

de Cloenda
Curs
2018-2019



SITGES,
Barcelona
30 i 31 de maig
de 2019
Hotel Calipolis



Taula rodona del soci: “Efectivitat i Eficiència de les intervencions en Salut Mental”

Anàlisi de les variables implicades a l'efectivitat de l'hospitalització psiquiàtrica en el nostre mitja

Josep Cañete, Eloi Giné
Àmbit de Salut Mental i Addiccions
CONSORCI SANITARI DEL MARESME

Per qué és important valorar l'efectivitat de l'hospitalització psiquiàtrica d'aguts?

- Recurs restrictiu .
- Cost elevat.
- Desvincula al pacient del seu medi
- Risc de iatrogenia
- Vivència majoritàriament negativa de l'estada i dels procediments.
- Estigma.
- Existència d'alternatives a l'hospitalització.

Transició de model ; El focus de l'assistència en salut mental canvia dels hospitals a la comunitat.

- Els serveis de salut mental actuals tracten de garantir que les persones amb malaltia mental greu passin el temps mínim a l'hospital, ja que si no és imprescindible resulta insatisfactòria, estigmatitzant, restrictiva i desvinculant pels pacients.
- El principal argument per canviar l'atenció dels hospitals a la comunitat és un millor accés als serveis per rebre tractament a l'hora que permet mantenir relacions familiars, amistats i feina, reduint la segregació i l'estigma.
- Com a conseqüència, al món occidental s'han reduït progressivament els llits psiquiàtrics i a la vegada s'han desenvolupat serveis comunitaris...

Indicadors de l'hospitalització psiquiàtrica

- La definició i us de paràmetres vàlids per mesurar la qualitat de l'assistència de les Unitat d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts compren les característiques estructurals de la unitat (structure), els procediments assistencials (process) i els resultats obtinguts (outputs).
 - Estructura física, de recursos humans, etc..
 - Procediments: diagnòstics, estada mitja, estades, altes realitzades, ingressos urgents, reingressos, us de guies clíniques,
 - Resultats: millora de símptomes, remissions, satisfacció dels pacients

Alguns indicadors a Catalunya.

Hospitalització d'aguts d'adults (18 anys o més)			
Dades generals*	Dones	Homes	Total
Hospitalitzacions d'aguts	9.198	11.081	20.279
Hospitalitzacions de més d'un dia d'estada	7.668	9.521	17.189
Ingressos urgents (%)	76,1	69,7	72,5
Estada mitjana d'hospitalització d'aguts	17,9	17,5	17,7
Pacients amb estades superiors a 21 dies (%)	24,8	24,1	24,4
Reingressos a 30 dies (%)	10,5	10,9	10,7

Central de resultats. 2017

Ratio poblacional Llits aguts: 1 /10.000 habitants

Estada mitja concertada: 20 dies (mitjana 17,7 dies)

Capacitat potencial altes/any: 18 ; 2 altes /1.000 habitants

Taxa de Reingressos ¹.

- Les taxes de reingressos s'utilitzen cada vegada més com a indicador de funcionament tot i que s'ha qüestionat la seva validesa.
- La mes utilitzada és el reingrés abans de 30 dies.
- En els serveis mèdics, s'ha indicat que les taxes de readmissió proporcionen una imatge incompleta d'atenció i s'ha suggerit que s'hauria d'ampliar l'objectiu de les mesures de readmissió amb les estades d'observació i les visites al servei d'urgències.
- A Catalunya actualment te una mitjana del 10% de totes les altes.

Impacte dels serveis d'urgències a les unitats d'aguts:

- El servei d'urgències psiquiàtriques és la porta d'entrada per a molts pacients amb problemes de salut mental
- Una de les tasques principals a què s'enfronten els professionals és la decisió de si un pacient necessita ser ingressat per un tractament o si és possible i suficient el tractament ambulatori.
- Els motius més freqüents per ingressar a la Unitat d'hospitalització psiquiàtrica inclou:
 - Risc d'auto o hètero agressivitat
 - Alteració conductual
 - Ordre o mandat judicial
 - Descompensació d'un trastorn mental greu que no pot ser tractat a un nivell menys restrictiu.
 - Tractament involuntari.

Ingressos urgents i programats (Unplanned and planned admissions)

- Els ingressos no programats són la suma de tots els ingressos urgents i els no voluntaris.
- El tractament electiu o planificat és més eficaç que el tractament sense un pla programat i a la vegada és més valorat tant per part dels pacients com dels professionals.
- La realitat és que els ingressos no programats són la majoria. En el nostre mitjà és del 70% de tots els ingressos en unitats d'aguts de Catalunya.
- Quan més de la meitat de les admissions són ingressos no programats, els tractaments electius (i, probablement, més eficients) corren el risc de ser relegats per les mesures requerides pels ingressos urgents.
- L'objectiu racional a aquesta etapa de transició seria reduir el nombre d'admissions no planificades.

