



## VIII edició Premis La Unió a la Innovació en Gestió

### Qüestionari 2017

---

#### ENTITAT: GRUP MUTUAM

Adreça: Provença, 392  
Població: Barcelona  
Persona de contacte: Ma. Rosa Planesas Colomer.  
Telèfon: 608 475 961  
e-mail: mrosa.planesas@mutuam.com

Persones responsables del projecte:  
Josep Ballester Rosselló. Director Àrea Sanitària del Grup Mutuam  
Ma Rosa Planesas Colomer. Directora tècnica EAR de Mutuam

Modalitat a la qual es presenta:

- Innovació en polítiques d'eficiència en recursos
- Innovació en gestió dels professionals o gestió assistencial
- Innovació en gestió d'aliances estratègiques

## **IMPLEMENTACIÓ DE L'AVALUACIÓ I AUTORITZACIÓ DELS TRACTAMENTS PER A LA DEMÈNCIA I L'ALZHEIMER EN EL DOMICILI, EN ELS PACIENTS QUE VIUEN EN RESIDÈNCIES GERIÀTRIQÜES QUE ATENEN ELS EQUIPS D'ATENCIÓ RESIDENCIAL (EAR) DE MUTUAM.**

### **ABSTRACT**

Les últimes dades de la literatura, i les dades del Geriàtrics (quadre de comandament de l'ICS) ens situen en una prevalença de demència i Alzheimer de l'entorn del 40% en l'àmbit residencial. Entre un 35-40% d'aquests pacients, prenen medicació específica per la demència (segons dades del mateix Geriàtrics), que ha d'estar prescrita i avaluada per un metge especialista en neurologia, o bé un metge especialista en geriatria.

Els equips EAR disposen de geriatres, que es desplacen amb la resta del seu equip a la residència per fer l'atenció in situ, i fa ja cinc anys que ofereixen la gestió d'aquest procés als pacients i la seva família, dins la seva cartera de serveis. El geriatre i el seu equip fan la valoració del pacient i n'autoritza o suspèn el tractament d'acord a l'avaluació que fan, evitant transicions innecessàries pel sistema sanitari dels pacients i de la seva família, i reduint costos directes per l'adequació de la medicació i dels recursos sanitaris.

### **JUSTIFICACIÓ**

Els EAR, són equips multidisciplinaris que fan suport a l'atenció primària en l'atenció a les residències. Aquests equips els conformen metges i infermeres, amb expertesa en geriatria i/o atenció pal·liativa, essent alguns d'aquests professionals especialistes en geriatria.

Els equips EAR fan l'atenció in situ a les residències, i la seva cartera de serveis és àmplia i contempla tant activitat programada, com activitat aguda i/o atenció continuada. El seu abast territorial i impacte és sobre unes 20.000 places residencials, distribuïdes en els territoris de Barcelona ciutat, Vallès Oriental i Occidental Est, i el Baix Llobregat, i la seva intervenció és de dilluns a diumenge de les 8h a les 20h els 365 dies de l'any.

A les residències geriàtriques, sobretot les que tenen places públiques, el nivell de dependència cada cop és més alt, amb el conseqüent increment de la complexitat que s'hi acaba concentrant, i de la utilització de recursos sanitaris que comporta.

Per això, disposar d'un equip especialitzat en geriatria que s'hi desplaci periòdicament, permet implantar alguns processos assistencials propis de l'àmbit de la geriatria a la pròpia residència, sense desplaçar el pacient fora del seu context habitual, evitant les incomoditats i els efectes sobre la seva salut que això pot comportar, i contribuint a l'adequació en l'ús dels recursos sanitaris.

La Malaltia d'Alzheimer és la primera causa de deteriorament cognitiu en la població geriàtrica institucionalitzada. La prevalença de persones amb diagnòstic de demència i Alzheimer a l'àmbit residencial es situa segons la literatura a l'entorn del 40%. Aquesta dada també ens la corrobora els indicadors del quadre de comandament de residències de l'ICS (Geriàtrics), que es nodreix de la història clínica electrònica ecap.

