació als anys 2010 i 2009. Aquestes diferències són estadísticament significatives ($p < 0,001$).

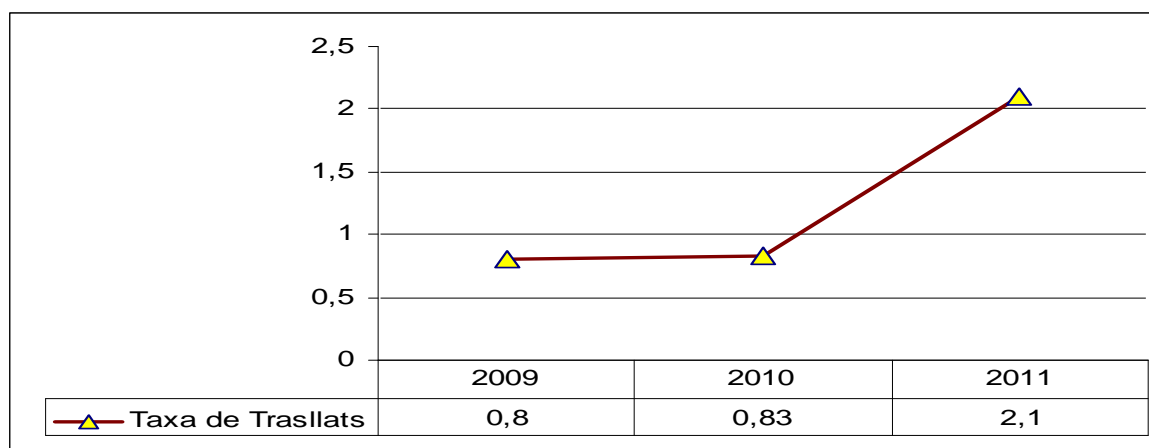


Figura 22: Taxa de trasllats a altres centres

1.1.7.- Pressió d'Urgències

L'evolució de la pressió d'urgències des de 2005 fins a 2011 es mostra en la figura 23. L'indicador presenta un descens progressiu fins l'any 2010 i un lleuger increment en l'any 2011.

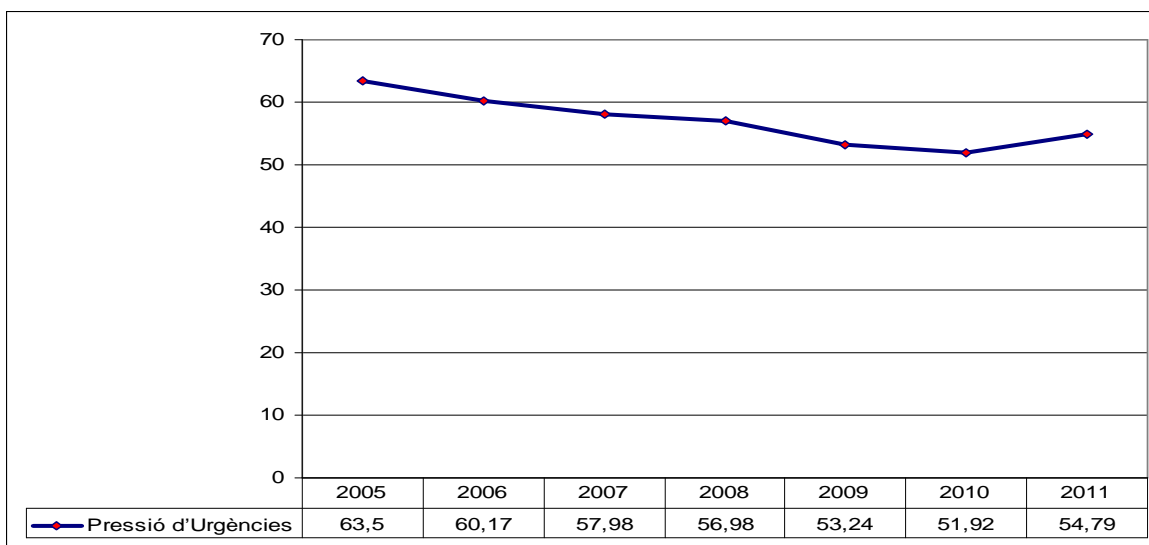


Figura 23: Evolució de la Pressió d'Urgències

La figura 24 mostra l'evolució de la pressió d'urgències (pendent descendent des del 63% fins el 52% l'any 2010) i del percentatge d'urgències ingressades (mantingut entre el 10% -12%) durant els anys 2005 – 2011.

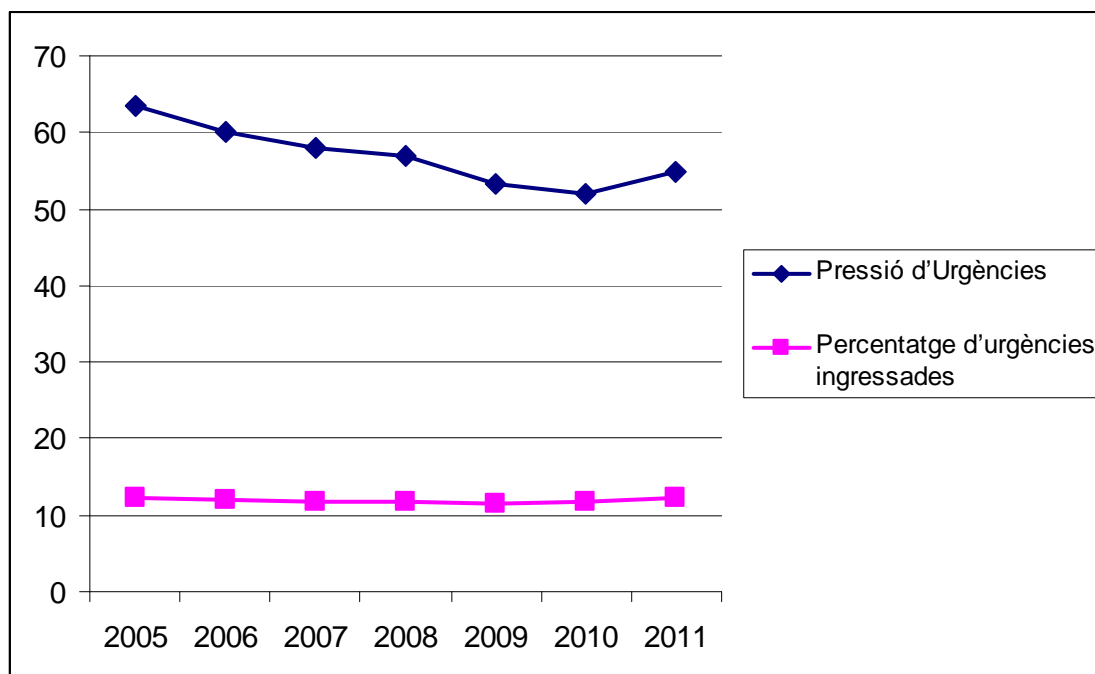


Figura 24: Evolució de la pressió d'urgències i del percentatge d'urgències ingressades

1.2.- INDICADORS DE QUALITAT

Indicadors de qualitat de gestió

1.2.1.- Temps mitjà de permanència a Urgències

L'evolució del temps de permanència, expressat en hores, dels pacients atesos al SU durant el període 2005-2011 es mostra en la figura 25. El temps mitjà de permanència a Urgències es redueix de manera considerable i de forma progressiva a partir de l'any 2005 (7:19 h) fins a situar-se al voltant de les 3:40h en els últims anys (pràcticament disminució a la meitat del temps de permanència).

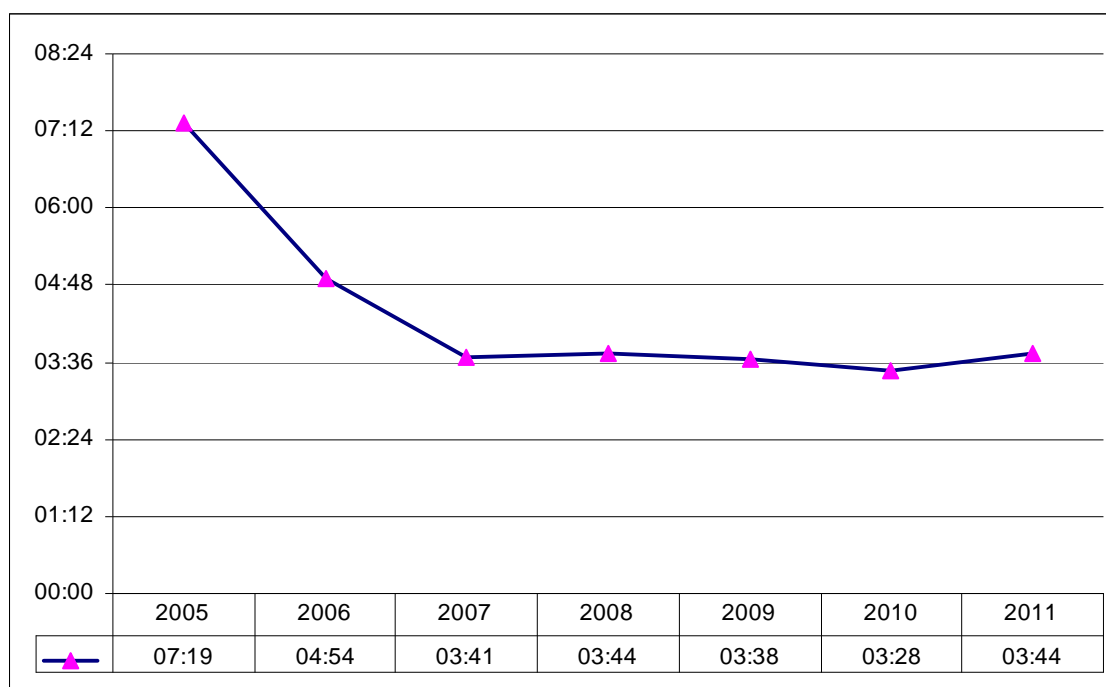


Figura 25: Temps mitjà de permanència a Urgències

1.2.2.- Estades superiors a 24 hores a Urgències

El nombre de pacients atesos al SU que estan en aquesta àrea durant un període superior a 24 hores es considera un indicador bàsic de qualitat dels SU. Aquest indicador no s'ha registrat de manera sistemàtica, durant el període estudiat i per aquest motiu no ha estat inclòs en aquesta anàlisi. Cal dir que, com a acció de millora pel que respecta al registre d'indicadors, s'ha inclòs aquest paràmetre en el Quadern de comandament a partir de l'any 2012. L'estàndard acceptat per a l'indicador d'estades superiors a 24 hores a Urgències és de l'1% del total de les urgències ateses.

1.2.3.- Readmissions a Urgències en menys de 72 hores després de l'alta

L'evolució del nombre de readmissions a Urgències (expressat en %), en el termini de les 72 hores després de l'alta del servei, es reflecteix en la taula 31. També es mostren els percentatges de readmissions per a cadascun dels subprocessos de l'atenció urgent, durant el període 2009-2011. En el subprocés d'adults, el percentatge de readmissions en menys de 72 hores es manté per sota de l'estàndard establert (inferior al 6,5%) durant tot el període. Aquest fet no es

compleix en el subprocés pediàtric, on el percentatge es manté al voltant del 9%, ni en el subprocés de les urgències maternals on la desviació és encara més marcada i es registren readmissions del 20%.

