



SNS Jornadas Hospitalares 2018

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE

EQUIPAS DEDICADAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A experiência do Centro Hospitalar São João

O QUE É O MODELO SU COM EQUIPAS DEDICADAS ?

- **Modelo “clássico”:**
Atendimento primário no SU é feito por médicos de vários serviços e especialidades, que fazem 12-24 h do seu horário semanal na urgência
- **Modelo “dedicado” (*Despacho 10319/2014*) :**
 - a urgência é assegurada por médicos que, na sua totalidade ou maioritariamente, trabalham apenas no SU e que têm vocação e competência para essa prática clínica, constituindo o staff médico do serviço;
 - *esta definição exclui, evidentemente os SUs assegurados com recurso a “empresas de médicos”, que não possuem as características acima referidas e não constituem um serviço de ação médica;*
 - **os médicos “urgencistas” realizam todo o atendimento primário no SU e resolvem a esmagadora maioria das situações, referindo para médicos de valências específicas os doentes que exigem esse passo.**

CARACTERÍSTICAS DOS DOIS MODELOS DE RH PARA O SU

Classic model

The ED is handled by doctors from different medical specialties (primarily junior doctors in training)

Part-time—12 to 18 h/week in the ED

The ED director has no direct leadership responsibilities over the medical staff (i.e. each medical doctor answers to his department head)

Inexistent ED recruiting policies (staffing is dependent on other departments' needs)

The ED's strategy and leadership structure is unclear to most doctors that occasionally work in the ED, and the medical staff is usually not aware of key performance indicators in the ED

Scarce training in the ED (e.g. advanced life support, trauma patient, ...)

Doctors who occasionally visit the ED for patient care are less committed to quality improvement measures, case discussion, clinical audit activities, ...

Dedicated model

There is a team of doctors with formal training in emergency medicine (primarily consultants/senior doctors)

Full-time—40 h/week in the ED

The ED direct has a formal leadership role over the medical team

There is an active recruitment based on doctors' vocation for the ED work

The ED is a hospital department on its own, with a leadership structure, a clear strategy aligned to the hospital's mission and vision and a regular monitoring and discussion of key performance indicators in the ED

Formal training courses in the ED on a regular basis

Doctors from the team, who continuously work in the ED, are more committed to quality improvement measures, process engineering, case discussion, clinical audit activities, team-building initiatives, ...