També ens consta, a partir de les dades del mateix Geriàtrics, que entre un 35-40% d'aquests pacients que ingressen a la residència estan fent tractament amb medicaments per la demència (anticolinesteràsics i/o memantina), que periòdicament han de ser reavaluats per un especialista en neurologia, o bé, des de fa pocs anys, per un especialista en geriatria.

L'autorització per part del geriatre, del tractament de la malaltia d'Alzheimer amb fàrmacs anticolinesteràsics i/o memantina, fa uns anys ja era possible a Catalunya, però requeria l'aprovació del Consell Assessor del Tractament de la Malaltia d'Alzheimer (CATMA), requeriment que actualment no és necessari.

Aquesta última circumstància, que un especialista en geriatría pugui fer la gestió d'aquest procés, va suposar una oportunitat per modificar-lo respecte com es venia fent fins aleshores, i millorar-lo, orientant-lo a l'atenció centrada en la persona. Portant tota la gestió del procés a la residència, evitant transicions innecessàries que no beneficien el resident.

Abans de la intervenció de l'EAR, quan el pacient ingressava a la residència, per tal de fer aquesta visita de seguiment, habitualment se'l desplaçava a l'especialista a consultes externes, o bé la seva família portava en mà els informes que li havia fet el seu metge de referència.

Desplaçar un pacient amb demència a la consulta de l'especialista té uns costos directes i indirectes. Els costos directes són els econòmics: cost de la visita a l'especialista (dues a l'any), més el transport sanitari no urgent (2 cops l'any). Els costos indirectes són els de mobilitzar la família (en molts casos han de demanar permís a la feina), però sobretot els costos que recauen sobre el pacient: desorientació, temps d'espera, desubicació del context habitual, ...

Amb la incorporació dels EAR com a equips de referència per les residències, aquest procediment ja es va entomar en aquells casos que la família ho autoritzava, i d'acord amb el CatSalut i el servei de farmàcia de Mutuam.

## **OBJECTIUS**

Amb aquest canvi d'orientació del procés de valoració i adequació dels tractaments per a la demència, ens plantejàvem un doble objectiu:

- ✓ Orientar el procés cap a la persona, evitant-li desplaçaments i fent l'avaluació i valoració en el seu context habitual, sense interferències, i per part dels professionals que habitualment l'atenen.
- ✓ Adequació i racionalització dels recursos sanitaris que es deriven d'aquest procés.

## **PERQUÈ CREIEM QUE ÉS INNOVADOR**

La innovació d'aquesta experiència precisament és el canvi d'orientació cap a l'atenció centrada en la persona, i la incorporació d'aquest procés com un procés més de l'atenció integral i proactiva que l'equip sanitari de referència fa envers la persona.

## **DESPLEGAMENT DE L'EXPERIÈNCIA**

El desplegament d'aquest procés a l'inici va requerir la coordinació entre diferents entitats: CatSalut, CATMA, metges especialistes en geriatría i farmacèutiques de l'EAR de Mutuam, especialistes hospitalaris, i els equips assistencials de les residències.

Aquest procés es va portar a terme en tres etapes:

- En una primera etapa (09/2011 a 12/2012) s'identifiquen tots els malalts en tractament amb fàrmacs anticolinesteràsics i/o memantina, i es fa una Valoració Geriàtrica Integral (VGI) identificant aquells que, per la instrucció X/2011 de la DGRPRS sobre "Criteris diagnòstics i de tractament de la malaltia d'Alzheimer", complien criteris de retirada pel metge de primària segons aquesta instrucció. Es comunica el resultat a la residència geriàtrica i família, i es fa una retirada progressiva amb seguiment posterior.
- En una segona etapa (01/2013 a 08/2013), un cop identificats els residents que han de continuar tractament amb autorització del CATMA, es verifica els que tenen el tractament autoritzat i vigent (caduca als 2 anys si no s'ha fet renovació) i, si s'escau, es demana la renovació al CATMA (especialista Geriatra EAR). Prèvia autorització dels familiars s'unifiquen i es reassignen al Geriatra EAR la majoria dels seguiments que es feien als diferents especialistes en demències (en cas contrari, es manté el seu especialista habitual). De manera simultània s'identifiquen els

que tenen criteris clínics de retirada o compleixen la instrucció. A la vegada, des de farmàcia de l'EAR es correlacionen les dades de facturació de farmàcia proporcionades pel CatSalut amb les dades del llistat dels autoritzats del CATMA, fent la comprovació de la seva correspondència amb les dades de prescripcions actives a l'ecap (ICS).