Descripció dels pacients amb reingressos reiterats a la Unitat d'Aguts Hospital de Mataró (2010-2018)

CONTEXT

- Unitat d'Aguts de psiquiatria: 30 llits.
- Població del Maresme: 400.000 habitants.
- Prevalences:
 - Esquizofrènia: 1%
 - Trastorn Bipolar: 1%
 - Trastorns depressius: 3-5%
- Mitja d'estada: 17,5 dies.
- Ingressos urgents: 80%
- Taxa reingressos <30 dies: 8 %



	any	Altes d'aguts	Altes de més d'un dia d'estada	Ingressos urgents (%)	Estada mitjana	Pacients amb estades superiors a 21 dies (%)	Reingressos a 30 dies (%)
Hospital Mataró H.Aguts Adults S.Mental	2018	606	573	80	17,5	12	7,4
Catalunya	2017	20.110	17.057	72,5	17,7	24,4	10,7

Re ingressos <30 dies post alta. Període 2010-2019

Hospital de Mataró	2010-2019
Altes hospitalizació aguts	5604
Estada mitjana	17
Número de Readmissions <30 dies	447
Taxa bruta de readmissions	8,0%

Altes i reingressos abans d'1 mes per Dx

Hospital de Mataró 2010-2018

DIAGNÒSTIC	ALTES		REINGRESSOS		Taxa ajustada
	N	%	N	%	
ESQUIZOFRENIA	1621	28,9%	116	25	7,1
TRASTORNOS BIPOLARES	926	16,5%	82	17%	8,9
TRASTORNOS DEPRESIVOS MAYORES Y OTROS/PSICOSIS NO ESPECIFICADA	886	15,8%	59	13	6,3
DEPRESIÓN EXCEPTO TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	305	5,4%	29	6%	9,5
TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN Y NEUROSIS EXCEPTO DIAGNÓSTICOS DEPRESIVOS	251	4,5%	15	3%	6
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONTROL DE IMPULSOS	249	4,4%	35	8%	14
ABUSO O DEPENDENCIA DE DROGAS	608	11%	50	11%	8,2
OTROS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL (intoxicacions,, autolesions, TCA, altres)	758	3,2%	75	17%	9,9
	5604				

Característiques del pacient que reingressa

- L'augment del seguiment en els centres de salut mental de la comunitat es va associar amb menors probabilitats de readmissió,
- Els pacients amb estada hospitalària prèvia, trastorn per a l'ús de substàncies, trastorns de personalitat, malaltia psicòtica i comorbiditats mèdiques eren més propensos a ser reingressats mes de 3 vegades a l'any.
- Alguns d'aquests pacients formen part del que s'ha anomenat “porta giratòria” (revolving door) referint se a la successió d'ingressos repetits en diferents recursos i amb una reduïda vinculació als serveis comunitaris.

Definició de “porta giratòria”

- Es tracta de pacients amb **Trastorn Mental Sever** (TMS) amb hospitalitzacions repetides i que estan poc temps en la comunitat. A la vegada presenten altes taxes d
- Són una petita part dels pacients (<10%), però generen un elevat número d'ingressos hospitalaris i un elevat gast econòmic (20-30% del gast total).
- **Son freqüentadors d'urgències.**
- **Tenen una vinculació feble amb els serveis comunitaris**
- Els **criteris** varien segons els autors, d'acord amb el número i l'interval de temps entre ingressos recurrents:

- **3 o més ingressos en un any (≥ 3 ingressos / any)**

Factors relacionats amb múltiples reingressos: “porta giratòria”

SOCIODEMOGRÀFICS

- **Gènere:** Homes.
- **Edat:** joves, entre 13-35 anys. (edat del primer ingrés < 35 anys).
- **Solter.**
- **Nivell educatiu baix.**
- **Sense activitat laboral.**
- **Factor transcultural.**
 - Barrera idiomàtica / cultural dificulta la intervenció.
 - Condicions més precàries respecte la resta de pacients.
- **Social** (suport primari, distòcia social, problemes de vivenda).

Factors relacionats “porta giratòria”

MALALTIA

DIAGNÒSTIC

- Trastorn de l'espectre psicòtic:
 - Esquizofrènia
 - **Trastorn esquizoafectiu bipolar:** dificultat d'elecció de tractament
règim de tractament més complex

GRAVETAT

- Malaltia **més severa** (episodis més greus)
- Malaltia més **resistent a tractaments** emprats.

INSIGHT

- Relació amb la **necessitat del tractament**, menys amb les altres dimensions de l' *insight*.

Factors relacionants “porta giratòria”

CRONOLOGIA

PRIMER INGRÉS

- Major duració del primer ingrés (> 41 dies)
- Primer ingrés de **caràcter involuntari**.

REINGRESSOS

- Major número d'ingressos previs.
- Duració dels reingressos:

< 15 dies

15-30 dies

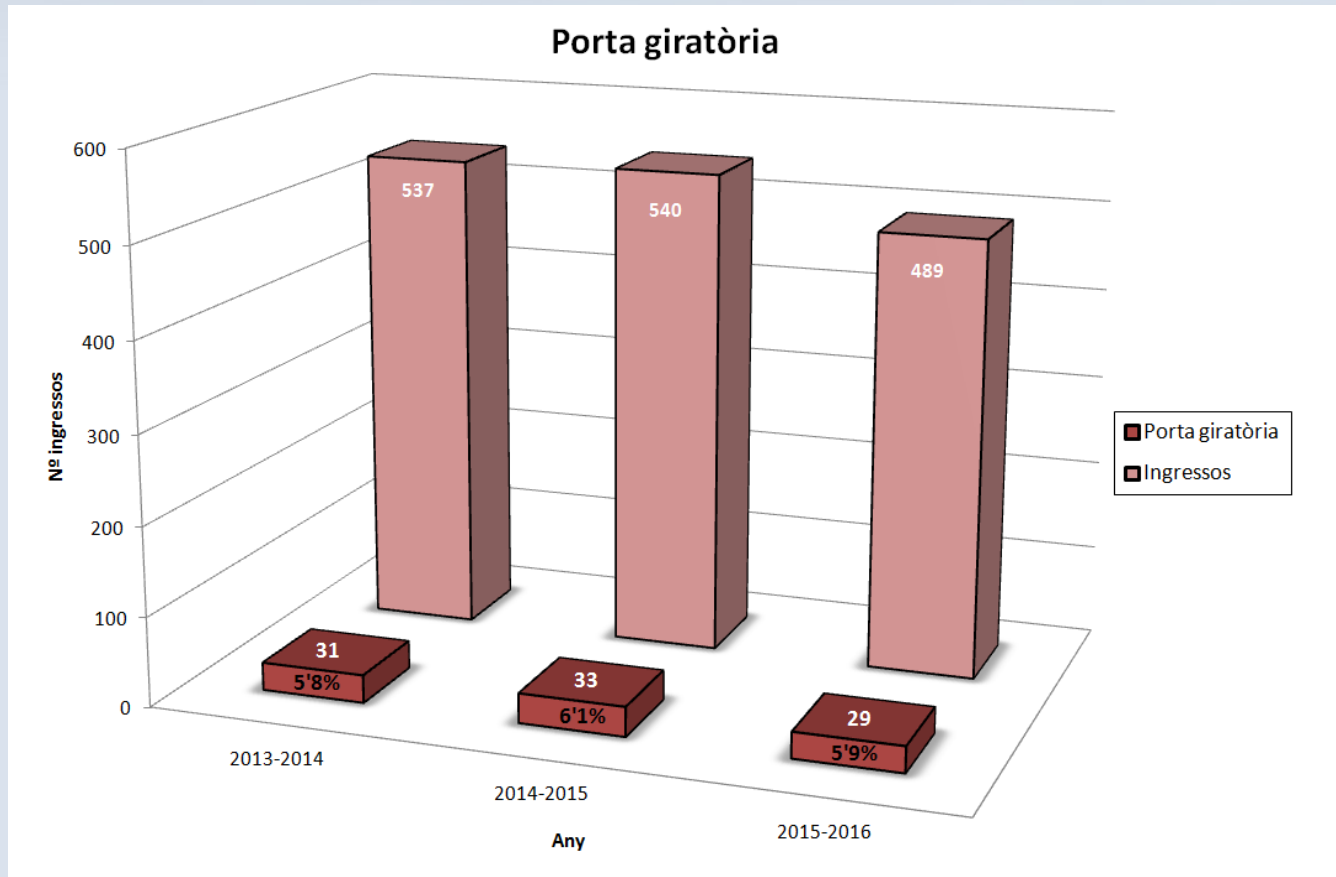
> 40 dies



- Antecedents d' **altes prematures**.
- Antecedents de **reingrés precoç** (dins dels 30 dies després de l'alta).

Descripció de la nostra mostra

PORTA GIRATÒRIA (≥ 3 INGRESSOS / ANY)