Ramos P, Paiva JA. Int J Emerg Med 2017; 108

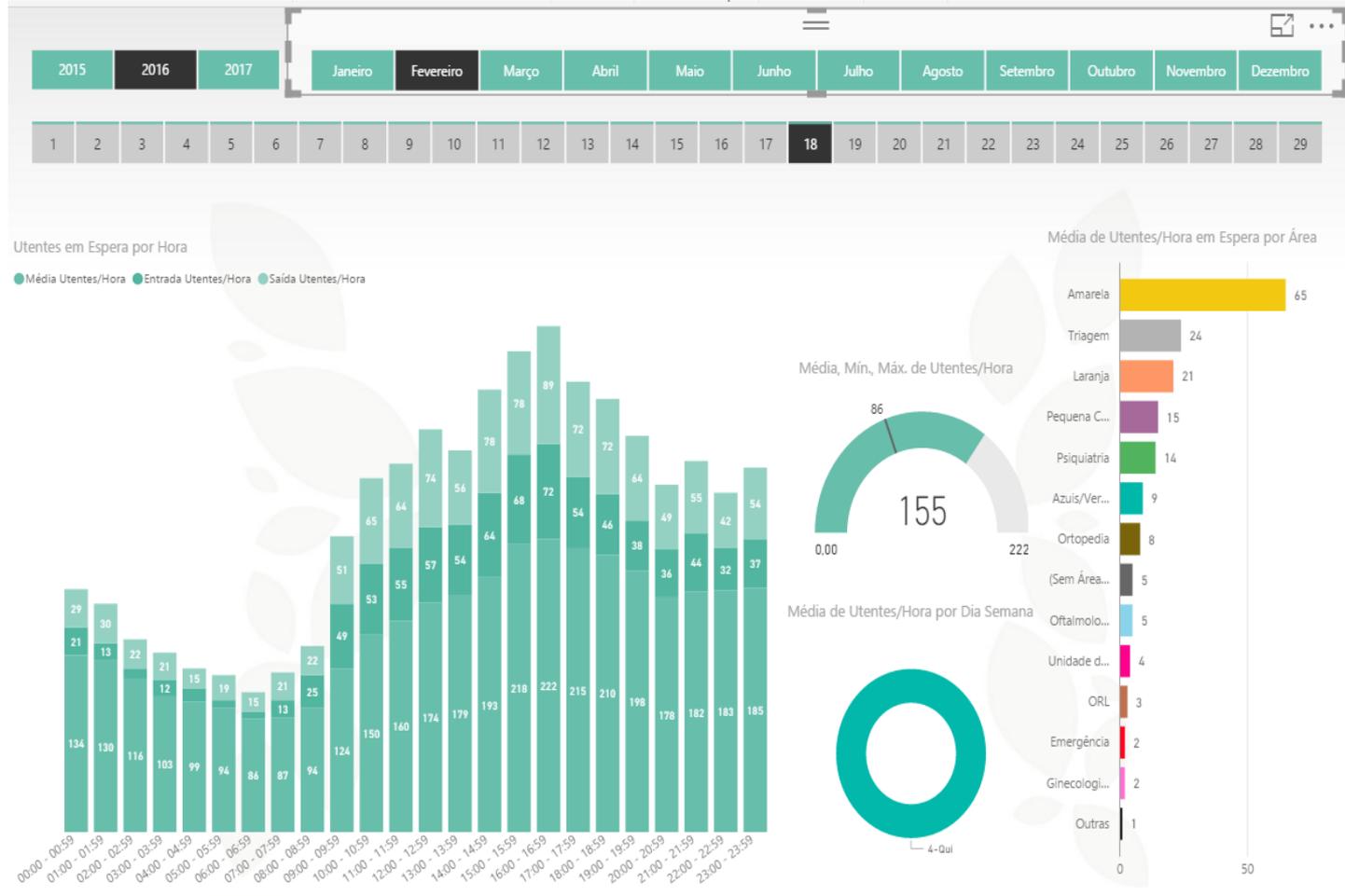
SUP do CHSJ em Modelo Dedicado desde 2005

- Modelo Dedicado, atendimento primário médico-cirúrgico
- Modelo Misto, atendimento orto-trauma
- Sala de Emergência - coordenação Medicina Intensiva em presença física
- Unidade de Curta Permanência (até 24 horas)
- Pré-hospitalar integrado
- Organização funcional e estrutural de acordo com fluxos próprios (Triagem, Vias Verdes, Urgências Metropolitanas)
- E-CPR e DPC
- Informatização e gestão de fluxos em real-time

