

IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico



**Nuevos equipos,
nuevas competencias
nuevas alianzas**



IV

Congreso Nacional
de Atención Sanitaria
al Paciente Crónico

8, 9 y 10 de Marzo 2012
Auditorio de la Diputación
de Alicante (ADDA)

¿Cuándo un grupo de expertos es un
equipo experto?

La atención multidisciplinaria en oncología

Josep M Borràs

Coordinador Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional Salud,

Alicante, Marzo del 2012

Porqué es relevante la atención multidisciplinar en oncología

Contexto: cambios en oferta y demanda

▲ Volumen de casos nuevos

▲ complejidad clínica, ▲ multimodalidad

Innovación diagnóstica y terapéutica en cirugía, radioterapia y quimioterapia

Redistribución de competencias

- Subespecialización por patología
- Reorganización de los procesos de atención
- Necesidad de cooperación y coordinación:
 - Atención Multidisciplinar (AMD) -

Organización y li

Doble proceso:

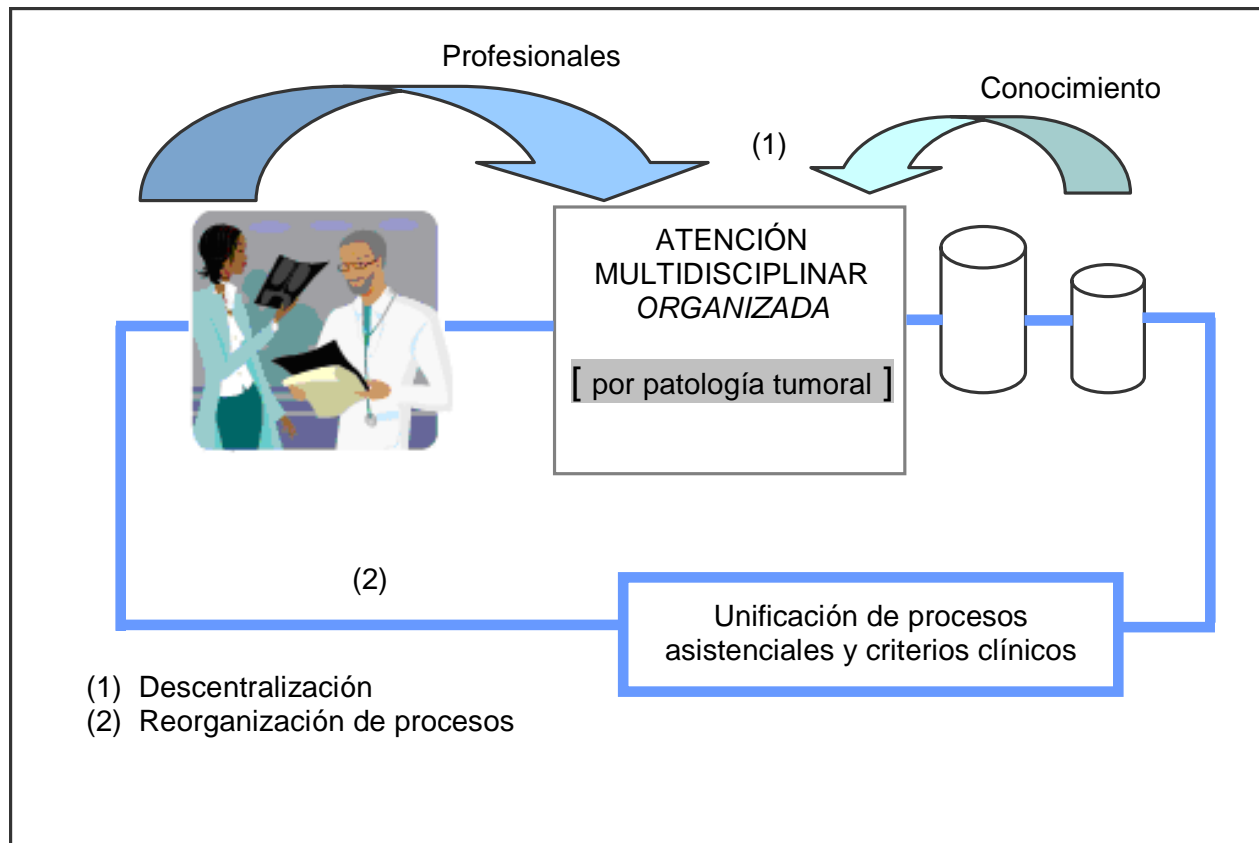
Perspectiva conocimiento:

→ Se centralizan los procesos de atención en formas de AM

Perspectiva organizativa:

→ Se descentraliza la atención en un nuevo marco de referencia (hasta el momento dándose en los servicios)

O
(c



La Estrategia en Cáncer del SNS (2009) propone la llamada “**atención multidisciplinar**” como parámetro de calidad y eje del modelo organizativo de la atención oncológica. Plantea que los pacientes diagnosticados sean tratados en el marco de un equipo multidisciplinario e integrado, y con un profesional que actúe como referente para el paciente.

Estudio cualitativo (2009-10)

Percepción de los profesionales sobre la implantación de la AMD
y su impacto en la atención oncológica

Objetivos específicos

- Conocer las **formas organizativas** de atención multidisciplinar
- Conocer y evaluar el **proceso de toma de decisiones** en el proceso diagnóstico-terapéutico de cáncer por parte de los profesionales implicados
- Formular **opciones de futuro** para el buen desarrollo de una atención multidisciplinar organizada

Prades and Borràs *BMC Public Health* 2011, **11**:141
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/141>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Multidisciplinary cancer care in Spain, or when the function creates the organ: qualitative interview study

Joan Prades¹, Josep M Borràs^{1,2*}

Abstract

Background: The Spanish National Health System recognised multidisciplinary care as a health priority when a national strategy for promoting quality in cancer care was first published. This institutional effort implemented on a co-operative basis within the context of Spain's decentralised health care system, some degree of variability is to be expected. This study was aimed to explore the views of professionals working in multidisciplinary cancer teams and identify which barriers to effective team work should be considered.



Resultados

Modelos de desarrollo organizativo de la
atención multidisciplinar

Table 3 Models of co-operation in multidisciplinary cancer care

	1. Advisory committee	2. Formal co-adaptation	3. Integrated care process
Cases submitted (approx. %)	"Complex" cases or off-protocol: 10% - 50%	All "possible" cases: 50% - 80%	Initial source of clinical assessment: 90%-100%
Patient access to team	Treatment (whether or not initiated)	Diagnosis or treatment	Suspect or diagnosis (<i>early access</i>)
Nature of agreements	Recommendations	Consensus decisions not always implemented	Binding decisions defended by the team
Professional team roles	Negative perception	Chair, tumour board co-ordinator	Chair, co-ordinator, nurse case manager



