

Modelul Medical Home

sau adaptarea îngrijirilor de sănătate în condițiile în care populația îmbătrânește



FOTO: SHUTTERSTOCK

Dr. Marius Mărginean

medic primar
Medicină de Familie,
medic specialist
de Sănătate Publică
și Management Sanitar,
Centrul Național de Studii
pentru Medicina Familiei

Recent, Hans Rosling ne atrage atenția, din nou, asupra modificărilor demografice din ultimii ani. Dacă nu ați văzut încă prezentarea sa publicată pe site-ul gapminder.org - „The Facts About Population - Don't Panic“, ar trebui să o faceți. În ultimii câțiva zeci de ani, populația globului s-a dublat. Până în 2050, vom ajunge la 10 miliarde de locuitori.

În ciuda faptului că numărul mediu de copii ai unei familii este 2,5, populația crește, fapt explicat prin prelungirea duratei de viață și prin progresele medicale. Evident, crescând populația în vârstă, cresc nevoile de îngrijiri medicale și mai ales ale pacienților cu polipatologie. Desigur, dacă lăsăm lucrurile să evolueze la întâmplare, am putea să „întârziem“ această creștere, lăsând selecția naturală să lucreze! Majoritatea statelor însă încearcă să se adapteze și să găsească soluții pentru o mai bună organizare a serviciilor de sănătate, pentru adaptarea la o mai bună îngrijire a bolnavilor cu afecțiuni cronice.

Acest material va trece în revistă unul din modelele care încearcă să se impună, deși mai sunt multe detalii de rezolvat. Este posibil să se dezvolte un asemenea model și într-o țară ca a noastră? Greu de spus, în condițiile unui sistem subfinanțat, ale cărui programe de sănătate publică sunt limitate doar către oprirea furturilor sau către decontarea unor medicamente. Asigurările de sănătate de la noi au aruncat toți furnizorii de sănătate într-o luptă acerbă pentru resursele financiare limitate. În asemenea condiții este greu să încerci proiecte care să armonizeze serviciile oferite în funcție de nevoile pacienților! Echipe multidisciplinare - pot



fi ele funcționale în asemenea condiții în care, la noi, toate specialitățile, sub toate formele posibile de organizare, sunt într-o competiție cruntă pentru fiecare bănuț în plus? În lume totuși se încearcă diverse modele. Despre modelul de îngrijiri pentru pacienții cronici (Chronic Care Model) am mai scris într-un număr anterior. Astăzi vom vedea un alt model de implementare, Medical Home.

Modelul Medical Home

Vom folosi termenul ca atare, deși în traducere ar putea fi folosit „Centru de Sănătate”. La noi însă termenul a mai fost utilizat, s-ar putea spune chiar cu rezultate acceptabile, deși s-a renunțat la această formă de organizare.

Termenul de Medical Home mai este cunoscut, de asemenea, ca și Patient-Centered Medical Home (PCMH). Acest model este construit în jurul nevoilor pacientului și are ca scop îmbunătățirea accesului la îngrijirile de sănătate. Se are în vedere accesul prin programul prelungit, prin modalități diverse de comunicare între furnizori și pacienți (prin e-mail și telefon), prin îngrijiri coordonate și integrate și prin creșterea calității în general, simultan cu reducerea costurilor.

Medical Home se bazează pe o echipă de furnizori de îngrijiri de sănătate, cum ar fi medici, asistente medicale, nutriționiști, farmaciști și asistenți sociali, pentru a satisface nevoile de îngrijire de sănătate ale pacientului. Studiile au arătat că o atenție crescută privind întreaga persoană și integrarea tuturor aspectelor legate de asistența medicală oferă un potențial crescut de a îmbunătăți starea de sănătate fizică, obiceiurile, accesul la serviciile sociale comunitare și un management mai corect al afecțiunilor cronice.

Termenul de Medical Home a fost introdus în literatura medicală în 1967, de către Asociația Americană de Pediatrie, în căutarea unor modele de îngrijiri centrate pe pacienții-copii cu nevoi speciale. Conceptul a fost dezvoltat și extins, astfel încât, în 2007, American Academy of Family Physicians (AAFP), American Academy of Pediatrics, American College of Physicians și American Osteopathic Association au publicat o serie de principii comune privind Patient-Centered Medical Home. În prezent, este un model important care stă la baza reformei sistemului de îngrijiri medicale din SUA. Este studiat și adoptat și în Europa.

