

INTEGRALIDADE, SUSTENTABILIDADE E QUALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO

“Navegador” do Paciente

Um modelo de otimização da proposta de cuidado integral





Agenda

1. Cenário & Possíveis Soluções – Coordenação do Cuidado
2. Navegador do Paciente – Características do profissional
3. Experiência e Resultados nos Estados Unidos
4. Programa de Saúde e Bem-Estar do Idoso no Brasil
5. Treinamento da Equipe & Principais Desafios
6. Discussão - Aspectos relevantes para a mudança completa do modelo assistencial

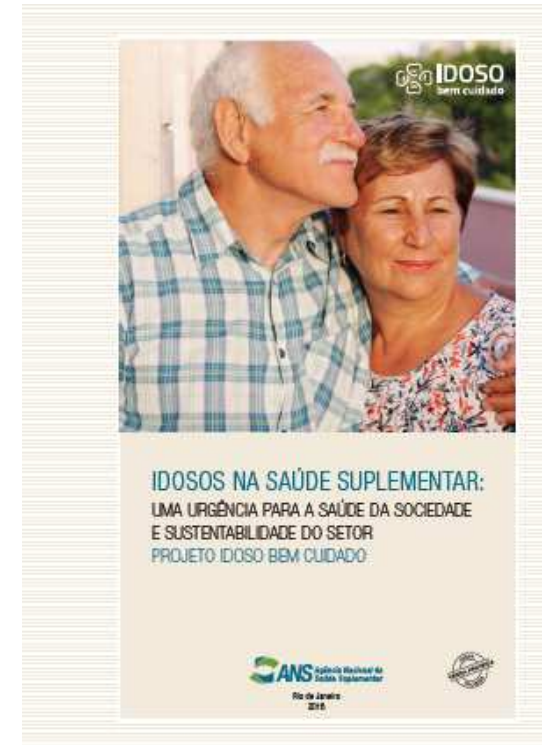
Cenário

- ✔ O Sistema de saúde atual é complexo
- ✔ Os pacientes, em busca de cuidado, necessitam interagir sozinhos com vários profissionais de saúde, laboratórios, hospitais e clínicas, de forma totalmente descoordenada
- ✔ Como estes profissionais não se comunicam uns com os outros, na maioria das vezes, os pacientes recebem cuidados fragmentados e ineficientes, causando riscos à saúde, quando se espera resolução dos problemas
- ✔ As consequências podem ser muito ruins para a saúde dos pacientes e também para o sistema. Vão desde exames repetidos até mal uso do Pronto Socorro e internações desnecessárias. Isso leva a um sistema de baixa qualidade assistencial e de custo muito alto
- ✔ Os pacientes idosos e com múltiplas doenças crônicas tendem a ser os mais afetados

Possíveis soluções – Coordenação do cuidado

PROPOSTA PARA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA SAÚDE SUPLEMENTAR: INTEGRALIDADE, SUSTENTABILIDADE E QUALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO

“Um modelo contemporâneo de saúde do idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma linha de cuidado ao idoso que pretenda apresentar eficácia e eficiência deve pressupor uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.”



Ref. IDOSOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA URGÊNCIA PARA A SAÚDE DA SOCIEDADE E SUSTENTABILIDADE DO SETOR

Possíveis soluções – Coordenação do cuidado

- ✔ O princípio de Integralidade propõem que se desenvolvam um conjunto de ações integradas tanto em suas dimensões verticais - Complexidade Primária, Secundária e Terciária - quanto horizontais - Promoção, Prevenção e Recuperação
- ✔ Mudanças ao redor do mundo tem proposto soluções que se assemelham à necessidade brasileira e que podem permitir melhores resultados em saúde
- ✔ Os modelos de Assistência Integral e Cuidados Continuados possuem um objetivo comum: a organização estratégica do cuidado
- ✔ A organização deste cuidado está em uma figura central, com foco na atenção primária e no “*continuum*” do cuidado, e parece apontar para melhores resultados em saúde
- ✔ Surge a figura do “*Care Navigator*” ou navegador do paciente ou coordenador do cuidado

Navegador de Pacientes

Um profissional a bordo de um barco ou aeronave responsável por sua navegação. A responsabilidade primordial do navegador é estar a par da posição da aeronave ou barco em todas as situações



Navegador de Pacientes – em outras palavras...