CRITERIOS DE DERIVACIÓN

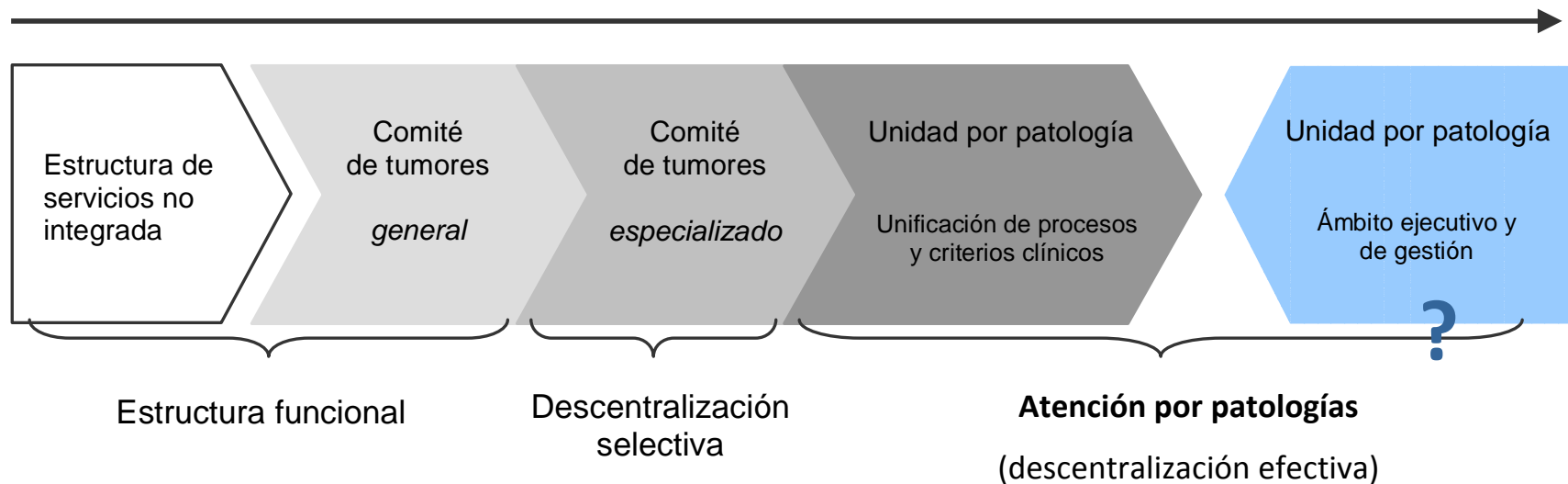
ROL DE LA DIRECCIÓN HOSPITALARIA

EVALUACIÓN DE RESULTADOS CLÍNICOS Y

VIABILIDAD EN EL USO DE LA EVIDENCIA



Tendencia y fases organizativas de largo recorrido en la atención al cáncer



Grupo de expertos

Equipo de expertos

Roles transversales en los equipos

- Consiguen fomentar la integración “lateral” (entre servicios)
- Arrastran un problema de visualización / reconocimiento

“No hace falta que sea un científico brillante, sino una persona que aglutine, que tenga cualidades personales para la comunicación, alguien que los demás reconozcan como una persona de referencia.”

“Es difícil que una persona sin actitud moral sea coordinador.”

“Tiene que ser alguien que esté motivado, porque delante de la falta de apoyo administrativo, tendrá que gestionar... Serán horas añadidas de su propia agenda.”

Resultados

*Atención multidisciplinar en el contexto
de la estructura de servicios***Rol de enfermería**

Equipos multidisciplinarios → Oportunidad para la integración y la especialización

→ Tres niveles de integración:

- Enfermería “clásica”: funciones en un segmento de atención sin identificarse con un equipo [perfil mayoritario]
- Enfermería “experta”: implicada en varios segmentos con mayor responsabilidad. Puede asistir al comité.
- Enfermería “gestora de casos” o “propietaria de procesos”: capacidad organizativa sobre el conjunto del proceso asistencial (co-responsable junto al coordinador); referencia del equipo y del paciente.

↳ Dificultades: resistencias por parte de los colectivos médico y enfermero; límites legales; especialización y encaje organizativo

Resultados

Factores críticos que facilitan o dificultan el buen funcionamiento de los equipos

1) Un poder llamado “control de las puertas de entrada”

“En España aún no existe la cultura de presentar a los enfermos al inicio: nadie se atreve a decirle al cirujano, ‘¿por qué lo has operado?’. Hace falta que el equipo esté en el diagnóstico histológico, en el estudio de extensión, en la presentación del caso y en la discusión de la estrategia terapéutica.”

“En este hospital hay dos cátedras de cirugía: una viene al comité y la otra no. Sabemos que tratan diferente. El porcentaje de casos en que esto pasa no es nada despreciable.”

