

**EXPERIÈNCIA DE MILLORA CONTÍNUA
ALS INDICADORS DEL PROGRAMA
D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA AL CENTRE DE
SALUT DE SANT ANTONI**

Experiència de millora contínua als indicadors del programa d'atenció domiciliària al centre de salut de Sant Antoni

Ana López García

María Cruz Trigoso Arjona

María de los Ángeles Sanz Sobrino

Resum

La reforma de l'atenció primària del sistema sanitari iniciada a Espanya els anys 80, va suposar la posada en marxa als equips d'atenció primària (EAP) de programes d'atenció domiciliària (PAD) per a pacients immobilitzats.

L'envelliment progressiu de la població va acompanyat d'un augment de la taxa de dependència i fa que cada vegada sigui més freqüent la necessitat d'ajuda per desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària. Els EAP atenen el voltant del 8% dels més grans de 65 anys en programes d'atenció domiciliària.

L'EAP de Sant Antoni dona atenció a 3.863 persones més grans de 65 anys ubicades tant en zones rurals com en nuclis urbans, i s'estén sobre el 44 per cent de la superfície de l'illa d'Eivissa.

Suposa un repte per a les organitzacions sanitàries dissenyar indicadors que permeten mesurar el producte infermer i la qualitat de l'atenció sanitària que reben els ciutadans inclosos al PAD. Aquesta dificultat és encara major si volem marcar estàndards de qualitat als indicadors. Una possibilitat és aplicar el benchmarking, entès aquest com a procés continu de mesura i comparació amb els millors.

La hipòtesi de sortida d'aquest treball consisteix a demostrar que la metodologia de millora contínua de qualitat i el benchmarking poden ser útils per millorar els resultats dels indicadors del PAD.

L'objectiu principal és millorar la qualitat de l'atenció que reben els usuaris d'un PAD.

Resumen

La reforma de la atención primaria del sistema sanitario, iniciada en España en los años 80, supuso la puesta en marcha en los Equipos de Atención Primaria (EAP en adelante) de Programas de Atención Domiciliaria (PAD en adelante) para pacientes inmovilizados.

El envejecimiento progresivo de la población va acompañado de un aumento de la tasa de dependencia y hace que cada vez sea más frecuente la necesidad de ayuda para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Los EAP atienden en torno al 8% de los mayores de 65 años en programas de atención domiciliaria.

El EAP de Sant Antoni atiende 3.863 personas mayores de 65 años ubicadas tanto en zonas rurales como en núcleos urbanos, extendiéndose sobre el 44% de la superficie de la isla de Ibiza.

Constituye un reto para las organizaciones sanitarias diseñar indicadores que permitan medir el producto enfermero y la calidad de la atención sanitaria que reciben los ciudadanos incluidos en PAD. La dificultad es aún mayor si queremos además marcar estándares de calidad en dichos indicadores. Una posibilidad es aplicar el benchmarking entendido éste como proceso continuado de medida y comparación con los mejores.

La hipótesis de partida de este trabajo consiste en demostrar que la metodología de mejora continua de calidad y el benchmarking puede ser útil para mejorar los resultados en los indicadores del PAD.

El objetivo principal es mejorar la calidad de la atención que reciben los usuarios de un PAD.

1. Metodologia

Després d'analitzar en una reunió de l'EAP els problemes susceptibles de ser tractats mitjançant el cicle de millora contínua de qualitat, es va prioritzar com a problema els resultats obtinguts als indicadors del PAD durant l'any 2011.

El sistema d'informació de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera (SIA) proporciona mensualment dades dels tres indicadors de qualitat assistencial relacionats amb el PAD:

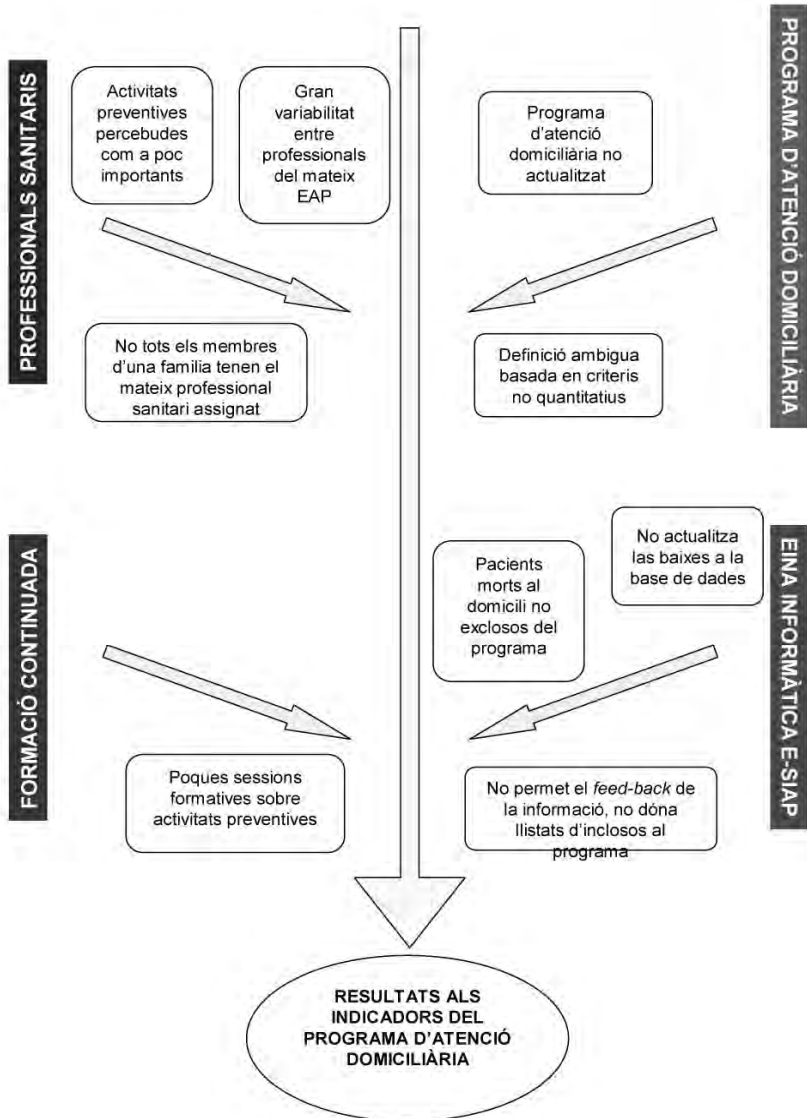
1. Indicador de cobertura del programa. Mesura el percentatge d'usuaris inclosos al PAD del total de casos esperats (8% de la població més gran de 65 anys amb targeta sanitària).
2. Valoració del risc d'úlceres per pressió (UPP). En tots els usuaris inclosos al PAD es valora el risc que s'hi produeixi una UPP utilitzant per a això l'escala de Braden.
3. Atenció a la dependència. (Criteris de qualitat de l'atenció.) Tots els usuaris inclosos al PAD rebran anualment quatre visites domiciliàries i la valoració del nivell de dependència per a les activitats bàsiques de la vida diària mitjançant l'índex de Barthel.

Una vegada prioritzat el problema, es va procedir a fer una anàlisi qualitativa i quantitativa dels factors causals. Després, es varen prendre mesures correctores, es va marcar un cronograma d'execució i es varen mesurar els tres indicadors, monitoritzant-los als sis mesos de la implantació de les mesures correctores.

2. Anàlisi de causes

2.1. Anàlisi qualitativa. Utilitzarem un diagrama d'Ishikawa per analitzar les causes del problema.

Taula 1 | *Diagrama d'Ishikawa*



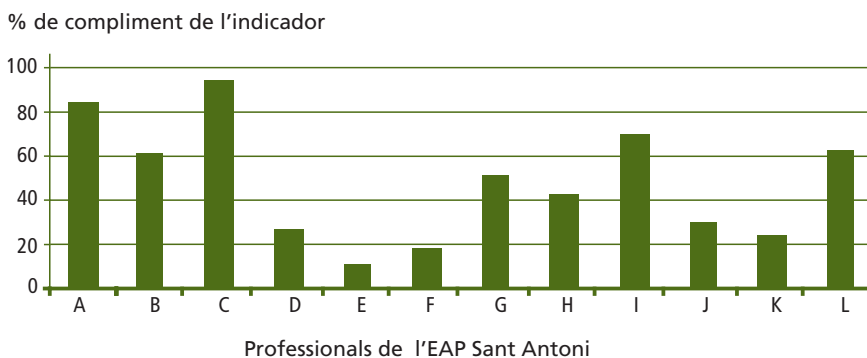
Es va determinar que els resultats als indicadors depenien de quatre factors principals:

- Factors relacionats amb l'eina informàtica (e-siap)
 - El sistema no permet als professionals una retroacció o *feed-back* d'informació, no es podien treure llistats dels pacients inclosos al programa.
 - La base de dades no estava actualitzada, seguien actius al programa molts de pacients morts al domicili.
- Factors relacionats amb la formació continuada
 - Es feien poques sessions formatives sobre activitats preventives i registre a la història clínica electrònica (e-siap).
- Factors relacionats amb els professionals de l'EAP
 - Gran variabilitat en la pràctica assistencial entre professionals del mateix EAP.
 - Les activitats preventives eren percebudes com a poc importants.
 - No tots els membres de la mateixa família tenien els mateixos metge i infermera de referència.
- Factors relacionats amb el programa de salut
 - No hi havia un programa d'atenció domiciliària actualitzat.
 - Definició de pacient immobilitzat ambigua i basada en criteris qualitatius.

2.2. Anàlisi qualitativa. Es varen utilitzar les dades del SIA del mes de febrer de 2011 corresponents al indicadors següents:

Indicador 1. Inclusió al programa PAD, dades individuals de febrer de 2011 [gràfic 1]

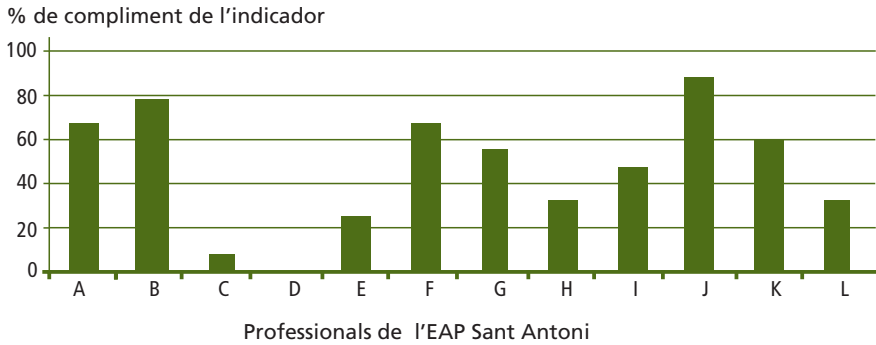
Gràfic 1 | *Inclusió al programa d'atenció domiciliària*



Indicador 1. Inclusió al programa PAD. Dades individuals. Febrer de 2011.

Indicador 2. Escala de Braden, risc d'UPP en pacients del PAD [gràfic B]

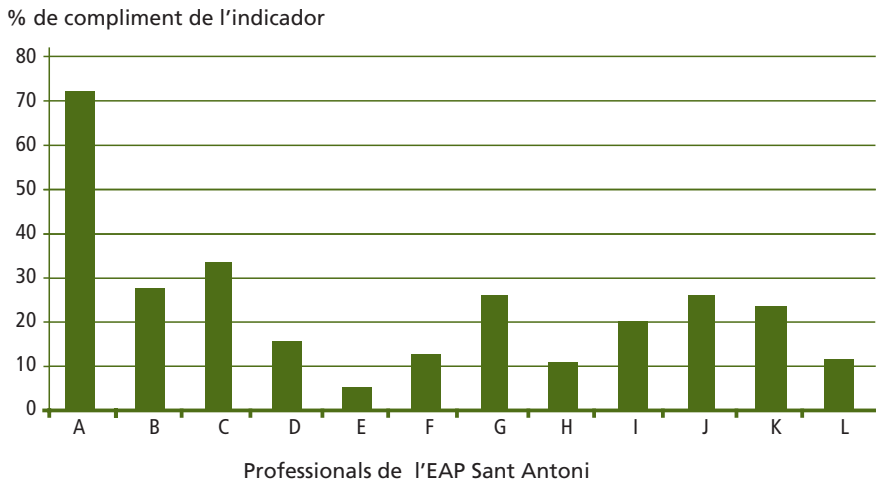
Gràfic 2 | Mesurament del risc d'UPP



Indicador 2. Escala de Braden, risc d'UPP en pacients del PAD. Dades individuals. Febrer de 2011.

