

Títol:

L'accés a la informació com a base de la excel·lència assistencial. Canviant paradigmes.

Professionalisme/Eficiència/informació

Abstract:

L'EBA Vallcarca SLP assumeix des del 2003 la gestió dels Centres d'Atenció Primària dels barris de Vallcarca i Sant Gervasi de Barcelona ciutat, amb una població de 56000 habitants. Durant aquests 10 anys la població ha augmentat la seva edat i complexitat, i ens calia disposar d'eines d'informació per quantificar de manera objectiva la competència professional del nostre equip.

A finals de 2013 iniciem el Projecte (*Centros en Transición*©) ideat com un procés de recerca de la excel·lència, definida com un increment continu de la efectivitat i la eficiència, fonamentat en la modificació del comportament assistencial, per mitjà del coneixement . Aquest parteix d'un sistema d'informació que ens permet fer un seguiment de l'activitat clínica duta a terme per cada professional respecte a l'activitat esperada en funció de les característiques de la població assignada.

Es realitzen periòdicament reunions amb tots els estaments, per redefinir l'entorn de relació dintre de l'equip i envers els nostres pacients, amb l'objectiu de obtenir la major resolució possible de les necessitats sanitàries, en base poblacional i epidemiològica de la manera més sostenible, efectiva, eficient, equitativa i accessible.

Títol:

L'accés a la informació com a base de la excel·lència assistencial. Canviant paradigmes.

Introducció/Justificació

La inèrcia del sistema sanitari mostra d'una manera, aparentment imparabile, un comportament inflacionari amb increments de la demanda, de la freqüentació, de les derivacions, de la despesa farmacèutica i de les baixes laborals, malgrat les polítiques de contenció econòmica dels darrers anys. Ja sabem que *"fent el mateix, només obtindrem més del mateix"*.

L'EBA Vallcarca SLP assumeix des del 2003 la gestió dels Centres d'Atenció Primària dels barris de Vallcarca i Sant Gervasi de Barcelona ciutat, amb una població assignada de 56000 habitants. Durant aquests 10 anys la població ha augmentat la seva edat i complexitat, i el nostre equip ha anat adaptant intuïtivament la seva manera de fer a aquests canvis, però la realitat és que els indicadors avaluats per part de la administració no són suficients per explicar les diferències de cost-efectivitat entre els professionals. S'evidenciaven diferents maneres de fer entre professionals que amb el temps marcaven diferències evidents en la freqüentació dels pacients, les derivacions o inclús la prescripció farmacèutica, però podia ser que això depengués de la diferent configuració de la població que cada un atenia. Ens calia, per tant, disposar d'eines d'informació per quantificar de manera objectiva la competència professional del nostre equip, des d'una visió polièdrica, abandonat la perspectiva plana i única, doncs ja hem après que *"fent el mateix, només obtindrem més del mateix"*.

Com a resposta a aquestes necessitats percebudes per la direcció, a finals de 2013 iniciem el Projecte (*Centros en Transición*©) ideat com un procés de recerca de la excel·lència, definida com un increment continu de la efectivitat i la eficiència, fonamentat en la modificació del comportament assistencial, per mitjà del coneixement. *Centros en Transición*© es recolza en 3 pilars:

1. L'objectiu final de resoldre les necessitats sanitàries existents, en base poblacional i epidemiològica, de la manera més sostenible, efectiva, eficient, equitativa i accessible.
2. Un potent sistema d'informació vehiculat pel Programa Informàtic *Isis Manager*© que és capaç de mesurar la efectivitat de l'activitat assistencial i la Taxa d'oferta (abordatge real de necessitats sanitàries detectades envers les esperades, a una població d'aquelles característiques) i fer un seguiment del grau d'assoliment del nostre objectiu.
3. Un sistema d'aprenentatge que inclou tots els estaments de l'equip, on per mitjà de reunions periòdiques es desconstrueixen pensaments inercials o falses veritats en que sustentem en moltes ocasions la nostra activitat. Aquestes reunions tenen com a finalitat modificar l'entorn de relació entre els estaments, per tal d'eliminar l'activitat supèrflua, les accions inercials i els circuits de poca utilitat.