- L'any 2014 desapareix el requeriment de l'autorització del CATMA per aquests medicaments, però el tractament requereix igualment la valoració de l'especialista en geriatria per a la seva prescripció. A partir d'aquest moment, l'EAR passa a ser el propietari de tot el procés, en aquells casos que la família autoritza el trasllat de l'expedient. En els casos que no s'autoritza, l'EAR fa la mateixa avaluació exhaustiva in situ, en el context habitual del resident, i el posa a disposició de l'especialista hospitalari, evitant el trasllat de la persona també.

## **DESCRIPCIÓ DEL PROCÉS**

Per a l'entrada al procés es donen dues possibles situacions:

- Davant un nou ingrés a la residència els professionals de l'equip EAR identifiquen el pacient amb el diagnòstic de deteriorament cognitiu inespecífic o no filiat, amb demència degenerativa filiada o no, amb tractament amb anticolinesteràsics.
- Resident ja ingressat a la residència geriàtrica que precisa nova valoració anual.

En ambdós casos es demana a les famílies l'autorització per al trasllat de l'expedient.

En el cas que la família dóna l'autorització, es prossegueix amb el procés per part de l'equip EAR:

- Valoració geriàtrica integral (VGI), amb les escales corresponents a l'avaluació cognitiva: escala MMEC-30 i escala GDS-FAST. Important la col·laboració de l'equip sanitari de la residència en aquesta valoració per decidir conjuntament la conducta terapèutica a seguir.
- Revisar la data de caducitat del tractament farmacològic.
- El geriatre de l'EAR de referència del territori revisa tota la documentació del cas, i valora la necessitat de fer una valoració per part d'ell al centre, per complementar la que ha fet l'equip EAR i el de la residència.
- D'acord al seu criteri després de la valoració completa, el geriatre autoritza, renova i/o retira el tractament específic per a la demència (total o parcialment si prenen més d'un medicament), i ho informa a l'aplicatiu del CatSalut. En aquesta fase del procés s'aprofita per fer una revisió i conciliació de la resta de pauta farmacològica.
- La infermera de l'EAR enviarà tota la documentació pertinent al centre residencial, ja sigui la carta de renovació, o bé la de retirada del tractament. La residència es responsabilitza de donar la informació del resultat de la valoració a la família amb la resolució temporal o definitiva. Es deixa la porta oberta a la família per posar-se en contacte amb l'EAR corresponent i/o amb el geriatre que l'ha valorat, si així ho desitja.
- La infermera de l'EAR s'encarrega de transcriure tota la informació a l'ecap, juntament amb la data de la propera valoració que recomana el geriatre.
- El metge de l'EAR és l'encarregat de reactivar la pauta a l'ecap i enviar el nou pla terapèutic a la residència geriàtrica.

La implantació del procés no ha tingut dificultats, més enllà de les reticències inicials, per altra banda lògiques a priori, de les famílies que estan fidelitzades amb l'especialista hospitalari (neuròleg). No obstant, quan s'explica el procés, quines avantatges té per al seu familiar i per a ells mateixos, la majoria de les famílies accepten el trasllat de l'expedient cap a l'EAR. I per aquelles famílies que no autoritzen el trasllat, també té avantatges perquè van a l'especialista amb la valoració feta per professionals especialistes en geriatria.

Pels equips sanitaris de les residències també ha suposat una simplificació, millora i agilització del procés.

