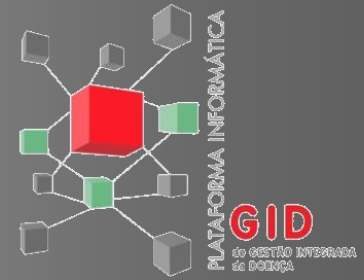




SELF-MANAGEMENT SUPPORT IN CHRONIC ILLNESS



I Colóquio sobre Qualidade em Saúde ARS Alentejo

O Desafio da Doença Crónica

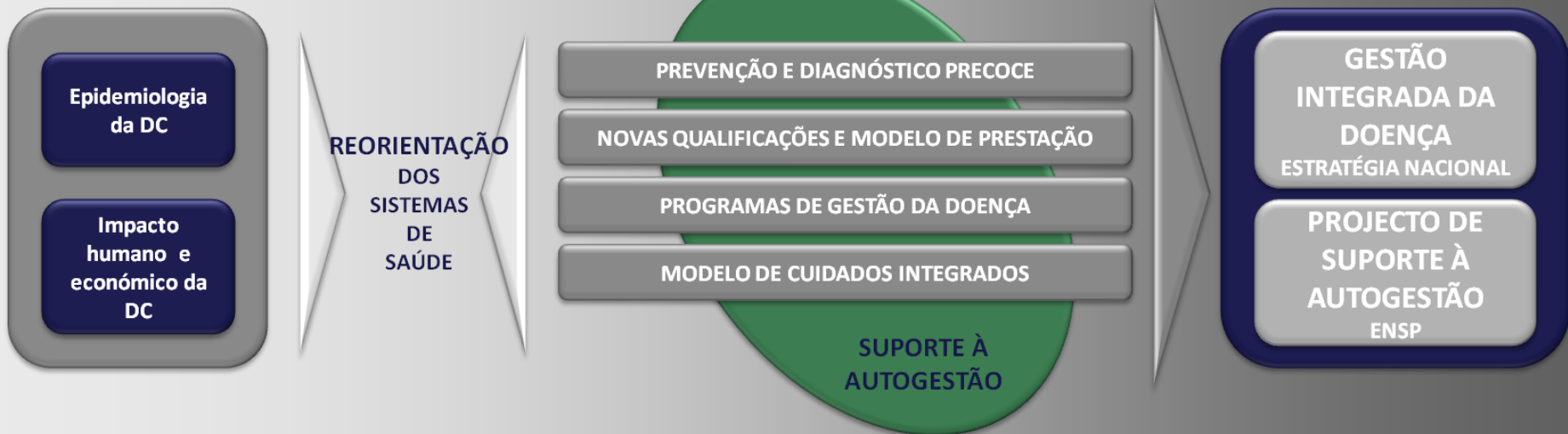
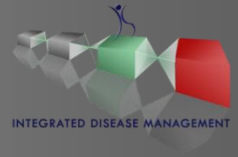
E OS MODELOS DE GESTÃO DA DOENÇA

INTEGRATED DISEASE MANAGEMENT

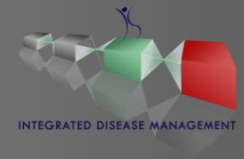


Sumário da Apresentação

DOENÇA CRÓNICA E MODELOS DE GESTÃO DA DOENÇA



Que Respostas para o Desafio?



“With concerted action, we can avert at least 36 million premature deaths by 2015.”

nature Vol 450/22 November 2007

FEATURE

Grand challenges in chronic non-communicable diseases

The top 20 policy and research priorities for conditions such as diabetes, stroke and heart disease.

Abdallah S. Daar¹, Peter A. Singer², Deepa Leah Persad³, Stig K. Framming⁴, David R. Matthews⁵, Robert Beaglehole⁶, Alan Bernstein⁷, Leszek K. Borysiewicz⁸, Stephen Colagiuri⁹, Nirmal Ganguly¹⁰, Roger I. Glass¹¹, Diane T. Finegood¹², Jeffrey Koplan¹³, Elizabeth G. Nabel¹⁴, George Sarna¹⁵, Nizal Sarrafzadegan¹⁶, Richard Smith¹⁷, Derek Yach¹⁸ and John Bell¹⁹

Chronic non-communicable diseases (CNCs) are reaching epidemic proportions worldwide^{1,2}. These diseases — which include cardiovascular conditions (mainly heart disease and stroke), some cancers, chronic respiratory conditions and type 2 diabetes — affect people of all ages, nationalities and classes. The conditions cause the greatest global share of death and disability, accounting for around 60% of all deaths worldwide. Some 80% of chronic-disease deaths occur in low- and middle-income countries. They account for 44% of premature deaths worldwide. The number of deaths from these diseases



Poor diet and smoking are two factors that contribute to the millions of preventable deaths that occur each year.

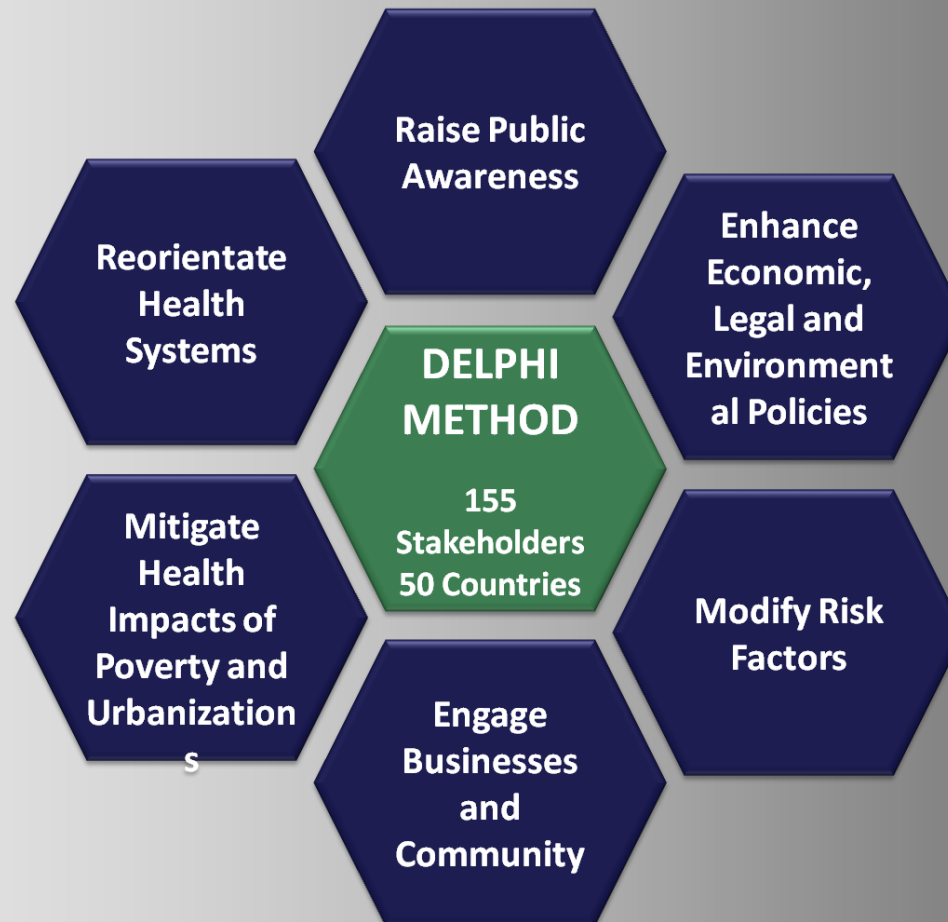
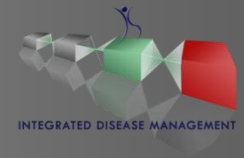
Painel Delphi

extenso painel de peritos internacionais (155)

parceiros fundadores: OxHA, the UK Medical Research Council, the Canadian Institutes of Health Research, the Indian Council of Medical Research and the US National Institutes of Health

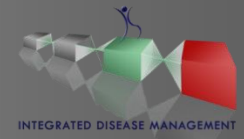
What do you think are the Grand Challenges in Chronic Non-Communicable Diseases?”