Medical Home nu este o clădire, casă sau spital, ci mai degrabă o abordare privind asigurarea de servicii de sănătate de înaltă calitate, într-un mod cost-eficient. În cadrul Medical Home, pacienții primesc îngrijiri coordonate de un medic bine pregătit, care asigură managementul tuturor bolilor, atât acute, cât și cronice. Medicii, familia și ceilalți profesioniști din domeniul sănătății acționează ca parteneri într-un Medical Home, pentru a identifica și accesa toate serviciile medicale și non-medicale necesare pentru pacienți și familiile lor.

Medicul trebuie să fie cunoscut de întreaga familie și trebuie să fie capabil să dezvolte un parteneriat bazat pe responsabilitate și încredere mutuală. Aceste caracteristici definesc Medical Home. În contrast cu serviciile medicale de Medical Home, serviciile medicale furnizate prin serviciile de urgență, diverse cabinete medicale și alte unități de îngrijire, deși uneori necesare, sunt mai costisitoare și, adesea, mai puțin eficiente.

Funcțiile principale ale Medical Home în ceea ce privește bolile cronice

Asigură accesul și comunicarea cu echipa de îngrijiri.

Monitorizează starea de sănătate și nevoile populației deservite de centrul respectiv și inițiază acțiunile necesare în mod activ.

Echipele de practicieni sunt organizate și pot adopta și utiliza planuri de îngrijiri pentru pacienții lor.

Oferă managementul îngrijirilor sau servicii ambulatorii pentru cei cu nevoi mai mari.

Asigură îngrijiri coordonate împreună cu alți furnizori.

Monitorizează în mod curent performanța și îmbunătățirea procesului.

Principii

Medicul personal - fiecare pacient are o relație cu un medic personal instruit pentru a oferi îngrijiri de prim contact, continue și comprehensive.

Medicul coordonează practica medicală - medicul personal conduce o echipă multidisciplinară la nivel de cabinet, care în mod colectiv își asumă responsabilitatea îngrijirii pacienților.

Orientarea spre persoană - medicul personal este responsabil pentru rezolvarea tuturor nevoilor pacientului și este responsabil pentru organizarea în mod corespunzător a îngrijirilor de către alți profesioniști calificați. Aceasta include îngrijiri pentru toate etapele vieții: îngrijiri acute, îngrijiri cronice, servicii preventive, îngrijiri terminale.

Îngrijirea este coordonată și/sau integrată cu toate elementele sistemului de asistență medicală (de exemplu, îngrijirea de specialitate, spitale, casele de sănătate, casele de îngrijire medicală), precum și comunitatea pacientului (de exemplu, familie, servicii publice și private din comunitate). Îngrijirea este facilitată de utilizarea de registre, tehnologia informației, schimbul de informații de sănătate și alte mijloace pentru a fi siguri ca pacienții vor primi îngrijire indicată când și unde au nevoie și într-un spațiu cultural și lingvistic adecvat (*Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home, AAFP, 2007*).

Care sunt avantajele unui Medical Home?

Creșterea satisfacției pacientului și a familiei.

Constituie un forum pentru rezolvarea problemelor.

Coordonarea îngrijirilor de care au nevoie pacienții.

Utilizarea eficientă a resurselor, mai ales în condițiile în care acestea sunt limitate.

Creșterea satisfacției profesionale a medicilor.

Creșterea stării de bine a pacienților, care rezultă din sistemul comprehensiv de îngrijiri.

Caracteristicile principale ale unui Medical Home

■ Accesibilitate

Îngrijirea este furnizată în comunitate.

Toate tipurile de asigurări sunt acceptate.

Unitatea medicală este accesibilă pentru transportul public.

Pacienții pot lua legătura direct cu medicul, atunci când este necesar.

Cabinetul este accesibil din punct de vedere fizic pentru persoanele cu dizabilități.

Există responsabilitate și încredere reciprocă între pacient, medicul de familie și personalul Medical Home.

■ **Orientarea către familie**

Familia este recunoscută ca partener principal și centru de sprijin pentru pacient.