Per l'equip EAR ser els propietaris del procés és una oportunitat per ser proactius en el seguiment d'aquests pacients, i fer-ne un seguiment periòdic més acurat.

Per altra banda, el component clínic del procés ha requerit que tots els professionals de l'EAR que participen en el procés, periòdicament el revisin i facin formació continuada. La valoració geriàtrica integral i la valoració específica del deteriorament cognitiu es reforcen anualment en format taller, i en les sessions clíniques internes de l'EAR.

## **RESULTATS**

Els indicadors que mesurem per a avaluar els resultats de l'experiència són:

- Costos directes de la intervenció que s'estalvien: cost de la visita a l'especialista (200€\*2 visites anuals /pacient); cost del transport sanitari no urgent (110€ \* 2 per servei).
- Reducció de la despesa en farmàcia d'aquests medicaments.

En la primera fase de l'experiència (09/2011 a 12/2012), la població institucionalitzada en residències que l'EAR n'era referent era aproximadament de 7.000 pacients atesos (ciutat de Barcelona).

Durant la segona fase del projecte, del 01/2013 a 08/2013, es van valorar un total de 1310 residents en tractament actiu (19% dels atesos) amb diferents graus de demència. D'aquests, 668 van continuar amb tractament actiu, 249 van ser nous tractaments (19%) i 393 van discontinuar el tractament per retirada, èxitus o trasllat (30%).

L'evolució de receptes facturades es va reduir de 2034 (període gener-febrer/2013) a 1881 (període juliol-agost/2013).

Vam trobar una disminució de la despesa de farmàcia: 244.903€ corresponents a 2034 receptes (període gener-febrer/2013) front a 177.585€ corresponents a 1881 receptes (període juliol-agost/2013). Es va atribuir aquesta davallada no només a la retirada de tractaments, sinó també a la baixada de preus.

Per altra banda, es va fer el càlcul de la potencial eficiència que podia suposar les visites fetes per l'EAR a la residència, en el període 2013-2015:

	Nombre casos	Cost visita especialista*	Cost transport sanitari convencional**
2013	256	102.400,00 €	28.160,00 €
2014	114	45.600,00 €	10.260,00 €
2015	171	68.400,00 €	15.390,00 €
total	541	216.400,00 €	48.690,00 €

\* preu visita especialista segons Central Balanços CatSalut 2013: 400€

\*\* preu transport sanitari convencional segons tarifa CatSalut: 110€ (anar i tornar)

Durant el primer semestre de 2016 es va fer el seguiment dels pacients amb diagnòstic de demència i amb tractaments anticolinesteràsics i/o memantina del territori del Vallès, amb els següents resultats:

- De 105 pacients que prenen tractament, a 53 se'ls retira el tractament perquè no tenen criteris per continuar prenent-lo (GDS-FAST: 6E-7). Cap d'ells presenta efectes secundaris després de treure'ls.
- 37 pacients continuen el tractament.
- A 13 pacients se'ls retira un dels medicaments.
- 1 pacient inicia tractament.
- A 1 pacient se li afegeix un fàrmac.

Amb aquesta intervenció calculem que hem reduït 101.500€ derivats dels costos directes de: visites a l'especialista hospitalari que no s'han fet, transport sanitari que no s'ha activat i els fàrmacs que s'han retirat.

Els resultats obtinguts ens fan pensar que un equip especialitzat en geriatría que desenvolupi aquest procés a l'àmbit de la residència és el més adequat en termes de continuïtat assistencial, seguretat pel pacient i en termes d'eficiència. Oferint al mateix temps atenció centrada en la persona, amb un abordatge integral i integrat entre diferents equips sanitaris.

Al mateix temps, creiem que la mateixa experiència és reproduïble a l'àmbit de l'atenció domiciliària, entenent que el domicili és el millor context per avaluar el pacient amb deteriorament cognitiu, evitant transicions innecessàries pel pacient i pel seu cuidador principal. I com en l'àmbit residencial, fent una atenció centrada en la persona, integral i integrada entre diferents equips sanitaris.

Barcelona, 31 d'octubre 2017