Que Respostas para o Desafio?



“What do you think are the Grand Challenges in Chronic Non-Communicable Diseases?”

Que Respostas para o Desafio?



Reorientate Health Systems

Goal F Reorientate health systems

- 16 Allocate resources within health systems based on burden of disease
 - 17 Move health professional training and practice towards prevention
 - 18 Increase number and skills of professionals who prevent, treat and manage chronic non-communicable diseases, especially in developing countries
 - 19 Build health systems that integrate screening and prevention within health delivery
 - 20 Increase access to medications to prevent complications of chronic non-communicable disease
- Develop strategies to integrate health-system management of communicable and non-communicable disease
 - Form collaborations to find best practices in delivering affordable and equitable health care
 - Study how to provide more structured knowledge for health promotion
 - Develop strategies to ensure that medical training and curricula focus on chronic non-communicable diseases
 - Develop and provide culturally specific and nationally appropriate resources for training health-care workers
 - Study how best to ensure that disadvantaged communities have adequate resource allocations in health care and in preventative practice
 - Optimize use of electronic health records for predicting disease and measuring the effect of health interventions
 - Study how best to develop and establish real-time surveillance tools
 - Discover and develop tools for screening and stratifying populations according to risk

Um novo paradigma na organização do cuidados



Pró-ativos

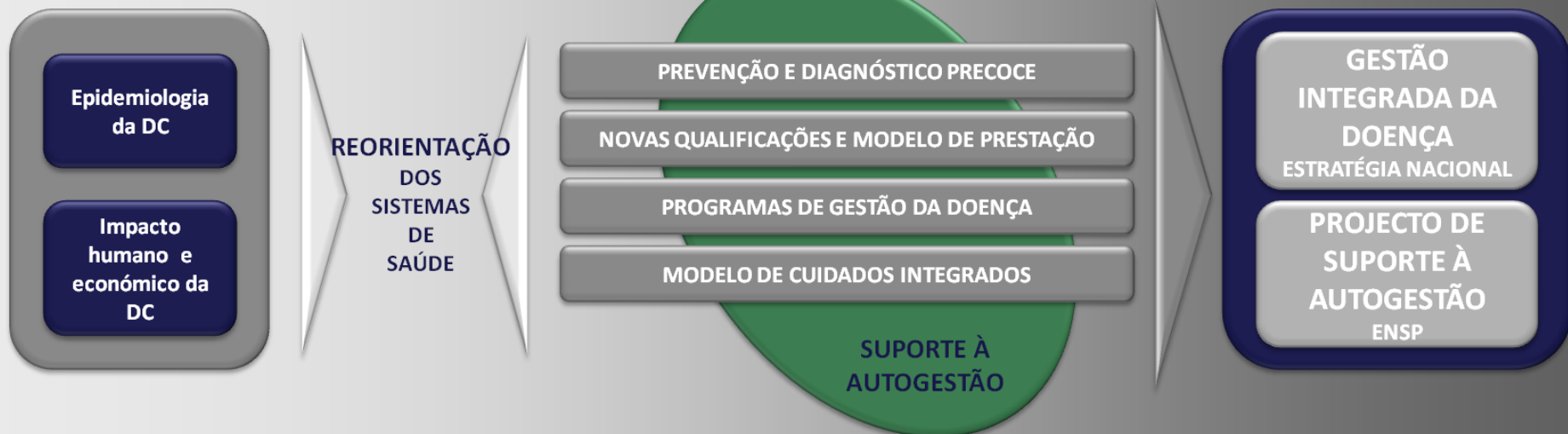
Equipa de cuidados de saúde integrados no tempo, local e tipo de doença - Continuidade de cuidados.

Consultas de grupo, apoio de enfermeiros, telefone, Internet, e-mail e tecnologia de cuidados remotos

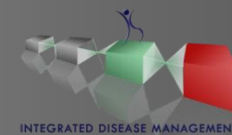
Suporte à Autogestão como responsabilidade e parte integrante do sistema de prestação.

Modelo de Cuidados Continuados e integrados

Gestão da doença: um conceito diferentes estratégias



Programas de Gestão da Doença



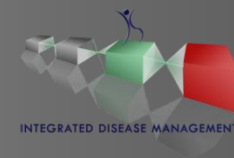
Potenciar a coordenação através do foco no ciclo completo de cuidados
Assegurar um desenvolvimento da intervenção com base na evidência
Assegurar um envolvimento activo da população com doença crónica

OBJECTIVOS

IMPACTO

Modificação comportamentos: prestadores e doentes crónicos
Aumento da satisfação: prestadores e doentes crónicos
Aumento da adesão terapêutica
Melhoria na qualidade do processo de cuidados
Melhoria dos resultados em saúde (ainda inconclusiva)

Programas de Gestão da Doença



COMPONENTES PROGRAMA DE GESTÃO DA DOENÇA

Mecanismos de identificação de populações.

Guidelines clínicas práticas baseadas na evidência.

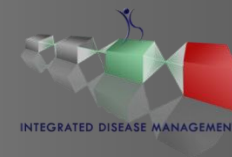
Modelos de prática colaborante que incluam o médico e prestadores de serviços de apoio.

Educação do doente para a autogestão (pode incluir a prevenção primária, programas de modificação comportamental e vigilância/adesão).

Gestão, avaliação e medição de indicadores de processo e de resultados.

Relatórios de rotina/informação de retorno (pode incluir comunicação com o doente, médico, plano de saúde, serviços auxiliares e perfis de prática

Modelos de Cuidados Integrados



Responder a uma necessidade complexa: comorbilidades no doente crónico
Organizar a prevenção e tratamento numa perspectiva de integração dos serviços numa continuidade e complementariedade dos cuidados

OBJECTIVOS

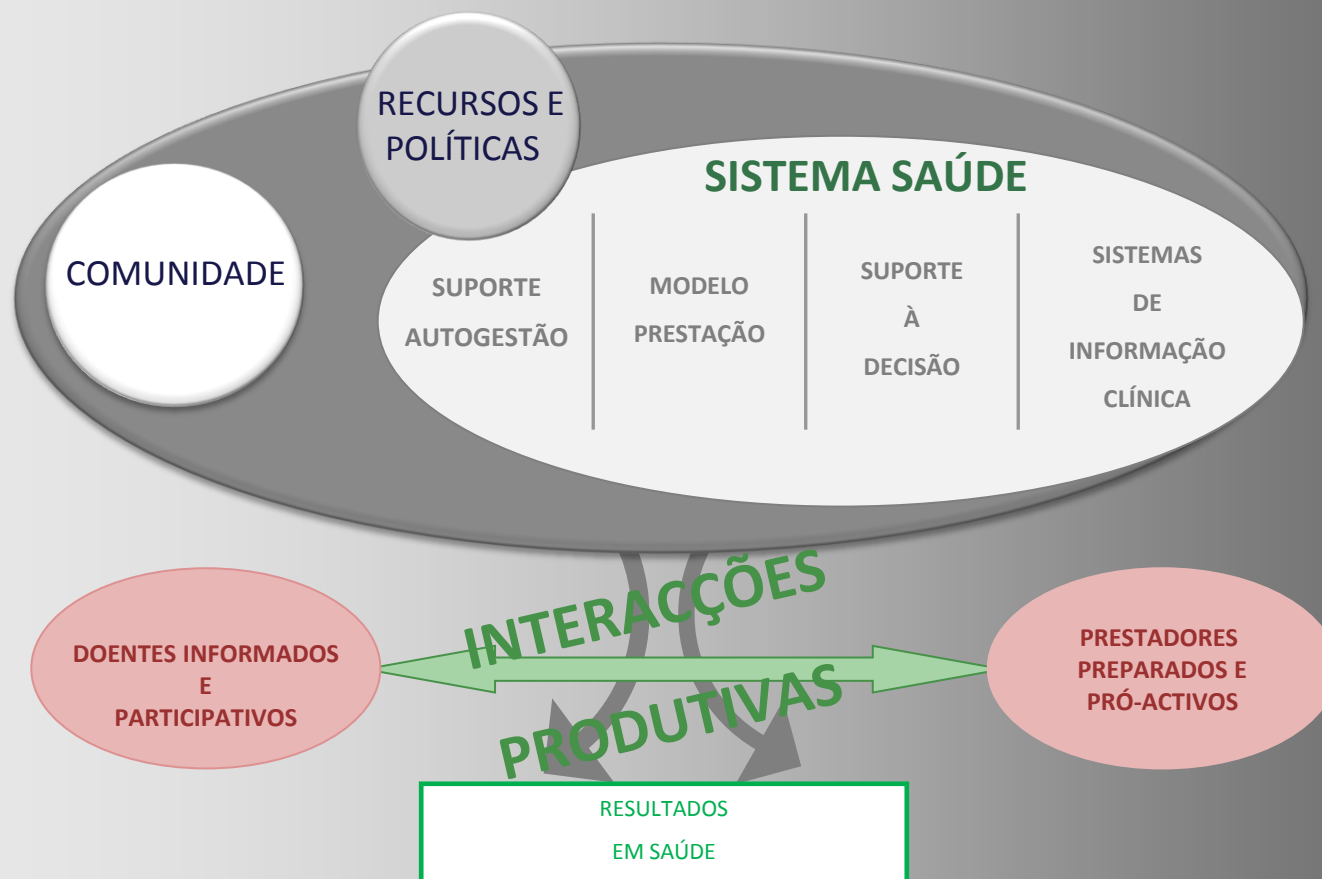
MODELOS

Kaiser Permanente

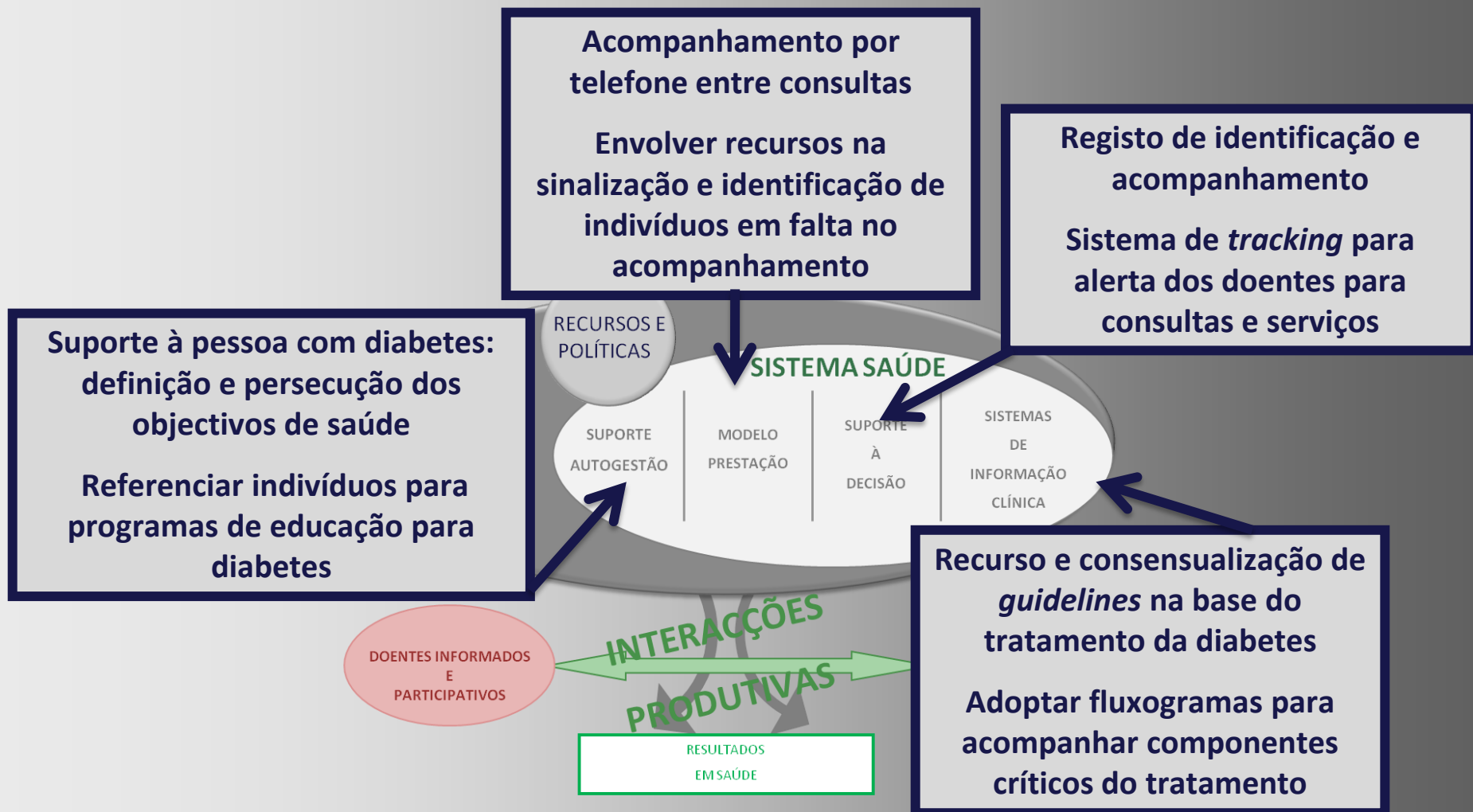
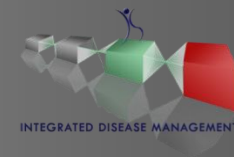
The Innovative Care for Chronic Conditions Framework

Chronic Care Model (Edward Wagner)