Taula 31. Readmissions a Urgències (%)

	2009	2010	2011
Global	7,92	7,96	7,90
Adults	4,77	4,56	4,76
Pediàtric	8,82	9,13	9,09
Maternal	20,26	20,3	19,74

La figura 26 mostra l'evolució de l'indicador tant global com per a cada subprocés durant el període 2009 -2011.

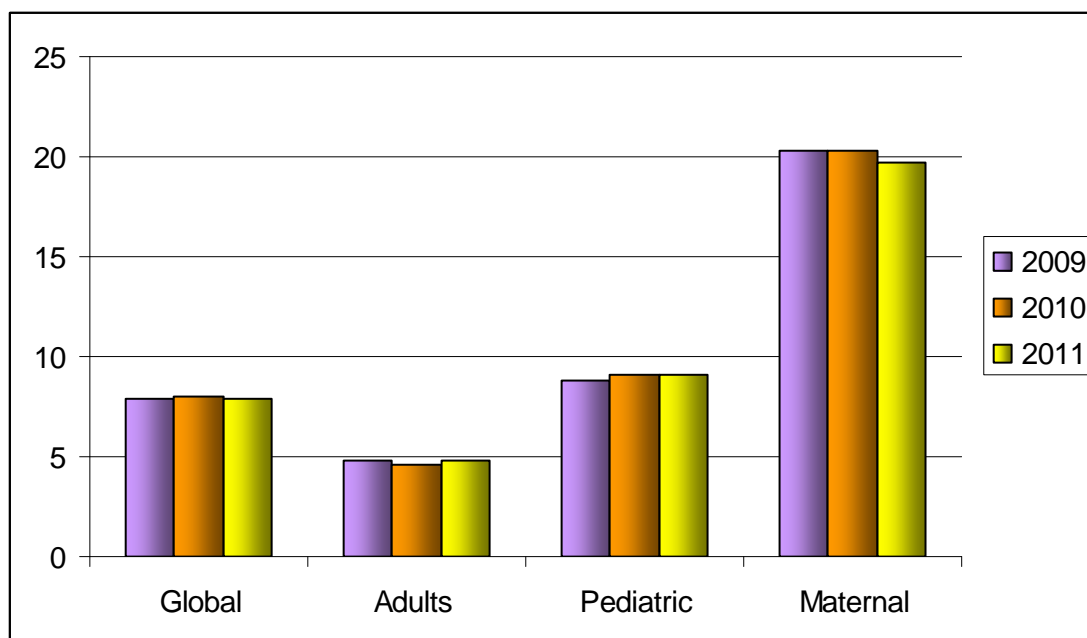


Figura 26: Readmissions a Urgències en menys de 72 hores després de l'alta

1.2.4.- Percentatge de readmissions que precisen ingrés

El percentatge de pacients readmesos a Urgències que requereixen ingrés es considera un indicador bàsic de qualitat dels SU. Durant el període estudiat, aquest indicador no s'ha registrat de manera sistemàtica i per aquest motiu no ha estat inclòs en aquesta anàlisi. Cal dir que, com a acció de millora pel que respecta al registre d'indicadors, s'ha inclòs aquest paràmetre en el Quadern de comandament a partir de l'any 2012. L'estàndard acceptat per a l'indicador és una xifra inferior al

10% del total de les readmissions a Urgències en menys de 72 hores (s'exclouen les readmissions per treball de part).

1.2.5.- Percentatge de pacients no visitats

El percentatge de pacients que marxen del SU sense ser atesos es reflecteix en la taula 32. Es detallen els percentatges per a cadascun dels subprocessos de l'atenció urgent, durant el període 2009-2011.

El percentatge de pacients no visitats és superior en el subprocés d'adults i en el de maternal en comparació al registrat a les urgències pediàtriques. Tot i així, cal ressaltar que en tots els subprocessos els resultats obtinguts no superen l'estàndard acceptat per aquest indicador (2% del total d'urgències ateses).

Taula 32. Percentatge de pacients no visitats

	2009	2010	2011
Adults	1,5	1,2	1,1
Pediàtric	0,4	0,3	0,5
Maternal	1,8	1,3	1,4

La figura 27 il·lustra l'evolució d'aquest indicador en el període 2009-2011.

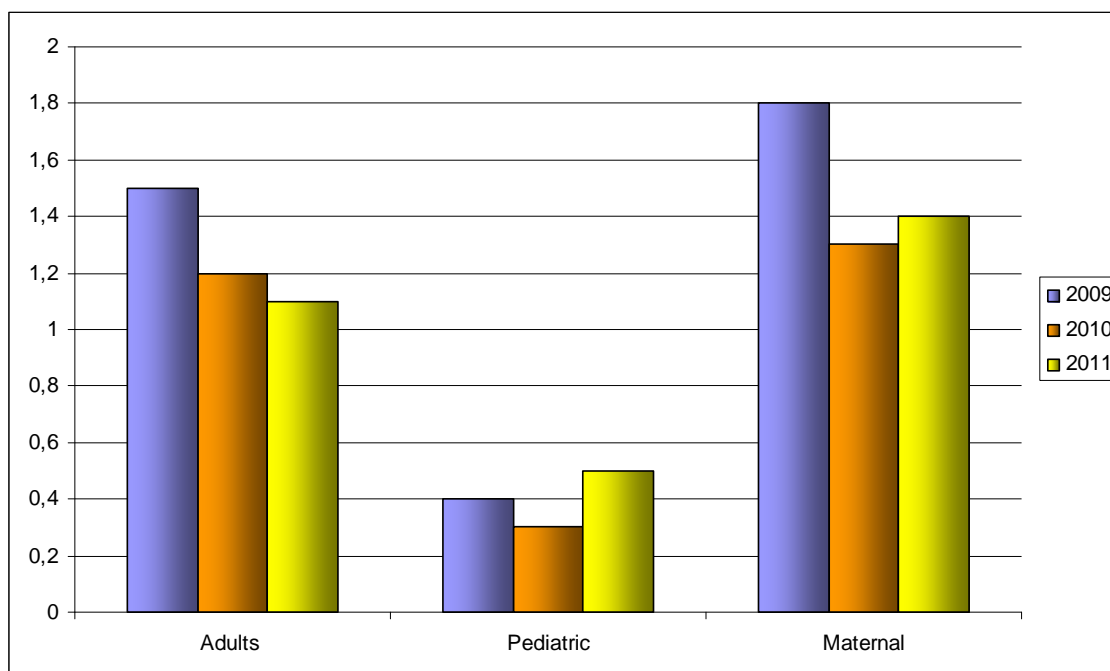


Figura 27: Percentatge de pacients no visitats per a cadascun dels subprocessos

Indicador de qualitat clínic

1.2.6.- Taxa de mortalitat a Urgències

L'evolució de la taxa de mortalitat durant el període 2005-2011 es mostra en la figura 28. La taxa de mortalitat durant el període analitzat es manté dins dels estàndards establerts (inferior al 0,2%).

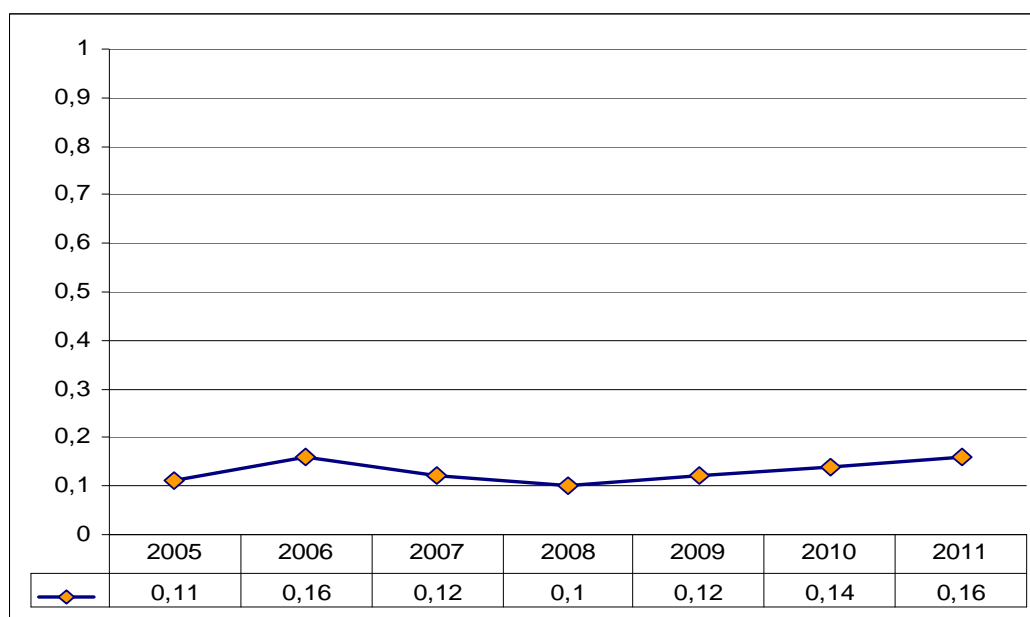


Figura 28: Taxa de mortalitat a Urgències

Indicador de qualitat de satisfacció

1.2.7.- Nombre de reclamacions de l'àrea d'Urgències

L'evolució del número de reclamacions rebudes al SU durant el període 2005-2011 queda reflectida en la taula 33, on s'observa la seva disminució progressiva. Així, l'any 2011 s'havien reduït les reclamacions en un 41%, respecte a les registrades l'any 2005. Es pot observar que en el període 2005- 2008 el nombre de reclamacions va ser major que les reclamacions rebudes durant el període 2009-2011. Aquestes diferències són estadísticament significatives ($p < 0,001$).

D'altra banda, els resultats d'aquest indicador han estat sempre per sota de l'estàndard establert (nombre de reclamacions inferior al 0,21% del total d'urgències ateses).

Taula 33. Nombre de reclamacions de l'àrea d'Urgències

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total d'urgències	113.593	117.550	113.996	108.362	110.405	104.328	101.241
Total núm. reclamacions	210	134	185	142	142	103	123
% respecte al global d'urgències	0,18	0,11	0,16	0,13	0,12	0,09	0,12

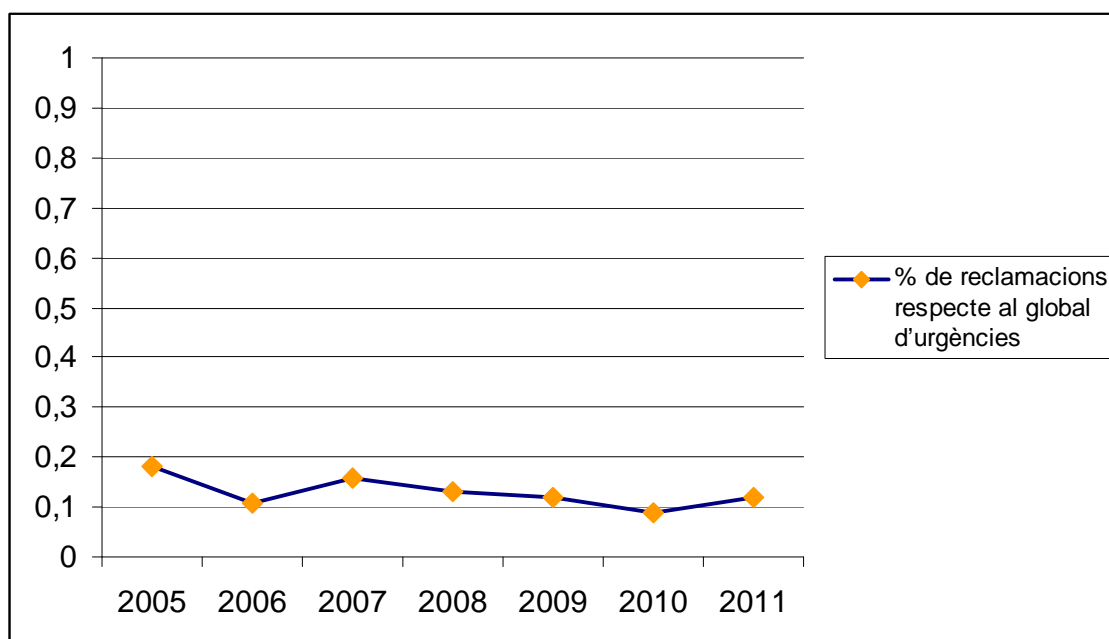


Figura 29: Evolució de les reclamacions a Urgències 2005-2011

2. ENQUESTES DE SATISFACCIÓ DELS USUARIS

2.1.- Enquestes de satisfacció d'Urgències ("internes")

L'anàlisi de les enquestes internes de satisfacció d'Urgències, iniciades a finals de l'any 2008, permet identificar les àrees de millora i també les àrees d'excel·lència.

Les *àrees prioritàries de millora* (on el resultat obtingut de respostes positives és < al 75%) estan relacionades amb temes d'informació abans de ser atesos (temps d'espera fins veure el metge, informació sobre el motiu de la demora) i amb temes de seguretat clínica mentre els pacients romanen a la sala d'espera.

Altres àrees susceptibles de millora (on el resultat obtingut de respostes positives es troba entre el 75 i 90%) es concentren en aspectes organitzatius i en l'adequació de la informació que es dóna en les diferents línies de servei avaluades.

Les àrees d'excel·lència (més del 90% de respostes positives a l'enunciat) són majoritàries i estan relacionades, fonamentalment, amb aspectes relatius a l'atenció rebuda, al tracte dels professionals i a la comunicació durant el procés assistencial.

En la figura 30 es reflecteixen, en forma de representació gràfica radial, els resultats d'aquestes enquestes internes.

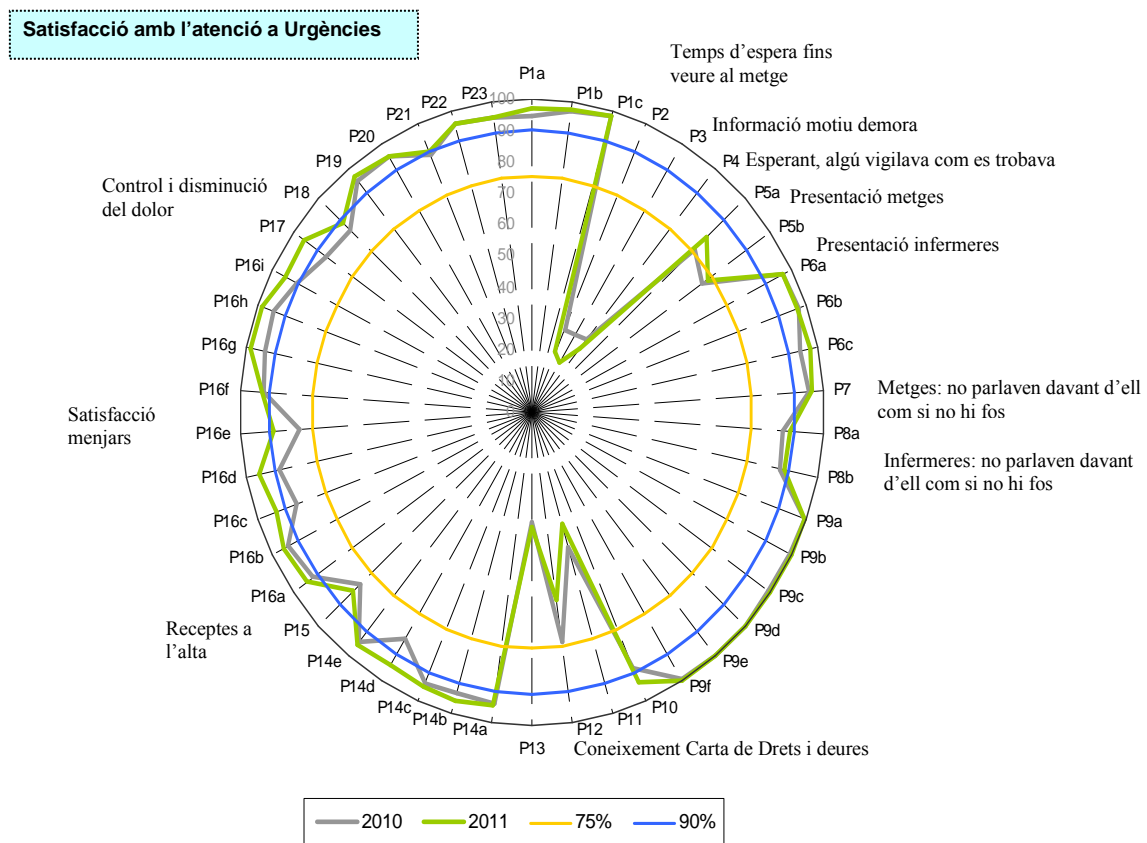


Figura 30: Representació gràfica radial dels resultats del centre 2010 vs 2011 (enquestes "internes")

En les enquestes de satisfacció hi ha dues preguntes que es consideren fonamentals i són les que valoren els resultats de satisfacció global i de fidelització al centre.

En les enquestes “internes”, tant el grau de satisfacció global com la fidelització al centre s’avaluen amb el percentatge de respostes d’indicador positiu a les preguntes:

- Quina valoració global faria de l’assistència rebuda a Urgències?
- Si pogués triar, tornaria a les Urgències d’aquest hospital?

La taula 34 mostra el resultat d’ambdues preguntes en el període enquestat.

Taula 34. Valoració del Servei d’Urgències

	2009 n: 177	2010 n: 534	2011 n: 539
Grau de satisfacció global *	92,1%	95,1%	95,1%
Tornaria al mateix centre ?	91,7%	95,4%	95,7%

n: número de persones enquestades

Grau de satisfacció global* : avaluat amb el percentatge de respostes d’indicador positiu.

Més del 90% de les persones enquestades atorguen valoracions positives a la pregunta que mesura la satisfacció global en els tres anys analitzats i en el 2010 i 2011, l’indicador positiu respecte a la satisfacció global es manté per sobre del 95% (figura 31).

El percentatge d’enquestats que afirmen que tornarien al mateix centre és també superior al 90% (mitja de Catalunya 80,2%). En els últims dos anys (2010 i 2011) aquest percentatge augmenta i supera el 95% de respostes positives. Per tant, estadísticament es pot afirmar que en els anys 2010 i 2011 hi ha una tendència ($p= 0,075$) dels pacients a l’hora de decidir si tornaria al mateix centre (figura 32).

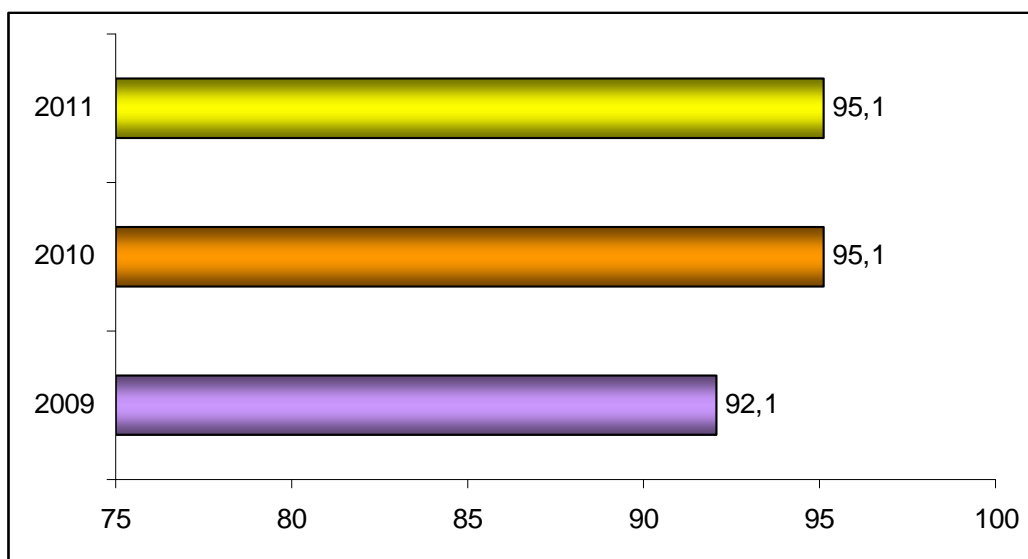


Figura 31: Evolució del grau de satisfacció global (% de respostes positives)

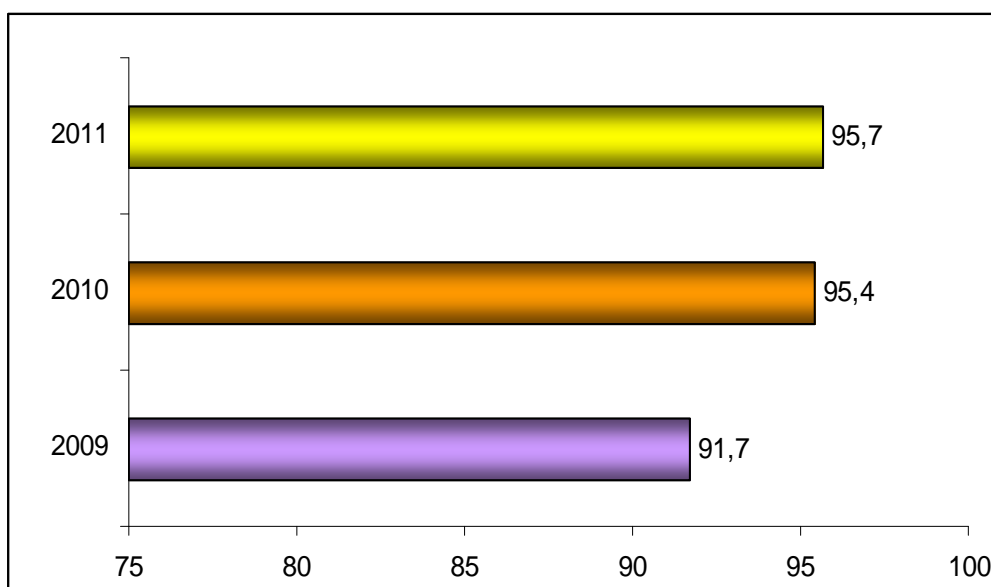


Figura 32: Evolució del % de respostes positives a "tornaria al mateix centre"?