2) Un papel para la Dirección

“El coordinador del comité no tiene enganches ni por arriba ni por abajo”

“No se valora tu esfuerzo personal. Si has participado en la elaboración de un protocolo o no, si le has dedicado un día o tres semanas... Como no se hace hincapié en la importancia del trabajo en equipo, hay reductos que no cambian.”

3) La arquitectura del diálogo y la atención en equipo

“El espacio físico limita mucho, de ahí la creatividad para buscar fórmulas y ver a los enfermos conjuntamente.”

4) Sistemas de información y TIC: la importancia de los componentes

“Cada servicio tiene su historia clínica en papel de una misma paciente, lo que implica que tengas que preguntarle: ¿le ha pedido tal una mamografía para dentro de seis meses o se la pido yo? Esto dificulta el manejo de pacientes y se repiten pruebas.”

5) Apoyo administrativo

“Estamos en lo de siempre, es un tema de implicación personal.”

“El hecho de tener un hospital muy informatizado ha llevado a un déficit de apoyo administrativo. El mail ha sustituido el papel de la secretaria y del teléfono.”

6) Variabilidad en el uso de guías y protocolos de práctica clínica

“Cuando llega el cirujano diciendo que ha operado a un paciente determinado sin el consenso del comité, aunque según él “siguiendo la evidencia”... Esto no puede ser. Este es un tema que debe ser abordado por los diferentes planes oncológicos.”

7) Desarrollar una cultura evaluadora: la asignatura pendiente

“El problema es que cada una de las especialidades ha hecho sus indicadores de toxicidad, resultados clínicos, etc. Tiene que haber al menos una base de datos única en la que se reflejen los resultados de los equipos. Esto nos lo tendría que pedir el hospital. Ello nos permitiría decir: “en próstata está pasando ésto y aquéllo”. Luego si cada uno quiere tener una individual...”

“Nos movemos en un contexto de bases de datos muertas: nos juntamos al final de año para ver cómo han ido las cosas...”

El papel de la gestión sanitaria

Nivel hospitalario

- Protección del tiempo de comité
 - * Todos los pacientes deben pasar por el CT (1), en el diagnóstico, (2) y los resultados clínicos de este proceso deben ser evaluados sistemáticamente, (3)
- Promoción de roles transversales (coordinador clínico / enfermera gestora de casos)
- Fórmulas de autonomía de gestión (flexibilidad interna)
 - DPO's / complementos retributivos

El papel de la gestión sanitaria

Nivel sistema sanitario

- Financiación ad hoc de la atención multidisciplinar
- Acreditación/Estándares y Recomendaciones Área Cáncer Ministerio Sanidad
- Una perspectiva más amplia: redes asistenciales de cáncer en el territorio

Evaluación sí, pero:

- Criterio de plausibilidad (centralización de ciertos procedimientos)
- Evaluación por parte del Sistema sanitario
- Consenso sobre indicadores mínimos (reglas de juego)
- Identificación equipo patología: redistribución de responsabilidades aceptable

Criterios para un trabajo multidisciplinario efectivo

- **Roles profesionales:** Coordinador (liderazgo integrador) y gestora casos (transversalidad)
- **Logística:** espacios, soporte administrativo, TIC
- **Criterios de funcionamiento interno:** Acceso rápido (diagnóstico), casos presentados/discutidos, dedicación profesional
- **Engarce organizativo:** Proteger el trabajo multidisciplinario, reconocimiento de roles, coordinación agendas seguimiento, incentivos
- **Evaluación resultados clínicos**
- **Lógica territorial en la integración del conocimiento experto:** redes asistenciales

La Atención Multidisciplinaria del Cáncer no es un cambio más

La magnitud del cambio que plantea la atención multidisciplinar –un enfoque de las patologías tumorales basado en perfiles de pacientes, que asume la complejidad organizativa de los procesos–, involucra el conjunto del sistema.

Promover equipos de expertos como eje de la atención oncológica, con responsabilidades claras y transparentes respecto de los pacientes

Gracias