Centros en Transición© fa un canvi de paradigma innovador: mostra i demostra als professionals com el coneixement sobre l'activitat real realitzada envers l'esperada, en funció de la població i en comparació amb la resta de companys, permet generar un canvi substancial en la consciència de la feina feta i per tant en el comportament assistencial. D'aquesta manera s'obtenen efectes immediats en el control de la demanda, en reducció de la freqüentació, augment de l'activitat de resolució de problemes complexes i reducció de banalitats, augmentant en conseqüència la efectivitat i la eficiència. Posa en evidència que diferències de cost-efectivitat entre els professionals, no depenen de les característiques de la població a la que atenen, ni dels especialistes de referència, ni dels canvis polítics, si no que depenen finalment del comportament de cada un dels professionals i del seu estil assistencial.

Objectius:

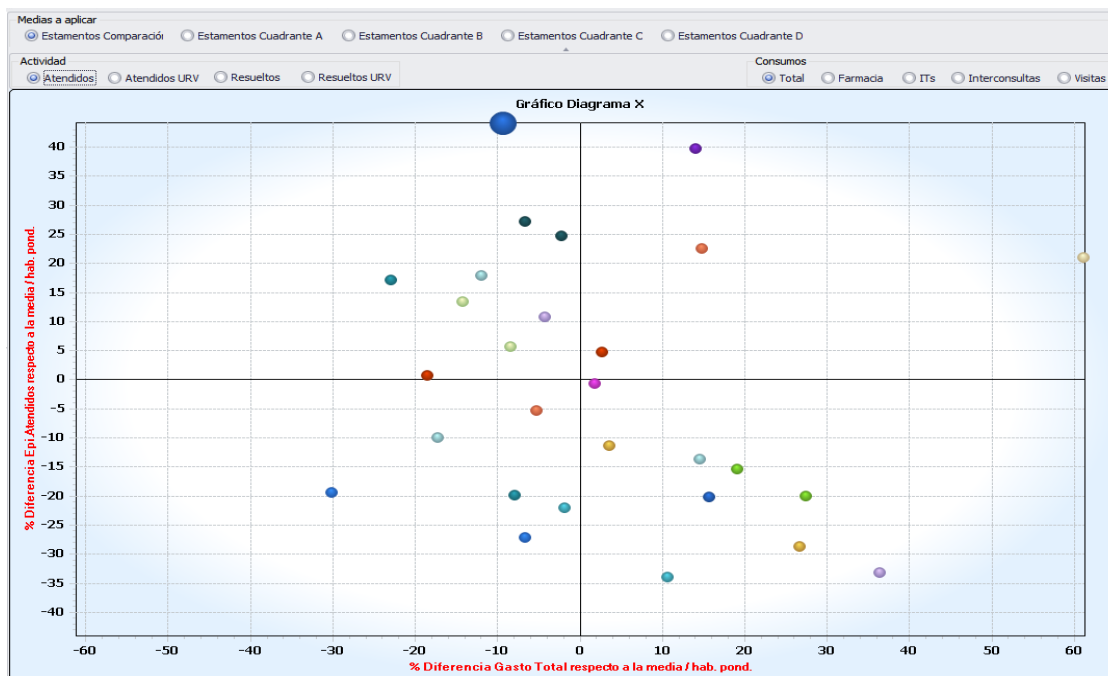
El projecte *Centros en transición*© està pensat com un procés de recerca de la excel·lència professional, definida pel increment continu de la efectivitat i la eficiència, fonamentat en el canvi de la manera de fer dels professionals, a partir del coneixement i amb els objectius finals de:

- Augmentar la oferta de problemes de salut complexos atesos i la efectivitat i eficiència
- Controlar, contenir i reduir la demanda i freqüentació assistencial.
- Controlar la despesa farmacèutica i de les derivacions
- Millorar significativament la satisfacció professional, amb la participació activa d'administratius, infermers i metges.

Desenvolupament del Projecte:

El programa informàtic *Isis Manager*© analitza multitud de paràmetres entre els que podem destacar la mida del cupo, el nombre de visites i tipologia de les mateixes (presencials, telefòniques, virtuals ...), diferents problemes atesos, derivacions a l'atenció especialitzada, despesa en farmàcia, duració de les baixes laborals, entre d'altres. Això ho compara amb les dades que esperaríem segons l'atenció a les diferents necessitats de salut que tindria una població

d'aquelles característiques (segons una extensa base de dades poblacional) i amb tot això obté una taula de 2x2 (l'anomenarem *Diagrama X*) que combina les opcions de major o menor despesa respecte la mitjana de l'equip i la major o menor activitat assistencial també respecte a aquesta mitjana, creant 4 sub-poblacions de professionals clarament diferenciades:



- Quadrant superior esquerre: Trobem els professionals que realitzen major activitat a un cost menor, podent ser considerats aquests els professionals “excel·lents”.
- Quadrant superior dret: Els professionals que realitzen molta activitat però a un cost major (els “ Dr. House” del sistema).
- Quadrant inferior esquerre: Professionals que gasten poc però que tampoc realitzen una gran activitat.
- Quadrant inferior dret: Professionals que gasten molt fent poc.

A la primera part del projecte i per mitjà de trobades mensuals de tots els estaments, a més de qüestionar com es feien les coses i quines es podien millorar, també es mostra als professionals on es troben ubicats dins el diagrama a partir de l’anàlisi informàtic de les dades assistencials dels darrers 3 anys. És en aquest punt (el que ens mostra la nostra realitat de la manera de fer de cada professional) on comencen a aparèixer els sofismes:

- Surto pitjor perquè atenc a un nombre major de pacients que els meus companys...
- La “meva” població és diferent a la de la resta...
- La demanda i la despesa són ingovernables, la població cada cop demana més...
- Quant menys pacients atengui, les visites que faré seran de major qualitat i podré derivar menys i realitzar més diagnòstics...

Però la realitat que ens mostra el *Diagrama X* és que un cop el sistema informàtic homogeneïtza els cupos, tenint present paràmetres com l'edat o el nivell socio-econòmic, hi han professionals que tot i realitzar molta activitat gasten poc i d'altres que realitzant molt poca activitat gasten molt... A què es deu aquesta diferència?

Doncs esbrinar la clau d'aquesta diferència va ser el segon pas que vàrem realitzar en l'equip, arribant a conclusions com:

- **La Història Clínica és la eina de registre imprescindible.**

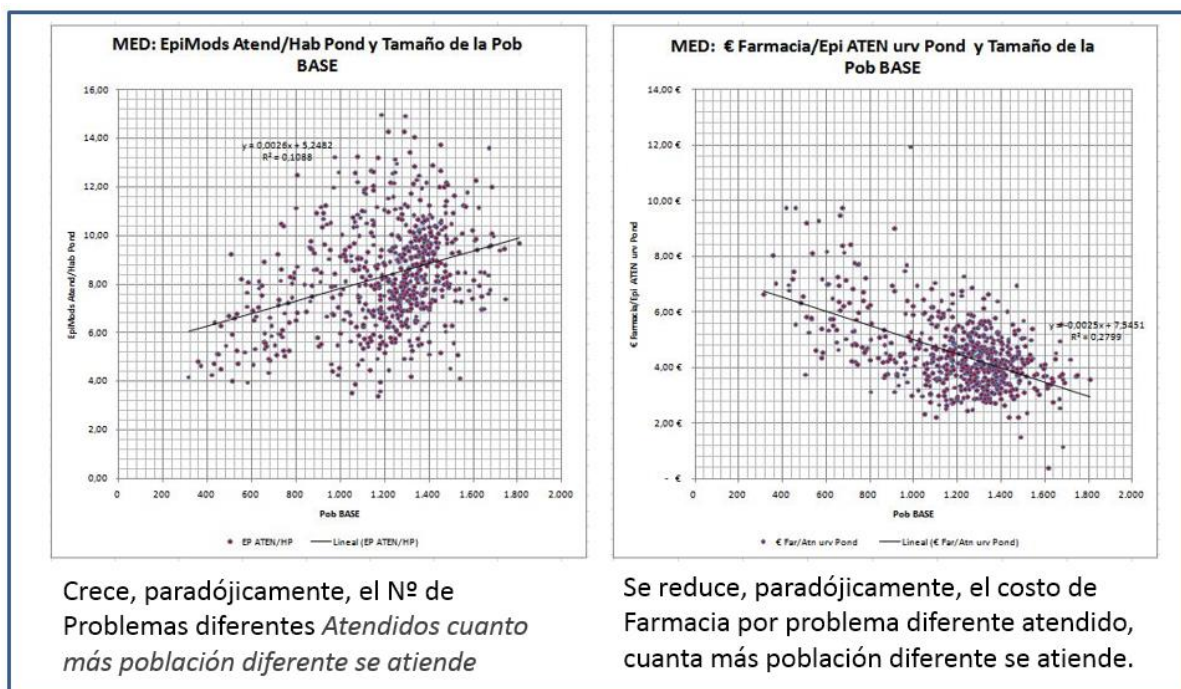
Les diferències entre les maneres de registrar l'activitat assistencial entre professionals era molt marcada i com a punt inicial calia unificar criteris a l'hora de fer el registre i millorar el mateix de cara a que fos de qualitat i fiable i permetés quantificar l'activitat feta.

- **La visita no és una unitat d'activitat sinó de consum.**

Cometem l'error d'entendre que quan es fa una visita estem fent activitat, arribant així a la conclusió de que a més visites més activitat, quan en realitat l'activitat hauria de ser mesurada com el nombre d'episodis (problemes de salut) diferents atesos i no com el nombre de visites fetes al pacient per resoldre un sol episodi (nombre de "voltes" que li hem donat al pacient per resoldre-li un problema).

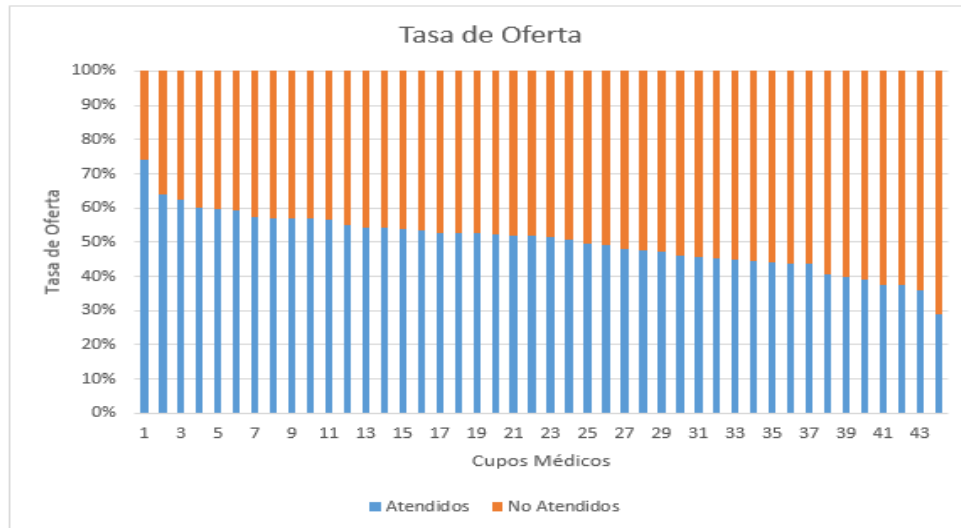
- **Cupos més grans, augmenten la competència dels professionals.**

Partint de la falsa creença que a cupos més petits és pot atendre millor la població, els professionals vàrem acabar reconeixent just el contrari: amb menys pacients, augmenta la freqüentació, l'atenció a la motius banals de consulta, la derivació i la farmàcia. La causa és que més pacients augmenten la competència i el domini del professional.



- **La oferta no és un nombre sencer sinó una taxa.**

Les memòries de les nostres entitats contenen llargues llistes on consten el nombre d'episodis atesos, però aquest nombre no ens mesura l'eficiència doncs hauríem de comparar aquest nombre amb el nombre d'episodis esperats per una població de determinades característiques. En la següent gràfica observem com hi ha cupos mèdics on s'atenen el 75% dels episodis esperats mentre d'altres no arriben al 30%.



I la constatació d'aquest fet ens porta a la següent reflexió:

- **La llista d'espera no són els usuaris que s'“atasquen” a la Unitat d'Atenció a l'Usuari:**

Cometem de nou un error, en anomenar “llista d'espera” d'un equip d'Atenció Primària o d'un determinat professional mèdic al nombre de pacients pendents de ser visitats o els dies de demora per donar una cita per atendre problemes no urgents. Hauríem de definir en l'àmbit de l'Atenció Primària la llista d'espera com el nombre de necessitats sanitàries existents no ateses, i no per exemple al pacient HTA diagnosticat i tractat correctament al qual se li dona cita prèvia en un termini de 15 dies per realitzar-se un ECG de control.

Així doncs, i concretant els anteriors punts, podríem entendre que els professionals excel·lents serien aquells que amb menys nombre de visites atenen un nombre més gran de processos esperats... Però com ho hem de fer per poder aconseguir-ho?