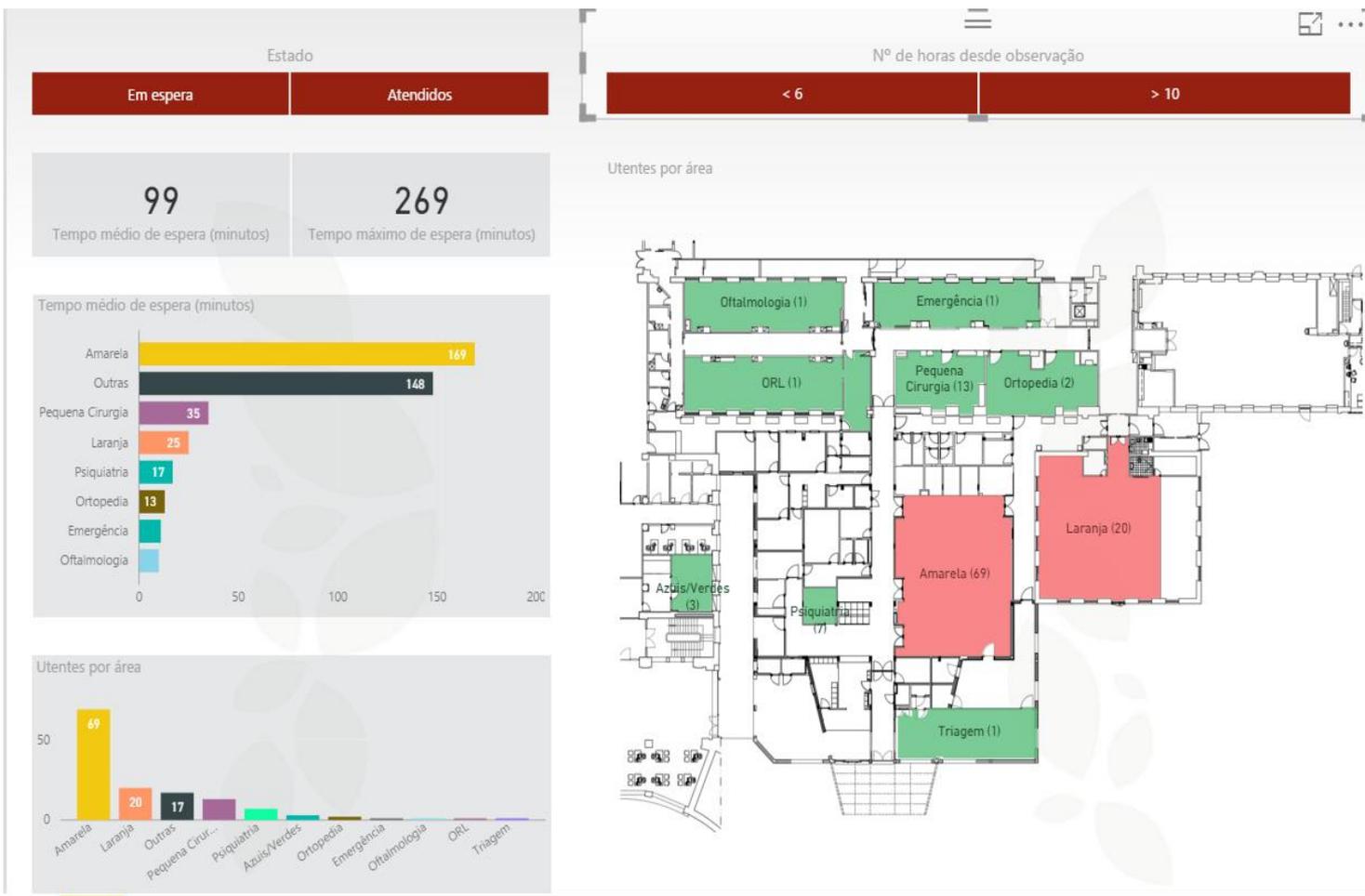
F O R M A Ç Ã O

- Programa de formação base de acordo com a classe profissional
 - Módulos transversais às várias classes profissionais
 - Formação em processos específicos
 - Formação de acordo com necessidades identificadas
- Formação e integração aos novos internos e profissionais

ACESSO POR HORA



MONITORIZAÇÃO DA OCUPAÇÃO ONLINE



QUESTÃO

- Desde há muito que os SU têm quadro específico de enfermeiros e assistentes operacionais específico, que dedicam toda a sua actividade clínica a esse serviço.
- Tal não acontece, na maioria dos SU, com os médicos

PORQUÊ?

PORQUE NÃO TEMOS MAIORITARIAMENTE SU COM MODELO DE EQUIPAS DEDICADAS ?

- Porque não tem sustentabilidade legislativa ?
- Porque apesar de ter sustentabilidade legislativa , os peritos não acreditam nele ?
- Porque apesar de ter sustentabilidade legislativa e os peritos acreditarem nele, não é baseado em evidencia ?
- Porque apesar de ter sustentabilidade legislativa, os peritos acreditarem nele e estar baseado em evidência, não conseguimos fazê-lo ou sustentá-lo ?