2.2.- Enquestes de satisfacció del CatSalut

L'Enquesta de satisfacció d'assegurats del CATSALUT per la línia de servei d'Atenció urgent hospitalària es va dur a terme l'any 2006 per primera vegada i s'ha repetit en els anys 2008 i 2011.

En aquestes enquestes, el grau de satisfacció global s'avalua amb escala numèrica (de 0 a 10) i es dóna com a resultat la mitjana de les valoracions efectuades. La fidelització al centre s'avalua amb el percentatge de respostes d'indicador positiu a la pregunta de si "tornaria al mateix centre".

Els resultats de satisfacció global i de fidelització al centre de les enquestes del CatSalut es recullen en la taula 35. En la mateixa taula també es reflecteixen els resultats globals dels SUH de Catalunya.

Taula 35. Valoració del Servei d'Urgències del centre segons CatSalut

	2006	<i>2006</i>	2008	<i>2008</i>	2011	<i>2011</i>
	<i>Centre</i>	<i>Catalunya</i>	<i>Centre</i>	<i>Catalunya</i>	<i>Centre</i>	<i>Catalunya</i>
Satisfacció global	7	7,3	7,8	7,3	7,7	7,6
Tornaria al mateix centre ? (%)	79,2	82,2	94,8	80,2	91,5	82,8

Les valoracions atorgades a la pregunta que mesura la satisfacció global són igual o superiors a 7 en els tres anys analitzats i entre el 2008 i el 2011, la valoració de la satisfacció global augmenta (7,8 i 7,7 respectivament) i es manté per sobre de la mitjana de Catalunya (figura 33).

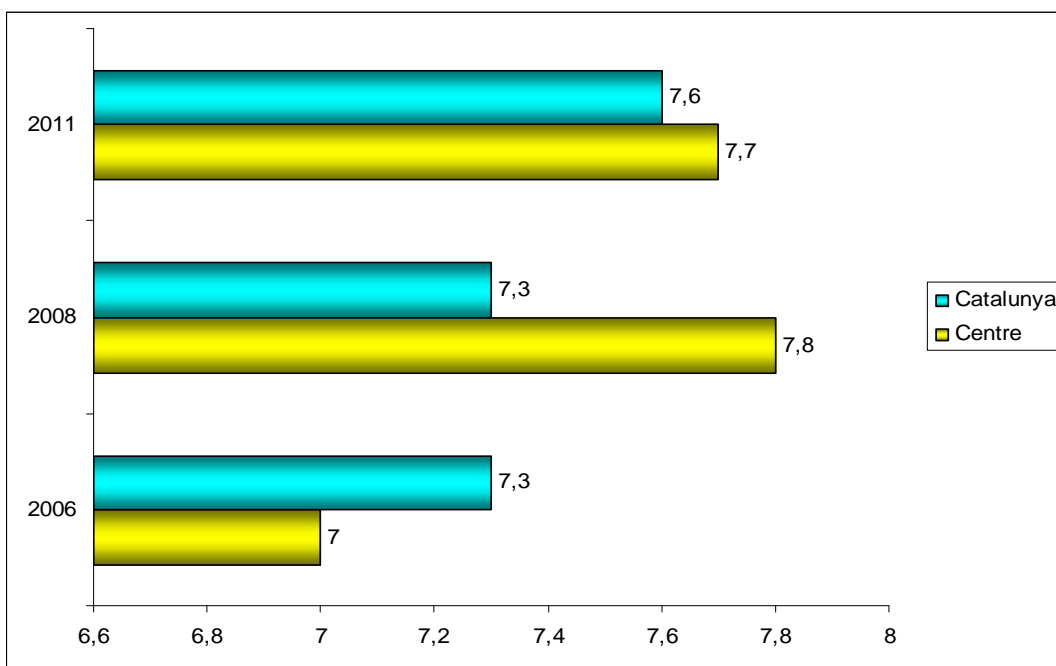


Figura 33: Evolució del grau de satisfacció global. Enquestes CatSalut

El percentatge d'enquestats que afirmen que tornarien al mateix centre és superior al 90% en els últims dos anys d'enquesta i es manté més alt que la mitja de Catalunya (figura 34).

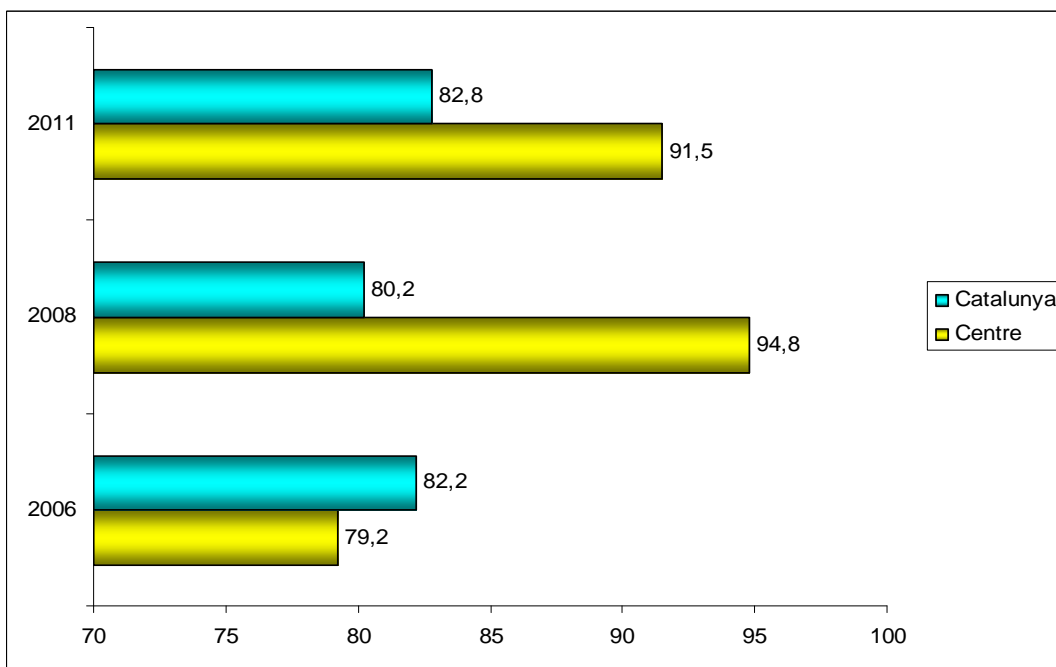


Figura 34: Evolució del grau de fidelització. Enquestes CatSalut

En la figura 35 es reflecteixen, en forma de representació gràfica radial, els resultats de les enquestes 2008 i 2011 del CatSalut.

Satisfacció amb l'atenció a Urgències – CatSalut 2008-2011

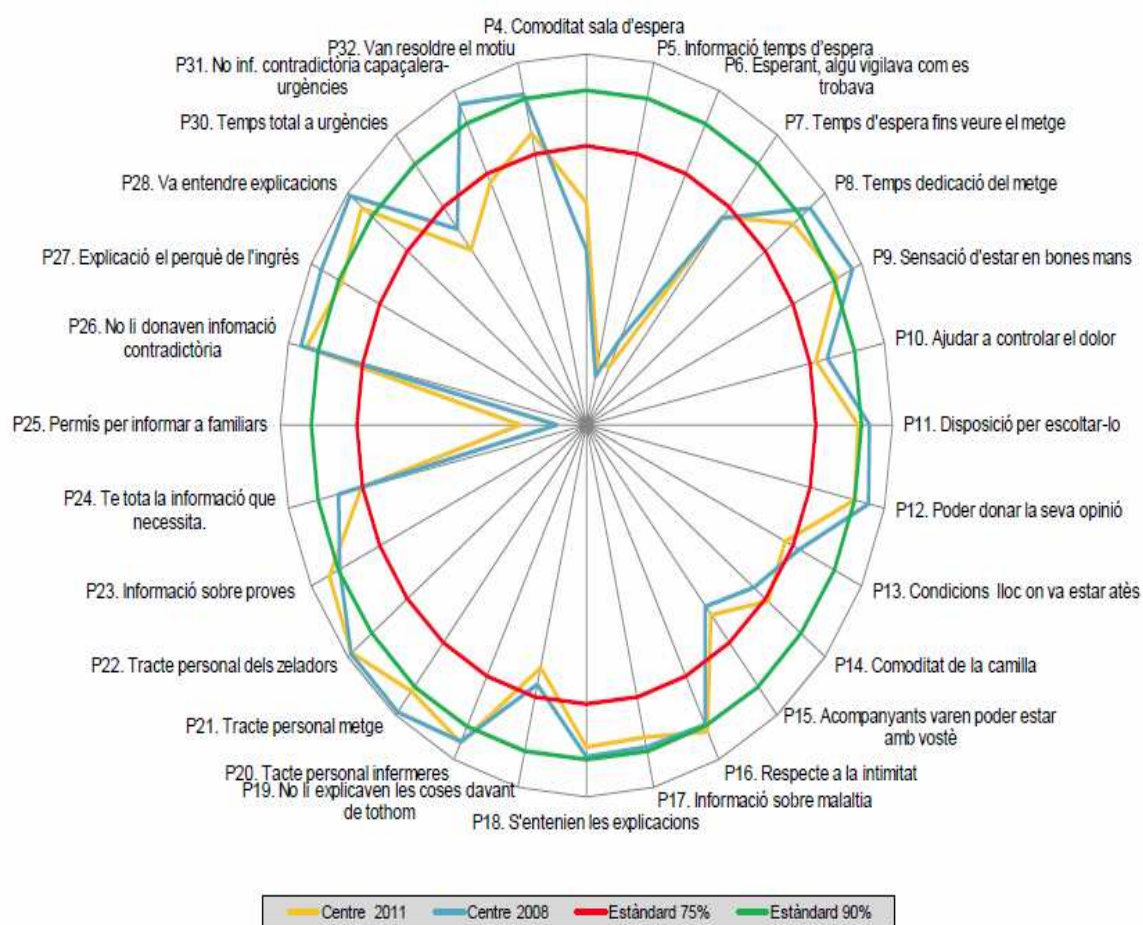


Figura 35: Representació gràfica radial dels resultats del centre 2008 vs 2011

Errata: en P20 hauria de dir tracte en lloc de tacte

DISCUSSIÓ

Segons la majoria de referències bibliogràfiques^{19,35,92,102}, el *nombre d'urgències ateses* en els serveis d'urgències hospitalaris (SUH) ha augmentat en els últims anys i en tots els països desenvolupats. A l'Estat Espanyol també s'objectiva un increment progressiu de la utilització dels SUH fins l'any 2007 (el número total d'urgències hospitalàries va augmentar un 23,2% entre 2001 i 2007) a partir del qual s'observa un canvi de tendència, i la xifra d'urgències ateses s'estabilitza^{26,98,102}. En el nostre hospital, el nombre total d'urgències ateses va presentar un pic màxim l'any 2006 amb 117.550 urgències. En els anys següents, aquesta xifra ha disminuït progressivament, amb una davallada més accentuada en els dos últims anys, fins a arribar a les 101.241 urgències registrades l'any 2011.

