



VIII edició Premis La Unió a la Innovació en Gestió

Qüestionari 2017

ENTITAT:

Adreça: Parc Taulí, 1
Població: Sabadell
Persona de contacte: Joan Pons Pous
Telèfon: 93.723.10.10 (21269)
e-mail: jponsp@tauli.cat

Persones responsables del projecte (Nom, càrrec i e-mail)

Josefa Rivera Luján

Direcció Clínica del CADl/ Direcció del servei de medicina pediàtrica / Coordinació Unitat de Malalties Minoritàries Parc Taulí
PRivera@tauli.cat

M^a Montserrat Bosque Garcia

Responsable d'Investigació de la Unitat de Malalties Minoritàries Parc Taulí
MBosque@tauli.cat

Joan Pons Pous

Secretaria Tècnica Unitat de Malalties Minoritàries Parc Taulí
jponsp@tauli.cat

Cristina Carod Pérez

Direcció Executiva Hospital de Sabadell
ccarod@tauli.cat

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

TÍTOL:

L'AUTÈNTIC MODEL D'ATENCIÓ CENTRAT EN EL PACIENT: CIÈNCIA O FICCIÓ?

ABSTRACT:

Les indicacions de l'Organització Mundial de la Salut són clares i recomanen revisar els models d'atenció dels diferents països, per tal de fer la transformació necessària i introduir els canvis que convinguin, per donar una resposta adequada als nous reptes que planteja l'actual context social, sanitari, epidemiològic, econòmic i demogràfic. Hi ha, doncs, la necessitat que el nostre sistema de benestar i de salut es reorganitzi i emprengui accions transversals, interdepartamental i integrades adreçades a la prevenció, la promoció i l'atenció centrades en la persona i amb una visió comunitària i poblacional. (*Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària, Generalitat de Catalunya-2016*).

En aquest sentit, l'experiència relata com la Corporació Sanitària Parc Taulí, gracies a un projecte de gestió assistencial, implementa un nou model d'atenció centrat en el pacient, els pros i contres d'aquesta implementació, així com un petit anàlisi dels resultats obtinguts en el context de la unitat de fibrosi quística com a exemple pràctic i en un procés de reestructuració progressiu de la resta de malalties minoritàries (MM) ateses al Parc Taulí.

REDACCIÓ DEL RELAT:

La Corporació Sanitària Parc Taulí contemplava la necessitat de millorar l'atenció que els pacients afectes de fibrosi quística trobaven en el clàssic model d'atenció assistencial doncs es feia inherent i motivacional per a la organització la necessitat de donar una millor qualitat assistencial a pacients que, per la seva patologia, havien d'esser tractats constantment per múltiples professionals de diferents disciplines amb peregrinacions interminables entre les diferents consultes externes així com també per la necessitat d'incidir en indicadors qualitatius relatius a la seguretat del pacient, tals com evitar les infeccions creuades, que potenciaven i consolidaven la iniciativa del canvi.

En aquest context i ja en l'actualitat, són moltes les administracions que insten, a través de diversos informes, a realitzar un gir en l'orientació del model d'atenció i ha posar la persona com a eix del sistema social i sanitari argumentant una millora en la qualitat de l'atenció, dels resultats i a una reducció de la càrrega assistencial repercutint en un ús més eficient dels serveis socials i sanitaris. Per aquest motiu, la legislació i els documents en polítiques sanitàries i del benestar cerquen cada vegada més allunyar-se del model paternalista i afavorir la veu de la ciutadania.

En aquesta direcció, la Corporació Sanitària Parc Taulí i a través de la reorganització de la unitat funcional de fibrosi quística, pretén posar en pràctica una reestructuració organitzativa passant del clàssic model assistencial centrat en el sistema sanitari i en el professional a un nou model d'atenció centrat en el pacient per, posteriorment, realitzar un estudi comparatiu i analitzar realment l'estat de situació del canvi.