O modelo dedicado tem sustentabilidade legislativa e os peritos acreditam nele

- o Despacho Normativo nº 11/2002, de 6 de Março de 2002, criou o **Serviço de Urgência Hospitalar como serviço de acção médica**, preconizando a constituição de equipas médicas adequadas ao seu movimento assistencial e prevendo que haverá uma progressiva dedicação ao trabalho naquele serviço, por parte de médicos dotados de competências e qualificações próprias.
- o Despacho nº 47/SEAS/2006 afirma que “**o Conselho de Administração deve promover a constituição de equipas dedicadas** constituídas por médicos que afectem parte ou a totalidade do seu horário semanal de trabalho ao SU, com carácter definitivo ou temporário”.
- O Despacho 10319/2014 de 11 de agosto **reafirma esse modelo de RH como o modelo preferencial e regula as competências e formação necessárias**

Despacho 10319/2014 – Artigo 21º Recursos Humanos e Formação

1. O Conselho de Administração Hospitalar deve possuir uma política institucional, plasmada no seu Plano e Relatório de Atividades, que promova o SU como Serviço de Ação Médica, incluindo como objetivos:

a) A constituição preferencial do SU por equipas de profissionais de saúde dedicados à Urgência, ou seja, profissionais que trabalham na sua totalidade ou maioritariamente apenas no SU, sobretudo nos períodos do dia de maior procura, no cumprimento do Despacho nº 47/SEAS/2006;

b) A articulação e integração de processos e de cuidados entre os SU e restantes serviços hospitalares, quer os que prestam apoio direto, quer os que recebem doentes internados, numa perspetiva de cuidados centrados no doente, de forma humana, célere e eficiente.

c) A promoção das competências e as capacidades mínimas de Médicos, Enfermeiros e restante pessoal e definir claramente a sua formação, titulação e creditação;

2. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a formação e o currículo dos profissionais de atendimento da Rede nos SUB, no SUMC e no SUP devem obrigatoriamente contemplar:

a) Relativamente aos Médicos e Enfermeiros:

I. Formação em Suporte Avançado de Vida;

b) Relativamente aos Médicos e Enfermeiros envolvidos no atendimento pediátrico num SU:

I. Formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) ou, quando impossível, em Suporte Imediato de Vida Pediátrico (SIVP);

c) Relativamente aos Assistentes Operacionais:

I. Formação em Suporte Básico de Vida;

3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a formação e o currículo de, pelo menos, 50% dos profissionais nas equipas de atendimento da Rede, em exercício em qualquer um momento, nos SUB, no SUMC e no SUP devem contemplar:

a) Relativamente aos Médicos e Enfermeiros:

I. Formação em Suporte Avançado de Vida em Trauma (nos Centros de Trauma, todos os profissionais de saúde têm que ter esta formação);

II. Formação em Ventilação e Controle Hemodinâmico;

III. Formação em Transporte de Doentes Críticos;

IV. Formação em VV;

V. Formação em Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de Stress e de Conflitos, Comunicação do risco e “transmissão de más notícias”.

b) Relativamente aos Médicos:

I. “Competência em Emergência Médica”, atribuída pela Ordem dos Médicos.

c) Relativamente aos Enfermeiros:

I. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros;

d) Relativamente aos Assistentes Operacionais:

I. Formação em Técnicas de Trauma e Imobilização;

II. Formação em Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de Stress e de Conflitos.

O modelo dedicado é baseado em evidência

5. Os Indicadores de Qualidade devem estar incorporados num painel nacional de indicadores estável, mas atualizável, definido pela DGS com a colaboração da ACSS, das ARS e do INEM, onde conste, a sua designação, objetivos, forma de cálculo, situações de exceção, padrão mínimo e meta.