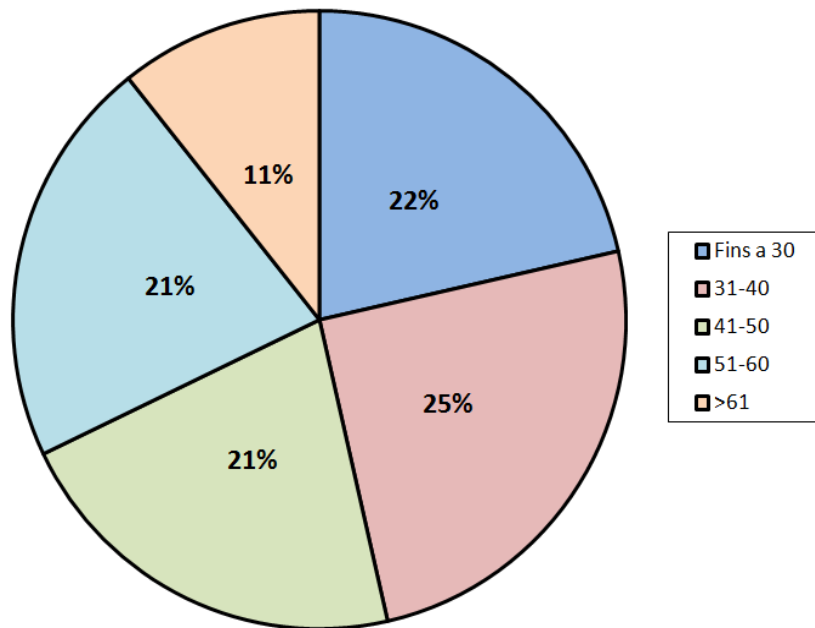
N total: **30** pacients

Genera **6%**
ingressos anuals

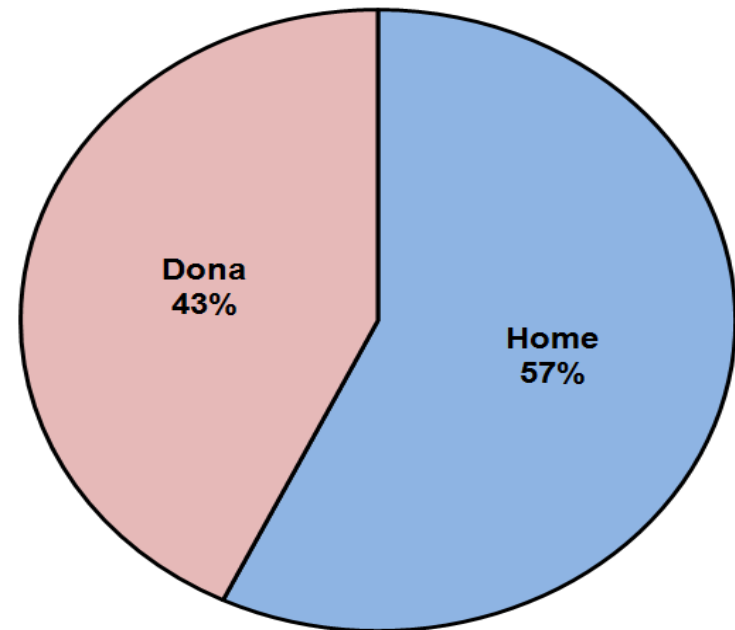
Descripció de la nostra mostra

SOCIODEMOGRÀFICS

Grups d'edat



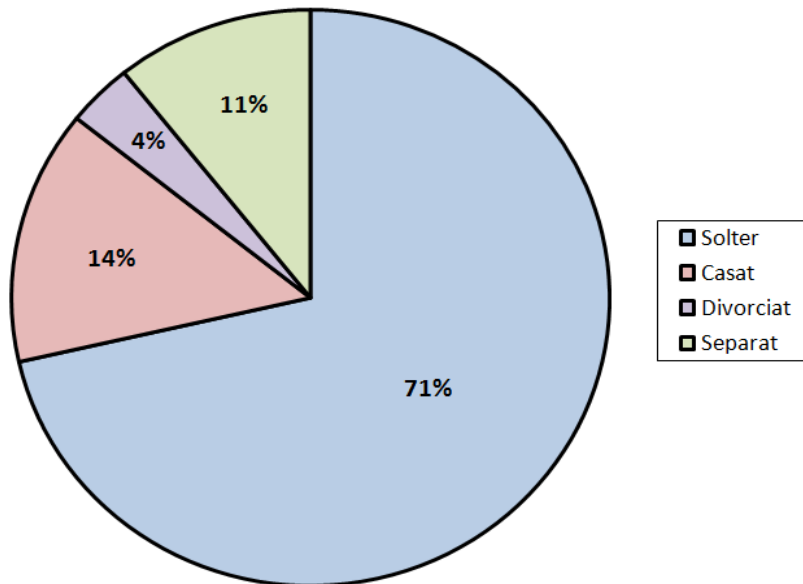
Distribució segons sexe



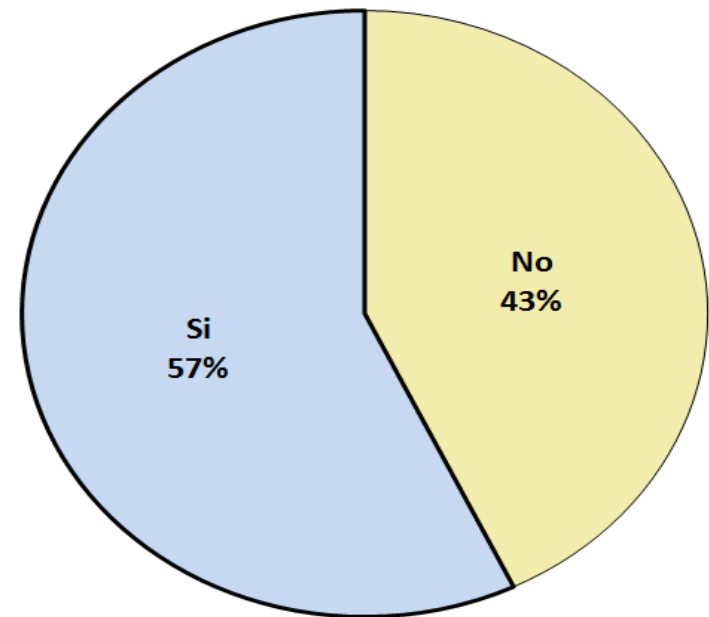
Descripció de la nostra mostra

SOCIODEMOGRÀFICS

Distribució segons estat civil

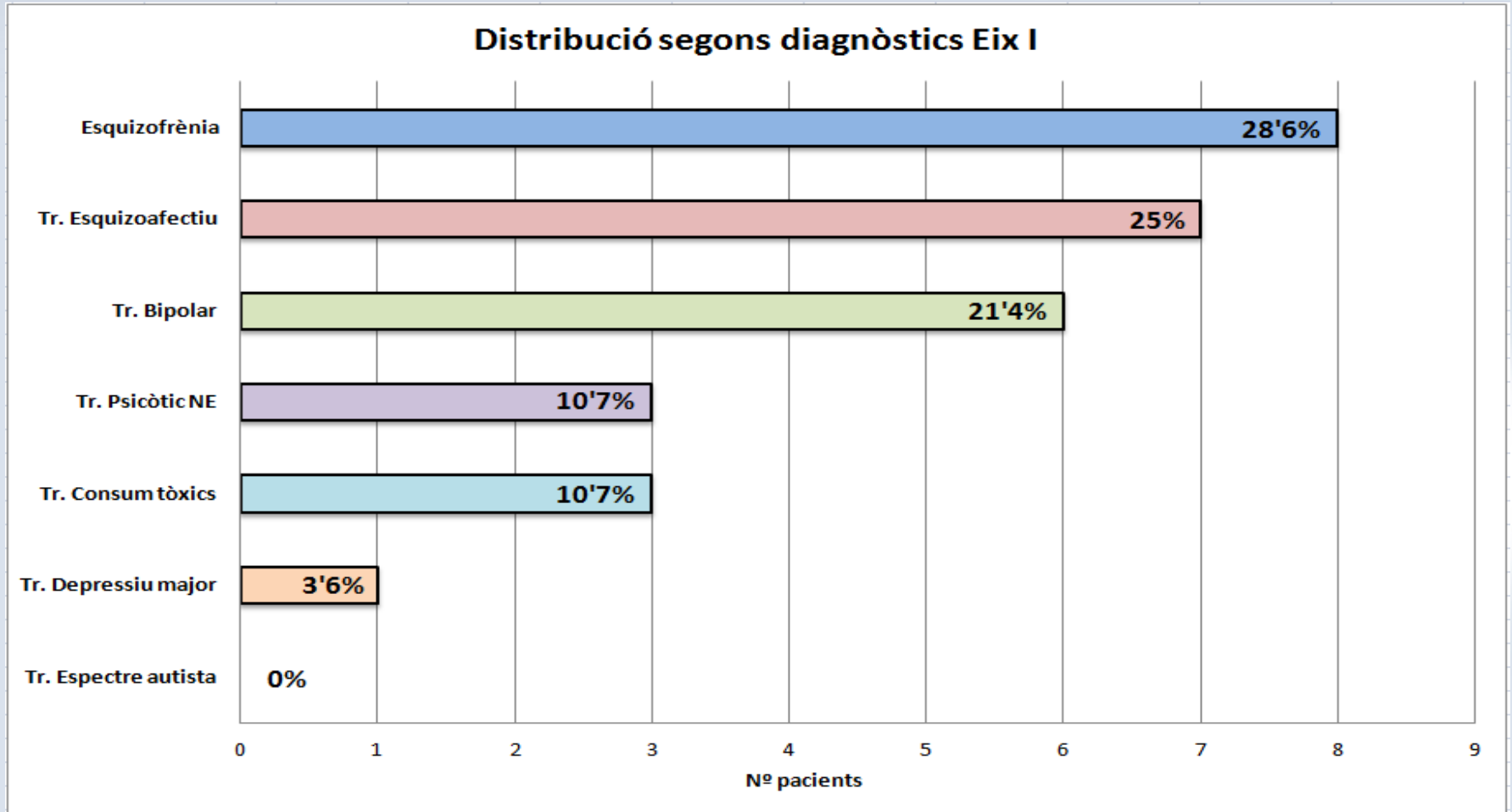


Problemàtica social



Descripció de la nostra mostra

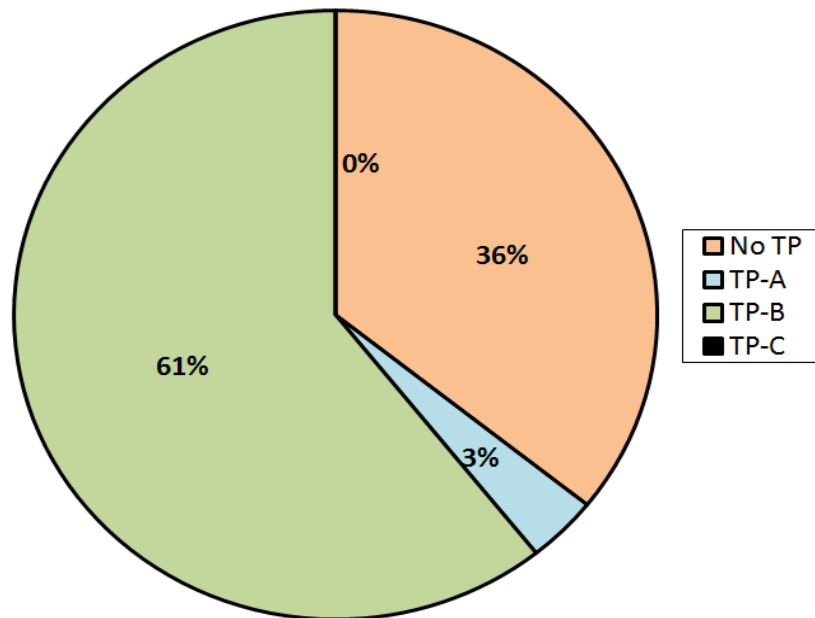
DIAGNÒSTICS



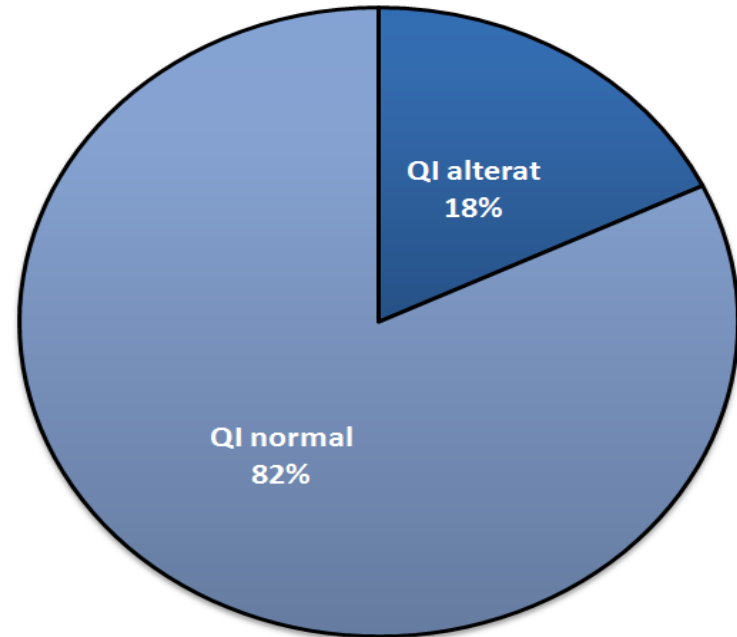
Descripció de la nostra mostra

COMORBILITATS

Distribució segons diagnòstic Eix II



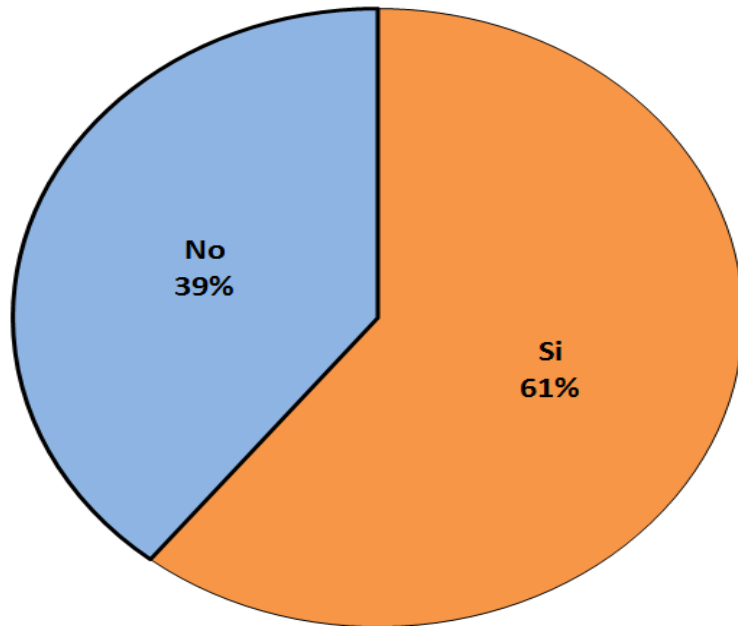
Qüocient intel·lectual



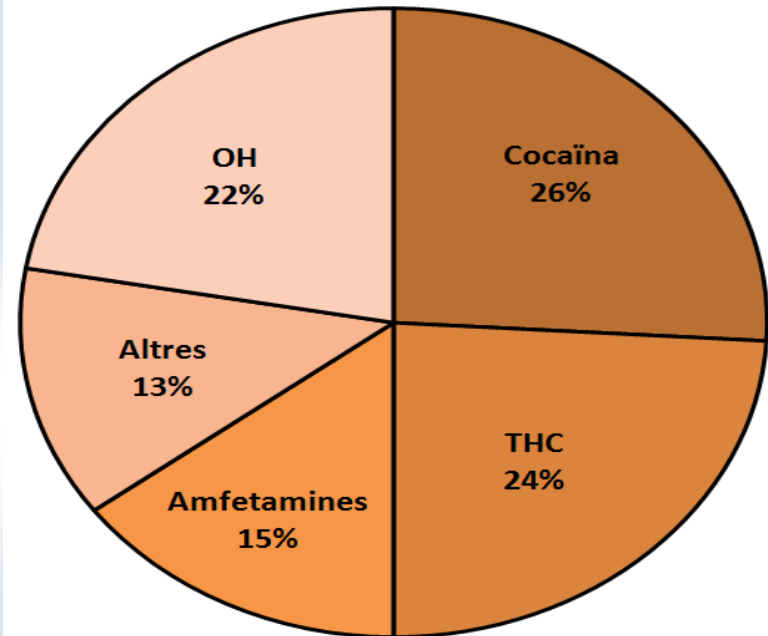
Descripció de la nostra mostra

COMORBILITATS

Consum de tòxics

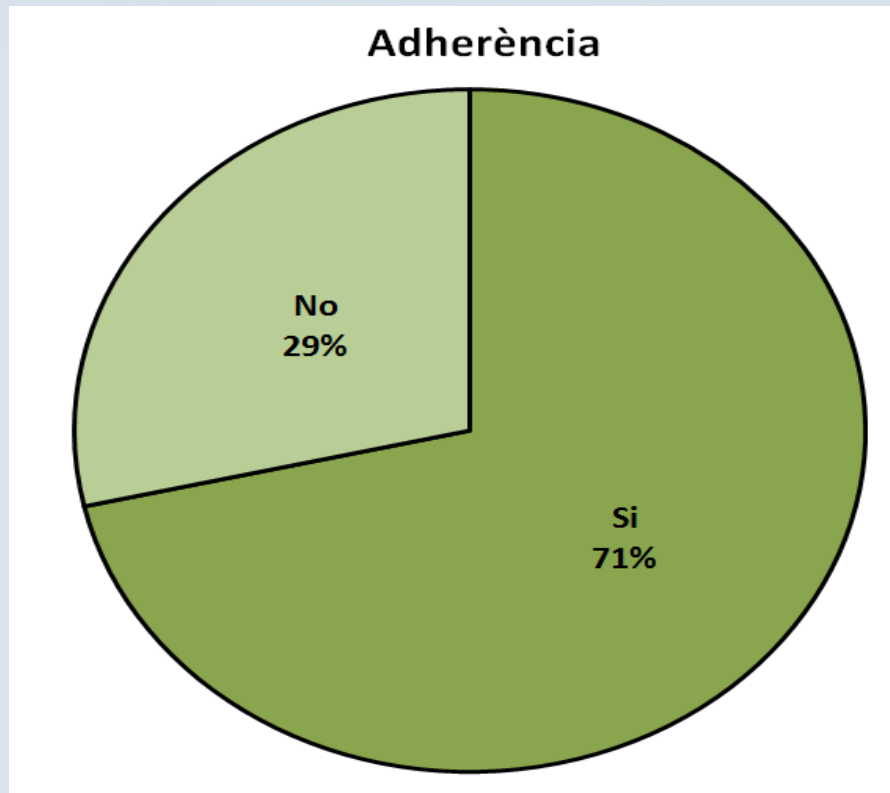


Distribució segons tipus de tòxics



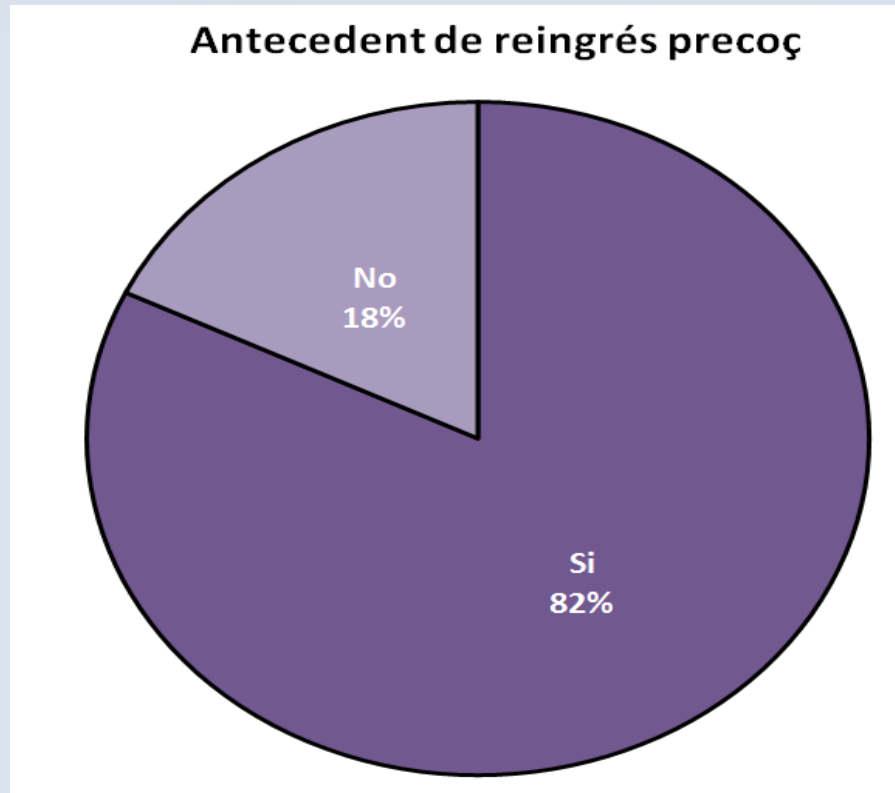
Descripció de la nostra mostra

ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA



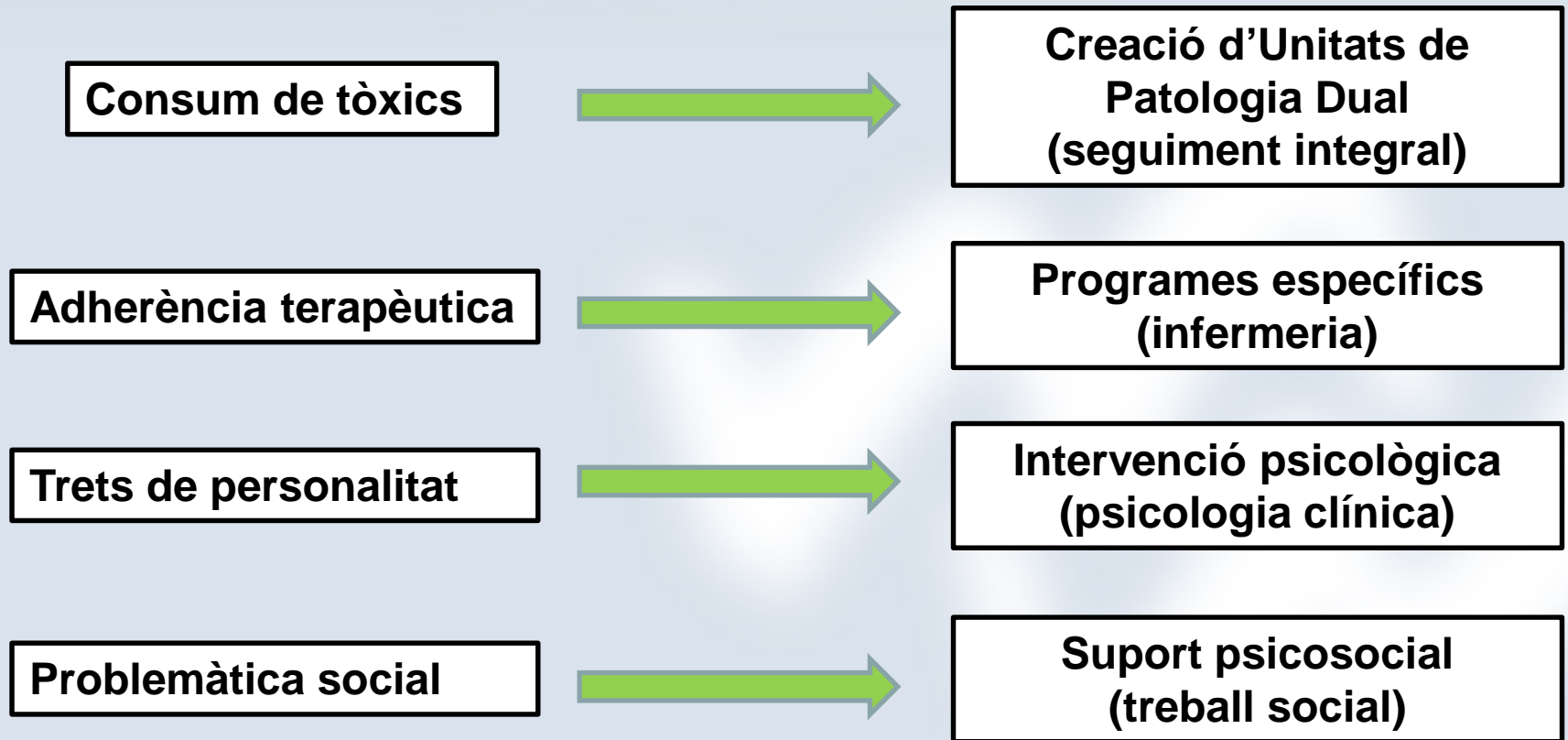