En tota estructura organitzada qualsevol canvi organitzatiu implica nombroses dificultats i resistències que dificulten la implementació dels nous models proposats. Aquestes dificultats i resistències, en la majoria de models hospitalaris catalans, passen per la reorganització dels torns dels professionals que hauran d'estar en concordança amb la resta de tasques que ja venen realitzant en l'àmbit assistencial i en els diferents dispositius hospitalaris, la disponibilitat d'infraestructures i recursos necessaris on poder desenvolupar el nou model d'atenció centrat en el pacient, el sobre cost de la figura de la gestora de cas que coordini tot el pla d'atenció i realitzi els controls pertinents entre d'altres tasques, així com la realització de tot un anàlisi qualitatiu i quantitatiu de manera que es pugui valorar l'impacta que tindrà en l'organització en termes de sostenibilitat, eficiència i eficàcia.

El convenciment de que el projecte de transició del model d'atenció clàssic al model d'atenció centrat en el pacient era plausible es va consolidar després de diverses estades internacionals d'alguns dels nostres professionals a hospitals com el Children's Hospital de Sidney o el Londinenc Great Ormond Street Hospital que, malgrat estar dotats d'estructures organitzatives i funcionals ben diferents a les del Parc Taulí, aplicaven una metodologia similar a la que des de feia anys es venia treballant.

En la seva estada, els facultatius van quedar gratament sorpresos de la metodologia de treball aplicada a les corresponents unitats de fibrosi quística pels nombrosos controls que rebien els pacients durant tot el pla d'atenció així com per d'altres aspectes rellevants que, immediatament, van propiciar l'inici d'un procés d'aprenentatge de la metodologia i

dels resultats que, no podent ser estrictament numèrics si no més aviat observacionals, van augurar bons pronòstics en termes de qualitat assistencial.

El projecte va iniciar el seu desplegament integrant els aspectes desenvolupats per la institució des de feia més de dos anys i la metodologia de treball dels ja comentats hospitals que, a afectes pràctics, no va fer res més que reafirmar que l'aplicació del nou model d'atenció treballat fins aleshores per les doctores Rivera i Bosque era possible i augmentava la qualitat assistencial.

El plantejament del projecte va esser el següent:

Missió: Realitzar la transició del clàssic model d'atenció sanitari a un model assistencial centrat en el pacient amb els següents objectius:

- Millorar la qualitat de l'atenció al pacient.
- Millorar l'eficiència en el tractament.
- Minimitzar els desplaçaments dels pacients.
- Millorar la prevenció de la infecció creuada.
- Millorar l'adherència als tractaments.
- Minimitzar els absentismes dels pacients al les diferents cites assistencials.

Inicialment la unitat de fibrosi quística de la Corporació Sanitària Pac Taulí, en la seva versió clàssica, esdevenia una unitat amb els circuits habituals on un pacient afecte d'aquesta patologia es visitava a les consultes externes amb l'especialista principal que abordava la malaltia (pneumòleg) i posteriorment el pla assistencial contemplava una peregrinació a través dels diferents professionals que formaven part del pla d'atenció del pacient i en cadascuna d'aquestes visites es treballava una àrea específica del tractament de la patologia.

El desenvolupament del projecte va esser costos. Es va estudiar la metodologia de treball dels hospitals internacionals amb la finalitat d'adaptar totes aquelles metodologies i millorar d'aquesta manera les que nosaltres ja teníem definides i apunt d'aplicar en el nostre nou model però, òbviament, la reorganització de metodologies o processos disten molt d'unes organitzacions a altres pel simple fet d'estar organitzades de manera diferent i essent les tasques dels professionals i equips multidisciplinaris en general un algoritme únic per a cada estructura organitzativa.

Com a resultats de tots els processos, estudis i anàlisis, les principals línies que la institució va aplicar per tal d'arribar als objectius definits i, a mode de resum, passaven per:

- **Introducció de la figura de gestora de cas.**

Beneficis esperats: La Introducció d'aquesta figura permetia, per una banda, un control molt més exhaustiu de cadascun dels pacients i per l'altre garantir el correcte seguiment del pla d'atenció elaborat. A més, la figura de la gestora de cas hauria de permetre als pacients obtenir i facilitar una millor relació hospital-pacient. També es pretenia obtenir millors adherències als tractaments amb la seva conseqüent reducció de costos (difícilment quantificable).

Costos esperats: Bàsicament s'hi atribueixen costos econòmics de la gestora de casos.