Informații complete și imparțiale sunt împărtășite în mod permanent cu familia.

Pacienții sunt sprijiniți să joace un rol central în coordonarea îngrijirilor.

Familia, pacienții și medicii sunt responsabili în luarea deciziilor.

Familia este recunoscută ca expert și partener în îngrijirea pacientului.

■ **Continuitatea**

Aceiași profesioniști din domeniul asistenței medicale primare sunt disponibili pacienților de-a lungul întregii vieți.

Asistența medicală este asigurată sub formă de examene medicale adecvate și consiliere, atât pentru copil, cât și pentru adult.

Medicii din Medical Home participă la îngrijirea și la planificarea îngrijirilor în cazul în care pacientul este spitalizat sau i se recomandă alte tipuri de îngrijire la un alt furnizor.

■ **Comprehensivitatea**

Îngrijirea este oferită sau coordonată de către un medic bine pregătit, care este capabil de a gestiona și facilita, în esență, toate aspectele legate de îngrijirile medicale necesare.

Îngrijirile ambulatorii și în staționar pentru bolile cronice și cele acute este asigurată, 24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână, 52 de săptămâni pe an.

Asistența medicală preventivă include imunizări, evaluarea dezvoltării, supravegherea stării de sănătate, precum și consiliere etc.

Îngrijiri preventive, primare și terțiare.

Un timp suplimentar pentru consultație este alocat pacienților cu nevoi speciale de îngrijire a sănătății, atunci când este nevoie.

■ **Coordonarea**

Planul de îngrijire este elaborat de către medic și pacient și/sau familie și eventual în colaborare cu alți furnizori, agenții sau organizații implicate în îngrijirea pacientului.

Îngrijirea oferită de furnizori multipli este coordonată de Medical Home.

Baza de date centrală care conține toate informațiile pertinente medicale, inclusiv spitalizări și de îngrijire de specialitate, este menținută de cabinet. Înregistrarea este accesibilă, dar confidențialitatea este păstrată. De remarcat că registrele sunt instrumente la îndemâna furnizorilor direcți, și nu registre naționale de dragul de a cunoaște toate bolile din țară. Registrul este folosit pentru organizarea și planificarea îngrijirilor oferite pacientului (sau centrului medical).

Medicul casei medicale schimbă informații cu pacientul, familia și celelalte specialități implicate în îngrijirea pacientului (chirurg, psihiatru, dietetician, kinetoterapeut etc.).

Familia este pusă în legătură cu grupuri de suport pentru diverse boli și alte resurse de sprijin.

Atunci când un pacient este programat pentru o consultație sau îngrijiri suplimentare, Medical Home asistă pacientul în comunicarea problemelor clinice.

Medicul evaluează și interpretează recomandările consultantului și împreună cu acesta decide și monitorizează cele mai bune intervenții.

Planul de îngrijire este corelat și cu alte organizații din comunitate, dacă ele există, pentru a se asigura că sănătatea și nevoile speciale ale pacienților, individual, sunt asigurate.

■ **Empatia**

Preocuparea pentru starea de bine a pacientului și familiei este exprimată și demonstrată în interacțiunile verbale și non-verbale.

Trebuie făcute eforturi pentru a înțelege și empatiza cu starea pacienților și a familiei.

■ **Perspectiva culturală**

Fondul cultural al pacientului și al familiei, inclusiv credințe, ritualuri și obiceiuri, este recunoscut, apreciat, respectat și încorporat în planul de îngrijire.

Toate eforturile sunt făcute pentru a se asigura că pacientul și familia înțeleg rezultatele consultației și ale planului de îngrijire, inclusiv prin folosirea translatorilor, dacă este necesar. De asemenea, materialele educaționale ar trebui să fie scrise și în limba maternă.

La prima vedere, totul pare simplu și ușor de realizat! În realitate, este un pic mai dificil. Ce diferență este între un Medical Home și un cabinet de medicina familiei, de exemplu din România? De aici putem începe o discuție lungă care ar putea umple câteva numere ale revistei! Cum adică, medicul (cabinetul) să asigure asistență 24 de ore pe zi, 365 de zile pe an? Evident, lucrurile trebuie nuanțate. Pacientul trebuie să aibă acces la servicii medicale în permanență, și nu neapărat la același medic. În toate țările, aproape, în Europa programul cabinetului medical este cam de la 9 dimineața până la 5-6 seara. Dar nu neapărat același medic este la program în acest interval! Activitatea centrului medical este organizată de așa manieră încât în permanență cineva să fie acolo. Iar noaptea și de sărbători există alte servicii de permanență. Există și la noi..., dar mai sunt multe de făcut!

Cabinetele de medicina familiei, aproape în totalitate, sunt complet independente. Chiar dacă își desfășoară activitatea sub același acoperiș, colaborarea între ele este minimă. Resursele materiale sunt multiplicat aproape matematic cu numărul de medici de familie, care este aproape egal cu numărul de cabinete. Grupurile de practică nu au fost încurajate niciodată, ci chiar dimpotrivă, de reglementările CNAS. Există, de exemplu, în București, foste policlinici unde își desfășoară activitatea zeci de cabinete medicale! Dar colaborarea dintre ele este minimă sau total inexistentă!

Există totuși în țară câteva grupuri de practică a căror activitate ar trebui cunoscută și studiată mai în detaliu,



„Cu cât e mai bună asistența medicală primară, cu atât mai mari pot fi economiile și cu atât mai bune vor fi rezultatele privind starea de sănătate, precum și o mai mare reducere a decalajelor în sănătate și asistența medicală.“ (Epstein, 2001)

pentru ca experiența lor să fie diseminată. Un grup de practică, evident, nu este un Medical Home, dar ar fi o condiție preexistentă importantă!

Ministerul Sănătății, în special, ar putea să inițieze proiecte și programe prin care să se încerce implementarea unor modele de practică novatoare. În fond, aceasta ar fi menirea lui de bază, dezvoltarea unui cadru adecvat în care să se ofere asistență medicală pacienților!

Literatura medicală privind modelul de Medical Home este deja imensă. În cei mai bine de 10 ani de când evoluează acest model, s-au publicat peste 2000 de articole pe această temă. Unele prezintă rezultate pozitive în special legate de creșterea gradului de satisfacție a pacienților, în ameliorarea condițiilor oferite și mai ales a atenției de care se bucură aceștia. Altele subliniază necesitatea unor studii mai detaliate legate de eficiența modelului de Medical Home. Este însă evidentă implicarea decidenților din sănătatea publică pentru remodelarea asistenței medicale primare.

Într-o sinteză publicată în 2007, „The Medical Home: Growing Evidence to Support a New Approach to Primary Care“, Rosenthal prezintă dovezile care sprijină specia-

litatea de medicina familiei și în special organizațiile de tip Medical Home (tabelul 1).

În prezent, mii de cabinete de medicina familiei din SUA au adoptat acest model și au solicitat recunoașterea din partea Patient-Centered Medical Home (PPC-PCMH) Recognition Program. Pentru a obține această recunoaștere, cabinetul medical trebuie să îndeplinească cel puțin 10 elemente structurale, prezentate mai jos:

■ Procedura 1A - Proceduri de acces și comunicare

Centrul medical are proceduri scrise pentru programarea consultațiilor și comunicarea cu pacienții.

■ Procedura 1B - Rezultatele legate de acces și comunicare

Centrul medical are înregistrări care arată că au fost îndeplinite standardele pentru procedura 1A privind programarea și comunicarea cu pacienții.

■ Procedura 2D - Organizarea datelor clinice

Centrul medical utilizează instrumente electronice sau pe suport de hârtie de organizare și documentare a informațiilor clinice.

Tabelul 1 Dovezi care sprijină specialitatea de medicina familiei

Recomandarea	Puterea dovezii	Comentarii
Pacienții care au o relație de continuitate cu un medic de familie au indicatori mai buni legați de proces și de rezultate.	1	Continuitatea este cel mai frecvent asociată cu asistența medicală primară, dar îngrijirile pentru cancer, dializa și îngrijirea diabetului zaharat sunt exemple de continuitate pentru medici specialiști.
Vizitele multiple de-a lungul timpului, la același furnizor, creează oportunități de a reinnoi și de a construi strategii de management adaptate la progresul individual și receptivitate.	2	Nici asistența medicală primară, nici cea de specialitate nu-și pot arăta întregul potențial în neant. Toate studiile sunt contestate pentru că evaluează fiecare câte un singur segment al sistemului de îngrijiri în mod izolat, scos din contextul specialității sau altor servicii comunitare.
Minoritățile și non-minoritățile primesc proceduri de screening preventiv și au bolile lor cronice bine gestionate într-un model de tip Medical Home.	2	Programe riguroase de evaluare, screening-uri, precum și studii observaționale comparative arată rezultate coerente.
În asistența primară, pacienții se prezintă la cele mai multe consultații cu probleme multiple.	1	Utilizarea fiecărei consultații pentru a îngriji mai multe probleme deodată este o caracteristică a asistenței medicale primare.
Specialiștii generează mai multe ipoteze de diagnostic în cadrul domeniului lor decât ceilalți și probabilitatea este mai mare pentru a diagnostica în cadrul acelui domeniu.	2	Interfața între asistența medicală primară și asistența de specialitate are nevoie de cercetări suplimentare.
Mai multe atribute ale Medical Home au demonstrat că printr-o asistență medicală primară, mai mulți pacienți ar putea participa la screening-uri, vaccinări, consiliere comportamentală și sănătate, pacienții utilizând mai puțin spitalul.	2	Concluzia este de bun-simț, dar dacă sistemul medical pune în concurență directă spitalul cu asistența primară, spitalul va încerca prin orice mijloace să atragă pacienți, care atrag bani către spital!

1 = dovadă consistentă, de bună calitate; 2 = calitate limitată, dovadă orientată pe pacient; 3 = consens, practică curentă, opinia experților sau serii de cazuri

■ Procedura 2E - Identificarea problemelor importante

Centrul medical utilizează un sistem electronic sau pe suport de hârtie pentru a identifica următoarele probleme ale populației de pacienți deserviți de acel centru:

- ✓ Cele mai frecvente diagnostice observate
- ✓ Factori de risc cei mai importanți
- ✓ Trei dintre cele mai importante afecțiuni și punct de vedere clinic

■ Procedura 3A - Ghid pentru cele mai importante afecțiuni

Centrul medical trebuie să pună în aplicare ghiduri bazate pe dovezi pentru cele mai importante trei afecțiuni identificate din punct de vedere clinic.

■ Procedura 4B - Suport pentru autoîngrijiri

Centrul medical oferă suport pentru susținerea autoîngrijirilor pacienților pentru cel puțin trei afecțiuni importante din punct de vedere clinic.

■ Procedura 6A - Urmărirea efectuării analizelor și a rezultatelor

Centrul medical este interesat în îmbunătățirea eficienței îngrijirilor prin gestionarea în timp util a analizelor/testelor necesare pacienților și a rezultatelor.

■ Procedura 7A - Urmărirea trimiterilor

Centrul medical urmărește îmbunătățirea eficienței, promptitudinea și coordonarea îngrijirilor prin urmărirea trimiterilor către alți furnizori de servicii de sănătate.

■ Procedura 8A - Măsurarea performanței

Centrul medical măsoară sau beneficiază de rezultatele evaluărilor primite privind:

- ✓ activitatea clinică
- ✓ rezultatele activității
- ✓ serviciile oferite
- ✓ siguranța pacienților

■ Procedura 8C - Rapoarte pentru medici

Centrul medical informează medicii în legătură cu performanțele sale privind elementele urmărite la standardul 8A.

Aceste elemente structurale promovate de NCQA sunt, pe de altă parte, criticate ca fiind prea tehnice, punând accent mare pe informatizarea cabinetului. Faptul că doar 30% din cabinete au aplicat pentru obținerea certificatului de Medical Home arată că acestea încă nu sunt suficient pregătite.

Discuții

Modelul Medical Home este un model american, pornit ca o necesitate de a crește atractivitatea pentru serviciile

din asistența medicală primară și în încercarea de a reduce costurile foarte mari din celelalte sectoare de îngrijire medicală. Modelul a fost primit cu oarecare rezerve de lumea medicală europeană, deoarece multe din elementele incluse în model sunt parte a definiției medicinei de familie publicate de Wonca Europa în 2002 și revăzute în 2005. În această definiție a medicinei familiei, una dintre caracteristicile esențiale este managementul îngrijirilor primare de sănătate, oferirea de îngrijiri centrate pe persoană, abordare comprehensivă și în cadrul comunității. Desigur, există mari diferențe între modul de organizare și finanțare în diversele țări europene.

În multe țări din Europa, pacienții se grupează în jurul unor medici de familie. Și în România, medicul de familie are pacienți înscriși pe lista lui, cărora le oferă serviciile necesare, de la prevenție până la cele curative sau terminale. Totuși, modul de organizare și finanțare a serviciilor din asistența medicală primară nu este foarte bine pus la punct în toate țările. Îmbunătățirile la nivel organizațional sunt necesare și e foarte important a fi stimulate și susținute. Mai ales dacă ne gândim la pacienții cu boli cronice, de la care am pornit acest material, nevoile lor fiind diferite de ale celor cu boli acute. Modelul de îngrijiri pentru bolnavii cronici (Chronic Care Model) care este mai răspândit în Europa poate fi susținut mai bine prin unele elemente ale modelului de Medical Home. O creștere a eficienței serviciilor din asistența medicală primară, o mai bună organizare a cabinetelor, stimularea grupurilor de practică, informatizarea în scopul sprijinirii reale a activității personalului medical, susținerea financiară a unor modele de practică sunt obligatorii.

Materialul de față este doar o trecere în revistă sumară a acestui model de îngrijiri. Este timpul, poate, ca și la noi cineva să se gândească la dezvoltarea unor modele de organizare a serviciilor oferite în asistența medicală primară, astfel încât ele să vină într-adevăr în sprijinul pacienților. Putem porni de la modele existente, dezvoltate în alte țări, dar trebuie să ținem seama și de realitățile noastre. Dar poate, mai presus de orice, ar trebui să curățăm sistemul nostru de toate piedicile care stau în calea derulării unei activități medicale de calitate, de toate regulile aberante, de birocrăția care nu folosește la nimic, de raportările în toate direcțiile, care nu au nici o legătură cu pacientul, care nu folosesc decât la satisfacerea unor idei preconceptuate, venite din negura istoriei și care grevează activitatea de zi cu zi a medicului de familie, care îl aglomerează inutil și îi seacă până și ultima picătură de energie. După aceea, vom putea discuta în liniște despre o îmbunătățire a serviciilor medicale. Dar despre acestea, poate, vom discuta într-un alt articol. ■

Bibliografie

1. Rosenthal TC. The Medical Home: Growing Evidence to Support a New Approach to Primary Care. *J Am Board Fam Med*, September-October 2008, vol. 21 no. 5 427-440
2. Jackson GL, Powers BJ et al. The Patient-Centered Medical Home. A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2013; 158: 169-178.
3. Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home. Patient Centered Primary Care Collaborative, Febr. 2007 (<http://www.pcpcc.net>).
4. Alexander JA, Bae D. Does the patient-centred medical home work? A critical synthesis of research on patient-centred medical homes and patient-related outcomes. *Health Services Management Research*, 2012, Vol.25, Nr.2.
5. Peikes D, Zutshi A, Genevro JL, Parchman ML, Meyers DS. Early Evaluations of the Medical Home: Building on a Promising Start. *Am J Manag Care*. 2012;18 (2):105-116.
6. Lebrun-Harris LA, Shi L, Zhu J, Burke MT, Sriipatana A, Ngo-Metzger Q. Effects of Patient-Centered Medical Home Attributes on Patients' Perceptions of Quality in Federally Supported Health Centers. *Ann Fam Med* 2013;5:08-516.
7. Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. *Am J Health-Syst Pharm* - Vol 68 Feb 15, 2011.
8. Stenger RJ, DeVoe JE. Policy Challenges in Building the Medical Home: Do We Have a Shared Blueprint? *J Am Board Fam Med* 2010;23:384 -392.
9. Soldberg LI, Van Rozen P. The medical home: is it a blind men and elephant tale? *Family Practice* (2009) 26(6): 425-427.
10. Rogers JC. The Patient-Centered Medical Home Movement - Promise and Peril for Family Medicine. *J Am Board Fam Med*, September-October 2008. vol. 21 no. 5:370-374.