Descripció de la nostra mostra

REINGRESSOS (< 30 DIES DE L'ALTA)



Característiques dels pacients

- En la nostra mostra identifiquem **quatre factors** comuns en els pacients de porta giratòria:



El reingrés : intervenció

P
R
E
A
L
T
A

Entrenament d'eines socials
Psicoeducació tractament farmacològic
Planificació de necessitats
Programació de seguiment previ a l'alta

P
O
S
T
A
L
T
A

Seguiment telefònic
Esforços per assegurar seguiment
Psicoeducació
Psicoeducació familiar
Visita a domicili
Planificació de necessitats
Línea directa post alta
Suport de companys

E
N
L
L
A
Ç

Pla d'alta coordinat amb referent a comunitat
Gestor de la transició
Reunió amb referent a comunitat previ a l'alta

**Reducció entre el 13 i 37%
la taxa de reingrés precoç**

Conclusions 1

- El fenomen de **porta giratòria** és multifactorial.
- Són un petit número de pacients, però genera un **elevada despesa sanitària**.
- **Identificar** el perfil del pacient amb risc d'esdevindre **polifreqüentador** és molt important per tal d'usar **estratègies d'intervenció**.
- El **reingrés precoç** està molt relacionat amb el fenomen de porta giratòria.
- Les **intervencions pre-alta, post-alta i d'enllaç** poden disminuir el número de reingressos precoços.
- Algunes de les intervencions són standard (psicoeducació, avaluació de necessitats o comunicació entre professionals), però requereixen de **sistematització**.

Conclusions 2

- Els resultats indiquen que els ingressos no programats poden ser un indicador de qualitat adequat per a la cooperació entre els dos nivells de serveis de salut mental.
- Substituir l'admissió urgent i involuntària amb ingressos programats, requereix una cooperació sistemàtica entre els nivells de salut mental a la comunitat i a l'hospital.
- Els serveis especialitzats de salut mental i serveis comunitaris de cada àrea geogràfica han de planificar i actuar per reduir els ingressos no programats, tenint en compte les necessitats de la població de cada àrea.
- Cal considerar objectius econòmics i contractuals compartits per un mateix territori.

Conclusió 3. La forma de financiació fragmentada produeix resultats fragmentats