Indicador 3. Atenció a la dependència, criteris de qualitat de l'atenció [Figura C]

Gràfic 3 | Atenció a la dependència



Indicador 3. Visita domiciliària i valoració de la dependència. Resultats individuals. Febrer de 2011.

Disposam de les dades de l'EAP i de les dades per professional sanitari. A les figures A, B i C es representa a l'eix d'abscisses amb una lletra (de la A fins a L) cada professional, i a l'eix d'ordenades, el percentatge de compliment de l'indicador corresponent.

3. Mesures correctores proposades

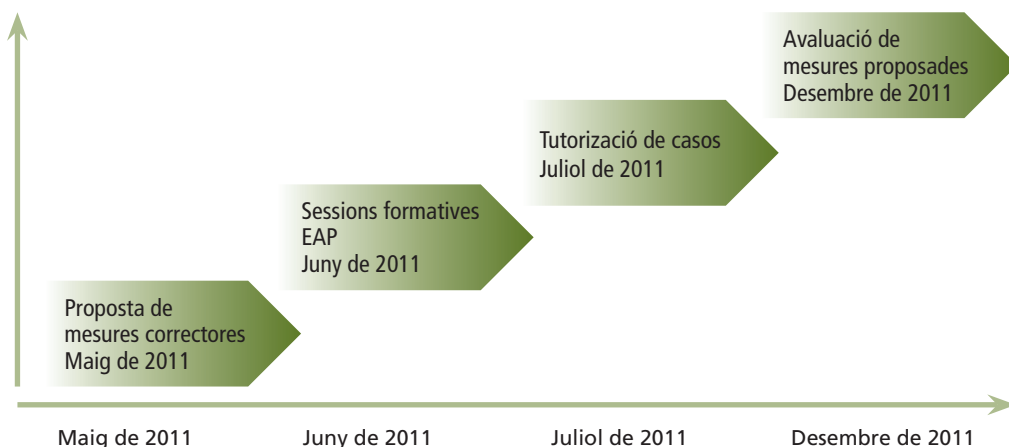
Partint d'aquesta anàlisi, el grup de millora de qualitat va proposar a la resta de l'equip una sèrie de mesures correctores:

- Formació continuada:
 - Sessions de formació continuada sobre el PAD.
 - Sessions de formació continuada sobre el registre a la història clínica electrònica (e-siap).
- Tutorització de casos. Un grup multidisciplinari format per treballadora social i infermera donarà suport i assessorament sobre casos dubtosos i contingents de pacients amb baixa cobertura al programa.
- Depuració de la base de dades
 - Actualització de la base de dades de l'e-siap mitjançant la depuració d'un llistat de pacients més grans de 65 anys amb targeta sanitària.
 - Notificació a l'entitat que gestiona la targeta sanitària dels pacients que moren al domicili.
 - Autorització de l'accés dels professionals sanitaris d'AP al llistat de pacients inclosos al programa PAD. Aquesta sol·licitud es va transmetre a la Gerència de l'Àrea de Salut, ja que no depèn dels professionals de l'EAP.

Presentació a l'EAP de les mesures correctores:

En una reunió es va informar l'EAP del treball realitzat pel grup de millora de qualitat: anàlisi quantitativa, anàlisi qualitativa i mesures correctores proposades. Es va pactar amb l'EAP un cronograma per a la posada en marxa de les mesures correctores que es recull a la taula 2.