Un cop detectat què hauríem de fer, vàrem plantejar-nos com fer-ho i en aquest punt la implicació de tots els estaments de l'equip va ser fonamental implementant ja els primers canvis en la nostra manera de treballar, canvis que es van concretar en mesures com:

- Es programa a consulta TOTA l'activitat programable: D'aquesta manera aconseguim que el control de l'agenda el porti el professional sanitari i no l'usuari.
- Es resolen en un sol dia tots els motius de consulta de l'usuari: Seguint en l'exemple del pacient HTA si aquest necessita control de la medicació pel metge de família però té pendent la realització d'un ECG, aquest NECESSÀRIAMENT es realitzarà el mateix dia.

Amb la implementació d' aquestes simples mesures aconseguim reduir el nombre de visites i resollem en cada contacte del pacient el major número possible de problemes de salut. Això ha fet possible canviar la planificació de les agendes, disposant els professionals d'espais de 10 minuts de cita prèvia per a cada usuari, així com espais intercalats per a visites urgents i visites no presencials, ja que es fa primordial que el pacient només acudeixi al centre si és imprescindible i que les visites telefòniques o electròniques permetin solucionar els problemes més senzills, per dedicar major temps a aquells més complexos.

Selecc.	Ordre	Hora	Acte	Pacient	F.	V.	H. Entrada	H. Visita	H. Sortida	Observacions	OOCC	Número Intern	Va programar
1	08:30	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	08:40	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	08:45	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	08:50	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	09:00	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	09:10	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	09:20	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	09:25	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	09:30	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	09:40	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	09:50	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	10:00	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	10:05	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	10:10	VNP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	10:15	VNP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	10:20	VNP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	10:30	DES	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	10:30	DES	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	11:00	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	11:10	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	11:20	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	11:30	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	11:40	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	11:45	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	11:50	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	12:00	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	12:10	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	12:20	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	12:30	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	12:35	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	12:40	CP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	12:50	VNP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	12:55	VNP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
34	13:00	VNP	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35	14:00	FEM	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

La principal dificultat en la implementació de les noves mesures ha estat vèncer les resistències i les inèrcies de les maneres de fer assistencials de cada professional: evidenciar, a partir de l'anàlisi conjunt, que canviant la perspectiva es pot trobar una altra manera de treballar i pensar, i que valia la pena provar-ho (ja havíem après que *"fent el mateix, només obtindrem més del mateix"*). L'accés transparent a tota la informació que genera *Isis Manager*® ha permès als professionals fer un seguiment dels canvis i la evolució de les intervencions fetes i es viu com una oportunitat de millora de la gestió de la consulta diària.

A nivell de gestió la qualitat de la informació i la evolució dels canvis que realitza cada professional, permeten plantejar la utilització d'indicadors basats en cost-eficiència per tal d'incentivar als treballadors.