La disminució de les urgències hospitalàries pot explicar-se, en el nostre àmbit, per les accions desenvolupades sobre els fluxos d'entrada, és a dir, per la gestió de la demanda d'atenció urgent. En aquest sentit, cal destacar les accions de millora desenvolupades en el propi hospital, tant pel que fa referència a la reconducció de circuits interns cap el dispositiu assistencial adient per evitar l'ús indegut del SU (visites de "control", exploracions complementàries no urgents, ingressos "freds" i tractaments no urgents), com per la potenciació de l'atenció urgent en altres àmbits hospitalaris, amb la posta en marxa de dispositius que faciliten l'assistència preferent, com els circuits de diagnòstic ràpid del càncer (de mama, de colon i de pulmó), les consultes preferents i els hospitals de dia (polivalent i específics).

En l'àmbit de l'atenció primària també s'han dut a terme diverses mesures per evitar l'excessiva freqüentació del SUH (prolongació de l'horari d'atenció continuada en les ABS, creació de CUAPs). Tot i que l'efectivitat d'aquestes mesures ha estat sovint qüestionada^{23,99}, en la nostra experiència les accions instaurades en col·laboració amb l'AP (guies clíniques de maneig ambulatori i circuits de derivació per a processos) han contribuït a la disminució de la demanda urgent hospitalària inadequada, fonamentalment de processos de baixa complexitat. Així mateix aquestes accions han contribuït a millorar la continuïtat assistencial i disminuir la variabilitat d'actuació entre professionals.

Cal destacar també les intervencions dutes a terme en col·laboració amb els altres hospitals de la zona (per millorar els circuits de derivació de pacients) i amb els

centres sociosanitaris i residències del nostre entorn a l'hora de gestionar els fluxos d'entrada.

En el nostre hospital, el decrement de la demanda observat en l'atenció urgent coincideix amb l'augment de la complexitat dels pacients atesos. Tot i que aquesta afirmació es basa, en aquest moment, en dades indirectes (increment d'ingrés de pacients en unitats de crítics, creixement d'activitat urgent de terciarisme), es podrà confirmar quan s'analitzi la codificació dels diagnòstics de les urgències ateses. Aquesta codificació es realitza en el nostre SU pràcticament en el 100% dels pacients, doncs és un camp obligatori en la complimentació de l'informe d'alta d'urgències. L'anàlisi i explotació d'aquesta codificació s'ha plantejat com a punt de millora imprescindible, d'implementació a partir de 2012.

Pel que respecta a la distribució de la demanda per especialitats, la mitjana diària més elevada correspon a l'àrea mèdica i a les urgències pediàtriques. La demanda d'atenció en les dues especialitats no ha presentat una disminució rellevant, possiblement per causes diferents. En el cas de l'àrea mèdica es pot inferir que el perfil de malalts (edat avançada, comorbiditats, fragilitat, complexitat) no fa possible la disminució de la demanda al SU, ja que els dispositius ambulatoris, esmentats anteriorment com a reguladors dels fluxos d'entrada, no poden donar resposta a les seves necessitats assistencials. En canvi, en el cas de les urgències pediàtriques possiblement la causa de no haver disminuït la demanda d'assistència en el SU es troba en la cultura "hospitalocèntrica" que envolta a l'atenció pediàtrica.

Les dades sobre la freqüentació anual aporten informació sobre l'ús dels SUH per part de la població. Però, no només és important conèixer globalment el volum de la demanda, també ho és la forma en la que es produeix, es a dir, com es distribueix en el temps.

El *nombre d'urgències ateses per franja horària* en el nostre hospital segueix el comportament descrit en la majoria de SUH^{72,102}. La major part de l'activitat es concentra entre les 8 i les 22-24 hores i aquesta distribució horària es manté al llarg dels anys 2009-2011. En el subprocés d'adults la distribució d'urgències ateses en funció de la franja horària té un comportament "bifàsic", ja que presenta dos pics diferenciats: el primer de 10 a 14 hores, més marcat, i el segon de 16 a 21 hores. Aquesta distribució horària es pot explicar més per factors relacionats amb la

pròpia organització dels dispositius sanitaris i la disponibilitat dels acompanyants dels malalts que per factors que condicionin l'aparició dels símptomes en un horari concret. Per això també s'ha dit que aquest comportament estaria relacionat amb "l'horari comercial"^{19,92}. En el subprocés pediàtric, el pic de l'horari de tarda es similar al del mati i, a diferència de l'observat als adults, es perllonga fins a les 23 hores, possiblement per la major disponibilitat horària dels pares al sortir de llurs feines. En el subprocés maternal, el número d'urgències ateses presenta un pic a primera hora del mati. Aquest subprocés té un comportament horari diferent a l'observat als subprocessos d'adults i pediàtric.

El *nombre d'urgències ateses per dia de la setmana*, expressat en percentatge també presenta un comportament diferenciat per a cadascun dels subprocessos. En el subprocés d'adults, s'observa que el dia de més demanda és el dilluns, com es recull en la majoria d'estudis efectuats fins ara⁹². La resta de dies de la setmana presenta un percentatge d'urgències molt similar, inclòs el cap de setmana. En el subprocés pediàtric, s'atenen més urgències durant el cap de setmana, coincidint també amb el comportament descrit en la bibliografia pediàtrica^{22,37}. En el subprocés maternal, els dies de major número d'urgències són dilluns i divendres, tot i que no hi ha gaire diferència amb la resta de dies laborables. En canvi, s'observa una clara disminució d'urgències ateses durant el cap de setmana.

Aquesta anàlisi del nombre d'urgències ateses per franja horària i per dia de la setmana en funció dels diferents subprocessos (no descrit fins ara en la bibliografia) permet optimitzar en part els recursos necessaris en els SUH.

Pel que fa referència al *percentatge d'urgències ateses per torn* es pot observar que, globalment, el torn de mati és el que atén major número d'urgències (45%), exceptuant el cas del subprocés pediàtric, on la demanda assistencial és més marcada en el torn de tarda. El coneixement detallat de la demanda per torns de treball permet adequar els recursos necessaris en els SUH.

Els pacients donats d'alta del SU durant el període analitzat presenten dues destinacions majoritàries: l'alta a domicili (superior al 80% tots els anys) i l'ingrés en llits d'hospitalització convencional (al voltant del 10%). Aquests percentatges de *destinació dels pacients a l'alta* del SU són similars als descrits en la majoria d'estudis publicats^{8,52,98}. Segons les dades de l'Estudi sobre l'activitat i l'organització dels Serveis d'Urgències Hospitalaris de Catalunya (2005)¹⁹ el 84%

dels pacients que van consultar els SU d'hospitals d'aguts van ser catalogats de complexitat baixa i van ser donats d'alta a domicili sense necessitat de seguiment especial posterior.

De les destinacions a l'alta del SU registrades durant l'últim any cal ressaltar l'increment del percentatge de pacients ingressats en unitats especials (fins a un 3% en el 2011), considerades com a tals la Unitat de cures intensives (UCI), la Unitat coronària (UCO), l'Àrea de reanimació (REA), la Unitat de cures respiratòries intermèdies (UCRI) i la Unitat d'Ictus. Aquest percentatge reflecteix, de manera indirecta, l'augment de complexitat dels pacients atesos en el nostre SU. D'altra banda, cal remarcar que les mesures per millorar la sortida d'urgències, fonamentalment les accions de coordinació externa, han afavorit la tendència creixent de les derivacions a altres centres i de la remissió dels pacients a l'atenció primària, fets que contribueixen a mantenir al voltant del 10% la xifra de pacients ingressats en llits d'hospitalització convencional.

Segons l'estudi publicat pel Ministerio de Sanidad y Política social (2010)⁹⁸, la proporció d'ingressos realitzats l'any 2007 des dels SUH de l'Estat Espanyol, va ser, globalment, del 10,5%, xifra clarament inferior al percentatge de l'any 2001 (15%). Aquest percentatge varia en funció del tipus d'hospital^{36,52}, de manera que pels centres d'alta tecnologia es situa entre el 12 i 14%. El *percentatge d'urgències ingressades*, registrat en el nostre SU des de 2005 fins a 2011, es situa entre el 11% i el 12%, dins de l'estàndard establert pels hospitals d'alta tecnologia. En el manteniment d'aquest indicador han estat elements primordials tant l'adequació del criteri d'ingrés com la implantació de mesures per millorar la sortida d'urgències. En aquests sentit, cal destacar la potenciació de la utilització de les alternatives a l'hospitalització convencional per part del centre, i el seu seguiment acurat fet des d'Urgències. Així, des del SU s'han derivat pacients a les consultes preferents (de Pneumologia, de Geriatria...), als diferents hospitals de dia i, també, s'ha augmentat notablement el número de pacients derivats a la Unitat d'hospitalització a domicili des d'Urgències. Un altre de les mesures potenciades ha estat la redistribució dels fluxos de sortida des del propi SU, pels pacients amb criteris d'ingrés per malaltia que no requeria terciarisme. Aquest últim fet queda palès per l'increment progressiu observat en la *taxa de trasllats a altres centres*, fonamentalment a partir del 2011, amb més d'un 2% de pacients derivats a altres

hospitals (trasllats a hospital general bàsic i/o a l'àrea sanitària corresponent i trasllats a centres concertats durant el Pla d'hivern, fonamentalment). Cal dir que les accions encaminades a potenciar la coordinació externa han permès un bon drenatge del SU i, a l'hora, han garantit la continuïtat assistencial del pacient.

L'evolució de la *pressió d'urgències* del nostre hospital, des de 2005 fins a 2011, presenta un descens progressiu fins l'any 2010 (del 63% al 52%) i un lleuger increment en l'any 2011. Actualment encara no hi ha consens per establir l'estàndard per aquest indicador. En l'estudi fet per la SEMES en l'any 2001⁹² el percentatge d'ingressos urgents respecte al conjunt d'ingressos hospitalaris presenta una mitjana del 66%, similar a la pressió d'urgències del nostre hospital de l'any 2005 (63%). El fet que més de la meitat del total dels ingressos de l'hospital provenguin del Servei d'urgències produeix un gran impacte en el funcionament del centre ja que redueix la disponibilitat de llits per dur a terme l'activitat programada, relacionada molt directament amb les llistes d'espera de procediments quirúrgics. Per aquest motiu, la majoria d'experts en l'organització dels SU recomanen mantenir una pressió d'urgències al voltant del 50%⁸⁶. En el nostre cas, l'any 2010 quasi es va aconseguir aquest objectiu al registrar-se una pressió d'urgències del 51,9%. L'any 2011, al disminuir el número global de llits disponibles per a l'hospitalització per motius pressupostaris la pressió d'urgències va tornar a augmentar lleugerament (54%).

El fet de mantenir el percentatge d'urgències ingressades entre el 10% -12% és un factor determinant de la pressió d'urgències.

El *temps mitjà de permanència a Urgències*, expressat en hores, dels pacients atesos al SU és un indicador de qualitat de gestió. L'estàndard recomanat per aquest indicador ha estat motiu de debat^{7,8,20}.