6. São base de consideração de indicadores para o painel nacional, os propostos pela CRRNEU.

7. Os Indicadores de Qualidade constantes no painel nacional devem integrar o sistema de monitorização trimestral do Serviço Nacional de Saúde, da responsabilidade da ACSS, assegurando a sua publicação regular e acessibilidade ao cidadão e aos profissionais de saúde.

8. Cada ARS e cada instituição pode desenvolver, adicionalmente, Indicadores de Qualidade próprios, que deverão ser mantidos públicos e atualizados em página da internet própria, da responsabilidade da instituição proponente.

9. A avaliação das unidades integrantes do SIEM, refletida no cumprimento dos critérios mínimos, na evolução dos seus indicadores e desempenho, na posição relativa às restantes unidades comparáveis, na proposta de novas metas e de estratégias de desenvolvimento, a integrar nos planos e relatórios de atividades anuais, é da responsabilidade:

- a) Ao nível institucional, das próprias instituições;
- b) Ao nível regional, das ARS, que deverão refletir a evolução do desempenho dos SU sobre sua responsabilidade;
- c) Ao nível nacional, do INEM, no relativo ao Sistema de Emergência Pré-hospitalar e da articulação com o Sistema Hospitalar de Urgência da ACSS e da DGS, no relativo ao desempenho da gestão e da qualidade clínica, respetivamente.

Artigo 22º

Crítérios, indicadores de qualidade e avaliação do Sistema Integrado de Emergência Médica

O modelo dedicado é baseado em evidência

Ramos and Paiva *International Journal of Emergency Medicine* (2017) 10:8
DOI 10.1186/s12245-017-0136-9

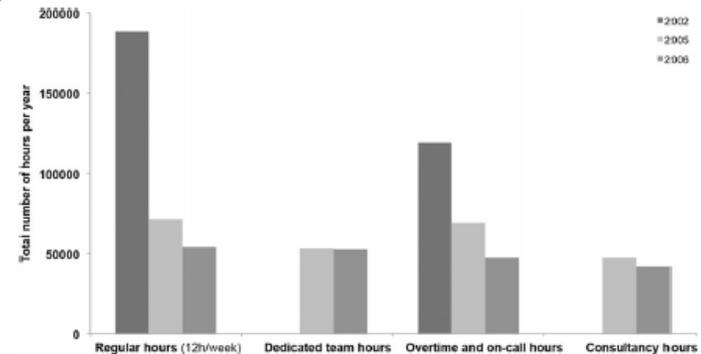
International Journal of
Emergency Medicine

ORIGINAL RESEARCH

Open Access

Dedication increases productivity: an analysis of the implementation of a dedicated medical team in the emergency department

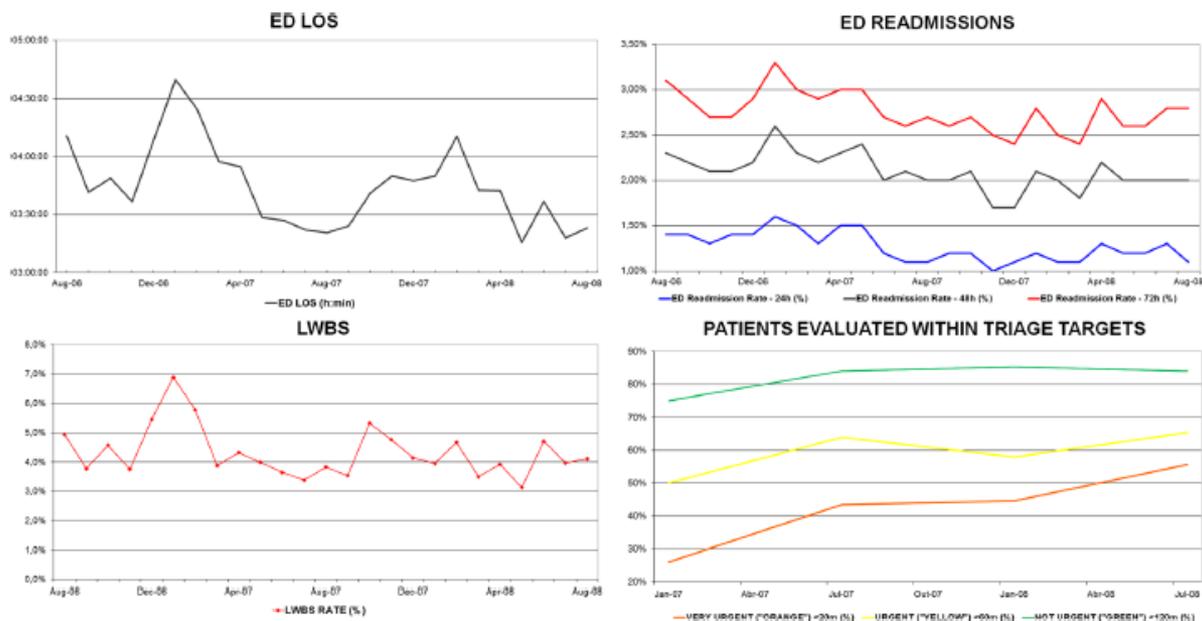
Pedro Ramos^{1,2*} and José Artur Paiva^{1,3}