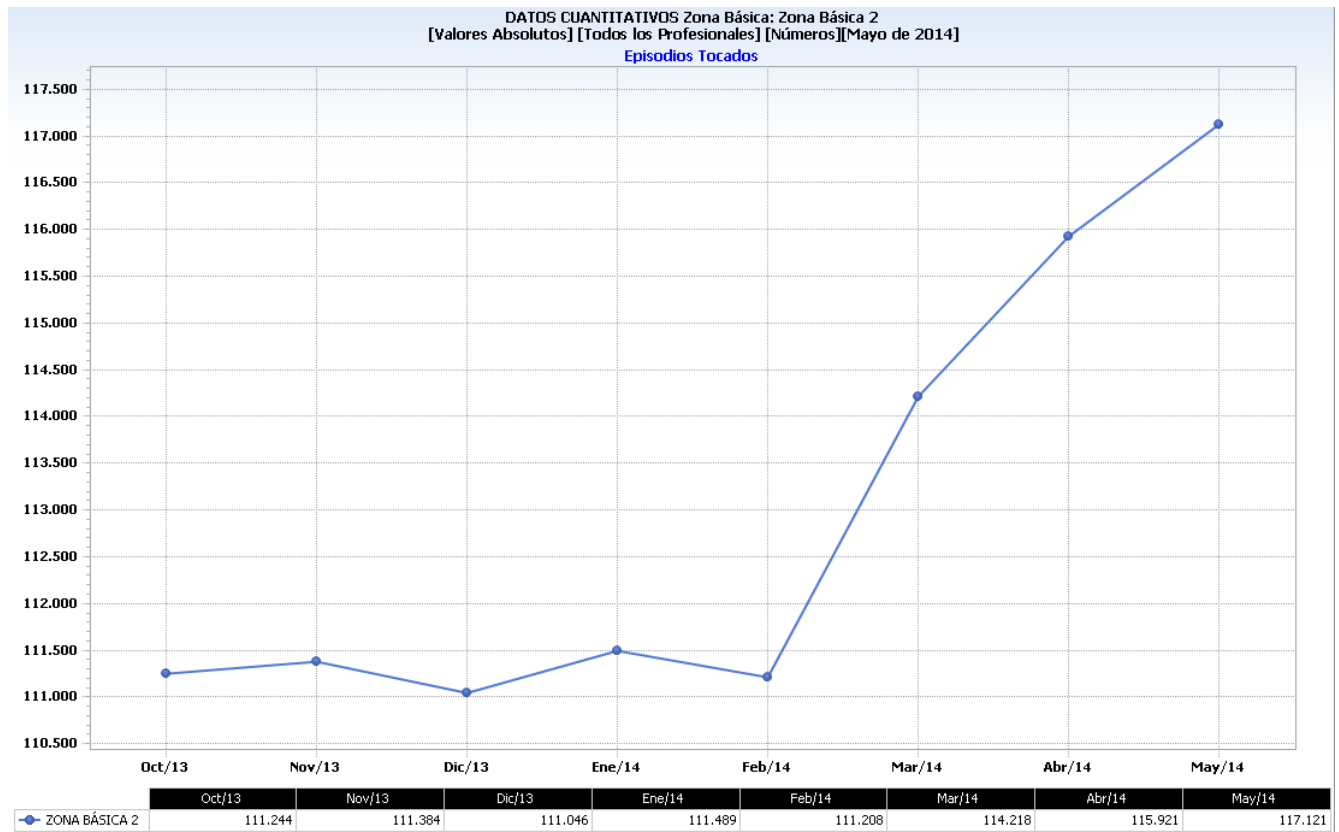
Resultats inicials

Durant el darrer trimestre del 2013 es va introduir la totalitat de les dades informàtiques dels 3 anys anteriors i es fa la formació a tot l'equip i l'anàlisi en forma de sessions conjuntes, per determinar noves maneres de fer, noves agendes, nous circuits... i adaptar cada professional els canvis convenients a diferents nivells.

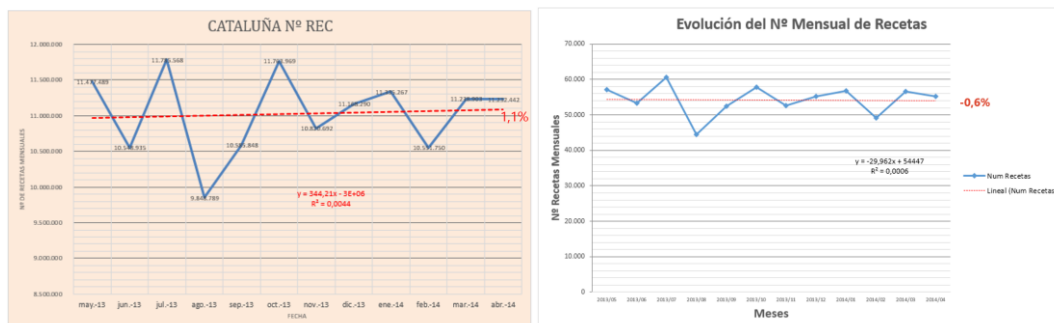
Durant aquest primer semestre del 2014 l'equip ha anat fent canvis com són: el tipus d'agenda i la pro activitat en la citació i seguiment del pacients que han de tornar, el canvi de la orientació de les