El Plan del National Health Service (NHS) de l'any 2000^{12,13,54} va plantejar grans canvis en l'atenció urgent i per primera vegada va incloure l'objectiu de les quatre hores (*4-hour target*) en els SUH del Regne Unit: "Ningú havia d'esperar més de quatre hores en el SU des de l'arribada fins l'ingrés, trasllat o alta". Aquest objectiu es va modificar del 100% al 98% en el 2004 per permetre "excepcions clíniques"¹¹. L'any 2007, el 97,7% dels pacients britànics va ser valorat, tractat i donat d'alta en les primeres quatre hores^{14,15}. No hi ha dubtes que la introducció de l'objectiu de les quatre hores va millorar els temps d'espera en els SU del Regne Unit.

Tanmateix, molts centres van anar trobant, progressivament, grans dificultats per aconseguir l'objectiu marcat. A finals del 2007 un informe encomanat per la Healthcare Commission va permetre detectar anomalies en l'atenció urgent d'alguns centres hospitalaris, motivades per la voluntat de complir amb aquest objectiu. Com a conseqüència de la investigació, el maig del 2010 es va abolir l'objectiu de les quatre hores a tot el Regne Unit^{39,54}. Actualment es recomana que cada centre estableixi el seu estàndard en funció de "l'històric" registrat al llarg del anys^{20,32}.

En el nostre hospital, el *temps mitjà de permanència a Urgències* durant el període 2005-2011 es redueix de manera considerable i de forma progressiva a partir de l'any 2005 (7:19 h) fins a situar-se al voltant de les 3:40 h en els últims anys. Aquesta franca reducció del temps de permanència es pot explicar tant per les mesures d'organització internes implementades en el propi SU com per la potenciació de les mesures per millorar la sortida d'urgències, en les quals ha contribuït tot l'hospital. Aquest fet corrobora la hipòtesi de que l'optimització de la gestió hospitalària en general contribueix a millorar l'atenció urgent i que les intervencions que són clau i d'un enorme impacte en les àrees d'urgències hospitalàries, són la implicació de la Direcció i el seguiment d'una determinada política d'ingressos hospitalaris. Tot i així, cal matisar alguns punts respecte a aquest indicador. En el nostre hospital, el temps d'estada dels pacients als quals s'ha sol·licitat ingrés via informàtica comptabilitza en l'estada hospitalària, malgrat que el malalt encara estigui al SU pendent de llit d'hospitalització (es considera "ja ingressat" en el sistema informàtic). Aquest "biaix positiu" es podrà corregir, en gran part, amb la incorporació en el nostre Quadern de comandament d'Urgències (QCU) del *percentatge d'estades superiors a 24 hores a Urgències*. D'altra banda, també cal comentar que la correcta gestió de les demores, requereix de la detecció del moment en que es produeixen (el temps mitjà de permanència no mesura el temps de demora en l'atenció, primordial per garantir la qualitat del procés). Per aquest motiu, resulta imprescindible la incorporació dels diferents temps del procés d'atenció urgent en el QCU tal i com proposen Montero et al⁷².

El percentatge de *readmissions a Urgències en menys de 72 hores després de l'alta* permet conèixer quants pacients tornen al SUH i, així, poder detectar els pacients en els quals no s'ha instaurat un tractament efectiu i/o han presentat complicacions. En la bibliografia del nostre país existeix una ampla variabilitat respecte al valor d'aquest indicador^{24,32,62,93}. Alguns autors consideren l'estàndard

d'aquest indicador al voltant del 2,5 – 5% de pacients, i es discuteix si la revisita ha de ser o no pel mateix motiu. L'Estudi sobre l'activitat i l'organització dels Serveis d'Urgències Hospitalaris, referit al conjunt d'hospitals d'aguts de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya, va senyalar com a desitjable un percentatge de reingressos en menys de 72 hores del 6%¹⁹. La SEMES, l'any 2007, va establir com a estàndard un percentatge inferior al 6,5% de pacients, en incloure les readmissions a Urgències per qualsevol motiu⁹³. En el nostre centre, el percentatge de readmissions a Urgències, o taxa de retorn en 72 hores, està per sobre de l'estàndard acceptat i es manté durant tot el període estudiat, considerat de manera global (7,90% en l'últim any). Només en el subprocés d'adults, el percentatge de readmissions es troba per sota de l'estàndard establert durant tot el període (4,76%). Aquests resultats indiquen la necessitat de revisar les causes dels retorns tant en el subprocés pediàtric, on el percentatge es manté al voltant del 9%, com en el subprocés de les urgències maternals on la desviació és encara més marcada i es registren readmissions del 20% i plantejar accions de millora.

El percentatge de pacients no visitats en el nostre SU no supera l'estàndard acceptat per aquest indicador (2% del total d'urgències ateses).

La *taxa de mortalitat* mesura indirectament la capacitat i eficàcia del SU a l'hora de resoldre amb rapidesa els casos crítics, ja sigui en el propi servei o derivant el pacient a àrees de la seva dependència (radiologia, quiròfans). En el nostre SU, la taxa es manté dins dels estàndards establerts^{38,62,82,83} (inferior al 0,2%) durant tot el període analitzat. Tot i així, aquest indicador no reflecteix les morts evitables. D'altra banda, en els últims anys el percentatge de pacients que pateixen una malaltia terminal i moren en els serveis d'Urgències ha augmentat. Per aquests motius cal considerar la necessitat d'incorporar, com a indicador de qualitat recomanat, la taxa de mortalitat evitable.

En l'evolució del *número de reclamacions rebudes al SU* durant el període 2005-2011 s'observa una disminució progressiva. Així, l'any 2010 s'havien reduït les reclamacions en un 50%, respecte a les registrades l'any 2005. Durant l'any 2011, s'observa un petit increment en relació a l'any anterior, possiblement motivat per les conseqüències de les obres relacionades amb la construcció de les noves urgències. Tot i així, els resultats d'aquest indicador han estat sempre per sota de l'estàndard establert^{20,32,41} (nombre de reclamacions inferior al 0,21% del total

d'urgències ateses). Les accions de millora implantades respecte a mesures de gestió interna i organització en el SU durant el període estudiat han contribuït en gran mesura a la disminució de les reclamacions presentades. Així mateix, la incorporació de la figura de la "Facilitadora" a Urgències (any 2005) i el Pla de comunicació implantat en el SU (any 2009) han estat punts claus per millorar la qualitat de la informació dels pacients i familiars i, en conseqüència, la qualitat percebuda.

Les *enquestes de satisfacció dels usuaris*, a més a més d'analitzar el seu grau de satisfacció general permeten conèixer les seves necessitats i expectatives, i intentar donar resposta. També, la seva valoració ajuda a identificar les àrees de millora i les àrees d'excel·lència del SU.

Les primeres enquestes analitzades referents a l'Atenció urgent hospitalària van ser les Enquestes de satisfacció del CatSalut, de l'any 2006. Aquestes enquestes s'han repetit en els anys 2008 i 2011. Els resultats de l'enquesta CatSalut del 2008, en relació al nostre SU van ser valorats pel propi ICS: *"L'hospital que ha millorat més en comparació amb l'any 2006 i també ha estat valorat per sobre de la mitjana catalana és l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona"*. Es pot inferir que l'aplicació de les accions de millora, a curt i mig termini, ha incidit en els resultats favorables obtinguts. En l'enquesta de l'any 2011, el SU de l'hospital també ha estat molt ben valorat pels enquestats, tant pel que fa al grau de satisfacció global com a la fidelització al centre. Els resultats es mantenen per sobre de la mitjana de Catalunya. Val a dir, però que aquestes enquestes presenten al menys dues limitacions importants: són bianuals (temps massa prolongat per a la detecció d'àrees de millora prioritàries) i la mostra enquestada és petita (l'any 2011 del total dels 4625 enquestats, únicament 83 pacients eren del nostre centre). Per això, l'any 2008 es van implantar les enquestes "internes" de satisfacció d'Urgències, amb la col·laboració de la UAU. El seu valor afegit ve donat per la seva periodicitat (mensual) i per l'àmplia mostra de persones enquestades (600 enquestes/any).

L'anàlisi de les enquestes "internes" ha permès instaurar mesures en les àrees prioritàries de millora (relacionades fonamentalment amb temes d'informació i de seguretat clínica dels pacients abans de ser atesos) i en les àrees susceptibles de millora (relacionades amb aspectes organitzatius i amb l'adequació de la

informació que es dóna en les diferents línies de servei avaluades). Així mateix han estat d'utilitat per potenciar les àrees reconegudes d'excel·lència. Finalment, cal ressaltar que tant pel que fa al grau de satisfacció global com a la fidelització al centre els resultats obtinguts en les enquestes "internes" es mantenen en l'àrea d'excel·lència durant tot el període analitzat.

CONCLUSIONS

1.- Identificació de problemes

L'anàlisi del procés d'atenció urgent ha permès identificar els principals problemes del Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol i classificar-los segons la fase corresponent: a) en l'entrada, la demanda inadequada i/o evitable; b) durant el procés assistencial, l'excessiu temps de permanència, la variabilitat en la pràctica clínica, la manca de coordinació interna i el dèficit d'informació i c) en la sortida, la dificultat de drenatge dels pacients. A partir de l'anàlisi específica d'aquests problemes i les seves causes s'han proposat accions de millora.

2.- Accions de millora

2.1.- Les accions desenvolupades sobre els fluxos d'entrada han permès millorar la gestió de la demanda d'atenció urgent, com ho demostra la disminució progressiva del *nombre d'urgències ateses* (decrement del 11% des de 2005 fins a 2011).

2.2.- Les mesures d'organització implantades en el Servei d'Urgències juntament amb les accions de coordinació intrahospitalària i de millora de la sortida d'urgències han permès la disminució a la meitat del *temps mitjà de permanència a Urgències*. Així mateix, han afavorit el manteniment del *percentatge d'urgències ingressades* en el 12%, factor determinant per aconseguir la disminució de la *pressió d'urgències*, fins a situar-se en valors del 52%, pròxims a l'estàndard recomanat.

2.3.- Les accions realitzades en el Servei d'Urgències respecte a aspectes organitzatius i a temes relacionats amb la informació i comunicació a pacients i familiars han estat claus per millorar la qualitat percebuda. Aquest fet es reflecteix en la reducció del 40% del *número de reclamacions rebudes al Servei*.

3.- Indicadors

El recull dels indicadors clau proposats (*Quadern de comandament d'Urgències*) i les enquestes de satisfacció dels usuaris són eines útils per avaluar els resultats aconseguits amb la implementació de les accions de millora.

4.- Estudi comparatiu

L'estudi comparatiu de l'evolució dels indicadors i de les variables analitzades corrobora l'eficàcia de les mesures dutes a terme per millorar el procés d'atenció urgent.