Taula 2 | Cronograma de treball



Es varen presentar els resultats individuals dels indicadors del Programa d'Atenció Domiciliària. Es va assignar a cada quota de pacients una lletra de la A fins a la L de manera aleatòria. Cada professional coneixia la lletra que tenia assignada i, per tant, els seus resultats individuals, però no coneixia a quin professional corresponien la resta de resultats. L'objectiu d'aquesta tècnica era mostrar a cada professional en quina posició es trobava dins el rànquing de l'equip, però sense desvetllar la identitat de la resta. La nostra meta ha estat sempre millorar, cadascú des de la seva posició de partida, intentant assemblar-nos als millors de la classe (benchmarking informal).

Es va enviar a cada professional d'infermeria un llistat amb els pacients més grans de 65 anys que tenien assignats per facilitar la depuració de la base de dades i per a la identificació de persones susceptibles de ser incloses al Programa d'Atenció Domiciliària.

La conjuntura econòmica del moment en què es va implantar el pla de millora va determinar la desaparició del plus de productivitat variable, per tant, la hipotètica millora als indicadors no aniria acompanyada de cap contraprestació econòmica ni de cap altre incentiu.

4. Resultats

Sis mesos després d'implantar les mesures correctores, tots els professionals d'infermeria han actualitzat i depurat el llistat de pacients inclosos al programa PAD.

La comparació dels resultats als indicadors monitoritzats preintervenció i postintervenció dóna els resultats següents:

4.1. Dades de l'avaluació corresponent al global de l'EAP Sant Antoni:

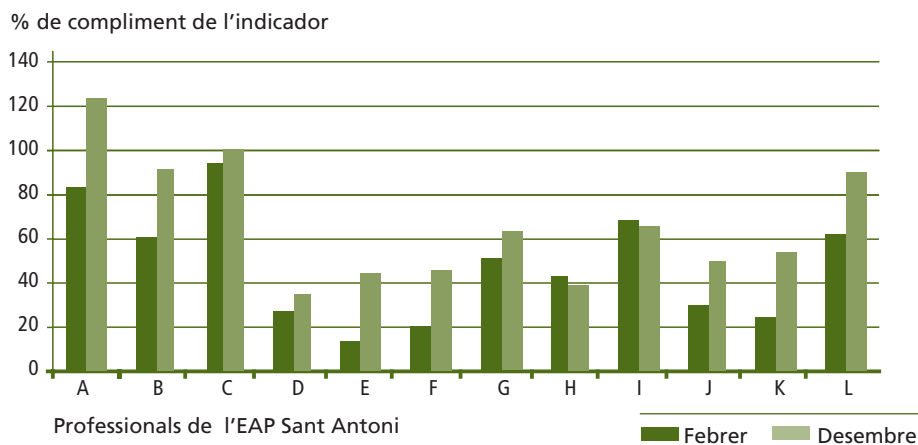
Indicador 1: Cobertura del PAD. S'ha passat del 58,90% (desembre de 2010) al 65,77% (desembre de 2011). Increment d'un 6,87 % en un any.

Indicador 2: Valoració del risc d'UPP. S'ha passat del 40% al 68,84%. Increment del 28,84% en un any.

Indicador 3: Nombre de visites domiciliàries i valoració del nivell de dependència. S'ha passat del 22% al 25%. Increment del 3% en un any.

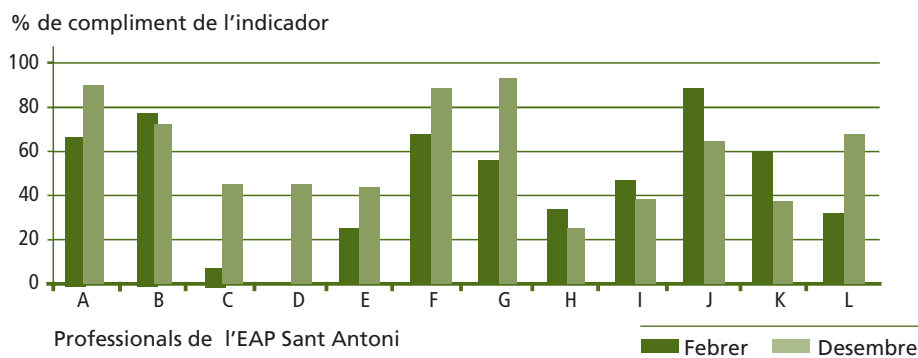
4.2. Dades de l'avaluació per professional sanitari:

Gràfic 4 | Inclusió al programa d'atenció domiciliària.