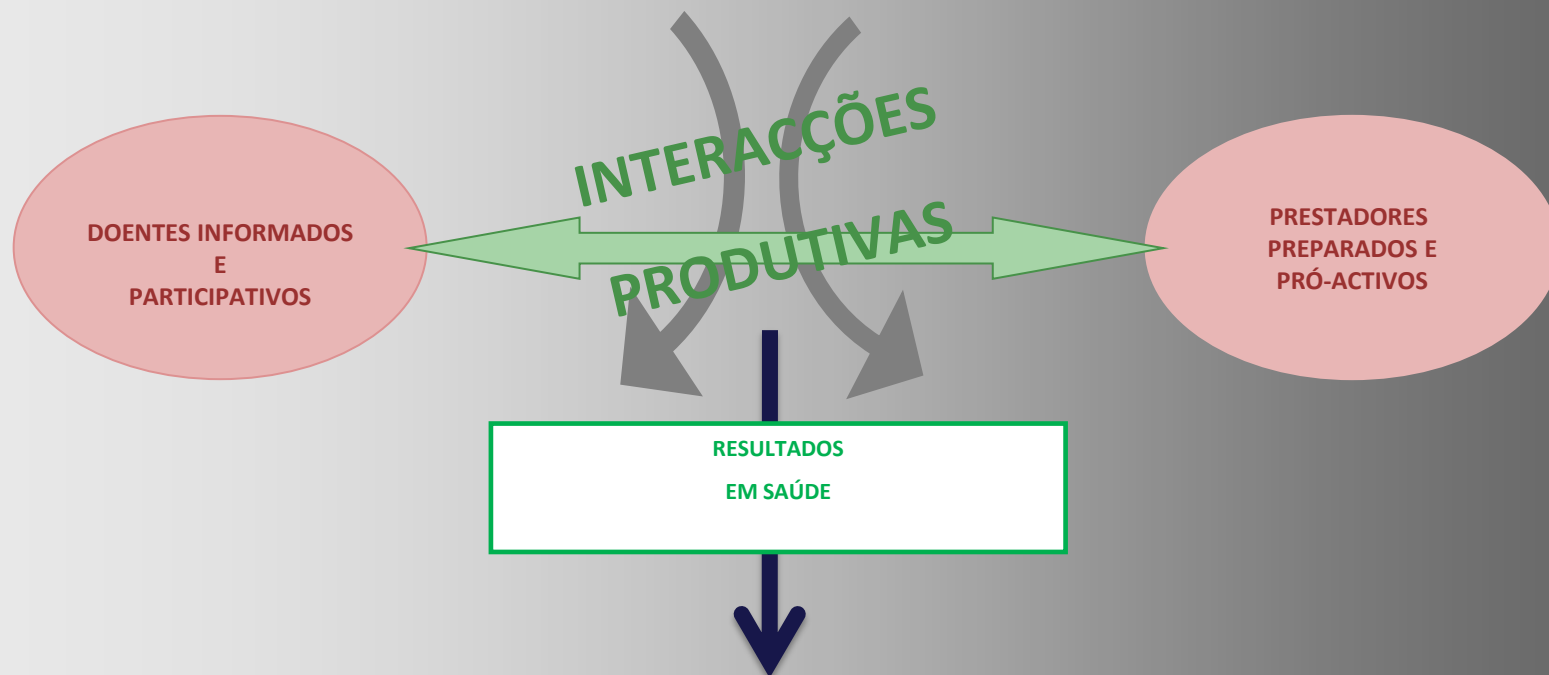
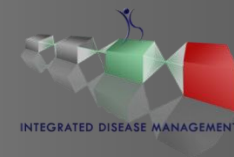
Modelo dos Cuidados Crónicos



Modelo dos Cuidados Crónicos



Modelo dos Cuidados Crónicos



Assegurar uma gestão clínica baseada em protocolos

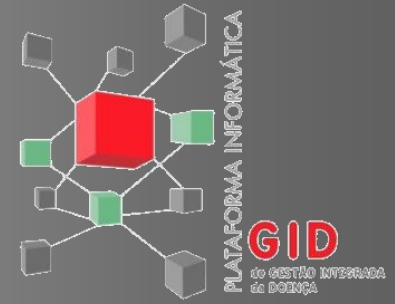
Definir colaborativamente os objectivos de intervenção e aposta numa
procura de soluções individualizadas

Definir plano de cuidados numa perspectiva multidisciplinar

Assegurar follow-up sustentado e pró-activo.