Results: We found that medical productivity (number of patients treated per hour of medical work) increased dramatically after the creation of the dedicated team ($\chi^2_{KW} = 31.135$; $N = 36$; $p < 0.001$) and costs with ED medical work reduced both in regular hours and overtime. Moreover, hospitalisation rates decreased and the length of stay in the ED increased significantly after the creation of the dedicated team.

Conclusions: Implementing a dedicated team of doctors increased the medical productivity and reduced costs in our ED. Our findings have straightforward implication for Portuguese policymakers aiming at reducing hospital costs while coping with increased ED demand.

O modelo dedicado é baseado em evidência

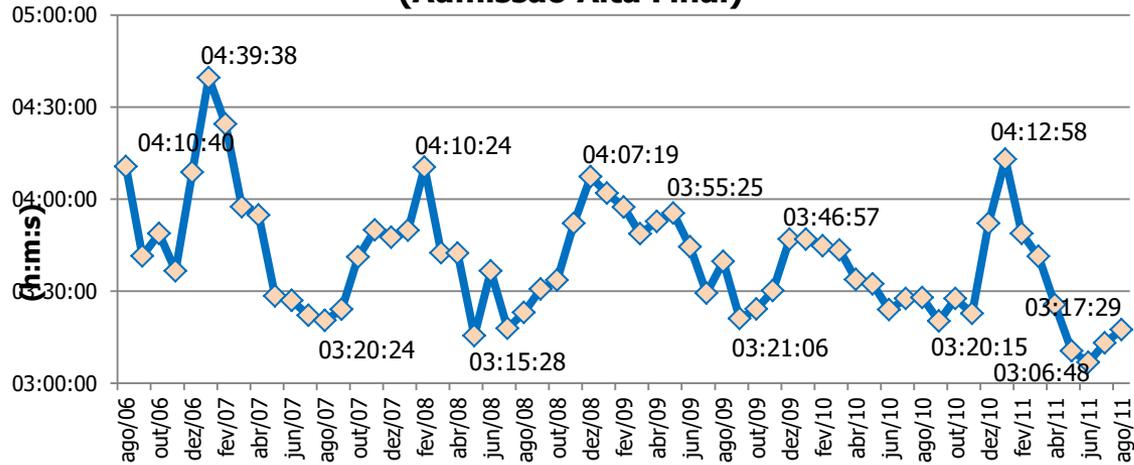


	2002	2005	2006
Productivity (patients treated/hour)	0.13	0.20	0.27
Productivity variation		53.80%	107.69%
Cost with ED's medical hour (in 2015 values)	6,544,622€	4,695,463€	3,602,738€
Cost variation		-28.25%	-44.95%
Hour cost per patient visit (in 2015 values)	165.48€	98.20€	67.65€

