

JORNADA TÈCNICA DE BENCHMARKING DE LA UNIÓ

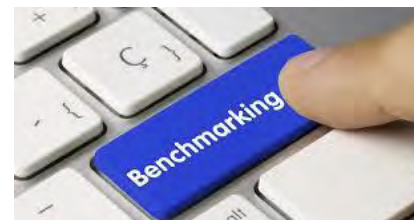
Benchmarking, una moda?. Compartim experiències

Presentació benchmarking Salut Mental

Lluís Albaigès. Benito Menni. CASM

Maite Castrillón. Benito Menni. CASM

Carles Franquelo. H. Sagrat Cor Martorell



Barcelona, 10 Febrer 2016

- 1. Constitució del Grup i Format**
- 2. Membres del grup**
- 3. Tipologia dels indicadors**
- 4. Casos pràctics**

Constitució del Grup i Format

2006
constitució del
grup

Grup de gerents del **Consell de Salut Mental** inicien de forma pionera un grup de benchmarking amb indicadors de gestió de Salut Mental

Constitució Taula de Gerents i Taula Tècnica

55 indicadors

Activitat (14)
Accessibilitat (9)
Resultats en salut (4)
Concertació (5)
Qualitat (7)
Eficiència (2)
Estructura (9)
Productivitat (5)

1^a etapa (2006-2009) Revisió dels indicadors, formulació, primeres anàlisi
2^a etapa (2010-2015) Plataforma web, anàlisi resultats i debats monogràfics

Febrer 2016

Ha estat referència per als grups de benchmarking en salut mental promoguts per l'Administració (Regió Sanitària de Barcelona).

La seva experiència va inspirar el disseny de l'actual plataforma web

En 2010, s'incorporen indicadors dels processos:

Depressió Major
Trastorn Mental Sever

28 sessions tècniques realitzades



Dispositius participants i representativitat

<i>Dispositius</i>	<i>Participants</i>	<i>Llits</i>
Hosp. Aguts	11	> 400
Hop. Subaguts	8	> 270
Hosp. MILLE	5	> 1250

Població coberta

CSMA	31	> 2.800.000
CSMIJ	26	> 550.000
CAS	5	> 680.000

Nº Places

Centre Dia	22	> 700
HD Adults	15	> 400
HD Infantojuvenil	10	> 150

Depressió Major	25	
Programa TMS	26	

Total participants **184**

15 entitats proveïdores

184 dispositius assistencials

- **Definició i selecció d'indicadors**
- **Introducció de dos processos en salut mental ambulatoria: Trastorn mental sever i la depressió major.**
- **Valoració del pes de cada indicador**
- **Anàlisi dels resultats de manera estratificada**
- **Participació entre el 70-89% de tots els dispositius**
- **Contrastar i complementar amb dades del Benchmarking del CatSalut i les dades de la Central de Resultats en l'àmbit de salut mental.**
- **Identificació de les millors pràctiques**

Estructura

Accessibilitat

Llista espera 1^a visita
Absentisme 1^a visita

Concertació

Dotació econòmica
Ingressos per visita

Estructura

Població assignada

- Per personal assistencial directe
- Per nombre de places

Processos

Activitat

Visites per pacient
1^a Visites/1.000 hab.

Productivitat

Visites per metge
Visites per psicòleg

Processos

Prevalença atesa
Pacients en tractament

Resultats

Resultats en salut

Índex de reingrés
Derivacions de pacients

Qualitat

Reclamacions
Taxa d'abandonament

Eficiència

Cost medicaments
Visites especials

Cas Debat: Els Programes de Suport a la Primària

Obtenció d'informació específica dels Centres de Salut mental que disposen formal o informalment de Programes de Suport a la Primària

Exposició de cada entitat de la seva realitat: oportunitats i dificultats
Debat i elaboració de conclusions