SELF-MANAGEMENT SUPPORT IN CHRONIC ILLNESS



Gestão Integrada da Doença

Modelo Nacional



INTEGRATED DISEASE MANAGEMENT



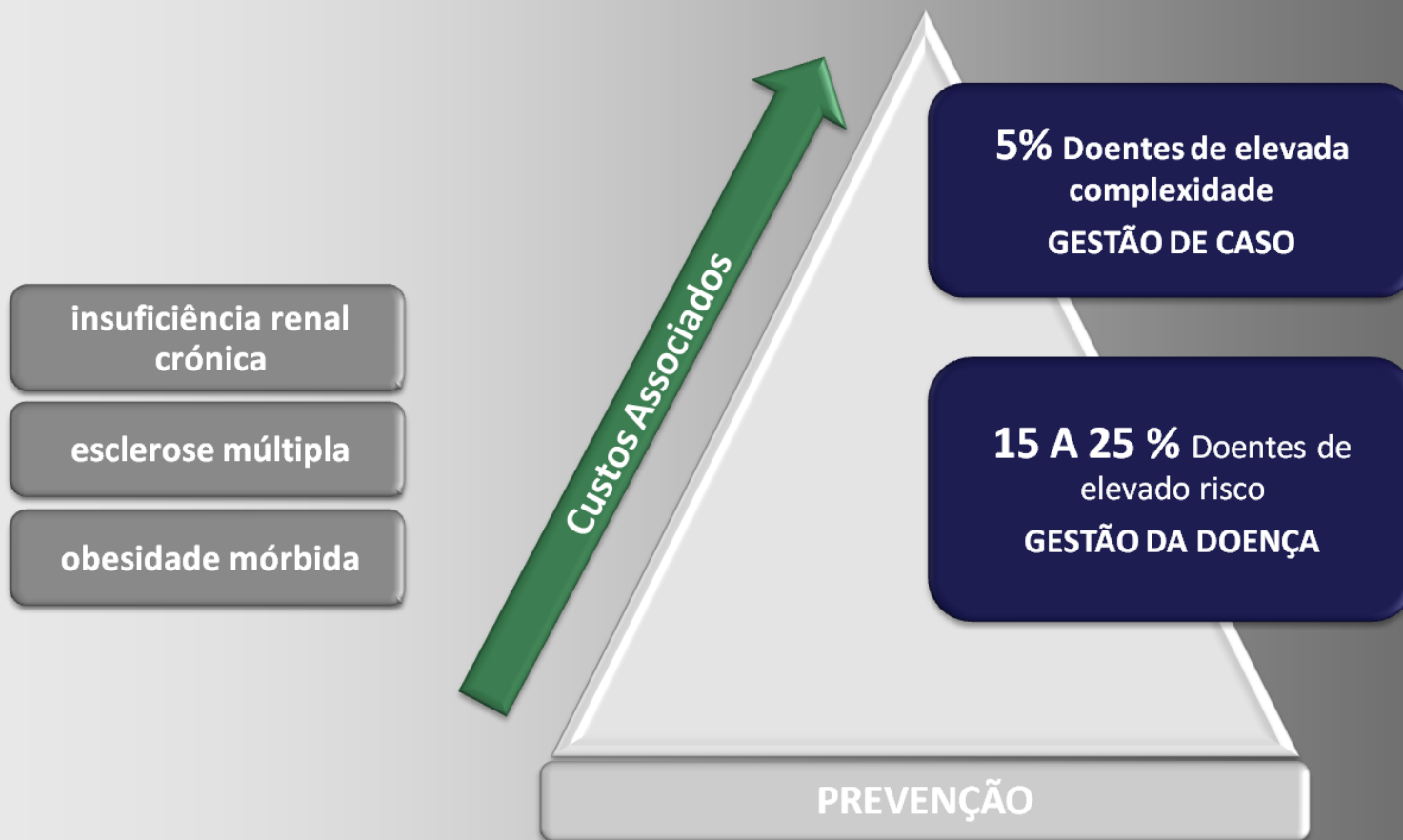
Gestão Integrada da Doença

Portugal



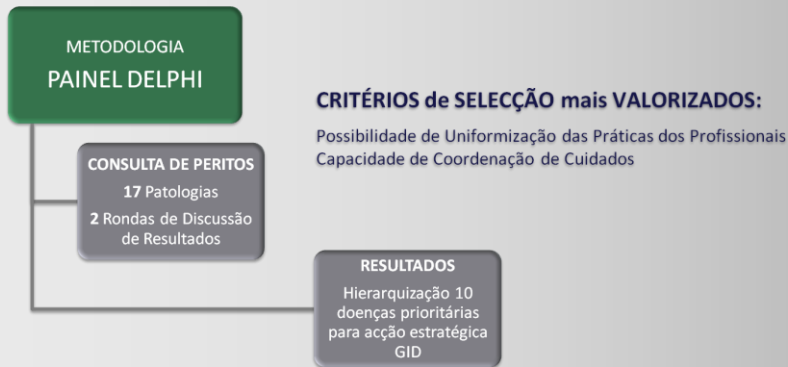
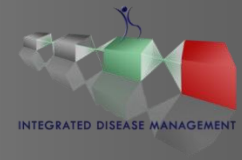
Gestão Integrada da Doença

Portugal

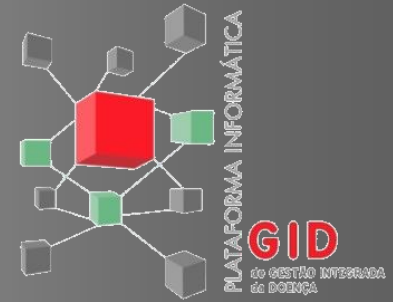


Gestão Integrada da Doença

Portugal



1	Diabetes
2	Insuficiência Cardíaca
3	HTA
4	Asma
5	DPOC
6	HIV/Sida
7	Cancro da Mama Feminino
8	Depressão
9	Cancro do Colo Rectal
10	Doenças Reumáticas Degenerativas



Gestão Integrada da Doença

Projecto ENSP – Suporte à Autogestão

SELF-MANAGEMENT SUPPORT IN CHRONIC ILLNESS





Projecto Suporte à Autogestão objectivos

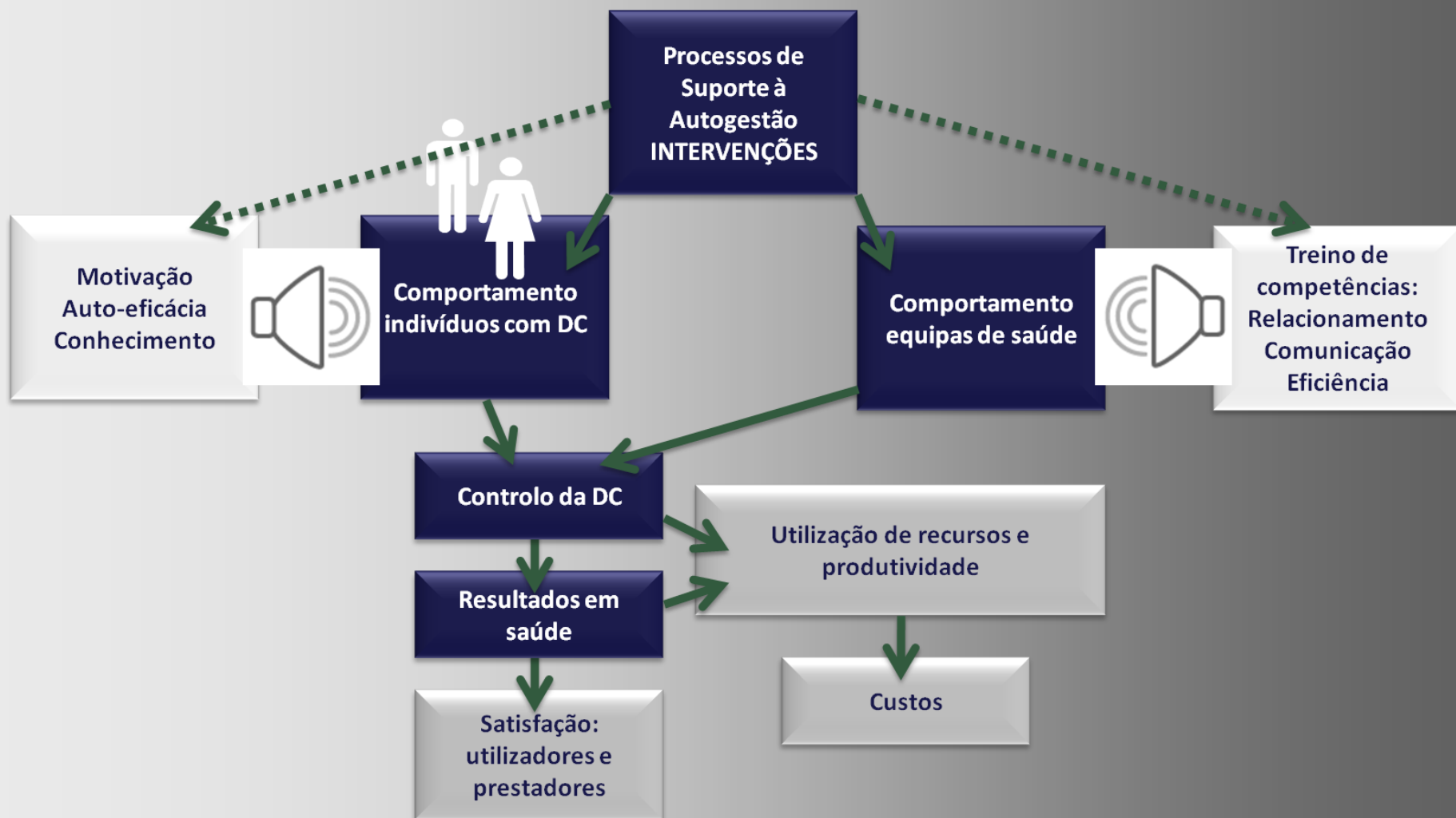
Reforçar o papel do doente na gestão e controlo da sua doença

Sustentar a procura de resultados em saúde na articulação entre a prestação de cuidados baseados na evidência e a qualidade dos cuidados diários assegurados pelo doente

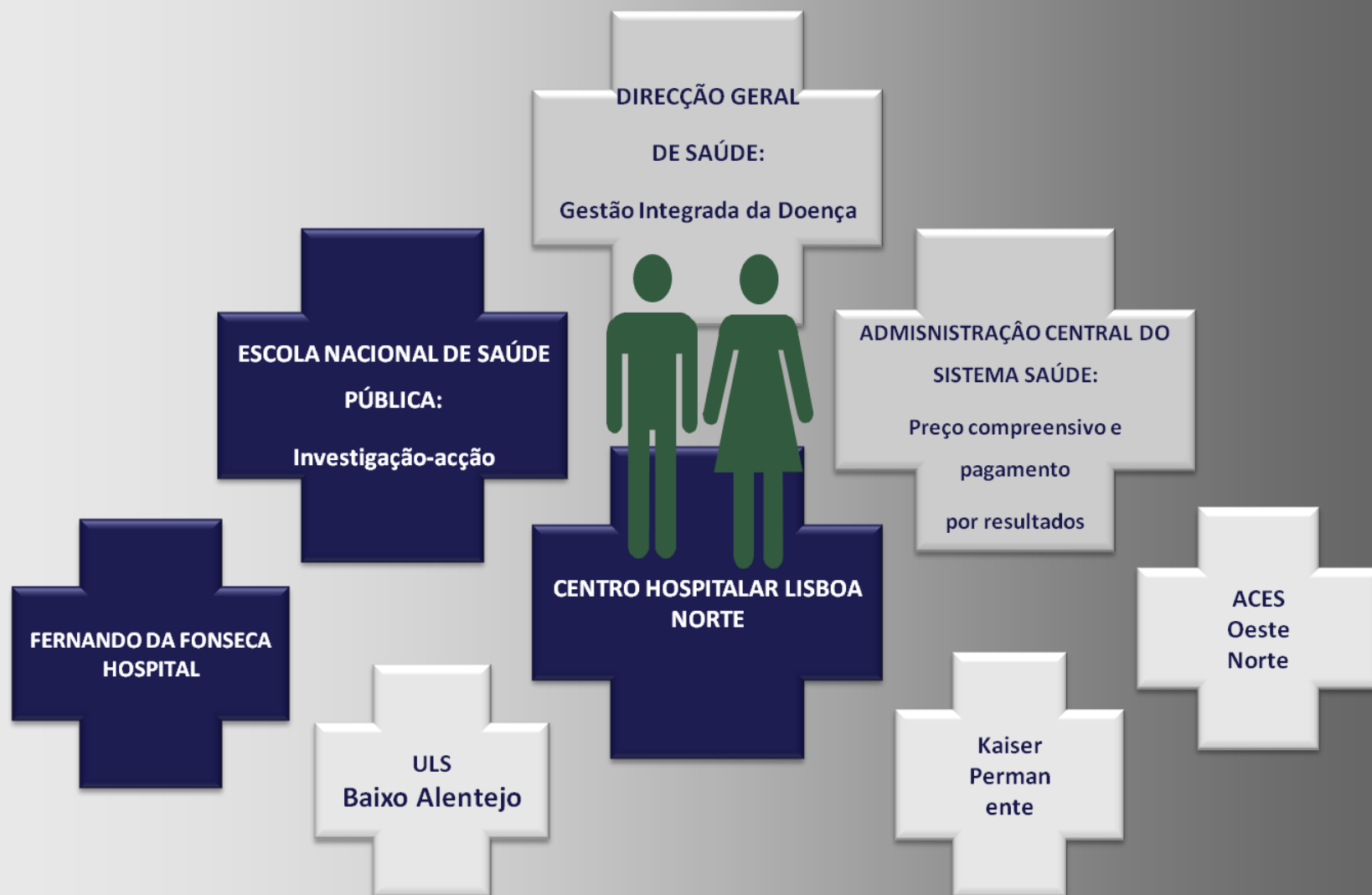


Projecto Suporte à Autogestão

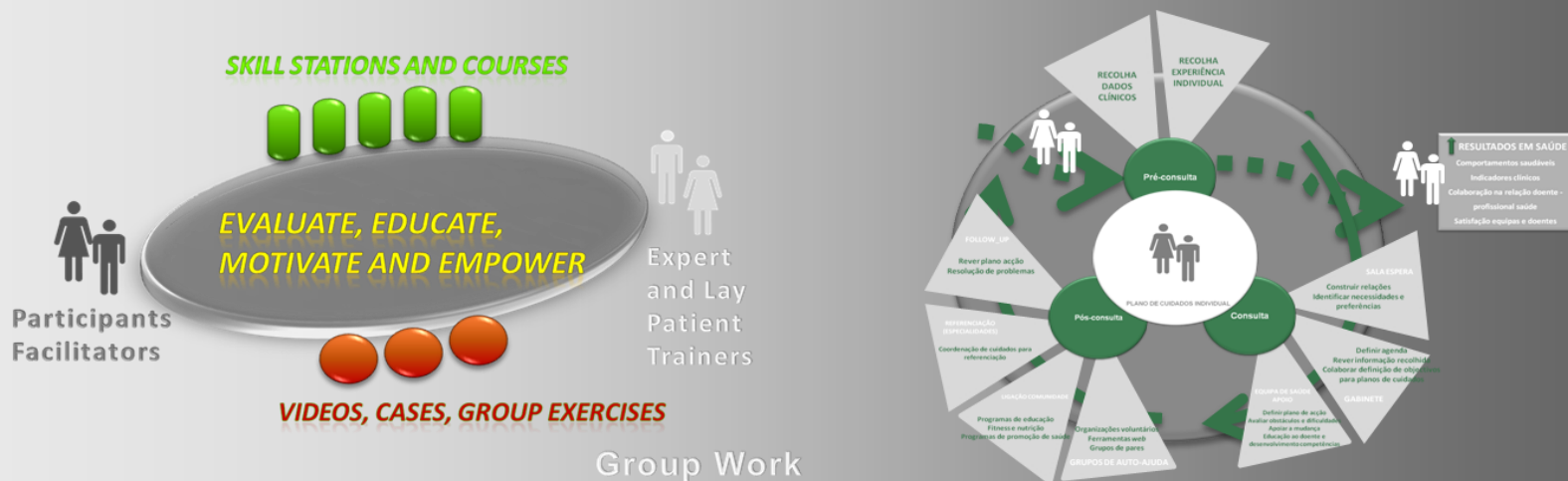
cadeia de impacto



Projecto Suporte à Autogestão abordagem integrada



Projecto Suporte à Autogestão instrumentos de intervenção



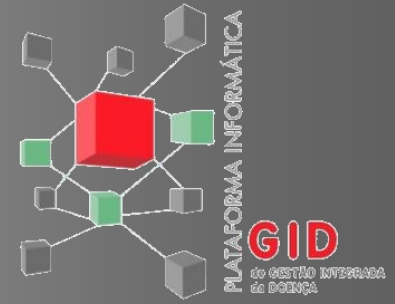
**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO
PARA AUTOGESTÃO**



**OPTIMIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO
E PRESTAÇÃO CUIDADOS NA DC**



SELF-MANAGEMENT SUPPORT IN CHRONIC ILLNESS



Gestão da Doença Crónica

uma estratégia de intervenção



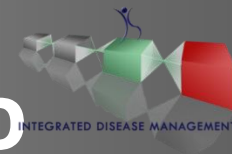
INTEGRATED DISEASE MANAGEMENT



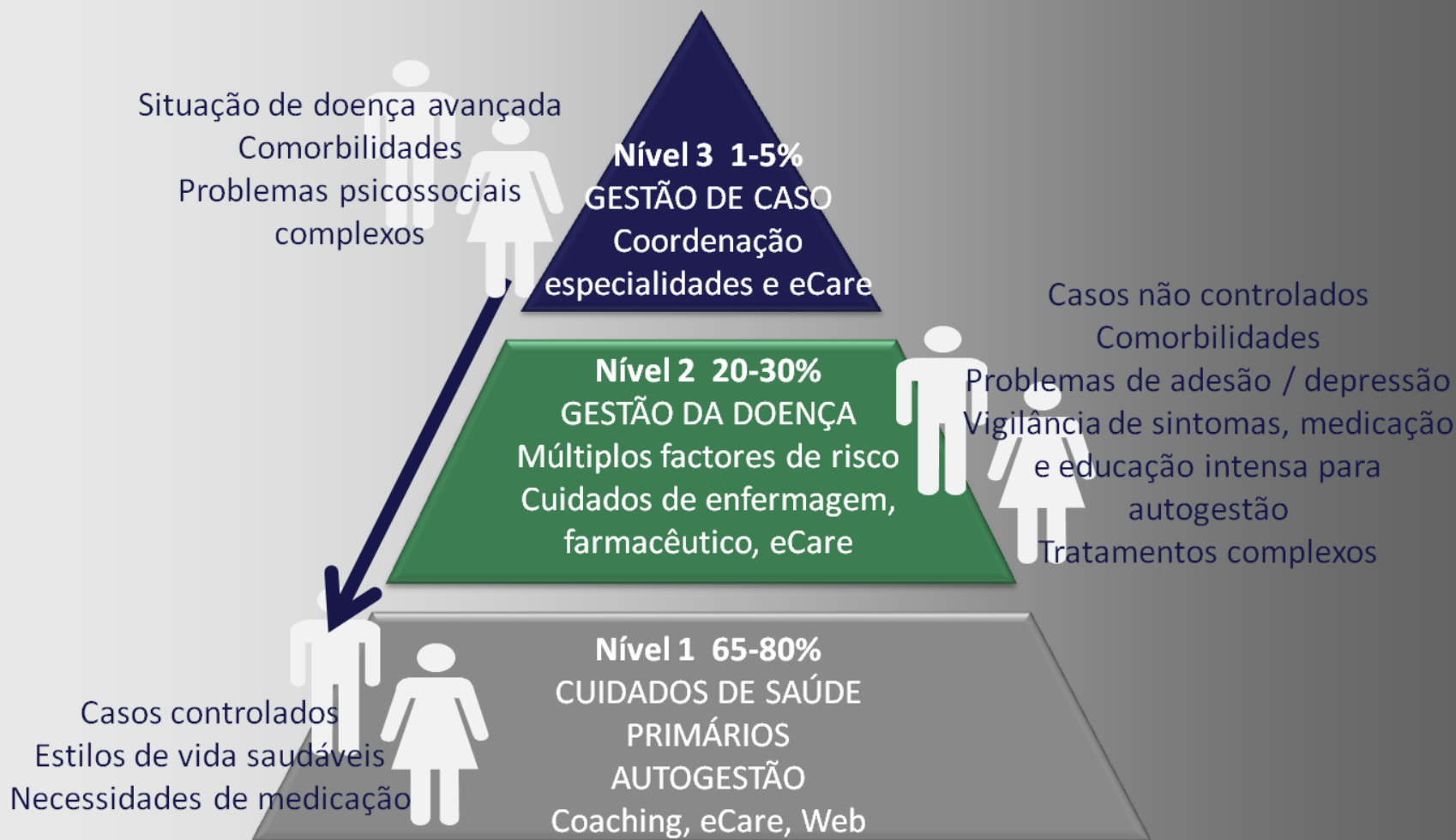
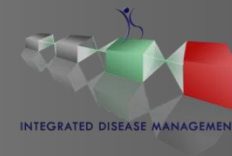
Diferentes estádios para a integração



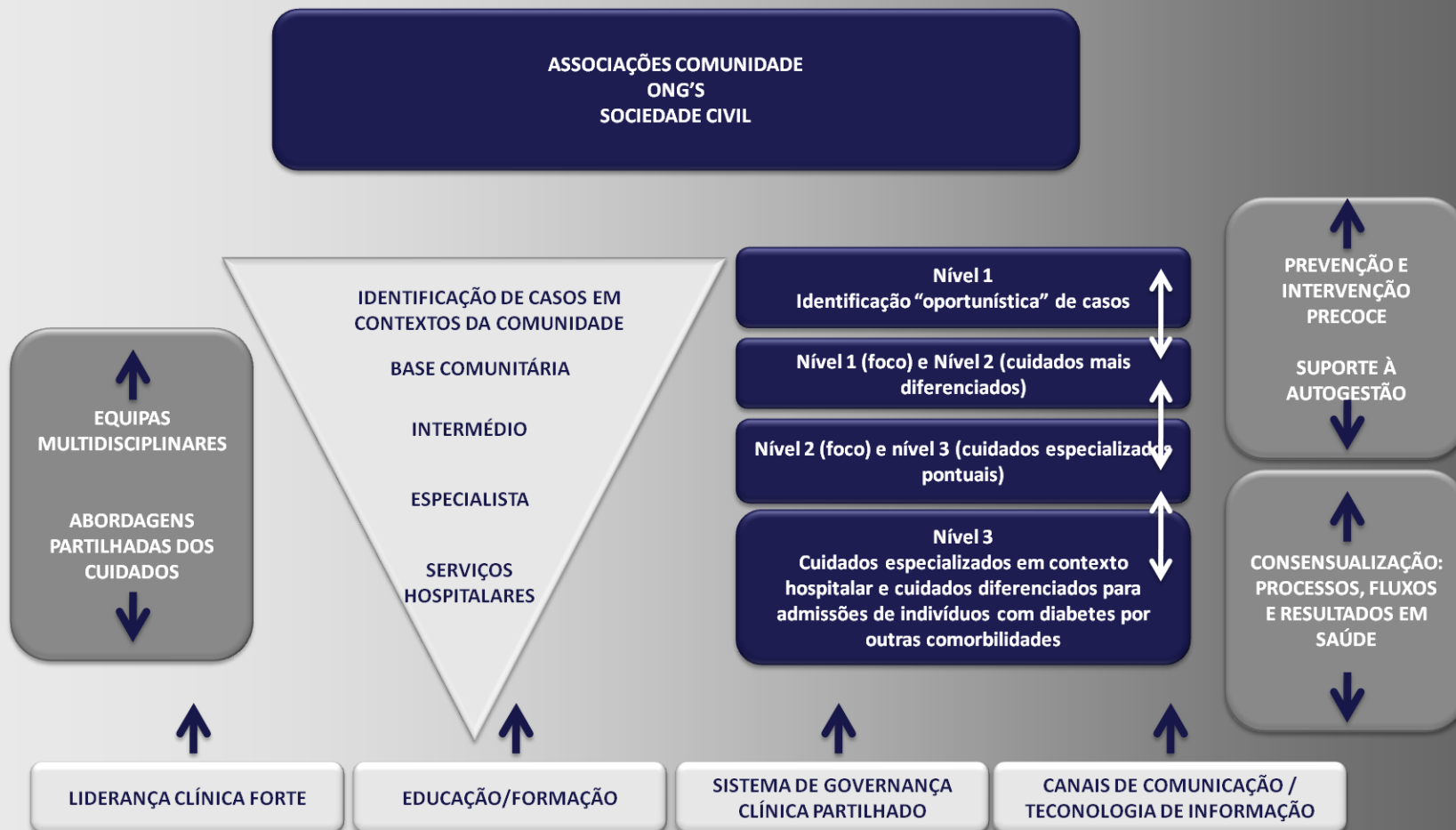
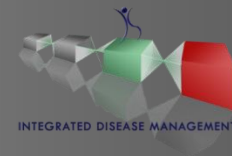
Factores críticos para uma transição efectiva e sustentável