- **Canvi de la metodologia de treball i punt clau de la reestructuració.** En el model tradicional, els pacients esperaven a la sala d'espera i eren cridats per entrar al consultori i ser atesos. En el nou model d'atenció els pacients són citats a un hora concreta de la tarda i s'ubiquen a un consultori del qual ja no es mouran en tot el procés assistencial diari. A diferència, ara són els professionals de l'equip multidisciplinari els que es van movent de consultori en consultori i van atenent als malalts.

Beneficis esperats: El canvi de metodologia de treball té grans efectes positius. El pacient rep tota l'atenció necessària en una única consulta setmanal/mensual evitant-los d'aquesta manera una peregrinació constant per les dependències hospitalàries. S'incrementen les dinàmiques interlocutòries entre els professionals de l'equip multidisciplinari que abans no es produïen amb tanta freqüència doncs ara es veuen les cares en els canvis de consultori. Amb la reestructuració també s'eviten les infeccions creuades entre els pacients.

Costos esperats: Els costos són principalment a nivell organitzatiu i de canvis en les metodologies de treball, resistències d'alguns professionals al canvi per particularitats concretes, etc.

- **Les consultes externes de fibrosi quística passen a realitzar-se durant 2 tardes de la setmana i s'augmenta el temps de visita per cada pacient.**

Beneficis esperats: El fet de traslladar totes les consultes externes de fibrosi quística a les tardes implicaria la disminució de infeccions nosocomials de la resta de pacients afectes d'altres patologies però que es trobaven en les mateixes dependències hospitalàries (consultoris, sales d'espera, etc.) així com la reducció de les mateixes infeccions creuades. L'augment de temps per cada visita òbviament passaria a tenir efectes molt positius en termes estrictament assistencials. S'aconseguiria també disminuir les faltes d'assistències dels pacients amb la seva conseqüent reducció de costos (difícilment quantificable).

Costos esperats: El canvi temporal de les consultes a torns de tarda (que no el fet de compactar-les en 2 dies) és provocat per la falta d'infraestructura assistencial durant els matins de manera que la disponibilitat de consultoris on atendre als pacients en aquest format només tenia cabuda a la tarda. En aquesta situació els costos eren realment elevats. Per una banda teníem el cost d'ocupar una petita part de la infraestructura hospitalària que abans no s'ocupava, per una altra, la reestructuració dels horaris dels professionals i, per si això no en fos prou, se li havia de sumar la evident repercussió a la llista d'espera al augmentar el temps de visita de cada pacient.

Una vegada implementat el canvi i per tal d'identificar uns indicadors posteriorment analitzables, es proposen els següents:

- Freqüència d'accés a l'hospital (mensual)
- Estada mitja del pacient a l'hospital (mensual)
- Recursos humans necessaris (mensual)
- Temps per pacient/visita (mensual)
- N° Visites / professional (mensual)
- Recursos econòmics necessaris (mensual)
- Recursos estructurals necessaris (mensual)
- Control del pla d'atenció del pacient (mensual)
- Millores clíniques dels pacients (mensual)

Cal comentar que aquest indicadors s'apliquen a posteriori i que avui en dia encara no s'ha pogut fer una valoració exhaustiva i amb suficients garanties com per extreure'n unes conclusions vàlides i significatives.

RESULTATS:

A priori i amb els petits anàlisis que la nostra organització ha anat realitzant, sembla ser que una millor qualitat assistencial implica una dotació de més recursos econòmics encara que, cal tenir molt present, la dificultat que implica l'anàlisi de les múltiples variables que s'haurien de plantejar en l'equació per tal de tenir uns números exactes i, per tant, significatius.

L'anàlisi comparatiu entre el nou model assistencial d'atenció centrat en el pacient i el clàssic model d'atenció assistencial encara no es plausible avui en dia doncs cal donar temps per a que l'anàlisi de les variables plantejades puguin argumentar inequívocament la realitat de la reorganització i l'impacta real que se'n deriva.

Mitjançant enquestes de satisfacció realitzades als nostres pacients creiem que la percepció i acceptació per part de l'usuari és molt bona i reflecteix millores en referència estricta al nivell i qualitat de l'assistència. Les prediccions de beneficis i costos detallades anteriorment sembla ser que es compleixen però ens reiterem en la necessitat d'analitzar més dades i d'ampliar l'horitzó temporal d'aquestes.