- Si les diferents nivells implicats en l'assistència – proveïdors de salut mental hospitalària y comunitària- no comparteixen una ma partida contractual, con objetivos comunes la implicación y motivación puede ser insuficiente para lograr mejoras en el sistema,
- Aunque se han realizado esfuerzos para vincular unos mismos objetivos a diferentes proveedores para un mismo territorio, los incentivos para que la cooperación sea intensa todavía distan de ser suficientes.

Referències

- Wobrock T, Weinmann S, Falkai P, Gaebel W. Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideline implementation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;259(S2):219-226. doi:10.1007/s00406-009-0072-7.
- Ose SO, Kalseth J, Ådnanes M, Tveit T, Lilleeng SE. Unplanned admissions to inpatient psychiatric treatment and services received prior to admission. *Health Policy (New York)*. 2018;122(4):359-366. doi:10.1016/j.healthpol.2017.12.006.
- Nirma C, et al. A Case- Control Study of Factors Associated With Multiple Psychiatric Readmissions. *Psychiatric Services*. 2009 June; 60:786-791
- Glick ID, Sharfstein SS, Schwartz HI. Inpatient Psychiatric Care in the 21st Century: The Need for Reform. *Psychiatr Serv*. 2014;62(2):206-209. doi:10.1176/ps.62.2.pss6202_0206.
- Ziegenbein M, Anreis C, Brüggem B, Ohlmeier M, Kropp S. Possible criteria for inpatient psychiatric admissions: Which patients are transferred from emergency services to inpatient psychiatric treatment? *BMC Health Serv Res*. 2006;6(1):150. doi:10.1186/1472-6963-6-150.
- Haywood TW, et al. Predicting the “Revolving Door” Phenomenon Among Patients With Schizophrenic, Schizoaffective, and Affective Disorders. *Am J Psychiatry*. 1995 June; 152:856-861.
- Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(6):323-332. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/80/ESP/14-80-ESP-323-332-371775.pdf>. Accessed May 29, 2019.
- Mark T, Tomic KS, Kowlessar N, Chu BC, Vandivort-Warren R, Smith S. Hospital readmission among medicaid patients with an index hospitalization for mental and/or substance use disorder. *J Behav Heal Serv Res*. 2013;40(2):207-221. doi:10.1007/s11414-013-9323-5

Moltes gràcies



HOSPITAL DE MATARÓ

www.csdm.cat



**CONSORCI SANITARI
DEL MARESME**