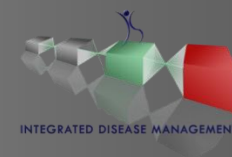
Diferenciar estratégias em função das necessidades



Uma estratégia abrangente de resposta



Uma estratégia abrangente de resposta



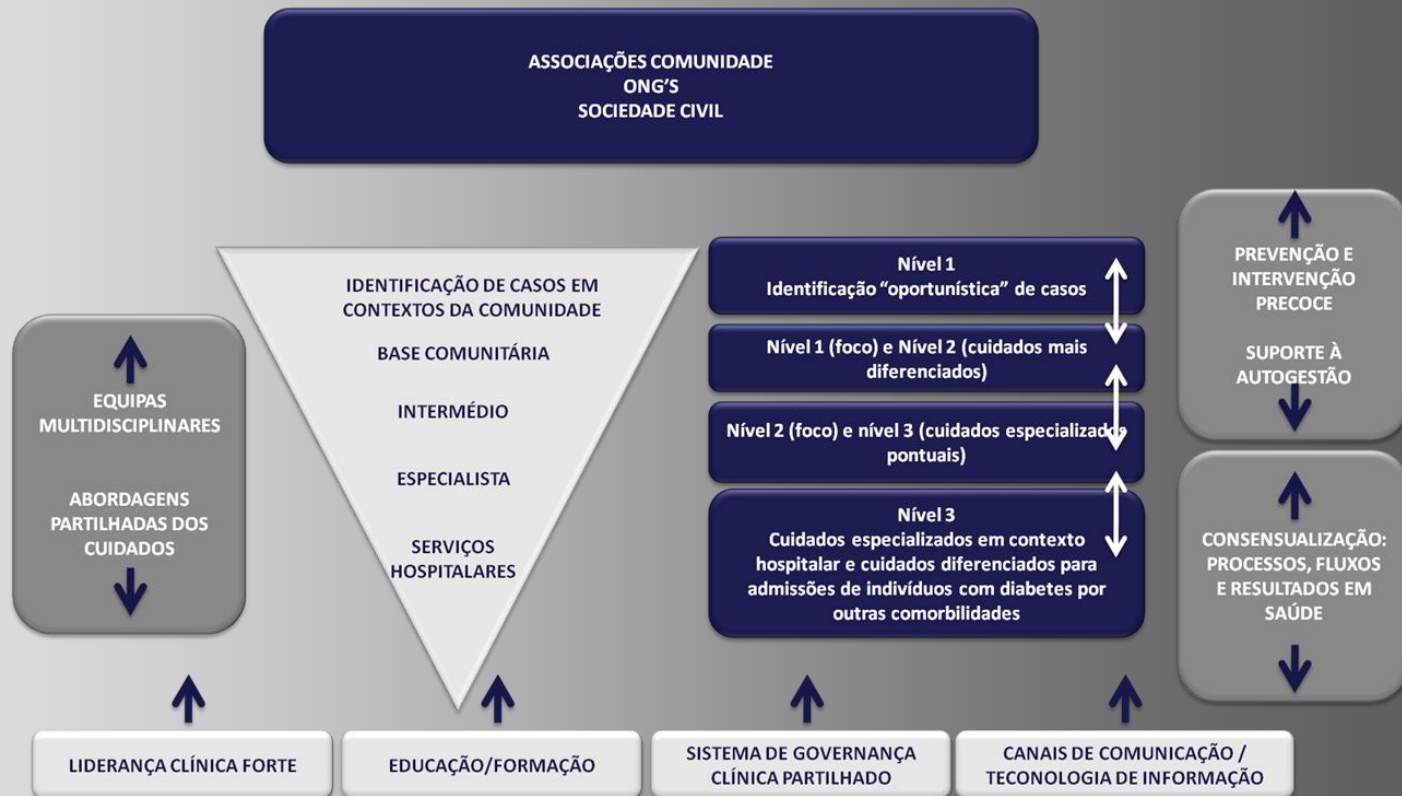
ÁREAS CHAVE

ACESSO A CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS (NECESSIDADES) E DE PROXIMIDADE (COMUNIDADE)

PARCERIAS E CUIDADOS PARTILHADOS

SUPORE À AUTOGESTÃO

PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOSES



Stanford - Programa de Educação para a Autogestão

Exemplo da diabetes

Stanford School of Medicine

Diabetes Self-Management Program

Wokrshop

sessões semanais, de 2h30, num período de seis semanas
decorre em contextos comunitários (centros, bibliotecas, hospitais,
centros saúde, igrejas)

indivíduos com diabetes são referenciados para o programa em grupos
de 12 a 16

suporte de um manual detalhado

2 formadores (técnicos, especialistas ou pares)

Revisão de materiais e conteúdos pelas equipas de saúde envolvidas na gestão da diabetes

Programa de Educação para a Autogestão

Conteúdos e Resultados

Stanford School of Medicine

Diabetes Self-Management Program

Conteúdos sessões

*técnicas de gestão de sintomas e sinais da diabetes: fadiga, dor,
hiper/hipoglicémias, stress, problemas emocionais
exercícios adequados para um bem estar e qualidade de vida
alimentação saudável
uso adequado da medicação
qualidade e efectividade na relação com equipas de saúde*

Actividades sessões

*definição semanal de planos de acção
partilha de experiências
suporte e apoio inter-pares nas actividades a desenvolver*

Programa de Educação para a Autogestão

Conteúdos e Resultados

Stanford School of Medicine

Diabetes Self-Management Program

Resultados de curto prazo (4 meses) – diferenças significativas face a grupo de controlo

- melhoria estado de saúde
- modificação comportamentos em saúde
- melhoria da auto-eficácia
- redução do número de episódios de urgência

Resultados de longo prazo (12 meses)

- manutenção dos ganhos e significância face ao grupo de controlo



Muito obrigada

Contactos:

Ana Escoval anaescoval@ensp.unl.pt

Vanessa Nicolau vnicolau@ensp.unl.pt