Després d'implantar les accions de millora, els resultats de les enquestes de satisfacció dels usuaris situen el Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol per sobre de la mitjana de Catalunya, essent valorat com a àrea assistencial d'excel·lència tant pel que fa al grau de satisfacció global com a la fidelització al centre

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Alcaide G, Arcelay A, Gutiérrez F. Satisfacción del usuario en urgencias. ¿Cuáles son los factores importantes? Rev Cal Asistencial 1997; 12: 348.
2. Ara J, Estrada O, Riera C, Bonet G, Cuxart A, Romero R, et al. Utilidad de la hospitalización a domicilio en nefrología. Med Clin (Barc). 2006; 126:329-331.
3. Aramburu Vilariño FJ. Los Servicios de Urgencias y la Medicina General. Siglo XXI. Emergencias. 2001; 13:4-7.
4. Aranaz Andrés J.M, Martínez Nogueras R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F, Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. Med Clin (Barc) 2004; 123 (16):615-618.
5. Bañeres J. La seguridad en los servicios de urgencias. Emergencias. 2010; 22:81-82.
6. Cabañas JG, Scholer MP, Tintinalli J. Informática en Medicina de Urgencias y Emergencias: Gestión de la información y aplicaciones en el siglo XXI. Emergencias. 2009; 21:354-361.
7. Carbonell Torregrosa MA, Girbés Borràs J, Calduch Broseta JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. Emergencias. 2006; 18:30-35.
8. Clemente Rodríguez C, Aranda Cárdenas D, Puiggalí Ballart M, Puente Palacios I. Indicadores de calidad en urgencias. Emergencias. 2011; 23:497-498.
9. Comité científico de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Medicina de Emergencias en España: documento base. Emergencias. 1995; 7:5-12.
10. Concejo Badorrey C. Implantación de un programa de calidad en un Servicio de Urgencias hospitalario. Rev Calidad Asistencial 1997; 12: 241-256.
11. Department of Health. Clinical exceptions to the 4 h emergency care target. London: Department of Health; 2003.
12. Department of Health. The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform. London: Department of Health; 2000.
13. Department of Health. Total time spent in A&E statistics. Disponible en: http://www.performance.doh.gov.uk/hospitalactivity/data_requests/total_time_ae.htm.

14. Department of Health. Transforming Emergency Care in England. London: Department of Health; 2004.
15. Department of Health. A&E Quality Indicators. Implementation guidance. London: Department of Health; 2010.
16. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16: 29-38.
17. Escarrabill J, Corbella X, Salazar A, Sánchez JL. Los colapsos en los servicios de urgencias hospitalarios durante el invierno. Atención Primaria. 2001; 27:137-140.
18. Espinosa G, Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Effects of external and internal factors on emergency department overcrowding. Ann Emerg Med. 2002; 39:693-695.
19. Estudi sobre l'activitat i l'organització dels Serveis d'Urgències Hospitalaris. Informe final. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2005. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2385/estudi_urgencies.pdf
20. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomàs S. Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 2001 (BRO1/2001).
21. Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. Emergencias. 2011; 23:59-64.
22. Font I, Izquierdo A, Puiguriquer Ferrando J. Análisis de las consultas a un servicio de urgencias hospitalario según el origen de los pacientes. Emergencias. 2009; 21:262-268.
23. García Bermejo P, Mínguez Platero J, Ruiz López JL, Millán Soria J, Trescoli Serrano C, Tarazona Ginés E. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria. Emergencias 2008; 20: 8-14.
24. García-Casasola G, Alonso MJ, Rodríguez A, Abejón O, Rosel P, Cortés F et al. Utilización de los Servicios de Urgencias Hospitalarios: el problema de los "frecuentadores". Emergencias 1998; 10: 92-100.
25. Geary U, Kennedy U. Toma de decisiones clínicas en Medicina de Urgencias y Emergencias. Emergencias. 2010; 22:56-60.

26. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Plan Integral de Urgencias de Catalunya PIUC 2008-2009. 1 de diciembre de 2008. Disponible en: http://www10.gencat.cat/gencat/binaris/20081201_Piuc_cas_tcm33-88121.pdf.
27. Gil-Robles y Gil-Delgado A. Informe sobre Servicios de Urgencia del Sistema Sanitario Público. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo, 1988.
28. Gómez J, Murria MJ, Beveridge R, Pons J, Cortés E, Ferrando JB, et al. Implementation of the Canadian emergency department triage and acuity scale in the principality of Andorra: can triage parameters serve as emergency department quality indicators?. *Can J Emerg Med* 2003; 5 (5): 315-322.
29. Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*. 2006; 18: 156-164.
30. Gómez Jiménez J, Becerra O, Boneu F, Burgués L, Pàmies S. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. *Gac. Sanit.* 2006; 20: 40-46.
31. Gómez Jiménez J, Boneu F, Becerra O, Albert E, Ferrando JB, Medina M. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage (web_ePAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias* 2006; 18: 207-214.
32. Gómez Jiménez J, Faura J, Burgues L, Pàmies S. Gestión clínica de un Servicio de Urgencias hospitalario: indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case-mix). *Gestión Hospitalaria* 2004; 15: 3-12.
33. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de triaje (SET). Madrid. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) 2004.
34. González Armengol JJ, Fernández Alonso C, Martín-Sánchez FJ, González del Castillo J, López Farré A, Elvira C et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias*. 2009; 21:87-94.
35. Gornemann I, Zunzunegui MV. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. *Gac Sanitaria* 2002; 16 (2): 156-159.

36. Grupo Trabajo SEMES-INSALUD. Calidad en los Servicios de Urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencias* 2001; 13: 60-65.
37. Guardia Camí MT. Análisis de los pacientes readmitidos con ingreso como indicador de calidad asistencial de un servicio de urgencias pediátricas. *Emergencias* 2003; 15: 351-356.
38. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stuket TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario Canada. *BMJ*. 2011; 342:2983.
39. Healthcare Commission. Investigation into Mid Staffordshire NHS Foundation Trust. London: Commission for Healthcare Audit and Inspection; 2009.
40. Hedges JR, Trout A, Magnuson AR. Satisfied Patients Exiting the Emergency Department (SPEED) Study. *Acad Emerg Med* 2002; 9 (1): 15-21.
41. Hernán M, Prieto M, Gutiérrez JL, Martínez F, Pascual N. Expectativas, calidad percibida y satisfacción de usuarios sobre los servicios sanitarios en Andalucía. *Escuela Andaluza de Salud Pública* 2001.
42. Intervencions Urgències i Emergències 2008. *CatSalut*. Divisió d'Avaluació de Serveis. Març 2008.
43. Jarrod M, Carretero J, Closa R, Allué X. La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias. *Emergencias*. 2006; 18: 215-218.
44. Jiménez Murillo L, Ayuso Baptista F, Iglesias Vázquez JA. Transformación del modelo tradicional de sistema integral de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003;15:4-6.
45. Jiménez Murillo L, Calderón de la Barca Gázquez JM, Berlango Jiménez A, Llamas Fuentes R, López Pérez J, Torres Murillo J. Gestión por procesos en urgencias. *Todo Hospital* 2003; 198, 471-478.
46. Jimenez Murillo L, Montero Pérez FJ, Martínez de la Iglesia J, Calderón de la Barca JM. Asistencia médica urgente a nivel hospitalario: problemática actual y propuesta de modelo sanitario. *Emergencias* 1990; 2: 269-271.
47. Jiménez S, Aguiló S, Antolín A, Coll-Vinent B, Miró O, Sánchez M. Hospitalización a domicilio directamente desde Urgencias: una alternativa eficiente a la hospitalización convencional. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 587-590.

48. Jiménez S, Antolín A, Aguiló S, Sánchez M. Hospitalización a domicilio directamente desde Urgencias: una opción posible y eficiente. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 88-89.
49. Joint Commission on Accreditation in Health Care Organizations (JCAHO). *Monitoring and evaluation of the quality and appropriateness of care*. Washington, DC: JCAHO, 1988.
50. Joint Commission on Accreditation in Health Care Organizations (JCAHO). *National Library of Health Care Indicators*. Washington, DC: JCAHO, 1997.
51. Juan A, Salazar A, Alvarez A, Pérez JR, García L, Corbella X. Effectiveness and safety of an emergency department short-stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalisation. *Emerg Med J*. 2006; 23:833-837.
52. Juan Pastor A, Enjamio E, Moya C, García Fortea C, Castellanos J, Pérez Mas JR, et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias*. 2010; 22:249-253.
53. Landers SH. Why health care is going home? *NEJM*. 2010; 363: 1690-1691.
54. Letham K, Gray A. El objetivo de las 4 horas (4-hour target) en los servicios de urgencias del National Health Service: un comentario crítico. *Emergencias*. 2012; 24:69-72.
55. Llorente S, Arcos P, Alonso M. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias*. 2000; 12:164-171.
56. *Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales*. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. SEMES 2007.
57. Mason S, Nicholl J, Locker T. Four hour emergency target: targets still lead care in emergency departments. *BMJ*. 2010; 341-361.
58. Merino Romero J. Los frecuentadores de los servicios de urgencias. ¿Existen soluciones inmediatas?. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 557.
59. Millá J. Medicina de urgencia: un tema de debate. *Rev Clin Esp* 1987; 181: 166-167.
60. Mínguez Masó S, Supervía Caparrós A, Campodarve Botet I, Aguirre Tejedó A, Echarte Pazos JL, López Casanova MJ . Características de los fallecimientos producidos en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2008; 20:113-116.

61. Miró O, Burillo-Putze G, Tomás Vecina S, Sánchez M, Pacheco A. Proyecto EMERGER: primera valoración de resultados. *Emergencias*. 2008; 20:149-151.
62. Miró O, Jiménez S, Alsina C, Tovillas-Morán FJ, Sánchez M, Borràs A, et al. Revisitas no programadas en un servicio de urgencias de medicina hospitalario: incidencia y factores implicados. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112:610-615.
63. Miró O, Salgado E, Tomás S, Espinosa G, Estrada C, Martí C, et al. Derivación sin visita desde los servicios de urgencias hospitalarios: cuantificación de riesgos y grado de satisfacción. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (3): 88-93.
64. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en el servicio de urgencias. Comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med. Clin*. 2001; 116: 92-97.
65. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B. Estimación del efecto relativo que ejercen los determinantes externos e internos sobre la eficacia de un servicio de urgencias de medicina. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115:294-296.
66. Miró O, Sánchez M, Espinosa G, Coll-Vinent B, Bragulat E, Milla J. Analysis of patient flow in the emergency department and the effect of an extensive reorganization. *Emerg Med J*. 2003; 20: 143- 148.
67. Miró O. State of emergency medicine in Spain. *Int J Emerg Med*. 2010; 3:219-226.
68. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (I): Descripción general y análisis de la estructura física y funcional. *Emergencias*. 2000; 12:226-236.
69. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (II): Actividad asistencial, docente e investigadora. *Emergencias*. 2000; 12:237-247.
70. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (III): Recursos materiales y humanos. Perfil profesional del médico de Urgencias. *Emergencias*. 2000; 12:248-258.
71. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los

- Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (IV): Áreas de observación. *Emergencias*. 2000; 12:259-268.
72. Montero-Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Quero Espinosa FB, Gracia García F, Roig García JJ. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario mediante un cuadro de mando asistencial específico. *Emergencias*. 2012; 24:476-484.
 73. Moreno Millán E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?. *Emergencias*. 2008; 20:276-284.
 74. O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RW, O'Sullivan PS, Stein MD. Inappropriate emergency department use: a comparison of three methodologies for identification. *Acad Emerg Med* 1996; 3: 1071-1073.
 75. Olsson M, Hansagi H. Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emerg Med J* 2001; 18 (16): 430-434.
 76. Ovens H. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Emergencias*. 2010; 22:244-246.
 77. Parra Caballero P, Curbelo García JJ, Gullón Ojesto A, Ruiz-Giménez Arrieta N, Suárez Fernández C, Del Arco Galán C. Mortalidad precoz en un hospital terciario: análisis de la calidad asistencial. *Emergencias*. 2011; 23:430-436.
 78. Peiró S, Sempere Selva T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. *Economía y Salud* 1999; 33: 1-15.
 79. Projecte URGICS 2.0. Model de gestió de les unitats d'urgències hospitalàries de l'ICS. Institut Català de la Salut. Divisió hospitalària. 1999.
 80. Proposta del Model d'atenció urgent a l'ICS. (Àmbit hospitalari, Visió a Territori). Institut Català de la Salut 2008.
 81. Requena J. Repercusión mediática de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2008; 20:187-190.
 82. Rodríguez Maroto O, Llorente Alvarez S, Casanueva Gutiérrez M, Alvarez Alvarez B, Menéndez Somoano P, De la Riva Miranda G. Mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias. Características clínico epidemiológicas. *Emergencias*. 2004; 16:17-22.