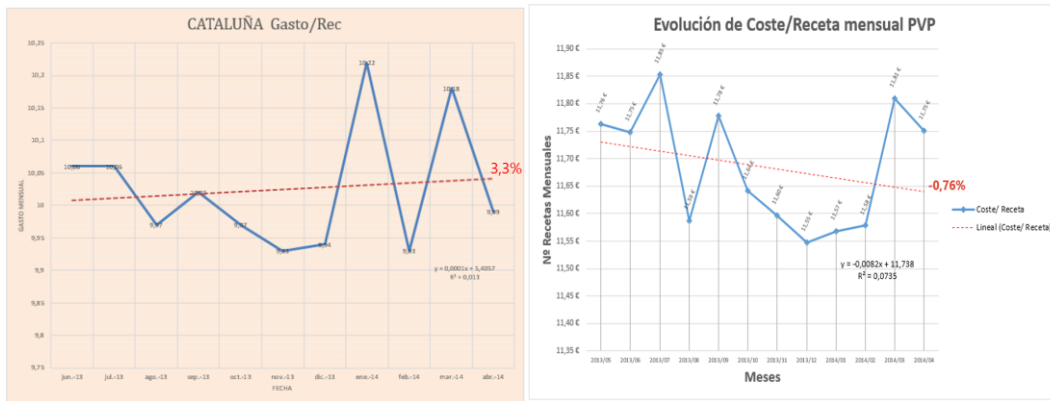
taules d'alguns professionals per fer l'assistència més propera, treballar amb tots els estaments per tal de resoldre els problemes dels usuaris augmentant l'accessibilitat de les visites no presencials, recuperar habilitats d'atenció primària com les infiltracions i la cirurgia menor... Des del coneixement i la evolució de les dades pròpies, cada professional pot decidir quines línies de millora implementar amb l'objectiu final de millorar la seva efectivitat i eficiència.

Durant el primer trimestre de 2014 ha augmentat l'activitat 5,28% que podria significar al final d'any una augment major al 15% de episodis diferents atesos.

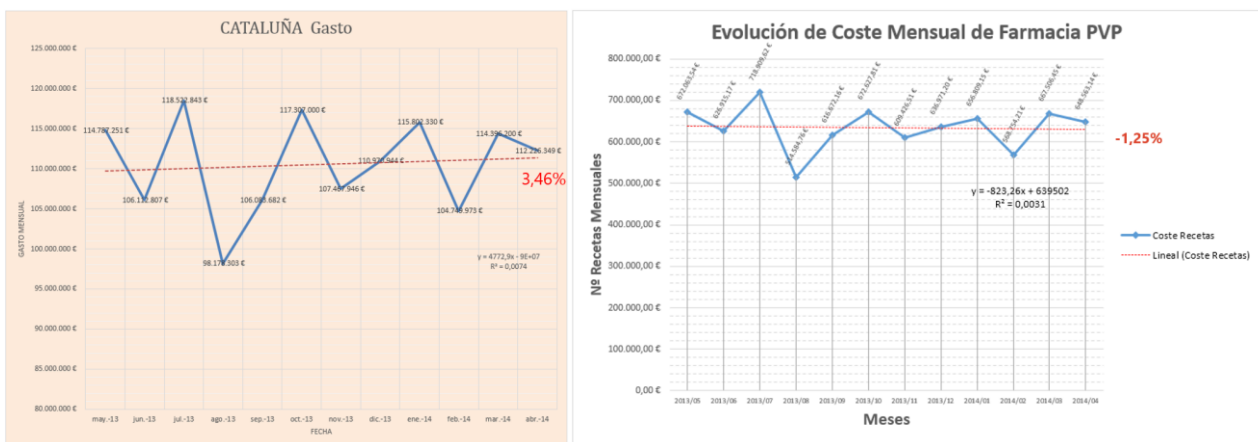


Si a més revisem i comparem les dades de la Despesa de Farmàcia amb la de Catalunya, el diferencial del número de receptes del nostres centre és de -1,7% i aquest diferencial en funció de la despesa per recepta encara és més important, fent-se del -4,06%.





Si finalment el que mirem és com evoluciona el comparatiu de la nostra Despesa envers Catalunya, les dades són encara més prometedores, amb un **-4,71% d'estalvi**.



Conclusions i aplicabilitat.

En els moments actuals en que es fa imprescindible la Sostenibilitat del sistema sanitari públic, eines que ens donen informació i empoderen els professionals sanitaris a treballar de forma més eficient creiem que són claus per aquest objectiu.

No tothom treballa igual i per tant no podem seguir retallant a tota la organització per igual, no podem seguir tractant a tots els professionals per igual. El Projecte *Centros en Transición*® permet detectar les diferències, aportar eines pel canvi als professionals i en funció dels resultats poder diferenciar de quina manera s'incentiva a aquells que permeten que la organització sigui eficient i sostenible.

La implicació del professional és crítica i aquesta es fa impossible sense les claus del coneixement, que parteixen també de desfer falses creences on es recolza d'immobilisme de les actituds.

Aquest és un projecte professional, però que involucra per que és imprescindible, a tot l'equip.