O que é o Navegador do Paciente?

“De acordo com a Associação Médica Americana, o “navegador” do paciente é um profissional de saúde responsável pelo gerenciamento pessoal do cuidado do usuário à medida que o mesmo se move pelas diferentes estruturas e níveis de complexidade do sistema de saúde”

Ref. IDOSOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA URGÊNCIA PARA A SAÚDE DA SOCIEDADE E SUSTENTABILIDADE DO SETOR

Navegador de Pacientes – Experiência nos EU

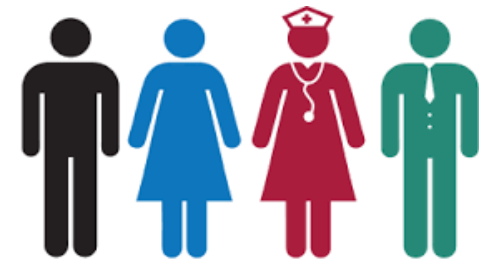
Requisitos:

1. Experiência: pelo menos 3 anos de experiência com Ações administrativas de coordenação de referências na assistência médica, seguros de saúde, Administradoras de Serviços de Saúde
2. Capacitação e Treinamento mínimos: Ensino Médio (mínimo). Desejável Profissional Assistente Social (Superior)
3. Licença e certificação: Não requer
4. Outras especificações: Excelente habilidade de comunicação



Navegador de Pacientes – Experiência nos EU

- ✔ Engajar pacientes ao desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado que possa reunir suas necessidades e prioridades
- ✔ Garantir que o paciente ou cuidador entenda seu papel delineado em um plano terapêutico e sinta-se amparado para desempenhar suas responsabilidades
- ✔ Identificar todas as barreiras – Psicológica, Social, Financeira e Ambiental – que afetam a habilidade do paciente para a adesão à tratamentos ou manutenção de saúde
- ✔ Reunir equipe de profissionais de saúde apropriada para direcionar as necessidades do paciente
- ✔ Auxiliar a navegação do paciente pela rede referenciada dentro de sua área de abrangência e nos processos formais de liberação de guias
- ✔ Garantir que o histórico e dados de saúde eletrônicos, estejam apropriadamente atualizados para otimizar o acesso das equipes de saúde e, pelo próprio paciente
- ✔ Facilitar e a comunicação adequada entre os diferentes os profissionais de saúde envolvidos na equipe de cuidados
- ✔ Manter acompanhamento periódico, para garantir que as necessidades do paciente sejam atendidas e suas circunstâncias e prioridades não se alterem



Navegador de Pacientes – Experiência nos EU



Engajamento Estratégico

- Promove Comunicação
- Engajamento
- Identifica Barreiras não clínicas
- Promove interação entre todos os níveis de complexidade e aciona equipes de coordenação de cuidados específicas

Accountable Care Organizations



Ativação de Equipe Clínica

- Suporte contínuo de equipe clínica especializada, triagem de necessidades e barreiras clínicas, fragilidades e complexidade, Abordagem sensível adoção de estilo de vida saudável

Programas de Saúde e Bem-Estar



Navegação de Paciente

- Abrangência de rede referenciada, benefícios e serviços comunitários
- +
- Ativação de equipe clínica especializada integrados por meio de dados em plataforma digital sofisticada

Prestadores de Serviços de Saúde

Resultados – Estados Unidos

Delivering Value within the Hospital and Beyond to Support Healthcare Initiatives

By partnering with Healthways for readmission avoidance and provider satisfaction and better quality of care, our organization has implemented regimens, improve self-efficacy, and patient engagement and intervention increase. While achieving better health outcomes, we have also achieved healthier bottom lines and reform.

HEALTHWAYS

Healthways

Care Transitions Solution™
A Best Practice Model

Monthly Report – December 2015

Hospital
Generated: January 28, 2016

Ins.
Pat.
Chall.

Lay patient has been a challenge to healthcare providers. The approach to healthcare delivery has been a challenge to healthcare providers. The approach to healthcare delivery has been a challenge to healthcare providers. The approach to healthcare delivery has been a challenge to healthcare providers.

Healthcare providers are typically members who are trained to help people manage non-clinical barriers—financial, logistical, emotional, cultural and communications—that can lead patients to deviate from their care plan. As one patient explains, "Talking to you has lifted the pressure off me and put everything in perspective."