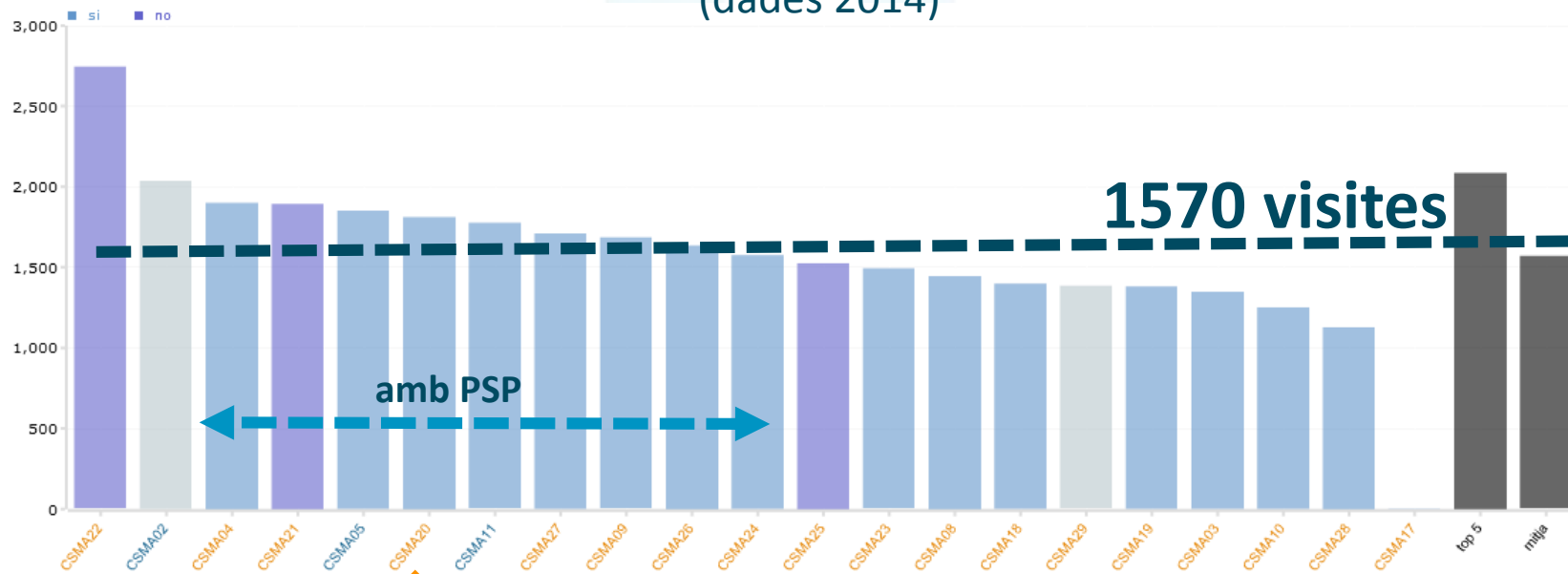
PROGRAMES TRONCALS EN ELS C.S.M.

- Recordatori: Des del 1985 es considera el **Subsistema de Salut Mental** amb una organització pròpia dins el sistema de salut que s'organitza en el **model de circuits** (diferent del model sectorial francès i d'altres models organitzatius).
- Entenem per **PROGRAMES TRONCALS** aquells programes que per la temàtica que aborden són **eixos organitzadors de l'activitat del Servei (Centres de Salut Mental)** i que fan referència al cor de la missió que té.
 - 1) **Programa TMS**: Discriminació assistencial positiva dels pacients amb trastorns greus i crònics, que tendeixen a consumir molts recursos del subsistema de salut mental i presenten factors de risc significatius.
 - 2) **Programa de suport a la primària**: Incideix en la prevenció, atenció precoç, forma de organitzar els fluxos assistencials i recluta recursos assistencials aliens al subsistema.

Quin valor afegit suposa el PSP ?

- **Hi ha centres que tenen PSP (el que vol dir un pressupost extra per a fer aquesta feina) i centres que no en tenen. Alguns d'ells fan activitats properes al PSP sense disposar de l'increment de recursos i altres no.**
- **Sabem que com més aviat i proper al context on es dona una crisi psíquica millors possibilitats d'intervenir preventivament.**
- **Sabem que si els metges de família tenen a mà una interconsulta especialitzada i un programa de formació continuat en salut mental intervindran millor en la detecció, col·laboraran millor en el tractament i derivaran amb millor criteri i de forma més adequada.**
- **El PSP comporta de cara al CSM una modificació de fluxos, un triatge previ a l'atenció al CSM i una implicació i coordinació més intensiva dels serveis de salut mental en la salut general de la població.**

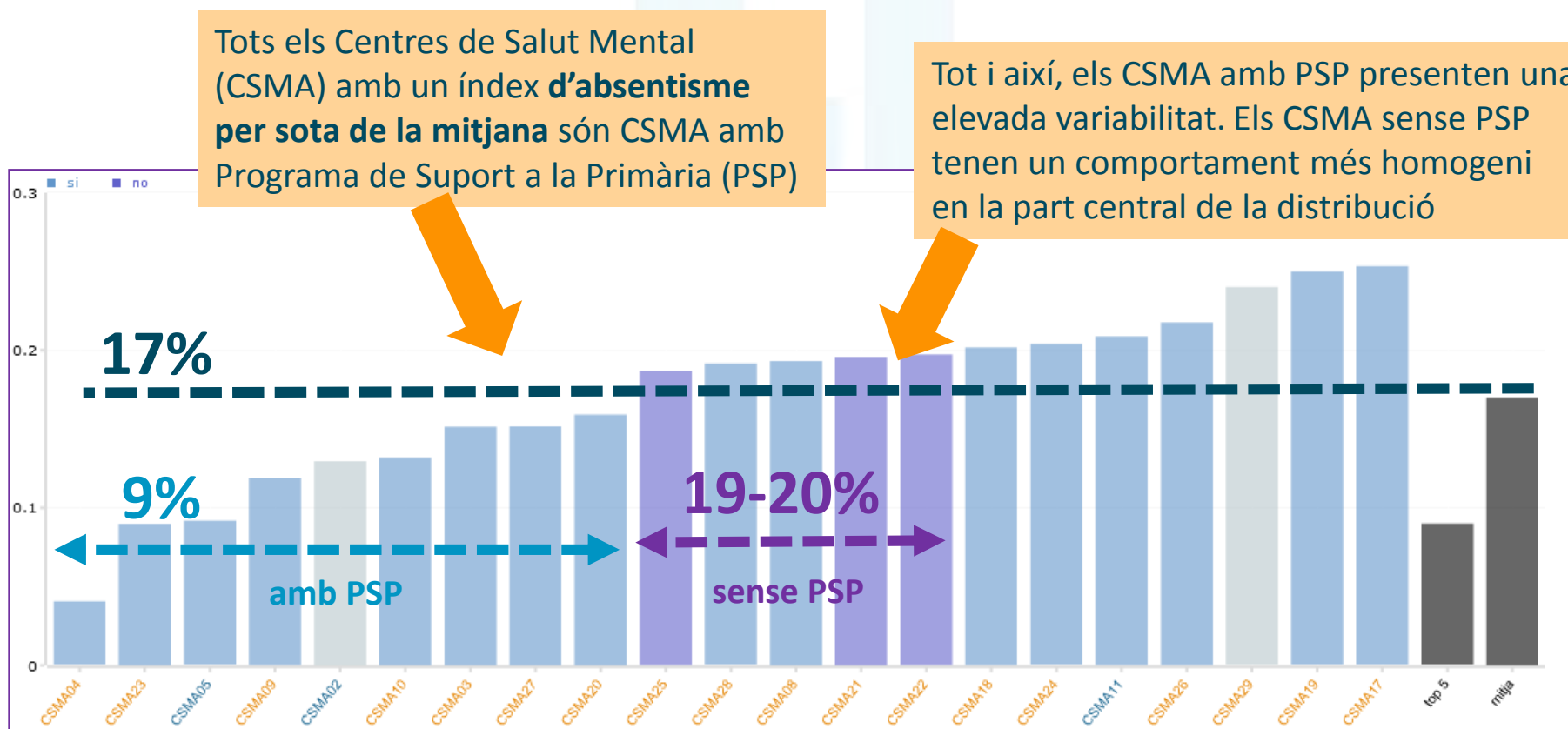
Visites per personal assistencial directe (dades 2014)