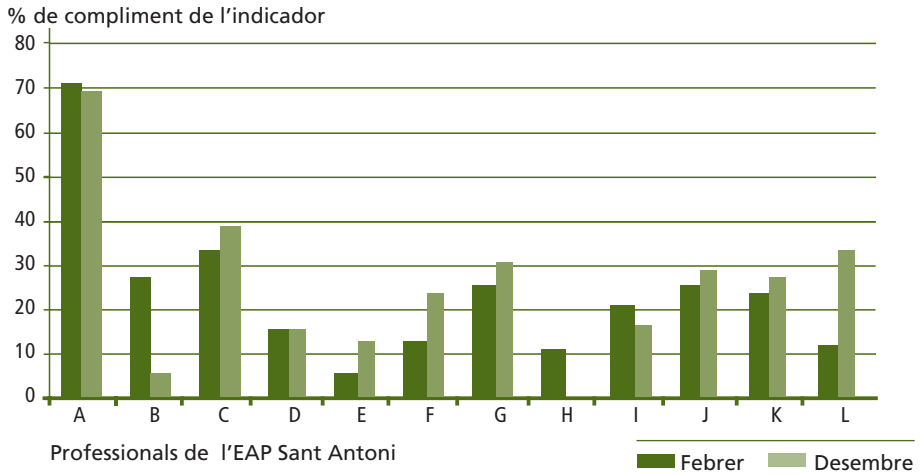
Indicador 1, cobertura del PAD: resultats individuals. Diagrama de barres amb dades comparatives del mes de febrer de 2011 i el mes de desembre de 2011.

Gràfic 5 | Risc d'UPP



Indicador 2. Valoració del risc d'UPP: resultats individuals. Diagrama de barres amb dades comparatives del mes de febrer de 2011 i el mes de desembre de 2011.

Gràfic 6 | Atenció a la dependència



Indicador 3. Valoració de les visites domiciliàries i nivell de dependència: resultats individuals. Diagrama de barres amb dades comparatives del mes de febrer de 2011 i el mes de desembre de 2011.

Els resultats postintervenció es varen presentar amb una reunió a l'EAP seguint el mateix format que a la reunió preintervenció. Es va assignar una lletra de forma aleatòria a cada professional (de la A fins a la L), i això va permetre que cada professional conegués els seus resultats individuals i la seva posició al rànquing del centre, però mantenint l'anonimat de la resta.

5. Conclusions

Les dades obtingudes donen suport a la hipòtesi de la utilitat de la metodologia de qualitat i el benchmarking informal per millorar els resultats als indicadors del Programa d'Atenció Domiciliària. Trobam que el benchmarking pot ser un instrument útil per estimular dinàmiques de millora als proveïdors d'atenció primària.

L'EAP en conjunt s'ha implicat en el projecte del centre. Això es posa de manifest en constatar que han millorat 10 professionals dels 12 totals a l'indicador 1, i 8 professionals dels 12 totals als indicadors 2 i 3. Els percentatges de millora globals són importants, però en un projecte de millora ens interessa conèixer si la milloria del grup és deguda a l'empenta d'un grup petit molt motivat o si, al contrari, la majoria aporta de manera positiva al resultat global. És especialment rellevant aquesta trobada si consideram que els punts de partida eren molt dispers.

La revisió dels llistats de persones més grans de 65 anys assignats per infermera ajuda a la captació de pacients per al Programa d'Atenció Domiciliària. Respecte als usuaris inclosos al programa (directament relacionats amb l'indicador de cobertura), cal dir que, en procedir a fer la depuració del llistat de més grans de 65 anys assignats per professional, es va detectar un important nombre de persones que havien mort al domicili i que seguien actives a la base de dades de l'e-siap i, per tant, constaven com a actives al PAD. Aquestes morts varen ser notificades a la institució responsable de la targeta sanitària per donar-los de baixa a la base de dades del sistema informàtic, i això va suposar un descens del nombre d'usuaris del PAD. Malgrat això, el resultat de l'indicador de cobertura en el moment de l'avaluació postintervenció és major que en la mesura preintervenció. La millora la relacionam amb la recerca activa de casos realitzada pel personal d'infermeria entre els usuaris més grans de 65 anys, trobant que l'edat avançada és un dels factors de risc per ser inclòs en un programa d'atenció domiciliària.