Impact of a Scalable Care Transitions Program for Readmission Avoidance

Brent Hamar, DDS, MPH; Elizabeth Y. Rula, PhD; Aaron R. Wells, PhD; Carter Cobertley, PhD; James E. Pope, MD; and Daniel Varga, MD

MANAGERIAL



The changing healthcare landscape has amplified the need to improve healthcare quality while also reducing costs. Healthcare spending, which reached \$2.8 trillion in 2012, is a comparison of 12% of US gross domestic product. More than 40% higher than other countries, the US spends far more on healthcare. Conditions in the US have been attributed to a combination of safety, effectiveness and patient observations could reflect a more strained result of a surge in hospital readmissions—which contribute to the overall cost of care. Hospital readmissions are recognized as an avoidable cost. Of nearly 12 million Medicare hospital discharges in 2010, 20% resulted in 30-day readmissions.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the Care Transition Solution (CTS) as a means to improve quality through reduction of preventable hospital readmissions among patients with readmission-sensitive conditions subject to penalties imposed by the Affordable Care Act.

Study Design: A retrospective quasi-experimental evaluation of the impact of the CTS among admitted patients diagnosed with heart failure, acute myocardial infarction, chronic obstructive pulmonary disease, and/or pneumonia in Texas. The program, designed for scalable delivery, incorporated identification of high readmission-risk patients, assessment of individualized medication reconciliation, discharge planning, care coordination, and telephonic postdischarge follow-up.

Methods: The treatment group of program enrollees (N = 560) and the comparison group with no program contact (N = 3340) were matched on 8 core demographic, diagnostic, and severity variables associated with readmission risk. Assessed outcomes included relative risk and odds of readmission within 30 days postdischarge and overall within the 6-month evaluation period. Zero-inflated poisson multivariate models were used to estimate intervention effects controlling for matching generated weights, age, disease status, and period of evaluation.

Results: Treatment group risk of readmission was 22% lower (incidence rate ratio [IRR], 0.78; P < .01) and 30-day readmission risk was 26% lower (IRR, 0.74; P = .01) relative to the comparison group. Odds of any or 30-day readmission were 0.47 (95% CI, 0.36-0.65) and 0.56 (95% CI, 0.41-0.77), respectively, for treatment relative to comparison.

Adding value- and improving the health of patient, and reducing the per capita health by striving to proactively address health through patient-centered, outcomes.

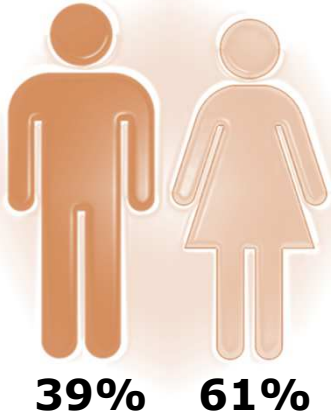
Healthways have earned the American Hospital Association. Following the proprietary Care Transitions Solution™ (CTS) was the high-quality care needed to improve outcomes.

In several widely recognized care transition programs, the platform and highly trained professionals to support care across transitions of care. This coordinated, care can help improve care delivery, enhance health outcomes,

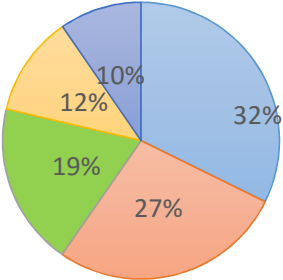
- Comprovadas soluções na coordenação de cuidados necessários para melhoria da saúde populacional;

Programa de Saúde e Bem-Estar do Idoso - Brasil

✓ **27.993** participantes no programa



Faixa Etária



■ 65-69 ■ 70-74 ■ 75-79 ■ 80-84 ■ 85+

ALGUNS INDICADORES
Distribuição da Idade
Sexo
Auto Percepção da Saúde
Atividades da Vida Diária (AVD)
Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)
Função Cognitiva
Força Física (Risco de Queda)
Quedas
Riscos Domésticos
Risco de subnutrição
Subnutrição
IMC
Acuidade Visual
Acuidade Auditiva
Atividade Física
Tabagismo
Consumo de Álcool
Atuação como cuidador
Lazer
Depressão
Sono
Monitoramento médico
Cuidados Dentários
Vacina contra Infuenza
Doenças Crônicas
Medicamentos