En aquest sentit doncs caldrà analitzar si la materialització de la millora que implica el pla d'atenció centrat en el pacient és raonable en contraposició a les despeses que l'organització hospitalària ha de suportar i que, per tant, no podrà destinar a altres menesters (cost d'oportunitat) i, per últim, valorar la sostenibilitat del model d'atenció en el conjunt del model sanitari català en la seva totalitat.

L'objectiu del projecte no només es basa en les línies exposades fins el moment sinó que sota la premissa de que de l'anàlisi realitzat se'n derivi un entorn positiu, sostenible i implementable, la Corporació Sanitària Parc Taulí n'activaria la segona fase destinada a complimentar aquesta primera i assolir així finalment l'autèntic model d'atenció integral a les malalties minoritàries en l'entorn de la salut i que molt probablement seria extrapolable a totes aquelles patologies tractables multidisciplinàriament.

Amb el fet d'implementar una segona fase ens referim a incorporar i completar el model d'atenció entenent que la solució passa per la necessitat d'una concepció holística de la salut molt més ampla de la que esdevé avui en dia.

Per tal de concretar el concepte holístic de la salut caldria la figura d'un gestor comunitari que coordinés:

- Estil de vida: És el determinant que més influeix en la salut i el més modificable mitjançant activitats de promoció de la salut o prevenció primària.
- Biologia humana: Aquest determinant es refereix a l'herència genètica que no acostuma a ésser modificable actualment amb la tecnologia mèdica disponible.
- Sistema sanitari: Coordinació a través de la figura de gestora de casos. És el determinant de salut que potser menys influeixi en la salut i tanmateix és el determinant de salut que més recursos econòmics rep per tenir cura de la salut de la població, almenys als països desenvolupats.
- Medi ambient: Contaminació de l'aire, de l'aigua, del terra i del medi ambient psicosocial i sociocultural per factors de naturalesa:
 - Biològica (bacteris, virus, fongs, etc.)
 - Física (radiacions, fums, rebuigs, etc.)
 - Química (hidrocarburs, plom, plaguicides, etc.)
 - Psicosocial i sociocultural (dependències, violències, estrès, competitivitat, etc.)

L'arquitectura de l'autèntic model d'atenció centrat en la persona és la suma del **nou model assistencial centrat en el pacient** (actualment en fase d'anàlisi) amb el **nou model clínic basat en la medicina personalitzada** i tot en coordinació amb els nous models que actüin sobre les necessitats afectives, nutricionals, socials i culturals a banda de les necessitats sanitàries abordades en part en aquest document.

En aquest sentit, la Corporació Sanitària Parc Taulí i per la part que li toca dins del sistema comunitari existent, es focalitzaria en aplicar el nou model clínic de medicina personalitzada disposant als demés agents del sistema les condicions òptimes per tal de que comencessin a aplicar des de cada àmbit els nous plans conjunts per un fi comú, la salut pública entesa com un tot.

En termes autocrítics podem dir que, en futures noves etapes i en els casos en que s'hagi de proposar novament canvis en les metodologies de treball i organització a la nostra institució, caldria analitzar des d'un punt de vista més ampli els costos que se'n deriven (fèiem referència a costos incalculables en alguns apartats) i, al mateix temps, caldria treballar encara amb més èmfasi el consens del canvi amb els professionals implicats per intentar minimitzar els efectes d'aquests canvis en el dia a dia dels professionals.

Finalment i a mode de conclusió, la experiència en si es valora molt positivament en termes organitzatius sobretot per als gestors hospitalaris encarregats d'implementar el canvi. De ven segur, en aquests temps, seran necessaris la materialització de diversos canvis organitzatius en aquestes línies així que per a tot el personal que ha participat en el procés

ha estat una experiència de la qual se n'ha pogut aprendre coses molt positives però sempre sota la mirada del procés analista en referència als costos suportats.

En aquest pretext caldrà analitzar si, l'aplicació de l'autèntic model d'atenció centrat en el pacient, és finalment una CIÈNCIA aplicable i sostenible o no deixa de ser una FICCIÓ que, poc a poc, s'haurà de redimensionar per tal que esdevingui una ciència novament.