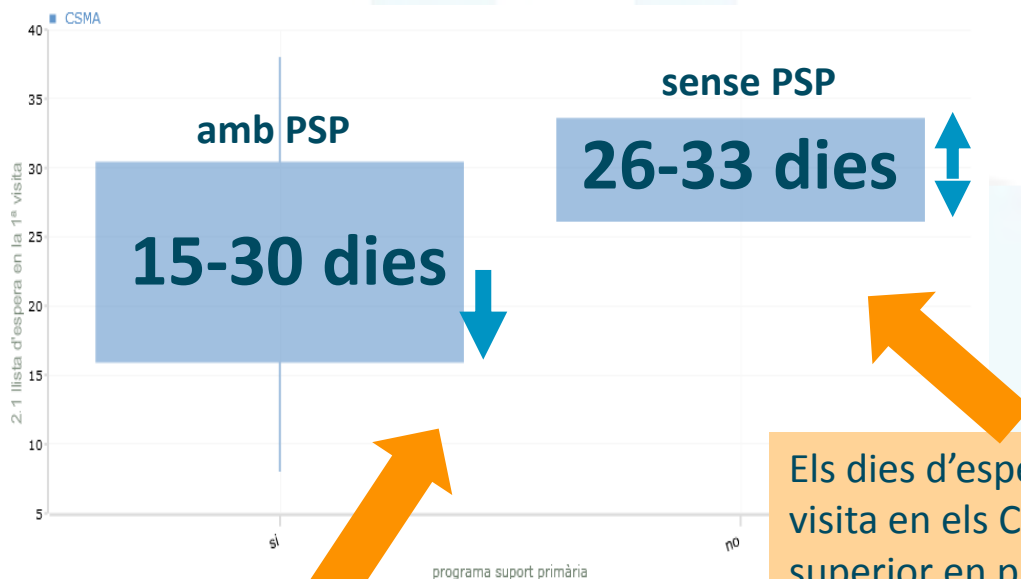
Els Centres de Salut Mental (CSMA) amb una productivitat (mesurada per aquest indicador) **superior a la mitjana** del grup corresponen majoritàriament a centres amb Programa de Suport a la Primària (PSP)

Una part de la variabilitat observada es deguda a mancances en el registre fiable de l'activitat que es realitza en l'àmbit de l'atenció primària

Taxa d'absentisme en primeres visites (dades 2014)



Llista d'espera per primeres visites (dades 2014)



Els Centres de Salut Mental (CSMA) amb Programa de Suport a la Primària (PSP) tenen una **llista d'espera** inferior per a primeres visites que la mitjana de tot el grup

Els dies d'espera per a una primera visita en els CSMA sense PSP, tot i ser superior en promig als que tenen PSP, presenten una menor variabilitat.