Programa de Saúde e Bem-Estar do Idoso

- ✓ Programas de Saúde e Bem-Estar do Idoso



5 Estágios de Disposição para a Mudança –

- ✓ Navegação da Motivação na Adoção de Hábitos Saudáveis;

Treinamento da Equipe: Modelo Centrado na Pessoa

- ✔ Explora a experiência do idoso e reforça seu potencial de autonomia, saúde e bem-estar - Expectativas, sentimentos, funcionalidade, entre outros
- ✔ Visão holística - História de vida e contextos
- ✔ Incorporar a prevenção e promoção de saúde - reduzir riscos evitáveis, reduzir complicações, evitar o excesso de intervenções
- ✔ Elaboração de um plano conjunto de manejo da saúde, identificando potenciais barreiras.

Enfermeiro Coordenador de Cuidados	Navegador de Paciente
Identificação de necessidades clínicas Plano de Cuidados Objetivos do tratamento Engajamento - Adoção de Hábitos Saudáveis Complexidade clínica	Identificação de Necessidades não clínicas Suporte e reforço de habilidades de auto-gestão Coordena e direciona a oferta de recursos apropriados – rede de apoio

Navegador de Pacientes – Definição para o Programa no Brasil



Engajamento Estratégico

Promove Comunicação
Engajamento
Identifica Barreiras não
clínicas
Promove interação entre
todos os níveis de
complexidade e aciona
equipes de coordenação
de cuidados específicas



Ativação de Equipe Clínica

Suporte contínuo de equipe
clínica especializada, triagem
de necessidades e barreiras
clínicas, fragilidades e
complexidade, Abordagem
sensível adoção de estilo de
vida saudável



Navegação de Paciente

Abrangência de rede
referenciada,
benefícios e serviços
comunitários
+
Ativação de equipe
clínica especializada
integrados por meio de
dados em plataforma
digital sofisticada

**Capacidade Potencial - Dados
fornecidos da rede & agenda**

Enfermeira coordenadora de cuidados

**Hoje: Estrutura de plataforma
delineada –Atuação ocorre parcial**

Slide 15

TM15 desmenbrar as ações do care navigator, enfermeira coordenadora e navegador. agendamento desde de que tenha acesso a agenda do profissional.

Tathiane Matsuo; 09/01/2017

Discussão - Aspectos relevantes para a mudança do modelo

- 1) Não pode ser uma ação isolada de um provedor. É necessária uma rede de prestadores envolvidos na mesma proposta de valor
- 2) O foco deve ser na experiência e integralidade do cuidado do paciente e não apenas na redução dos custos assistenciais
- 3) Mudar o modelo de remuneração baseado no valor agregado ao paciente e aos resultados de saúde atingidos
- 4) Deve haver uma mudança de cultura, que passa pela forma como os provedores de saúde “pensam” o modelo de cuidado

Obrigada



Dra. Ana Cláudia Pinto - AnaClaudia.Pinto@healthways.com
Ângela Xavier de Mendonça - Angela.Xavier@healthways.com

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas. Brasília, 2000. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf
- TEIXEIRA, Carmen. Os Princípios do Sistema Único de Saúde. Bahia, 2009. Disponível em http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf
- Idoso na saúde suplementar : uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor / Martha Oliveira [et al.] . – Rio de Janeiro : Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016.
- SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- Harrison, P.L., Hara, P.A., Pope, J.E., Young, M.C. and Rula, E.Y., 2011 The Impact of Post discharge Telephonic Follow-Up on Hospital Readmissions. *Population Health Management* 14 (1).
- USA. *Accountable Clinical Management (ACM): The Chief Nursing Officer's Best Friend — A White Paper from Navvis Healthways*
- Brent Hamar, DDS, MPH; Elizabeth Y. Rula, PhD; Aaron R. Wells, PhD; Carter Coberley, PhD; James E. Pope, MD; and Daniel Varga, MD - Impact of a Scalable Care Transitions Program for Readmission Avoidance - *Am J Manag Care*. 2016;22(1):28-34
- Robert M. Califf, M.D., et.al. **Transforming Evidence Generation to Support Health and Health Care Decisions**. *The New England Journal of Medicine* - 375;24 nejm.org December 15, 2016
- The Promise of Care Coordination: Transforming Health Care Delivery