83. Sahuquillo Llamas JC, Tudela Hita P, Segura Egea A, Estrada Cuxart O. Anàlisis de la mortalidad en el Servicio de Urgencias de un Hospital General. *Emergencias* 2000; 12: 377.
84. Salazar A, Estrada C, Porta R, Lolo M, Tomás S, Alvarez M. Home hospitalization unit: an alternative to standard inpatient hospitalization from emergency department. *Eur J Emerg Med.* 2009; 16:121-123.
85. Salazar A, Juan A, Ballbe R, Corbella X. Emergency short-stay unit as an effective alternative to in-hospital admission for acute chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Am J Emerg Med.* 2007; 25:486-487.
86. Salazar A. Gestión centralizada de los ingresos hospitalarios: modelo de priorización de las camas. *Emergencias.* 2008; 2:1-3.
87. Sánchez M, Miró O, Coll-Vinent B. Saturación del servicio de urgencias: factores asociados y cuantificación. *Med Clin (Barc).* 2003; 121:167-172.
88. Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias.* 2008; 20:48-53.
89. Sánchez M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? *Med Clin (Barc).* 2004; 123:619-620.
90. Sánchez M. Importancia de las vías clínicas en la práctica clínica diaria. *Emergencias.* 2008; 20:78-80.
91. SEMES. Comité científico. Conjunto Mínimo de Indicadores de Actividad y Calidad en los Servicios de Urgencias Hospitalarios y Extrahospitalarios. Documento de consenso, 2000.
92. SEMES. Estudio y desarrollo de la Atención Urgente en España. Informe final. 2002.
93. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Manual de indicadores de calidad para los Servicios de Urgencias de hospitales. 2ª ed. Madrid: SANED; 2009.
94. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Estándares de acreditación para Servicios de Urgencias de hospitales. 2ª ed. Madrid: Grupo SANED; 2008.
95. Tejedor Fernández M, Burillo Putze G, Roqueta Egea F, Jiménez Murillo L, Leciñena Esteban MA, Carretero Alcántara L. Gestión Clínica en un Servicio de Urgencias. *Todo Hospital* 2003; 198, 462-470.

96. Tomás Vecina S, Chanovas Borràs MR, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T, Mateos AA. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010; 22:415-428.
97. Torné Vilagrasa E, Guarga Rojas A, Torras Boatella MG, Pozuelo García A, Pasarín Rúa M, Borrell Thió C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencia de Barcelona. *Aten Primaria* 2003; 32 (7): 423-429.
98. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. <http://www.msps.es>.
99. Urbano P. SEMES: los CUAP son buenos dispositivos extrahospitalarios. Disponible en: <http://decu.forogratias.es/board/semes-los-cuap-son-buenos-dispositivos-extrahospitalarios-t2546.html#>
100. Villalbí J, Guix J, Casas C, Borrell C, Durán J. El cuadro de mando integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública. *Gac Sanit*. 2009; 23:14-15.
101. Villalón Guerrero ML, Gámez Coin F, Navarro Carrión J, García Pérez R, Garzón Blanco FJ, Ariza Moscoso A. Análisis de las reclamaciones en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias* 1999; 11 (S1): 211.
102. Zaragoza Fernández M, Calvo Fernández C, Saad Saad T, Morán Portero FJ, San José Pizarro S, Hernández Arenillas P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2009; 21:339-345.

CITES

Decret 202/1985, de 15 de juliol, de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública.

Decret 258/2007, de 27 de novembre pel qual s'estableixen, amb caràcter provisional fins que s'aprovin els estatuts i normes de desplegament de la Llei de l'ICS, normes organitzatives de l'ICS.

Decret 53/2006, de 28 de març, de mesures de reformes de l'ICS.

DOGC 1470/1991, de 22 de juliol, concert entre la Universitat Autònoma de Barcelona i l'Institut Català de la Salut.

DOGC 4680/2006, de 20 de juliol, del nou Estatut d'Autonomia de Catalunya.

Gerència territorial metropolitana nord. Memòria 2008. ICS.

Gerència territorial metropolitana nord. Memòria 2009. ICS.

Gerència territorial metropolitana nord. Memòria 2010. ICS.

GTiPH. Memòria de Qualitat 2009 - 2010.

GTiPH. Memòria del Servei urgències 2010. Maig 2011.

GTiPH. Norma organitzativa. Desenvolupament i millora del procés assistencial d'atenció ambulatoria extrahospitalària, de novembre de 2004, codi: NO-DG-G22.

GTiPH. Normativa de funcionament del Servei d'Urgències. 2011

GTiPH. Pla estratègic 2008-2010.

GTiPH. Política de Qualitat. Novembre 2007.

GTiPH. Seguiment activitat assistencial. Desembre 2007.

GTiPH. Seguiment activitat assistencial. Desembre 2008.

GTiPH. Seguiment activitat assistencial. Desembre 2009.

GTiPH. Seguiment activitat assistencial. Desembre 2010.

<http://www.gencat.cat/ics/>

<http://www.gencat.cat/ics/germanstrias/index.htm>

<http://www.gencat.cat/salut/>

<http://www10.gencat.net/catsalut/cat/>

ICS. Pla estratègic 2009-2011. Novembre 2009.

Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986. Boletín Oficial del Estado (BOE). Madrid: BOE, núm. 102, de 29 de abril de 1986.

Llei 12/1983, de 14 de juliol, de l'administració institucional de la sanitat i de l'assistència i els serveis socials a Catalunya.

Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC).

Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut.

Llei orgànica X/1979, de 31 de desembre, de l'Estatut d'autonomia de Catalunya.

Ordre de 10 de juliol per la qual es regula l'acreditació dels centres sanitaris. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC). Barcelona: DOGC núm. 1477; 7 d'agost de 1991, pàg. 4311-4312.

Ordre de 16 de maig de 1990 (DOGC núm. 1302 de 8 de juny de 1990), que modifica parcialment l'estructura orgànica de direcció, gestió i administració de les institucions hospitalàries de la Seguretat Social a Catalunya.

Ordre de 18 de novembre de 1985 (DOGC núm. 621 de 4 de desembre 1985), de regulació de l'estructura orgànica de direcció, gestió i administració de les institucions hospitalàries de la Seguretat Social a Catalunya.

Reial Decret 1517/1981, de 8 de juliol, de transferència dels serveis de la Seguretat Social a la Generalitat de Catalunya.

Reial Decret 5/2006 regula l'Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda.

GLOSSARI D'ABREVIATURES

AATM: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques
ABS: Àrea bàsica de salut
ACUT: Atenció continuada i urgent de base territorial en l'àmbit de l'atenció primària
AMFE: Anàlisi modal de falles i efectes
AP: Atenció primària
BIR: Biòleg intern resident
BST: Banc de sang i teixits
CAE: Centres d'atenció especialitzada
CAP: Centres d'atenció primària
CatSalut: Servei Català de la Salut
CCFMC: Consell Català de Formació Mèdica Continuada
CEA: Comitè d'ètica assistencial
CECOSAT: Central de Coordinació Sanitària de Tarragona
COT: Cirurgia ortopèdica i traumatologia
CUAP: Centre d'urgències d'atenció primària
DM: Diabetis Mellitus
DOGC: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
DPO: Direcció per objectius
EFQM: Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat
FA: Fibril·lació auricular
FAD: Fundació Avedis Donabedian
FIR: Farmacèutic intern resident
GT: Grup de treball
GTMN: Gerència Territorial Metropolitana Nord
GTMU-HUGTiP: Grup de treball multidisciplinari d'urgències de l'àrea de l'HUGTiP
GTS: Govern Territorial de Salut
HC: Història clínica
HES: Hospital de l'Esperit Sant
HMB: Hospital Municipal de Badalona
HUGTiP: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
IAM: Infart agut de miocardi

ICO: Institut Català d'Oncologia
ICS: Institut Català de la Salut
IDI: Institut de Diagnòstic per la Imatge
IGTP: Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol
ISO: Organització internacional per a l'estandardització
LLIR: Llevadora interna resident
LOSC: Llei d'ordenació sanitària de Catalunya
MIR: Metge intern resident
MPOC: Malaltia pulmonar obstructiva crònica
MTV: Malaltia tromboembòlica venosa
NHS: National Health Service
PADES: Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport
PIUC: Pla Integral d'Urgències de Catalunya
QCU: Quadern de comandament d'Urgències
R.D: Real decret
RAE: Reordenació de l'atenció especialitzada
RCA: Registre central d'assegurats
REA: Àrea de reanimació
RRHH: Recursos humans
SAP: Serveis d'atenció primària
SAP: Sistemes, aplicacions i productes en processament de dades
SCA: Síndrome coronària aguda
SCMU: Societat Catalana de Medicina d'Urgència
SCUB: Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona
SEM: Sistema d'Emergències Mèdiques
SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
SEU: Servei Especial d'Urgències
SU: Servei d'Urgències
SUH: Serveis d'urgències hospitalaris
TC: Tomografia computaritzada
TVP: Trombosis venosa profunda
UAB: Universitat Autònoma de Barcelona
UAU: Unitat d'atenció a l'usuari

UCE: Unitat de curta estada
UCI: Unitat de cures intensives
UCO: Unitat coronaria
UCRI: Unitat de cures respiratòries intermèdies
UFFIS: Unitat Funcional
UHAD: Unitat d'hospitalització domiciliària
UMI: Unitat de malalties infeccioses
USU: Unitat de suport a urgències
XHUP: Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública

ANNEXOS

Els annexos estan compostats per tota la documentació de les accions de millora desenvolupades.

Per a la descripció, les accions de millora s'han agrupat, segons la seva prioritat, en mesures a curt (2005-2007), mig (2008-2009) i llarg termini (2010-2011).

Donada l'extensió d'aquest apartat, el contingut es presenta en format de CD (s'adjunta).