Realitat actual dels Programes de Suport a la Primària

- L'activitat de PSP representa un **% significatiu del conjunt de l'activitat** del CSMA i CSMIJ (en especial, primeres visites)
- Existeix una elevada variabilitat en la disponibilitat de temps de psiquiatra/psicòleg
- Les **modalitats de consultoria** (on line, videoconferència,..) faciliten l'accés i són eines especialment rellevants per superar la dispersió geogràfica
- Es monitoritzen **indicadors de gestió diferents** per part de les institucions
- Des d'una visió de client, es percep que existeix **diferent grau d'interès** per part dels metges de família en quant a les avantatges del programa
- Existeix el risc que l'activitat de metge / infermera quedi parcel·lat
- Les institucions que no disposen formalment de PSP en la pràctica segueixen metodologies de treball similars

Bones pràctiques dels PSP

- Obté una elevada **satisfacció** per part dels pacients i professionals
- S'arriba a fer un **millor diagnòstic** (▲ de la concordança diagnòstica)
- La millora de la **capacitat resolutiva** és un estímul per a l'aprenentatge
- Aconsegueix un bon filtratge de casos (▲% TMS i TMG) i ▼ nº casos derivats
- Fomenta un model de **treball multidisciplinar** i en xarxa
- Permet **sinèrgies** en el territori i facilita la implantació de rutes assistencials
- Afavoreix un treball fonamentat en l'**evidència** mitjançant guies de pràctica clínica i el consens farmaco-terapèutic
- Es detecta una dificultat de captar l'interès d'alguns **metges de família**
- **Bona Pràctica:** es comparteix que el fet d'integrar els serveis no sanitaris en les reunions multidisciplinàries, es constata que el PSP funciona millor
- L'objectiu a perseguir és la **continuïtat assistencial amb un enfoc comunitari**

Algunes limitacions

- Sector de la SAP cobert assistencialment per **més d'un proveïdor sense un treball integral i sense una direcció unificada del programa.**
- Reticències al PSP per **resistències a una cultura de funcionament diferent** o per rebuig a l'àmbit de salut mental per part de la direcció.
- **Dificultats dels professionals i/o del lideratge** en els centres de salut mental.
- **Dissociació d'activitats** sobre primària entre infermeria, treball social, psiquiatria i psicologia.
- **Limitació de recursos humans** per atendre a les dues línies (la de primària i la de trastorns mentals greus).
- Dificultats d'articulació dels sistemes informàtics i de treball on line.

Algunes limitacions (II)

- **No existència de pactes territorials** que poden afavorir indicadors compartits d'activitat.
- **Manca d'entesa** per poder elaborar guies farmacològiques racionals i compartides, PCC, indicacions i pla articulat de suport a primària amb el compromís de la SAP i de les xarxes de salut mental.
- **Descoordinació** de la xarxa d'atenció a drogodependències i dels centres d'atenció i seguiment del conjunt de la xarxa sanitària.
- **Espais descoordinats de suport** a primària entre adults i infantil.
- **Manca de programa unificat de formació continuada.**
- Manca de **coordinació entre xarxes de primària de salut i de serveis socials**

Eixos a desenvolupar per millorar el model de col·laboració

- **RECIPROCIAT.** Major compromís de l'atenció primària en l'assistència integral i específicament en relació a pacients amb problemàtica de salut mental. Cal un lideratge recolzat per les Direccions assistencials de cada territori.
- **CAPACITACIÓ.** Incrementar la capacitat d' identificació, detecció, resolució i derivació des de l'atenció primària.
- **TEMPS ASSISTENCIAL.** Destinar el temps necessari per a l'assistència als problemes de salut mental, incrementar l'escolta entrenada i focalitzar-nos en intervencions eficients que promoguin l'autogestió de la salut mental.
- **REFERÈNCIA.** Definir amb claredat objectius i procediments, reduint la variabilitat de l'aplicació i incrementant programes de formació que ho sustentin

Propostes per seguir treballant des de les discussions en el grup de millora a partir del benchmarking a la Unió

Àrees de treball:

- **Objectius del PSP i avaluació de la seva eficàcia.**
- **Variabilitat en la implantació i models de gestió.**
- **Avantatges d'aquest model de col·laboració.**
- **Bones pràctiques en sistemes d'informació i derivacions**
- **Propostes de millora de la limitació de recursos i de coordinació.**

**MOLTES
GRÀCIES**



Benchmarking Salut Mental