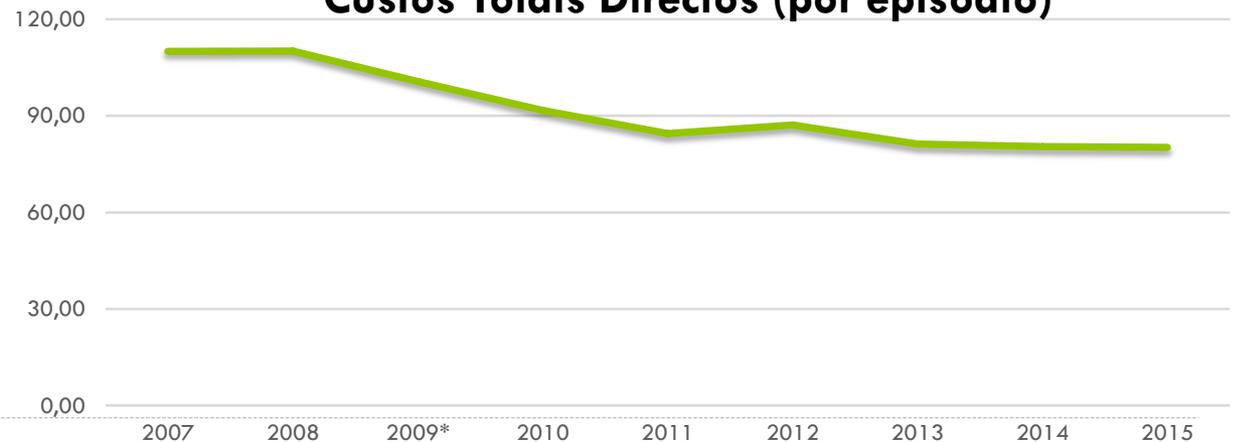
SNS Jornadas Hospitalares 2018

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE

TEMPO MÉDIO DE ESTADIA NO SU (Admissão Alta Final)



Custos Totais Directos (por episódio)



PORQUE NÃO TEMOS MAIORITARIAMENTE SU COM MODELO DE EQUIPAS DEDICADAS ?

- Porque não tem sustentabilidade legislativa ? **TEM**
- Porque apesar de ter sustentabilidade legislativa , os peritos não acreditam nele ? **ACREDITAM**
- Porque apesar de ter sustentabilidade legislativa e os peritos acreditarem nele, não é baseado em evidencia ? **É**
- **Porque apesar de ter sustentabilidade legislativa, os peritos acreditarem nele e estar baseado em evidência, não conseguimos fazê-lo ou sustentá-lo**

PORQUE NÃO CONSEGUIMOS FAZER OU SUSTENTAR O MODELO DEDICADO DE SU?

- Porque não há médicos que gostem de o fazer ?
- Porque não há condições para os médicos que gostam de o fazer, o queiram fazer ?
- Porque mesmo que haja médicos que queiram fazê-lo, a metodologia de recrutamento é difícil e inadequada ?

Porque não há médicos que gostem de o fazer ?

HÁ, embora deva haver uma melhor tipificação do perfil clínico:

- Necessidade de resolver a questão da doença aguda não urgente
- Não é claro que possamos vincular a melhoria de acessibilidade em CSP a diminuição de utilização de SU de forma genérica ou para todos os grupos populacionais, mas parece evidente que esse deve ser um objectivo sanitário independentemente do putativo efeito nos SUs.
 - Aprofundamento da relação com CSP: agendas partilhadas
 - Consulta de *follow-up*
 - Cuidados domiciliários
 - Investimento e divulgação da triagem remota (S24)
 - Incentivos à criação de vias de acesso facilitado pelos CSP para atendimento não programado
- **Necessidade de criação de novas respostas integradas CH / CSP**