La campanya de vacunació antigripal que es desenvolupa durant els mesos d'octubre i novembre a Eivissa va suposar una oportunitat per contactar amb els més grans de 65 anys. La recerca activa de casos entre les persones més grans ens va dur a la revisió de les nostres persones més grans de 75 anys. El resultat d'aquesta activitat és la millora als indicadors del Programa de l'Ancià (efecte col·lateral positiu no previst).

Són necessaris estudis posteriors per analitzar de manera més detallada el comportament de l'indicador 3, i es planteja la pregunta: per què hem millorat menys en aquest indicador que en la resta? La millora no ha estat igual per a tots els indicadors avaluats. L'indicador de cobertura del programa i l'indicador de valoració del risc d'UPP s'han comportat de manera similar i positiva en els dos casos. Però a l'indicador de visites domiciliàries i valoració del nivell de dependència la millora ha estat prou discreta.

Pensem que aquest projecte no pot finalitzar amb les conclusions d'aquest treball. La presentació periòdica dels resultats individuals, l'actualització de la base de dades i la planificació regular de sessions sobre activitats preventives al calendari de sessions del centre es fan imprescindibles per mantenir amb el temps els assoliments aconseguits.

La majoria dels membres de l'EAP aconsegueix millorar els resultats individuals malgrat que aquest projecte no està lligat a incentius econòmics. Gené Badia reflexiona sobre models retributius basats en la productivitat variable i les repercussions d'aquests en la salut dels ciutadans. El nostre projecte de millora, per contra, es planteja justament l'any en què es redueix la paga als funcionaris i s'elimina el cobrament de la productivitat variable lligada a l'obtenció de determinats objectius de qualitat assistencial. Potser són els efectes secundaris d'una crisi econòmica, la necessitat de demostrar que no ens movem només per diners.

Referències bibliogràfiques

Durán, J. (2005). El benchmarking en las organizaciones. *Atención Primaria*, 35(3), 128-129.

Escudero, M. C., Ibáñez, A., González, E., Sánchez, F., Utrilla, F., Hidalgo, M. A., et al. (2001). Incidencia y factores predictores de atención domiciliaria en población anciana. *Enfermería Clínica*, 3(11), 91-96.

Gener, J. (2007). Basta de clicar casillas. *Atención Primaria*, 39(4), 169-70.

Govern de les Illes Balears. (2012). *Indicadors de qualitat*. Palma de Mallorca: Atenció Primària de Mallorca.

INSALUD. (1997). *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Madrid: INSALUD.

Plaza, A., Zara, C., Gaurga, A., y Farrés, J. (2005). Resultado de la aplicación del Benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. *Atención Primaria*, 35(3), 122-9.

Autores

ANA LÓPEZ GARCÍA

Avilés (Astúries) 1973. Diplomada Universitària en Infermeria. Infermera de l'EAP Sant Antoni (Eivissa). Experiència vinculada amb envelliment i dependència: participació en la planificació i execució de tallers per a cuidadors de persones dependents en col·laboració amb la Direcció General de Dependència.

MARÍA CRUZ TRIGOSO ARJONA

Ceuta (1961). Diplomada Universitària en Treball Social. Treballadora social de l'IB-Salut a l'EAP Sant Antoni. Experiència vinculada amb envelliment i dependència: participació en la planificació i execució de tallers per a cuidadors de persones dependents en col·laboració amb la Direcció General de Dependència. Directora de la Llar de Tercera Edat de l'INSERSO a Manacor, Mallorca (1992-1996).

MARÍA DE LOS ÁNGELES SANZ SOBRINO

Santander (1962). Diplomada Universitària en Infermeria. Infermera de l'EAP Sant Antoni (Eivissa). Experiència vinculada amb envelliment i dependència: participació en la planificació i execució de tallers per a cuidadors de persones dependents en col·laboració amb la Direcció General de Dependència.