

IASIST
PORTUGAL

BENCHMARKING CLÍNICO EM REABILITAÇÃO

CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL

- GALILEI SAÚDE -

Relatório Ano 2010

05-04-2011

Índice

1. PERFIL DE REABILITAÇÃO CLÍNICA PRC®	3
2. DIMENSÕES DE PERFORMANCE A ANALISAR	3
3. INDICADORES NUCLEARES	5
RELATÓRIO ANO 2010	6
CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS	6
<i>Padrão de comparação</i>	6
<i>Algumas recomendações na interpretação de resultados.....</i>	6
QUALIDADE DOS DADOS.....	7
PERFIL DE CASUÍSTICA	7
GESTÃO DOS TEMPOS DE INTERNAMENTO.....	8
MELHORIA DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E EFICIÊNCIA FUNCIONAL.....	8
<i>Independência Funcional Motora</i>	8
<i>Independência Funcional Cognitiva</i>	9
<i>Modificadores Funcionais</i>	9
QUALIDADE ASSISTENCIAL.....	10
CONCLUSÕES	11

1. Perfil de Reabilitação Clínica PRC®

| A primeira ferramenta de benchmarking clínico para a reabilitação clínica

A IASIST desenvolveu um instrumento de benchmarking clínico adaptado à área da reabilitação clínica, com um conjunto de indicadores ajustados pela severidade e independência funcional dos doentes. Através deste instrumento de benchmarking, o **Perfil de Reabilitação Clínica PRC®**, é agora possível aos centros e serviços hospitalares de reabilitação compararem a sua performance com a de outros centros e serviços similares, identificando assim as áreas clínicas de excelência e a melhorar, assim como apoiar acções internas de melhoria contínua dos cuidados.

Esta metodologia de benchmarking clínico adaptada à área de reabilitação clínica tem por base a actividade assistencial do Centro classificada em escalas de avaliação da funcionalidade e da eficácia do tratamento reabilitador, a **escala FIM - Functional Independence Measure** -, assim como a produção classificada no **sistema de casemix CMG - Case Mix Groups** (do Medicare e Medicaid nos EUA).

O **FIM** e os **CMG** são os sistemas de classificação especificamente adaptados à classificação dos doentes/episódios de reabilitação - avaliam aspectos da reabilitação cognitiva e da comunicação, para além dos aspectos de funcionalidade e da recuperação bio-mecânica dos doentes.

Os CMG são grupos de doentes isoconsumo que se distinguem pela idade e comorbilidades do doente e respectiva pontuação FIM, distribuindo-se pelas grandes categorias de doença típicas em reabilitação: Acidente Vascular Cerebral, Lesões Cerebrais, Lesões Medulares, Condições Neurológicas, entre outras. A cada doente saído é atribuído um CMG - um tipo de doentes em reabilitação com características clínicas e resultados funcionais semelhantes, com um consumo homogéneo de recursos.

A maior vantagem da informação baseada nos grupos de doentes tratados (casemix) é a possibilidade de obter comparações, eliminando o factor de confusão (viés) que afecta a comparação ao nível de unidade ou serviço quando não são consideradas as diferenças entre os tipos de doentes tratados.

2. Dimensões de Performance a analisar

Casuística e Complexidade | caracterizam a população de doentes internados no Centro, quer em volume quer em natureza.

Melhoria da Independência Funcional e Eficiência Funcional | caracterizam o nível de independência funcional dos pacientes e os ganhos motores e cognitivos obtidos com a reabilitação, em termos absolutos e relativos (em função do tempo de internamento).

Qualidade Assistencial | identificam situações potencialmente evitáveis ao longo do internamento e/ou no momento da alta, em função de uma prestação de cuidados de excelência, relacionadas por exemplo, com a mortalidade, o controle das complicações, as readmissões, as úlceras de pressão e o status respiratório.

O PRC® tem como principais **mais-valias**

- Disponibilizar informação baseada em escalas/ sistemas de casemix específicas da reabilitação que permitam avaliar se as diferenças encontradas na gestão de recursos e qualidade se devem ao facto de se tratarem doentes realmente diferentes ou se existem diferenças nas práticas organizativas/ clínicas;
- Permitir a comparação com valores de referência de centros/ serviços de reabilitação similares, que oferecem um posicionamento do Centro face ao estado da arte em várias áreas, e assinalam as áreas clínicas de excelência e com potencial de melhoria;
- Disponibilizar indicadores ajustados pelo nível de severidade e nível de independência funcional que atenuam enviesamentos nas análises comparativas;
- Aceder a resultados por tipo de população, por grande categoria funcional e por serviços para cada uma das dimensões de performance:

População | População Global, População de Adultos, População Pediátrica

Grandes Categorias Funcionais (adultos) | Acidentes Vasculares Cerebrais, Lesões Cerebrais, Lesões Medulares, Condições Neurológicas

Serviços de Internamento | Serviço de Lesões Vertebro-Medulares, Serviço de Reabilitação Pediátrica, ...;

- Assinalar casos individuais de doentes que merecem revisão clínica (apoio ao processo contínuo de melhoria interna da qualidade assistencial);
- Possibilitar a navegação fácil e rápida pelos resultados nas diversas dimensões de performance e áreas clínicas, podendo detalhar o nível de informação em cada uma das vistas (apresentação da informação ao utilizador final em formato *html*);
- Permitir uma análise mais rápida de alguns fenómenos e evolução dos indicadores através do acesso a informação representada graficamente que complementa a informação tabelada;
- Permitir exportar em qualquer momento toda a informação que está a ser visualizada em *html* (tabelas e gráficos) para Excel, e disponibilizar, total ou parcialmente, os seus conteúdos em diversos suportes (CD, DVD, Pen Drive, etc.) ou mesmo através da Intranet do Centro.

3. Indicadores nucleares

Casuística e complexidade

- Índice Complexidade Diagnóstico Funcional

Melhoria da independência Funcional e Eficiência Funcional

- Índice Demora Média em Reabilitação Ajustada
- Índice Melhoria Independência Funcional Ajustada (Motora e Cognitiva)
- Índice Eficiência Funcional Ajustada (Motora e Cognitiva)

Qualidade Assistencial e Segurança do Doente

- Mortalidade
- Complicações
- Reingressos em internamento
- Úlceras de pressão na admissão e alta
- Quedas e doentes com quedas
- Desidratação do doente
- Status respiratório
- Regresso a casa
- Altas para a comunidade sem apoio

Relatório Ano 2010

Considerações prévias

Padrão de comparação

O grupo de referência seleccionado para servir de comparador ao Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (doravante denominado por CMRSUL) é constituído pelo Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, Instituto Guttmann de Barcelona e pelo próprio CMRSUL.

Para efeitos de comparação do ano 2010 foram seleccionados os seguintes períodos:

- ❖ Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão: ano 2009
- ❖ Centro de Medicina Física Reabilitação do Sul: ano 2010
- ❖ Instituto Guttmann: ano 2009

Algumas recomendações na interpretação de resultados

Aquando da interpretação de resultados, há que ter em consideração alguns aspectos:

- ❖ **Bases de dados:** pelo facto de se tratar de um Grupo de Referência constituído por 3 Centros, a existência de variáveis sem informação em algum Centro pode diminuir a robustez da comparação em alguns indicadores.
- ❖ **Estandarização e comparabilidade:** apesar da existência de alguns problemas residuais de estandarização, que deverão estar resolvidos, em futuras análises (principalmente nas variáveis de “Interrupção do programa terapêutico” e “Necessidade de analisar as melhorias do tratamento ambulatorio”), a maioria dos problemas foram já resolvidos:
 - As variáveis “**Proveniência**”, “**Destino após a alta**” e “**Classe de admissão**” foram homologadas em todos os Centros tendo por base a classificação única do sistema americano;
 - **Complicações:** definição empírica da lista de complicações a analisar, o que permite a comparação objectiva entre os Centros;
 - Para evitar a exclusão de episódios com algum deficit de informação, o que poderia influenciar a interpretação de alguns indicadores, optou-se pela criação de um **CMG** fictício (“CMG inválido”);

- ❖ **Readmissões:** considera-se uma readmissão um episódio com a Classe de Admissão “Reinternamento”.

Outros conselhos de interpretação seriam:

- ❖ Valorizar a utilidade da **análise descritiva** da actividade do Centro e a respectiva comparação com o período homólogo;
- ❖ Aquando da interpretação dos resultados, valorizar a influência do **meio envolvente, assim como do perfil demográfico e assistencial** do Centro face ao seu Grupo Ref.;
- ❖ Ter em conta o número de casos (**volume**) que intervêm no cálculo dos indicadores;
- ❖ Finalmente, encarar os indicadores como **alertas** de possíveis problemas na organização dos cuidados ou na prática clínica;

Qualidade dos dados

No que diz respeito à qualidade dos dados observou-se uma evolução bastante significativa face ao ano 2009. Há, apenas a assinalar 2 episódios sem Classe de Admissão, 1 episódio sem correcta identificação do Grupo de Diagnóstico Funcional (GDF) na admissão e outro na alta e a falta de informação sobre a Necessidade de Cuidados Domiciliários e Altas com Cuidados Domiciliários em todos os episódios.

Perfil de Casuística

Altas de Reabilitação: no ano 2010 o CMRSUL registou 393 altas de reabilitação, correspondendo a um aumento de 12% face ao período homólogo anterior.

Destino após alta: 88% das altas do CMRSUL tiveram como destino a Comunidade, principalmente para o domicílio (85%). Já no período homólogo, o número de altas para a Comunidade foi superior (92%).

Altas por Grande Categoria Funcional (GCF):

- ❖ **AVC:** com 59% das altas foi a GCF com maior peso no total da actividade do CMRSUL, significativamente superior ao peso desta GCF no Grupo Ref. (39%) e a 2009 (48%).
- ❖ **Lesões Cerebrais:** tiveram um peso de 9% do total da actividade do Centro (15% no Grupo Ref.)
- ❖ **Lesões Medulares:** foi a segunda GCF com maior volume (19% do total de actividade). Peso inferior quer em relação ao ano 2009, quer ao Grupo Ref.

- ❖ **Condições Neurológicas:** ao contrário do Grupo Ref., esta GCF não registou qualquer actividade. Tal situação poderá dever-se a diferenças de critérios de registo/codificação entre os Centros que fazem parte do Grupo de Referência.

Complexidade: destaca-se o incremento da complexidade face ao ano 2009 em análises anteriores (melhoria na qualidade da informação). Apesar de ter registado um nível de complexidade 20 p.p. inferior ao Grupo Ref., o Centro aumentou 5 p.p. face ao período homólogo.

Gestão dos tempos de internamento

Durante o ano 2010 observou-se um **tempo médio de internamento global** de 43 dias. Valor inferior quando comparado quer com o período homólogo (DM=48 dias), quer com o Grupo Ref. (DM=75 dias).

Índice da Demora Média em Reabilitação Ajustada: em 2010, o CMRSUL revelou ser 26% mais eficiente nos seus tempos de internamento quando comparado com o Grupo de Ref. Situação que melhorou face a 2009.

Melhoria da Independência Funcional e Eficiência Funcional

Independência Funcional Motora

Índice de Melhoria da Independência Funcional (MIF) Motora: quando comparamos a MIF Motora observada no CMRSUL com aquela que seria de esperar, verificamos que em 2010 os ganhos funcionais foram 15% inferiores face às práticas do Grupo Ref. Não obstante, melhorou em relação ao período homólogo (ano 2009, ganhos 20% inferiores).

Índice de Eficiência Funcional Motora: quando comparamos os ganhos motores por dia de internamento observados no CMRSUL com aqueles que seriam de esperar, verificamos que o Centro passou de ganhos motores diários 6% inferiores em 2009 face ao Grupo Ref., para ganhos praticamente idênticos aos esperados em 2010.

Doentes por nível de independência funcional motora na admissão e alta

- ❖ No ano 2010, o nível de independência funcional na admissão mais frequente no CMRSUL foi “2 Ajuda Máxima”, com 23% do total da sua casuística. Já no Grupo Ref., o mais frequente foi “1 Ajuda Total”, com 28% da sua casuística.
- ❖ Não obstante, os pacientes saídos do CMRSUL revelaram, de um modo geral, níveis de independência funcionais motores superiores aos verificados no momento da admissão.

- ❖ 41% dos doentes saídos do CMRSUL apresentaram níveis de independência “6 Independência Modificada” ou “7 Independência Completa”. Situação superior quer face ao Grupo de Ref. (36%), quer ao período homólogo (39%).

Independência Funcional Cognitiva

Índice de Melhoria da Independência Funcional (MIF) Cognitivo: quando comparamos a MIF Cognitiva observada no CMRSUL com aquela que seria de esperar, verificamos que o Centro passou de ganhos 7% superiores ao esperado em 2009, para ganhos 8% inferiores face às práticas do Grupo Ref.

Índice de Eficiência Funcional Cognitiva: quando comparamos a eficiência funcional cognitiva observada no CMRSUL com aquela que seria de esperar, verificamos que o Centro passou de ganhos cognitivos diários 14% superiores em 2009 para 7% superiores face ao Grupo Ref.

Doentes por nível de independência funcional cognitivo na admissão e alta

- ❖ A maioria da casuística do CMRSUL (60%) apresentava no momento da admissão níveis de independência funcional cognitivos elevados (“6 Independência Modificada” ou “7 Independência Completa”). Situação superior face ao Grupo Ref. (53%), mas inferior a 2009 (65%).
- ❖ Não obstante, 72% dos pacientes apresentavam estes níveis de independência funcional cognitivos (“6” ou “7”) na alta, face a 65% no Grupo de Ref.

Modificadores Funcionais

Modificadores Funcionais Motores

Quando comparado com o Grupo Ref., à excepção da Marcha/Cadeira de Rodas, o CMRSUL obteve em 2010 pontuações médias inferiores em todos os modificadores funcionais motores. O modificador funcional onde se verificou maior diferença foi “Vestir Metade Superior”, com uma diminuição média de 0,6 pontos.

Comparativamente com o ano 2009, a maioria dos modificadores apresentou ganhos funcionais superiores no período em análise.

Modificadores Funcionais Cognitivos

Quando comparado com o Grupo Ref., o CMRSUL obteve pontuações inferiores em dois modificadores funcionais (“Interacção Social” e “Resolução de Problemas”). Já os restantes modificadores obtiveram pontuações médias idênticas.

Comparativamente com 2009, à exceção da “Expressão”, todos os outros modificadores funcionais apresentaram melhorias médias inferiores em 2010.

Qualidade Assistencial

Mortalidade: não se verificou qualquer óbito no ano 2010.

Complicações: taxa de episódios com complicação foi de 21%. Valor inferior face ao Grupo de Ref. mas similar ao ano 2009.

Readmissões: verificaram-se 21 readmissões. Situação inferior face ao Grupo Ref.

Divergência do Grupo de Diagnóstico Funcional: não se verificou qualquer divergência entre admissão e alta.

Quedas

- ❖ Registaram-se 6 episódios com quedas com um total de 7 quedas.

Evolução das Úlceras de Pressão: não se registaram episódios com úlceras de pressão quer na admissão, quer na alta.

Desidratação do doente: foram registados 2 episódio com desidratação na admissão mas nenhum na alta.

Status respiratório (tosse e eliminação de secreções): foram registados 41 episódios na admissão e 2 na alta.

Altas para a comunidade sem apoio: nada registado.

Conclusões

Dimensão de Performance: Casuística e Complexidade

- ❖ O CMRSUL aumentou a sua **actividade** entre o ano 2009 e de 2010.
- ❖ A **GCF** com maior peso no total da actividade do CMRSUL continua ser o AVC.
- ❖ A **complexidade** do CMRSUL foi superior face ao período homólogo anterior, contudo, inferior ao Grupo Ref.

Dimensão de Performance: Melhoria da Independência Funcional e Eficiência Funcional

- ❖ Quando comparado com o Grupo Ref., o CMRSUL continua a revelar mais eficiência na gestão dos seus **tempos de internamento**. Situação que melhorou face ao ano 2009.
- ❖ A melhoria da **Independência funcional motora ajustada** foi superior face ao ano 2009, no entanto ainda inferior ao Grupo Ref. Por outro lado, os seus pacientes obtiveram **ganhos motores diários** praticamente idênticos aos esperados. Situação que melhorou face ao período homólogo.
- ❖ A casuística atendida no Centro apresentou em 2010, no momento da admissão, **níveis de independência funcional motora** superiores ao Grupo de Ref. Não obstante, foram observadas melhorias significativas no momento da alta.
- ❖ A melhoria da **Independência funcional cognitiva ajustada** foi inferior quer face ao Grupo Ref., quer ao período homólogo anterior. Já os **ganhos cognitivos diários** foram superiores aos esperados.
- ❖ Apesar da casuística do CMRSUL ter apresentado, no momento da admissão, **níveis de independência funcionais cognitivos** elevados, foram registadas melhorias significativas no momento da alta.
- ❖ As pontuações médias nos **modificadores funcionais motores** em 2010 foram inferiores quando comparado com o Grupo Ref. tendo, no entanto, apresentado algumas melhorias face ao período homólogo. Já os **modificadores funcionais cognitivos** pioraram face a 2009. Quando comparados com o Grupo Ref., o Centro apresentou pontuações médias inferiores em 2 modificadores.

Dimensão de Performance: Qualidade Assistencial

- ❖ Não se verificou qualquer **óbito** em 2010
- ❖ A **taxa de episódios com complicação** foi inferior em relação ao Grupo Ref. e período homólogo.

- ❖ Verificaram-se 21 **readmissões**.
- ❖ Não existem **divergências entre os GDF** no momento da admissão e alta.
- ❖ Tanto o **número de quedas** como o número de **doentes com quedas** foi inferior ao registado em 2009.
- ❖ Não se registaram doentes com **úlceras** tanto na admissão como na alta.
- ❖ Verificaram-se 2 episódios com **status respiratório (tosse e eliminação de secreções)** na alta.
- ❖ Não se registaram episódios com **desidratação** e **altas para a comunidade sem apoio** no momento da alta.