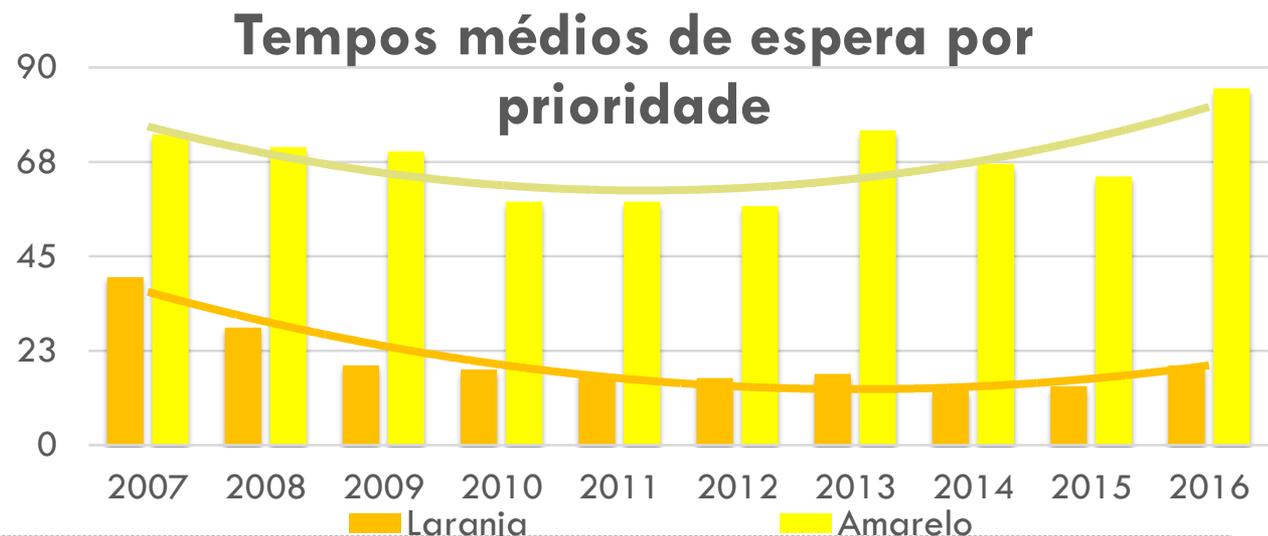
Porque não há condições para os médicos que gostam de o fazer, o queiram fazer ?

- Necessidade de regulação de estatuto, formação e carreira pela Ordem dos Médicos
- Necessidade de criação de metodologias de remuneração acrescida
 - **2001 - Competência em Emergência Médica** (publicado em separata da Revista da OM 2002)
 - Proposta da criação da ***Especialidade de Medicina de Urgência*** (2005)
 - Proposta de criação de ***Ciclo de Estudos Especiais em Medicina de Urgência e Emergência*** (2012), validada pela OM
 - **Jan 2015** – criação pelo CNE da **competência em Medicina de Urgência Geral.**

Porque mesmo que haja médicos que queiram fazê-lo, a metodologia de recrutamento é difícil e inadequada ?

COMPLETAMENTE VERDADE

- Não sendo especialidade, não está em Mapa Nacional de Vagas
- Mesmo a colocação de perfil no MNV é desaconselhada
- Ausência de autonomia de contratação pelos Hospitais



CONCLUSÕES

- **O Centro Hospitalar São João** tem um SUP/CT com um modelo dedicado desde 2005
- No SUP/CT, o modelo dedicado permitiu reduzir custos, aumentar produtividade, melhorar indicadores assistenciais , implementar intervenções de melhoria de qualidade
- Além disso, libertou RH para outras actividades hospitalares relevantes
- **O modelo dedicado de RH** tem o suporte dos peritos, tem sustentabilidade legislativa e as suas vantagens estão documentadas
- Embora o modelo dedicado devesse ser disseminado progressiva e gradativamente, ele está implementado em relativamente poucos SU
- O grande bloqueio a esta disseminação decorre da ausência de uma sólida metodologia de recrutamento, regulada centralmente e executada localmente

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE