

Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados

Administração Central do Sistema de Saúde
Workshop:
Gestão do Processo de Integração Vertical das ULS

Objectivos

- ▶ Reconhecer a importância de planear atempadamente a alta do doente, num contexto de integração de cuidados e de gestão da doença.
- ▶ Distinguir a estrutura e o processo do Planeamento de Altas.
- ▶ Relacionar o Planeamento de Altas com os objectivos de eficiência e de qualidade inerentes à prestação de cuidados.
- ▶ Reforçar as competências necessárias ao Planeamento das Altas/Continuidade de Cuidados

Conceito de Planeamento de Altas

- ▶ Processo interdisciplinar de coordenação dos procedimentos de preparação da alta ou a transição de doentes para o domicílio ou diferente tipo de cuidados.
- ▶ Assenta na avaliação das necessidades do doente e da família/cuidador e exige preparação.
- ▶ Responde às necessidades com meios apropriados à sua satisfação.
- ▶ Começou nos hospitais. Mas não é exclusivo deles. Aplica-se aos diferentes níveis de cuidados sempre que a alta ou a transferência exija continuidade de cuidados.

Origens em Portugal

- ▶ Entrou em Portugal pelas mãos do projecto designado de «Sistemas de Informação para a gestão dos Hospitais», nos anos 80.
- ▶ O PA/CC foi lançado com a colaboração da directora do Departamento de Serviço Social do Beverly Hospital, dos EUA, Caroline Howard, em 1985.
- ▶ O tema foi retomado com a Unidade de Missão dos Hospitais SA.
- ▶ Em 2010, a Unidade de Missão dos Cuidados Continuados integrados fez formação para os hospitais de todo o país, incluindo ECL e ECR.

As novas tendências

- ▶ A fragmentação dos cuidados, a pressão dos custos e a emergência das doenças crônicas, num cenário de envelhecimento populacional conduziram à necessidade de coordenação e integração de cuidados.
- ▶ Hoje o Planeamento de Altas deve ser entendido e praticado à luz de um princípio de continuidade de cuidados, de forma a que a situação de saúde doente nada sofra com processos de alta e de transição de cuidados.

A situação particular em Portugal

- ▶ Uma questão incontornável de sustentabilidade.
- ▶ Insuficiente desospitalização, com carência de passagem para modelos baseados no ambulatório.
- ▶ Consequente prática de demoras médias muito elevadas, com elevados custos e riscos inerentes.
- ▶ Ritmo lento de evolução.
- ▶ Insuficiente valorização das boas práticas existentes em *ilhas* do sistema.
- ▶ Métodos de gestão insuficientes (de liderança, controlo e melhoria).

As oportunidades

- ▶ A existência de Unidades Locais de Saúde, com um peso significativo no sistema.
- ▶ As políticas de gestão da doença postas em prática.
- ▶ O desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados
- ▶ A existência de boas práticas em algumas unidades ou serviços
- ▶ A possibilidade de retomar experiências anteriores de gestão (ex. Planeamento de Altas/Continuidade de Cuidados)

Os dois pólos de atenção: a eficiência e a qualidade

- ▶ A questão básica: a equação do valor

Qualidade

Custos

- ▶ Se o doente recebe cuidados a mais, ou seja se a situação não exige o nível de cuidados próprio da organização em que está colocado, há desperdício.
- ▶ Se não recebe os cuidados de que necessita, podem resultar prejuízos para a sua saúde e, no futuro, custos acrescidos para o próprio e para o sistema.
- ▶ Apenas o valor nos interessa.

Questão prévia: para quê planear?

- ▶ Racionalizar as nossas acções?
- ▶ Ter em conta a relação entre o factor tempo, os procedimentos a realizar e os resultados a obter?
- ▶ Conjugar múltiplos intervenientes na mesma organização e noutras organizações?
- ▶ Minimizar os custos de um processo complexo?
- ▶ Que mais?

Óbvio

- ▶ O planeamento é necessário, por vezes crítico, quando nos é exigida sincronização entre pessoas e instituições, principalmente se autónomas.
- ▶ As interfaces dentro das organizações e entre organizações diferentes são sempre pontos frágeis e fontes de problemas em processos que ultrapassam as respectivas fronteiras.
- ▶ Maior facilidade do lado das ULS.

Planear mal, custa caro

- ▶ Tomadas de decisão apressadas podem não ser eficientes.
- ▶ Muitos idosos e outros doentes em situação de fragilidade podem ser readmitidos em internamento hospitalar a um preço elevado.
- ▶ Más escolhas quanto ao local de destino da alta podem conduzir a resultados menos desejáveis e a custos elevados de tratamento.
- ▶ No tempo das doenças crónicas, tratar cada evento de forma isolada é insuficiente.

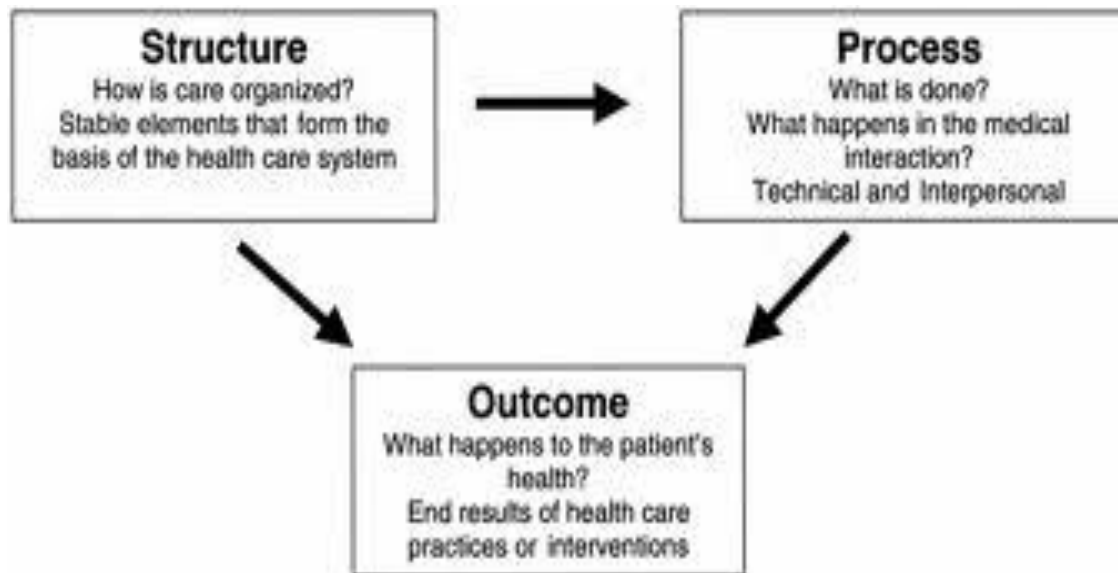
Alargar o horizonte

Olhar para o PA como parte de um processo contínuo, em vez de um evento isolado, alarga as oportunidades de conseguir a efectividade dos cuidados.

Saúde e Domínio Social

- ▶ Os problemas de que estamos a falar dizem respeito a seres humanos, muitas vezes em situação de fragilidade.
- ▶ A variação de caso para caso é enorme, exigindo maior controlo das situações.
- ▶ Não fazer as coisas certas no momento certo, pode trazer consequências gravosas para pessoas, quer sejam doentes, utentes, ou sejam denominadas de outro modo.
- ▶ As doenças crónicas têm processos evolutivos que podem ser acelerados ou atrasados pelas nossas acções ou omissões.

Estrutura, Processo e Resultados (Donabedian)



Condições internas ideais para o sucesso do PA

- ▶ Comunicação efectiva entre profissionais e pessoas envolvidas na prestação de cuidados e no PA e com o exterior;
- ▶ Alinhamento dos serviços para garantir a continuidade de cuidados;
- ▶ Sistemas e processos eficientes de apoio ao PA e à transferência de cuidados;
- ▶ Planeamento claro;
- ▶ Identificação tão cedo quanto possível da data de transferência;
- ▶ Identificação nominativa do responsável do PA;
- ▶ Controlo de qualidade;
- ▶ PA proactivo.

Condições externas de êxito

- ▶ Procedimentos de transferência seguros e efectivos.
- ▶ Capacidade suficiente e qualificada da Rede de Cuidados Continuados nas suas diferentes tipologias.
- ▶ Segurança e qualidade dos cuidados na Rede.
- ▶ Interligação de todas as componentes do sistema.
- ▶ Boa gestão do processo de referenciação.

Sete aspectos relevantes a considerar

- ▶ A gestão dos medicamentos
- ▶ O planeamento da transição
- ▶ A educação e o envolvimento do doente e da família/cuidador
- ▶ Informação de transferência
- ▶ O seguimento de cuidados
- ▶ O envolvimento dos prestadores de cuidados.
- ▶ Responsabilidade partilhada entre prestadores e organizações.

Boa gestão dos medicamentos na transferência de cuidados

- ▶ A reconciliação medicamentosa
- ▶ A educação e o treino do pessoal para recolher, verificar e comunicar, de forma exacta, completa e atempada, os dados necessários no momento da transferência, quer ao doente e família, quer à instituição para a qual é transferido, quer ao médico de família do doente.

O planeamento da transição

- ▶ Definir a estrutura e o processo de planeamento, com identificação do responsável pelas acções destinadas a assegurar a passagem do doente para o domicílio ou para outro nível de cuidados.
- ▶ A estrutura deve adaptar-se à dimensão e natureza de cada unidade, mas deve reflectir-se no respectivo organigrama, fundamentar-se num documento de política na matéria e ser objecto de acompanhamento e avaliação.
- ▶ O seu funcionamento baseia-se na avaliação e satisfação das necessidades do doente, numa perspectiva multi-profissional.

Educação e envolvimento do doente e família

- ▶ Conhecimento das condições de saúde e do plano de cuidados.
- ▶ Provisão de educação, de acordo com a capacidade de cada um, traduzindo a terminologia e o conteúdo das mensagens de forma compreensível para o doente e família.
- ▶ Desenvolvimento de capacidades de domínio dos auto-cuidados.
- ▶ Tornar consciente o doente e a família de riscos e até de 'sinais vermelhos' de perigo para a saúde.
- ▶ Avaliação dos conhecimentos e capacidades que se procurou transmitir.

Transferência da informação

- ▶ O ideal: desenvolvimento de modelos normalizados e electrónicos de comunicação.
- ▶ Gestão do carácter atempado da informação. Definição do momento do envio, de forma a que a informação tenha o máximo de utilidade.
- ▶ Estabelecimento de contactos pessoais, sempre que apropriado.
- ▶ Acerto de procedimentos entre prestadores e coordenação de sistemas informáticos.

Seguimento dos cuidados

- ▶ Telefonemas e contactos pessoais, seja com os doentes e famílias, seja com os prestadores de cuidados de destino.
- ▶ Consideração das condições de segurança no domicílio.
- ▶ Detecção de mudanças significativas, embora subtis, nas condições do doente e família.
- ▶ Definição normalizada dos contactos e visitas.

Envolvimento dos prestadores

- ▶ Seguimento do princípio da identificação individual dos prestadores, incluindo equipas.
- ▶ Relação privilegiada com os médicos de família dos doentes.
- ▶ Estabelecer formas de comunicação aberta e atempada entre níveis de cuidados e respectivos profissionais.
- ▶ Ter em atenção os planos de cuidados, com relevo para doenças crónicas.

Responsabilidade partilhada

- ▶ Assegurar a tomada de responsabilidade pelos cuidados a prestar ao doente no processo de transição.
- ▶ Assumir a responsabilidade da transferência até à passagem dessa mesma responsabilidade para outrem.
- ▶ Garantir a segurança do doente no processo de transição.
- ▶ Gerir a informação partilhada e o processo comunicacional.

Indicadores de avaliação

- ▶ N.º de dias e de doentes com protelamento da alta.
- ▶ % de dias de internamento inapropriados. Sua distribuição por causas.
- ▶ Grau de satisfação dos doentes com o processo de PA/CC.
- ▶ Exaustividade da informação para PA/CC no Processo do Doente.
- ▶ Reinternamentos.

Boas Práticas

- ▶ Na liderança dentro de cada Hospital.
- ▶ Na estrutura e processo do Planeamento de Altas.
- ▶ Na acção conjunta interna e externa para obtenção dos melhores resultados
- ▶ Na boa gestão de todo o processo de PA/CC, incluindo o controlo de qualidade, através da definição e uso de indicadores de resultados.
- ▶ No relacionamento com todos os intervenientes do sistema de prestação de cuidados.

Novas exigências

- ▶ Criação/adopção de novos cuidados de cuidados que efectivem o *continuum* de cuidados, o acompanhamento apropriado dos processos evolutivos da doença.
- ▶ O envolvimento do doente/família/cuidador e a sua capacitação no controlo da doença e nas actividades da responsabilidade de cada um.
- ▶ A correspondente mudança cultural.
- ▶ A aceleração da adopção dos novos modelos e práticas.
- ▶ O controlo e a melhoria contínua da estrutura, dos processos e dos resultados.

Conclusão

- ▶ A importância do PA/CC, como garantia de bons resultados em saúde, constitui um método imprescindível para a integração de cuidados e para a melhoria dos resultados em saúde e da eficiência.
- ▶ O envolvimento e capacitação do doente e família e a qualidade da informação e do processo de comunicação são essenciais.
- ▶ Por isso, a explicitação organizacional, bem como a avaliação do processo de PA/CC e a constante melhoria de resultados são essenciais para o seu êxito e cumprimento da missão de cada organização prestadora de cuidados.