

TRANSCRIÇÃO FOCUS GROUP
ARS NORTE – 18 DE MAIO DE 2013
APRESENTAÇÃO

QUESTÕES A ABORDAR:

Questões para a elaboração do plano de realização dos benefícios	
1	Por que devemos melhorar?
2	Que melhorias são necessárias ou possíveis? (os principais interessados devem concordar com estas melhorias, que se tornam os objectivos)
3	Quais os benefícios que serão obtidos por cada um dos interessados se os objectivos se concretizarem? Como medir cada benefício ?
4	Quem é o dono de cada benefício e responsável pela sua concretização? (o dono do benefício será responsável pelo valor que ele representa no projeto)
5	Que mudanças são necessárias para que cada benefício seja alcançado? (a chave para a realização dos benefícios é identificar ligações explícitas entre cada benefício e as mudanças organizacionais necessárias)
6	Quem será responsável por garantir que cada mudança é feita com sucesso?
7	Como e quando as alterações identificadas devem ser feitas? (é necessário avaliar a capacidade de cada grupo de interessados fazer as mudanças identificadas)

Apresentação introdutória ao Focus Group e apresentação dos participantes

Discussão:

Participante 2 (Part2): Vou então dar a partida pegando aqui na ideia da Dra, espero que se alguém tem alguma achega também intervenha. Portanto, nós temos já há algum tempo, mais de uma década, um problema de dispersão de informação: cada unidade hospitalar tem a sua base de dados independente, de forma isolada. A nível dos Cuidados de Saúde Primários existem cerca de 400 bases de dados independentes, também de alguma forma isoladas. Sempre que um utente se coloca ao nível destas instituições e lhe é prestado cuidados a informação que lhe é prestada fica registada nesta base de dados. O utente pode circular pelo SNS, “hoje vou aqui, amanhã vou ali” e o problema que se coloca é um profissional de saúde de numa determinada instituição em que lhe chega lá um utente que por exemplo não conheça

muito bem nesse serviço, que meios é que ele lhe têm de dar para ele ter algum conhecimento da informação que existe dispersa por este conjunto de bases de dados. O que estes profissionais têm é a capacidade apenas para consultar informação que existe na base de dados da instituição onde está a exercer a actividade.

Este é um problema que se vinha a colocar há algum tempo. Houve uma primeira iniciativa das instituições, nomeadamente a ULSM, que foi a primeira ULS piloto que na verdade tentar integrar os seus cuidados primários e hospitalares, começou a ter necessidade disto: o utente era o mesmo, a instituição era a mesma, as bases de dados eram independentes e começou a criar alguns mecanismos de partilha da informação, na verdade os profissionais eram os mesmos e estavam dentro da mesma instituição mas não conseguiam partilhar a informação e de um modo geral as instituições de uma forma ou de outra iam tentando arranjar forma de ultrapassar este problema.

Em termos ministeriais, em termos de iniciativas do Ministério, houve uma primeira iniciativa há 3-4 anos atrás com os chamados registos de saúde electrónicos (RSE). Foi criado um grupo, reuniu várias vezes, tenha um determinado objectivo, o objectivo era um pouco este, o de criar um Sistema de Informação, um repositório de dados onde os profissionais podessem aceder de alguma forma a esta informação que estava dispersa, ou pelo menos para que esta informação fosse classificada para estar neste repositório, quer em termos partilha, digamos que o objectivo era também ultrapassar estas barreiras das base de dados dispersas. Depois por motivos políticos as coisas mudam, há ciclos políticos que nos atravessam nestes últimos anos, há uns projectos que terminam, outros continuam. Neste contudo há uma necessidade que estava patente, há portanto uma nova abordagem a este problema donde resultou na PDS. E a abordagem que houve do problema foi um pouco mais ou menos nestes termos: a necessidade estava identificada “partilhar a informação” e a ideia foi “vamos olhar para o que está no terreno” e em vez de pensarmos numa coisa que está lá longe ou que demora algum tempo a atingir esses resultados e daí tirar alguns benefícios, vamos já olhar para o que está no terreno e aos poucos fazer coisas devagarinho de modo a que comecemos a ter aqui alguma visibilidade prática e alguns resultados. Esse projecto é a PDS e começou por ter aqui os mecanismos de consulta da informação destas bases de dados dispersas que de alguma forma era o que a ULSM já tinha, que a ARSN também andava a implementar pensou-se logo vamos começar por aí e vamos disponibilizar estas funcionalidades a nível nacional e a partir daí começou este embrião a crescer, vamos pôr mais isto, vamos pôr mais aquilo e estamos neste ponto que se vai caminhando tentando incluir aqui algumas funcionalidades que tenham benefícios para os profissionais, todo aquele conjunto de benefícios que ele tem portanto nós estamos neste momento a fazer este percurso. A PDS tem nesta altura um conjunto de coisas que há meia dúzia de meses não tinha, provavelmente daqui a alguns meses terá muitas mais do que tem agora. É este percurso que se está um pouco aqui a fazer com este objectivo de viabilizar a partilha de informação aos profissionais, digamos que tentar que esta dispersão de bases de dados não seja uma barreira para a partilha da informação entre profissionais de saúde. Em termos de inítrito que... diria que...

Part1: Há ligação da PDS ao Portal do Utente com a informação que o próprio utente vai fornecer, disponibilizando ou não a partilha de informação sobre a situação das alergias...

Part2: É que já agora, depois há aqui uma outra coisa que é no âmbito da PDS, a PDS pretende ter um conjunto de portais e este que eu estive a abordar, que é o objectivo aqui, é o Portal do Profissional de Saúde. Depois há aqui outro portal que está de alguma forma também relacionado com a PDS que é o Portal do Utente em que basicamente começou aqui por agregar algumas funcionalidades que estavam dispersas e a colocá-las todas num único portal, nós tínhamos o e-agenda, o e-SIGIC eram todos endereços independentes e criou-se aqui um portal único para o utente e no âmbito da PDS também foi criado aqui uma outra funcionalidade onde o doente pode registar aqui os dados clínicos a seu respeito, quase ter a sua base de dados pessoal, base de dados essa que depois o profissional de saúde por este portal também poderá consultar essa informação e também dar aqui ao utente alguns mecanismos para ele saber quem é que viu a PDS para consultar a sua informação e onde ele também pode impedir que isso ocorra, pode no seu portal dizer “eu não quero que a PDS funcione com os meus dados”. Depois há aqui outro portal que se pretende criar também, um portal institucional, onde as próprias instituições possam ter aqui alguns indicadores, e ainda há o dito Portal internacional que é para aqui ter alguns... Julgo que é esta a perspectiva do Ministério em termos de PDS, é um pouco ter estes quatro portais, sendo que aquele que mais interessa aos profissionais claramente é este, e quando muito o Portal do Utente, onde o cidadão pode lá colocar alguns dados.

O nosso objectivo é cingir-nos ao Portal do Profissional e percebermos exactamente como é que é possível tirar estes benefícios, qual é a sensibilidade que estão a ter e que mudanças é necessário operar...

Part2: Já agora posso adiantar algumas coisas: o que eu sinto, eu não sou profissional e posso estar enganado, mas acho que há ... que há aqui eventualmente não sei até que ponto chega em tempo útil aos profissionais toda a informação, todas as funcionalidades que a PDS vai disponibilizar e isso se calhar é um obstáculo para rentabilizarmos a PDS e isso se calhar é para avaliar os benefícios que a PDS tem porque se o profissional não tem conhecimento do que a PDS nos pode dar dificilmente a vai utilizar, porque eu acredito que o profissional no seu dia-a-dia quando vai à PDS vai a uma funcionalidade e se calhar não tem muita disponibilidade para “deixa lá ver o que tenho aqui de novo”. Se calhar devia haver aqui alguns mecanismos de comunicação criados de forma a que à medida que as funcionalidades fossem introduzidas na PDS, que acho que de um modo geral as funcionalidades são inquestionáveis e decorrem de grupos de trabalho que avaliam os trabalhos e que chegam à conclusão que aquelas funcionalidades são importantes mas eu de facto acho que quando essas funcionalidades são disponibilizadas tenho dúvidas que os profissionais de um modo geral saibam o que já têm ali disponível. Este é um aspecto o outro aspecto é, aqui a questão é eu puxava a brasa à minha sardinha, um dos objectivos que estão descritos pelo Ministério aqui para a ARS é um pouco a monitorização da utilização da PDS por parte das instituições e em particular também por parte dos profissionais, em que a ARS tem as redes, os Aces e um pouco o que a pessoa vai tentando articular com a estrutura, mas na verdade para

monitorizarmos temos que ter indicadores, eu não consigo monitorizar se não souber quais são as instituições que estão a utilizar, qual é a taxa de utilização. O objectivo de quem está a monitorizar é tentar perceber junto dessas instituições se é algum problema técnico, se é falta de informação dos profissionais; os profissionais dizem “isto não tem interesse, nem tenho conhecimento, nem sei para que serve” . Para monitorizar tenho que ter dados e acho que nesta perspectiva se calhar a PDS podia ter algum perfil específico ou então para as pessoas destas instituições que tenham esta responsabilidade de monitorização, de garantir a aplicação na sua instituição está a ter a devida utilização para atingir os benefícios da instituição e do ministério, devia haver um perfil onde o profissional pode chegar lá e acedia a um conjunto de indicadores sobre a...

Part8: E há...

Part2: Há..

Part6: Pegando na conversa do Dr penso que existem motivações diferentes de organização para organização e isso nota-se perfeitamente no acesso. Pegando em 2 ou 3 casos começar a explorar e ver de facto o que barra, fica barrado aqui e ali. Isto é um bocado na sequência, e depois é isso também termos de facto estas métricas para termos uma ideia do que corre mal. Por exemplo nós no ... para ter uma ideia de quantos acessos eu tenho que andar lá no meio das métricas dos servidores para saber esta estatística.

Part2: Vêm folhas de cálculo com a listagem das instituições que utilizam.

Part8: Há essa informação, a que áreas da PDS acederam isso faz parte do perfil institucional.

Part4: Mas os dados vêm no global.

Part8: À semelhança do resto, digamos não tem estado...

Part2: o Sr. Dr. Consegue aceder à estatística de todas as instituições?

Part8: Sim

Part2: Ou só da instituição?

Part8: Particularmente da ULSM, mas temos informação de todos os acessos que fizeram remotamente e dos acessos que fizeram remotamente da informação da ULSM. Agora é básico, tal como fizeram à excepção do Portal do Utente onde houve um grande desenvolvimento de facto e se calhar não se consegue fazer tudo de uma primeira vez ou em simultaneo, também aí há ainda estamos numa fase, penso que também estamos numa fase muito inicial.

Part2: Por exemplo a ARS tem como objectivo definido com o Ministério da Saúde na região norte há não sei quantas mil consultas que devem ser agendadas para dia tal, eu consigo monitorizar este indicador aqui sabendo quantas consultas estão a ser marcadas ou em que nichos de população isto está a acontecer, onde não está a acontecer, se calhar fazer ali algumas campanhas para ouvir porque é que não há, não abrem porque os médicos não abrem agendas para marcações por via e-agenda,

enfim se calhar chegamos ao fim do ano e no meu entendimento toda a gente ainda procura indicadores. Acho que há aqui, acho que há nesta altura uma lacuna que nós poderíamos ter aqui...

Part4: Temos que pensar que podíamos falar também sobre porque é que as pessoas não acedem.

Part2: Temos que perceder se há acessos.

Part4: Pois, exactamente.

Part2: Temos que perceder se há acessos.

Part4: Eu procurei ouvir, eu auscultei os profissionais do meu ACES por causa das pessoas e acho que o sentimento é geral, o que elas me disseram, o que outros enfermeiros me disseram foi que é lento, nem sempre está disponível, não é muito intuitivo,... o acesso que têm aos dados do hospital não são exactamente o tipo de dados que têm no centro de saúde, e o acesso que têm é por episódios e portanto não deixa uma observação global do indivíduo é uma coisa mais... e portanto se queremos ter uma observação genérica e global da situação de saúde da própria pessoa temos que perder mais tempo e como é lento e nem sempre está disponível, desistimos. E também identificam que relativamente aos dados do hospital nem todas as especialidades têm registos. Isto foi... então perceber porque é que usamos: e não usamos porque verificamos que não está disponível, é lento e não há dados disponíveis. É um sentimento mas vale o que vale, foi o que ouvi de meia dúzia de colegas.

Part9: Eu além do que a X falou acrescentava que nós no ACES temos como hospital de referência o Centro Hospitalar e que portanto nunca está disponível, esteve disponível uma semana com possibilidade de aceder apenas ao serviço de Urgência, portanto não temos possibilidade de aceder a Internamento e um dos benefícios que seria até para não replicar exames e essas coisas, não é possível e andamos com TAC's de um lado para outro quando um grande benefício seria poder saber o que se está a passar com a continuidade de cuidados aos utentes que recorrem ao hospital.

Part9: Além de colocar aqui também a questão que deve ser transversal, a ideia que eu tenho de quando consultei outros hospitais, quando necessitei consultar, passa a informação quase em bruto, não há nenhuma seleção da informação que deve constar na..., portanto para a continuidade de cuidados de saúde, não interessa saber no internamento onde é que o doente esteve no dia 1, no dia 2, se teve 10X injectáveis ao dia ou 5 ou 3. Interessa saber uma informação global que depois nos dê uma informação sobre o estado da pessoa naquela altura e uma informação global na altura da transferência para os cuidados de saúde primários na hora da alta.

Part3: Eu também queria só dizer uma coisa, é que de facto ainda há muita falta de informação e a nível hospitalar, por exemplo no meu hospital de referência que é o... ainda há um desconhecimento dos profissionais para a parte da PDS, eu sou utente do Hospital e como utente perguntei ao meu médico se ela já tinha acedido e ele nem sabia, foi ele que foi ver. Eu depois também acedi à minha, à PDS e aquilo que eu verifico é que... isso de facto vai sendo, uma das ideias é que os registos melhorem,

que haja já um cuidado nesse registo e na informação que vai ser partilhada. Porque por exemplo eu vi nos meus dados os vários diagnósticos que estiveram suspeitos e aquilo aparece tudo. Uma pessoa quando vai ver aquilo fica um bocado confusa, mas afinal porque depois vêm lá os dados que afinal ainda nem sequer estão interrogados, vêm dados, insisto aqui que também tem que haver algum cuidado em termos da ética.

Part4: Há aqui um questão interessante que é quando os próprios profissionais se vêm no papel do utente e quando consultam a sua plataforma e sabem que os seus dados estão ali expostos para outros colegas, claro que isto aqui é uma dualidade se olhar também é uma questão ética e poderemos pensar que dados é que estão disponíveis. Quando são os profissionais a pensar na nossa... o quanto estamos ali expostos, se calhar começamos a olhar o outro lado de forma diferente.

Part7: É um dos aspectos interessantes...

Part4: o importante é gerir a coisa.

Part5: o que eu noto é que também não é obrigatório os médicos fazerem os registos todos no computador e há colegas que não estão a fazer... porque é assim, hoje em dia com o SAM todos nós temos acesso a invasão e a consultar qualquer pessoa, felizmente ou infelizmente, nalguns casos pode ser muito bom, noutros casos pode ser mau porque a privacidade da pessoa acabou "Olha fulano está internado no Hospital". "Há pois está". "Deixa lá ver o que é que ele tem". "Vamos lá ver as análise, vamos lá ver os diagnósticos.". Isso é muito desagradável o que faz com que, nomeadamente alguns colegas que fazem a adolescência, não escrevem no computador e portanto a esses então ninguém vai ter acesso aquilo que eles registaram porque não há obrigatoriedade no âmbito clínico de fazer os seus diários clínicos no SAM. Isso faz com que logo aí não é obrigatório, aí outros profissionais não possam ter acesso ao que se passa com aquele doente, digamos assim. Não há obrigatoriedade, não sei se isto mudará de instituição para instituição, mas no meu hospital não é. Mas também não há nenhuma obrigatoriedade do clínico fazer isso e podem...

Part9: Muitas vezes é isso.

Part4: Mas eu não sei se...

Part5: Provavelmente há regras para cada instituição

Part9: Isto vai de acordo aquilo que eu disse no início, nós de facto temos dificuldade em entrar em algumas instituições. Nos centros de saúde nós não temos dificuldade, mas no Hospital também, no CH não sei.

Part5: Será defeito do próprio sistema informático? Não sei... Depois uma lentidão terrível, temos o sistema sempre avariado, não conseguimos quase trabalhar. É muito complicado. A nível de urgência é os resultados diagnósticos sempre em baixo e a lentidão, a lentidão, estamos ali à espera. Mas não deixo de congratular-me, porque aquilo que tenho acesso tem tido algumas funções que têm sido muito positivo, portanto acho que isso também é positivo, não podemos falar só do que está mal.O que existe é bom e acho que...mas há que melhorar.

Part6: A questão que referiu, de facto tem dificuldades em entrar, nós para sabermos isso temos que ter essa informação, quer dizer não há nada organizado que nos possa facultar isso. Ainda ontem por exemplo estivemos a fazer uns testes, uns testes de acesso ao CH e simulamos uma entrada e pareceu-nos um bocado lento. Mas aí está eu estava a simular uma saída e uma entrada. Há de facto necessidade de pôr uma perspectiva de informáticos. Eu estou aqui a representar o CH e há de facto a necessidade de haver aqui um alinhamento de motivações por igual, definir um conjunto de formas de nós podermos ter acesso à informação se sentir dificuldades, haver um conjunto de boas práticas para permitir que tudo seja devidamente confirmado. Os Sistemas são complexos, os sistemas são complexos e nós para tirarmos tudo e mais alguma coisa e há sempre um pormenor ou outro que escapa. Fiz também no outro dia um teste, entrei ... simulamos o acesso à informação num hospital e estava tudo muito bem, tínhamos de facto a informação que pretendíamos e tínhamos abrir um PDF, o PDF não abria e porquê? Porque referenciava um servidor que por sua vez não estava devidamente configurado para abrir. São estes pormenores que nós... por cada instituição havia de haver uma pessoa com essa incumbência, de reunir e sentir essas.. ter esse input

Part2: Mais regional ou mesmo até nacional

Part6: Desculpe lá, eu tenho aqui uns print screen: entramos no SAM e no PDF e página não encontrada, e a outra que é acesso negado diz que é uma validação

Part9: Aparece muitas vezes

Part6: Este tipo de coisas, pequenas que são, isto é facilmente resolúvel, mas para aí está, para quem é utilizador mesmo sente isso...

Part3: Como o Dr C disse esta-se a criar uma rede de interlocutores para poderem estar atentos a essas situações e poderem ser denunciadas atempadamente. Foi pedido pela ARS que todas as instituições quer a nível dos ACEs quer a nível Hospitalar podessem indicar um interlocutor local da própria instituição. Dos Aces já temos todos os interlocutores, mas dos Hospitais ainda não, nem todos responderam. Penso que do HSA, CHP acho que ainda não indicou ninguém, da ULSM é o Dr FR. Já pedi com bastante antecedência e a ideia é depois fazermos uma primeira reunião em que se explique o que os interlocutores possam fazer, o acompanhamento e de facto isso ainda não aconteceu porque ainda estamos à espera que de facto...

Part2: Isto tem a ver com aquilo que tu dizes de haver alguma uniformização de critérios e entre todos podermos articular algumas estratégias.

Part3: e depois também a informação dos profissionais onde possa ser feita a dinamização local no sentido de motivar os profissionais para o acesso à PDS.

Part1: Sim, porque nós estamos na mudança de paradigma de pouca informação para de repente termos tudo. Nós agora na área de SI constantemente recebemos propostas para fazermos actualizaçõescoisa que era só de tempos a tempos, não só o lado técnico como para o lado clínico por quem utiliza os sistemas...

Part2: Às vezes agimos como correções.

Part1: exactamente.

Part3: Depois as grandes dificuldades que também neste momento existem já estão fixadas, a acontecer, o certo é que acontecem. Por exemplo aquela questão que tem a ver com os benefícios, os grandes benefícios que têm a ver com evitar a duplicação de MCDT's e outros procedimentos, isso ainda não está acessível, portanto ou seja os hospitais registam, nos centros de saúde conseguem ver que foi pedido o exame X, que foi pedida a análise Y mas em termos de resultados, não aparecem os resultados e a ideia era estar-se a evitar repetir, mas isso está pensado de facto aqui na... não está é a acontecer

Part7: Para quem está há 15-20 anos preocupado com os Sistemas de Informação ainda em suporte papel e depois acompanhou a evolução não sei se ao longo destes últimos...em suporte papel, clínica e agora em suporte informático, eu só posso dizer... congratulando-me com a iniciativa da PDS, para mim foi, para nós, para todos os profissionais que estavam preocupados esta foi uma coisa muitíssimo boa, parece ser muitíssimo boa como é evidente, e ainda está e muitas coisas estão para... um dos aspectos que temos neste momento seguramente na mãos e que parece que há alguma facilidade é arrumar a informação, além de que temos uma disposição de informação... pelo que é arrumar esta informação. É evidente que não será fácil, porque o interesse da informação e a informação que importa aos diferentes grupos profissionais não é a mesma coisa. Um doente que está na mesma situação, um médico, um enfermeiro, um técnico vai buscar informação diferente e arramá-la de acordo com as necessidades dos utilizadores poderá não ser fácil, mas pronto seguramente há muitos aspectos a necessitar de evolução. Realmente o que importa aqui é a propriedade da informação quer do utente... eu não sei... por exemplo, estive a ouvir o Dr C. dizer que já há um local/Portal do cidadão onde é possível o utente

Part2: Fazer alguns registos

Part7: além de fazer o registo “eu quero que esta informação seja disponibilizada ou não”

Part4: Para informação está disponível, tem que dizer é o contrário

Part7: “ou não”

Part4: Depende do ponto de vista.

Part7: É como a história do dador de órgãos. Para mim enquanto utente importa ter consciência dessa minha decisão. Se essa decisão é informada. Agora se eu não fizer nada aquela informação está lá e estou um bocadinho em desacordo com o que disse, se o meu consciente sabe daquilo que é possível fazer, tenho a informação no meu hospital e que eu acho que não deve ser partilhada com outros, com outros colegas, se eu tiver essa possibilidade não vejo. Nós temos neste momento, na área da saúde ocupacional um sistema semelhante, só está disponível a informação

Part9: Não está disponível

Part4: Lá está, não deixamos de ser cidadãos e ao mesmo tempo profissionais e o acesso está disponível

Part9: De um lado e d'outro, é igual

Part3: Porque os profissionais também podem dizer qual a informação que querem que seja passada

Part4: O que a colega está a dizer é que relativamente à saúde ocupacional claramente não está disponível. Mas eu enquanto profissional também sou cidadã e eu estou a ter algum privilégio para aqueles que não é profissional. É uma das questões que se levantam e eu honestamente como utilizadora tenho que ter alguns cuidados e outros não até porque beneficiamos que algumas situações que estejam disponíveis por exemplo um pessoa com uma doença oncológica precisa da sua medicação e claramente isso é útil, mas há sempre questões éticas.

Part7: A questão fulcral é o utente estar consciente daquilo que dá e esse utente ter a possibilidade, mesmo que seja apenas em alguns aspectos até, a maior parte da informação estar disponibilizada mas um aspecto particular que interessa que não seja divulgado... a informação vai ser partilhada ou não, por alguns aspectos da informação.

Part4: Mas mesmo dentro da informação que está disponível para o cidadão e que eu posso consultar enquanto utente também se calhar há aqui outra questão que não é pôr em causa a importância da plataforma, é qual é o maior benefício? eu saber ou eu não saber?

Part9: Em relação à plataforma eu vejo muitas vantagens no seu desenvolvimento, não tanto no acesso local que fruto de sermos um ULS já tínhamos um SI entre os Cuidados de Saúde Primários e o Hospital, portanto a PDS não vem acrescentar muito aquilo que nós já tínhamos, mas permite-nos realmente aceder à informação de outras instituições, nós conseguíamos aceder ao mesmo tipo de informação que agora temos, acedíamos de outra forma, mas à mesma, tendo o mesmo princípio. Localmente, na comunicação com os nossos centros de saúde não trouxe nenhuma vantagem adicional, já víamos os resultados dos exames, já fazíamos o acompanhamento do histórico do doente. A vantagem está realmente no acesso à informação de outras instituições, o que levanta a questão do acesso à PDS. portanto nós estamos com alguma dificuldade de acesso à PDS , de aceder no hospital à PDS. Sempre que eu quero aceder tenho lá uma informaçãozinha a dizer “está negado o acesso, falta o nº da ordem, ou o nº de entrada”, o que está incorrecto, o nº de utente eu não tenho, isto é uma coisa que tem cerca de duas semanas, o acesso foi negado aos enfermeiros, não foi só a mim, já tentei com vários enfermeiros, vários dias, várias horas e a informação diz lá que o nº mecanográfico ou o nº de inscrição na ordem não está correto. Ora, o nº de inscrição na ordem nunca vai estar correcto porque essa informação não está disponível nos SI. Eu ainda agora comentei com o meu colega se ele conseguia aceder e ele consegue aceder, penso que é um problema do hospital. Quem é o proprietário desta gestão? Suponho que é a SPMS também não dá resposta a este tipo de problemas, o que desmotiva o colaborador, o profissional ao utilizar a plataforma. Nós na ULS tínhamos altos níveis de consulta e se eu fosse avaliar agora por aquilo que eu falei com os meus colegas é muito diminuta porque as pessoas

voltaram a ir pelo sistema de partilha de informação, é muito mais rápido, tem o mesmo nível de informação e a maior parte dos nossos utentes são da ULS e nós temos a informação disponível. O que é pena porque estamos a abandonar um caminho para passar a motivar as pessoas para outra direção. Isto é um problema.

Part4: Mas deve ser um problema local.

Part9: Eu penso que sim, até porque se o CHP entra, mas nós não temos. Mas de facto a SPMS já devia ter dado resposta a isto.

Part3: Automaticamente

Part9: Claro

Part6: O que falei à bocado foi relativamente a um problema específico

Part9: Isso eu não tenho

Part6: Consegui entrar em vários e o utilizador médico médico que estava comigo, conseguiu entrar em vários utentes e naquela zona não conseguia.

Part9: Eu isso não se consegue aceder à informação do CH, às vezes consegue-se aceder à noite, penso que deve ser muito pontual.

Part4: Depende dos serviços, nos episódios de urgência às vezes consegue-se.

Part9: Lamento que não integrem a informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. É uma pena, era relevante.

Part8: Mas é

Part9: Não está tudo, não tem a informação integral. E outra questão que se levantou aqui que tem a ver com a organização da informação e da história dos episódios: no hospital os internamentos estão organizados por episódio, não se vai conseguir ter um historial, a história do doente que o vai acompanhar ao longo da vida, vai ser uma fotografia daquele momento naquele episódio.

Part4: Mas é como a colega... fez um resumo

Part9: Nota de alta, não?

Part3: Temos a medicação administrada

Part9: A última medicação administrada naquele dia?

Part3: Não, toda. Eu estive a consultar a propósito de um utente que esteve lá internado e passa a medicação toda. Sim, eu sei a que horas ele fez as avaliações que estão parametrizadas no SAPE às 9, ou às 8:23, ou avaliações de tensão de 4 em 4h. Acho que isso é uma situação que não...

Part9: não passa só a carta de enfermagem?

Part3: Não

Part10: Não

Part4: Não, tem que se ler tudo, o que vai aumentar o tempo de consulta.

Part3: Não é em todos, o internamento não passa em alguns...

Part10: Passa o que se passou lá do que o que se passa agora na continuidade.

Part9: Eu pensava que passava a carta de transferência, com os episódios activos, a última medicação administrada, as medicações activas, isso é que fazia sentido passar, um resumo caso fosse necessário, portanto a informação que está na carta de transferência, no fundo.

Part3: O que está pensado que até já saiu naquela circular da ARS é...

Part9: Sim, mas a carta de transferência não é o que está no despacho...

Part3: Também não é só aquilo, mas a ideia era passar também essa parte.

Part7: Particularidade no aspecto... se pensarmos na continuidade de cuidados e se no momento da alta houve uma correcta avaliação..., no diagnóstico está activo, portanto tudo o que importasse para a continuidade de cuidados em principio devia estar activo e depois na reavaliação... foi esse o principio quando se desenvolveu os sistemas de informação de enfermagem... não é uma carta de transferência, uma carta de alta mas sim...

Part4: As partes importantes por assim dizer.

Part7: Numa perspectiva de continuidade de cuidados é o que é que o que o Profissional achou pertinente...

Part10: Tinha aqui só mais umas achegas, só em alguns aspectos que já foram falados: naquilo que se falou para além da apresentação da plataforma pelo Dr.C., a forma como a plataforma foi apresentada quer aos profissionais quer à população, realmente aqui eu acho que houve uma falha porque se formos perguntar à população em geral pouca gente saberá que poderá ir informaticamente dizer que não quer que os seus dados sejam acessíveis, portanto temos uma população pouco ou mal informada. A nível profissional eu penso que a forma como foi feita também não terá sido a mais correcta. No meu caso, na minha instituição, no meu serviço a forma como eu aprendi a trabalhar com a plataforma foi através de um estudo que foi feito, foi escolhida a minha instituição por acaso e os colegas que estavam lá a aplicar aquele estudo ensinaram-nos. Portanto foi um estudo que tinha a ver com o Resumo Clínico do Utente (RCU) que também está a ser trabalhado e como eles estiveram lá connosco, estiveram lá a fazer entrevistas e também nos ensinaram em alguns aspectos que nós ainda não conhecíamos. Porque nós começamos a ver lá o ícon quer era no SAPE mas não sabíamos se podíamos ligar aquilo, se devíamos, como é que fazíamos, não tivemos qualquer formação. Isso também, logo à partida é um constrangimento porque se não sabemos como também não vamos usar, é só por curiosidade e depois também tem a ver com o que a colega falou no ser intuitivo ou não, para uns pode ser intuitivo se calhar para outros não é e deixam de utilizar. Esta foi uma das falhas que se calhar talvez ainda possa ser corrigida, se calhar investir

mais na apresentação da plataforma. Na ligação com a informática também temos aquelas questões que nós ouvimos também na nossa instituição que nós nos queixamos quase diariamente que o sistema é lento, temos muitas falhas, não só na Plataforma, no SAM, no SAPE, e na informática o que nos dizem é “se não nos dizem nós não sabemos”, “vocês dizem que têm falhas mas a parte informática não pode corrigir porque não sabe”. Da nossa parte, enquanto profissionais é muito difícil nós estarmos constantemente a avisar dos erros, porque eu posso dar o caso desta semana que foi o caso mais recente que eu comuniquei ao apoio técnico de foi uma falha que tive: em meia hora de trabalho 4 vezes que me falhou o servidor, eu não consegui fazer nenhum registo. Claro que ao fim da 4ª vez eu enviei mas não consegui fazer nenhum registo. Cada vez que me falha eu não consigo estar a avisar a informática, com o tempo que eu já estou a perder com a falha que aquilo faz, com eu ter que desligar o programa, ter que voltar a ligar com as pessoas à minha frente, um minuto que seja a ligar/ mandar um email ao apoio técnico é tempo perdido. É difícil na prática estarmos constantemente a avisar a parte informática dos erros que nós temos. Às vezes na nossa instituição optamos por fazer muitas vezes é um apanhado: tivemos várias situações ao longo do dia, claro que isso nem sempre nos conseguem resolver na hora e é complicado. Outro erro que temos detectado ao utilizar são os erros de interoperabilidade entre programas, por exemplo, nós nas USF's temos muitos problemas relacionados com as inscrições das pessoas e o que tem surgido agora: a ligação da plataforma com também o RNU e com o SINUS tem actualizado dados, um programa actualiza dados do outro e desde que isto começou tem sido uma confusão porque duplica-nos moradas, p.ex. uma pessoa que mora no R/C dto, aparece-nos R/C dto dto. Portanto passou a acontecer isto desde que há esta ligação destes programas todos. Depois há inscrições duplicadas, temos várias pessoas com duas inscrições no SNS, numas delas temos situações em que numa delas tem as vacinas actualizadas e na outra não têm, não sabemos qual delas é que conta e estamos a falar de indicadores que interessam à unidades e às instituições

Part4: E do risco para o utente

Part10: E do risco do utente que podemos vacinar sem ser necessário p.ex. e esta falha na ligação dos vários programas também tem sido um constrangimento. Não sei se algumas delas poderão ser corrigidas ou não e isto também em relação ao que estava a dizer anteriormente, estes constrangimentos que nós sentimos no dia a dia a quem é que os reportamos? É ao apoio técnico de cada instituição? Existe um organismo nacional? Como é que nós fazemos na prática?

Part8: Eu acho que talvez vos convidasse a voltar ao tema da reunião que era algo de novo que surgiu, a PDS e os benefícios da mesma. Falamos aqui e são muito importantes, quer os aspectos operacionais, quer os de processo, mas eu acho que eles reflectem ainda uma imaturidade muito grande, muitos desafios para melhorar, e que não devem sobrepor-se a uma visão global. Eu não sei quantificar a importância que teve a presença daqueles nossos amigos conhecidos pelo nome de troika mas estou convencido de que foi muita, e que fez isto andar a passos muito celeres, e alguns passos e alguma consolidação foi ultrapassada e daí claramente estes erros. O que a PDS fez foi criar uma rede entre todo o SNS, todos os organismos públicos do SNS. Havia no nosso caso, e talvez tivesse justificado uma nossa intervenção precoce e algum pioneirismo, nós já tínhamos uma pequena PDS na ULSM entre o hospital e

os centros de saúde e aquilo que passou a existir foi uma ULS alargadíssima e que agora até já vai à Madeira e ... pelo menos à Madeira, não sei se já vai aos Açores? Portanto esta plataforma de dados através das comunicações possíveis e certamente umas melhores que outras pôs todas as instituições: hospitais, centros de saúde, instituições públicas em rede permitindo que de um lado se acesse à informação do outro lado. Esta PDS como disse o Dr.C, tem quatro portas de entrada. Uma porta de para o utente, uma para o profissional que acede quase sempre em contexto de um episódio de saúde, quase sempre. Tem um portal institucional que permite aos organismos que gerem os serviços de saúde perceber algo do que se passa. E tem um portal internacional, conota-se como EPSOs que permite transferir informação para o exterior. P.ex. um turista que vá a um país que esteja também no mesmo programa permite transferir informação ou vice-versa, um turista estrangeiro que venha a uma instituição nossa permite-nos aceder a alguma informação relevante dessa pessoa. Centrando-nos no portal do profissional, claramente dizemos que isto tem claros benefícios na qualidade assistencial porque permite rapidamente percebermos, existindo, o que se passa com aquele doente, se é alguém que não conhecemos porque está em transito, com a mobilidade que hoje existe isso começa a ser muito frequente, conseguimos perceber... sobretudo se ele não for capaz de nos dizer, o que acontece muito frequentemente numa situação de emergência, o doente que não é capaz de contar o seu histórico e que não traz nenhuma documentação, se calhar conseguimos ir perceber por onde é que ele passou e que informação temos. Portanto isto é extremamente importante. Permite-nos evitar a redundância de exames, que é um dos grandes objectivos; permite-nos evitar incompatibilidades terapêuticas. Claramente acho que há aqui benefícios que advém. É evidente que também pode haver aqui alguns receios que uma partilha muito mais alargada da informação que pode, sabendo nós que os sistemas informáticos não são completamente invioláveis, aparecem-nos aqui alguns receios que têm assolado muitos dos nossos colegas. Mas todos nós temos se calhar as nossas contas bancárias que também podem ser acedidas e continuamos a confiar nessas situações. Portanto temos que fazer este balanço. Também eu não creio que esta partilha de dados através dos SI seja pior do que aquilo existia anteriormente que eram os processos clínicos em papel que andavam a circular pelas instituições pelas mãos de toda a gente. Eu acho que não é pior. E quando os meus colegas dizem “eu tenho medo, eu não escrevo no SI e só escrevo em papel” o que eu... digamos eu não sei se não estamos a prejudicar aquele doente quando ele chega ao SU e tem o processo encerrado no arquivo ao qual eu não consigo aceder, não sei se as minhas decisões não estão condicionadas a essa ausência, e eu estou convencido que estão. Portanto este projecto, esta PDS é algo que tem um longo caminho a percorrer, precisa de muitas intervenções para a melhorar: intervenções tecnológicas de melhorar a qualidade da rede; intervenções junto das instituições porque nós a única coisa que a PDS fez foi abrir-nos a porta para entrar numa instituição e ficamos no átrio de entrada, não vemos mais nada. Se a própria instituição não fizer um trabalho interno de fazer chegar a informação até esse hall de entrada nós não vemos nada, não vemos nada. Portanto há que aproximar dos hospitais e motivá-los a partilhar a sua informação. E depois houveram aqui no meio deste processo em que ainda existe esta dúvida sobre o benefício ou risco ou malefício que permitiu que alguns hospitais pura e simplesmente barrassem o acesso. E eu tenho alguma dificuldade em entender que perante um doente com determinada patologia se ele tivesse sido tratado no Hospital A eu tenho o acesso à informação e

se for no Hospital B não tenho o acesso à informação porque o conselho de Administração resolveu barrá-la. Eu não entendo isto no mesmo SNS, mas isto existe. Isto existe porque todo este processo não está devidamente clarificado e consolidado em todas as suas etapas. Aquela questão que levantou, e muito bem, da informação que passa, eu não sei se tem a ver como RCU que é uma parte da plataforma, é uma parte...

Part4: Eu levantei esta questão porque esta questão tem sido levantada pelas minhas colegas

Part8: E é verdade, quer do ponto de vista, da parte de enfermeiros quer de médicos, há um conjunto de diagnósticos que devem ser propostos ao médico de medicina geral e familiar, foi constituído como gestor da informação, e ele decide nesse capítulo o que está disponível e tem que ser acedido por esse médico e validado. É o médico que diz “isto é reserva do utente e minha, isto pode passar e ser visível por outros”

Part4: falta fazer esse trabalho

Part8: Falta fazer esse trabalho porque há muita informação que é apenas ruído, é só ruído que passa. Passam os diagnósticos todos, todos aqueles actos que motivavam que o doente ou utente fosse ao centro de saúde, e que motivavam a inscrição que era a prescrição, renovação de prescrição, análises de rotina, era qualquer coisa, está a passar e isso é apenas ruído, não traz valor nenhum. E esse trabalho tem que ser feito...é um filtro, mas isto foi, houve algum início desta actividade, foram constituídas pessoas, foram entendidas como se voluntariaram para este trabalho e que deveriam ter dado os filtros que seriam colocados e bloqueariam essa informação que não tem valor nenhum. Todo este processo está por fazer, digamos intervenções: 1ª intervenção junto do doente para que ele se registre; intervenções junto dos clínicos para que passem esta informação e divulguem junto dos utentes, sensibilizar os profissionais de saúde para a mais valia deste processo; trabalhar com as equipas; escolher a informação; facilitar processos de passagem de informação; melhorar as comunicações. O CHSJ abriu as suas portas numa fase inicial e os acessos causaram graves perturbações do ponto de vista técnico e informático, o que me informaram é que causou perturbações internas no funcionamento das aplicações e eles implementaram uma solução que era ter réplicas, portanto, acedia-se à réplica e não interferia com o processo habitual, foi a informação que me deram. Já vi este processo disponível e novamente encerrado, e portanto há aqui todos uns processos quer tecnológicos quer motivacionais, quer das pessoas... a gente só consegue ver o que lá se coloca. O benefício é claro; eu sugeria que nos Business Drivers um aspecto principal que tem ali a ver com o D3 que é a interoperabilidade, eu via a interoperabilidade de um ponto de vista mais técnico, mas acho que o termo mais adequado aqui é partilha. A partilha de informação é que acho que é fundamental, essa é que é a mais valia para o utente. É o utente que está no Algarve, que resolve vir passear no Douro, vem a um hospital e entra na sala de emergência e não é capaz de me dizer o que tem e nós para o tratar precisamos de saber que fármacos é que toma que podem simplesmente justificar aquilo e em dois minutos conseguimos perceber e se calhar ter ali uma informação crucial para aquele doente. Portanto esta partilha quanto a mim é um driver fundamental e devia estar ali. E todos estes benefícios que quanto a mim estão aqui deste lado bem explícitos.

Pegando no que diz e para continuarmos, o que me parece neste momento é que nós percebemos que efectivamente o Portal do Profissional permite aqueles benefícios mas na prática, quem é que os vai pôr em prática e o que é que está a acontecer que está a impedir que eles se concretizem? E já vimos aqui algumas situações: p.ex. pretende-se evitar a replicação dos MCDT's, mas não conseguem aceder, pretende-se disponibilizar a informação rapidamente, mas tem havido constrangimentos... então acho que podemos avançar um bocadinho no sentido do que é que devemos fazer neste momento, a quem devemos chamar a atenção, que medidas é que devemos tomar exactamente, para corrigir estes constrangimentos. Ou seja, já estamos a identificar situações que nos estão a dificultar e temos que tomar medidas; a quem recorrer, ou quem é a pessoa responsável por nos facilitar a concretização destes benefícios (...) se calhar podemos começar pelo que o Dr C dizia, pelos indicadores: às vezes temos no Portal Institucional os indicadores que nos dizem os acessos e precisamos que esses indicadores sejam mais explícitos, para conseguirmos perceber onde é que temos que intervir especificamente. Porque já vimos que em toda a ARS há situações pontuais, que informação é que efectivamente necessitam para do ponto de vista destes indicadores, para corrigirmos estes pequenos entraves, coisas que se passaram um bocadinho mais rápido e que temos que consolidar, para fazer acontecer efectivamente.

Part2: Eu pessoalmente continuo achar que é ter uma boa monitorização que permita perceber onde é que o que está disponível não está a funcionar. Ou se não está a ser utilizado, porque é que não está a ser utilizado? Não está a ser utilizado porque o profissional não vê a sua mais valia? Não conhece o produto? Ou não está a ser utilizado por razões técnicas? Tem que se ver mecanismo que isto flua...tem que se calhar tem de haver aqui um interlocutor, uma instituição e depois a própria instituição tem de saber a quem...quem é que pode resolver o problema interno pode ser externo tem que garantir que seja eficiente e tenha força, porque eu estou farto de ouvir queixas do Hospital SJ, cada um continua a fazer o que quer porque todo o acesso...não tem lá ninguém! Eu percebo que é uma decisão do concelho e que de quem tem força internamente, as pessoas e os profissionais dizem que o SONHO está paralizado...

Part9: Parou

Part2: Pára o hospital todo não estão para estar ali a tomar decisões, corta isto corta aquilo cortaram os acessos externos à PDS e eles começaram a cortar coisas internas até conseguirem que aquela coisa se libertasse das garras e conseguisse funcionar, mas depois começaram ali a resolver uns problemas e na verdade o mecanismo de replicação que teoricamente devia estar disponível e pelos vistos não está.

Part8: E que esteve, julgo que esteve

Part2: Julgo que esteve mais do que um mês e eu já vi passar alguns emails nos últimos dias a dizer que não está e eu próprio já os reportei e até o próprio professor H.M ontem já enviei emails a dizer alguém que ajude a ultrapassar isto porque

descredibiliza, porque depois de um momento para outro também os funcionários/profissionais deixam de utilizar.

Part9: Perderam o hábito

Part2: Completamente.

Part9: É um hábito que se cria.

Part2: Ou se cria aqui certa confiança nos profissionais. Um bom sistema à partida amanhã já está resolvido ou há sempre aquela tendência ao oposto nunca há aqui ninguém para resolver alguém a dizer vai lá que aquilo já funciona e há aqui uma boa rede de monitorização para gerar confiança e motivação para os ganhos que os profissionais dizem há aqui muita coisa a melhorar, há um longo caminho a percorrer e de facto já temos coisas que são boas para a actividade do dia-a-dia dos profissionais... mas vamos garantir que estas sejam do conhecimento, funcionem, estejam disponíveis, porque é da utilização de toda a gente que começam a chegar os contributos e que começam a permitir uma boa evolução das coisas. O que eu acho a qui é uma boa rede de monitorização que haja a capacidade e força para isto poder actuar. Há qui alguns problemas em algumas instituições, como o C estva à bocado a dizer aquele hall de entrada que eu chego, mas pelos vistos há aqui casos em que não consigo chegar, mas depois eu chego ali e há uma série de portas que estão fechadas e a informação que eu quero está nas portas, não está neste hall, e isto tem a ver com questões locais, é a tal gestão local que pode ser feita para ser disponibilizada. Depois há os problemas de conseguir ou não conseguir chegar a este hall. Tem que se ver aqui formas rápidas de toda a gente perceber que deve e que portas é que tem que abrir internamente para que as funcionalidades que estão implementadas efectivamente funcionem e tragam esta mais valia para os profissionais para que consigamos atingir estes benefícios e depois a PDS fará o seu percurso, porque há na verdade aqui um grande caminho a percorrer.

Part4: Em relação a...

Part2: Deixem-me pegar só aqui numa coisa e não me quero desviar com isto. Nas questões ético-legais convem dizer que a CNPD esteve sempre envolvida nisto, foi ela que obrigou que o Portal do Utente tivesse a informação dele poder tomar uma decisão, o que levou que o acesso fosse aprovado, porque à partida o utente quer o melhor para si, o utente está num sítio qualquer e o profissional que o está a tratar tenha toda a informação disponível para o tratar da melhor forma possível. E foi também a comissão que exigiu que este portal do Utente tivesse também capacidade de monitorizar quem é que... por exemplo eu hoje entre e vejo que de viseu esteve alguém... e a que propósito se eu não estive lá? E pode questionar e inclusive pode questionar diretamente a CNPD. É um acesso de viseu que anda a vasculhar a informação e há outro aspecto importante que o Dr. FR disse que é que regra geral, e eu digo regra geral porque eu não sei que funcionalidades recentes é que tem, mas até há bem pouco tempo o acesso ao PP era só a partir dos SI da instituição e quando chamava a PDS era obrigado a passar os dados quem era o utente, quem era o profissional, quem era a instituição. Ou seja eu não podia chegar à PDS e dizer "que giro, vou ver o meu vizinho". Eu não consigo... a menos que o vizinho esteja registado na minha base de dados.

Part8: na versão hospitalar só consegue a partir de um episódio de contacto, no centro de saúde não, conseguem ver, conseguem ir pesquisar. Basta um episódio de urgência, mas tem que ser um episódio daquele momento porque se eu ultrapassar, já não consegue aceder. Se o doente tiver tido um internamento depois já não consegue em qualquer momento aceder à PDS, o doente tem que estar naquele instante internado ou perante uma consulta

Part2: Tem a ver com as regras de segurança que estão previstas para..

Part9: Se o doente teve alta ontem se hoje eu for lá, eu já não posso aceder.

Part8: Não!

Part9: Não!

Part8: O doente já lá não está.

Discussão imperceptível...

Part6: Internamente o SAM guarda quem é que acedeu, só que às vezes não chega, não chega porque os utilizadores (deixam a sessão aberta) e por um motivo ou por outro é só clicar e entram lá. Nós tivemos a experiência do Processo Clínico Electrónico tivemos algum controlo com isso porque mostramos os últimos 10 acessos sempre visíveis e aquele efeito que condiciona um bocadinho o utilizador, o profissional no acesso.

Part8: Aqui estão todas as questões da segurança das aplicações, a partilha de passwords, sistemas abertos, de várias sessões que se deixam... e depois dizerem as pessoas deixarem processos em todo o canto do hospital e depois é o computador... não muda nada.

Part7: Eu concordaria em absoluto com a monitorização e que depois serviria o estado da situação e diria melhorar a informação sobre as actualizações que se fizeram. E se calhar antes ainda colocaria uma questão em cima da mesa fazer que era fazer o diagnóstico da situação. Isto é, qual é o conhecimento que os profissionais têm sobre a partilha de dados em saúde, sobre as possibilidades que hoje já estão disponíveis, que eu às vezes digo sinceramente isto não está disponível na PDS e as pessoas não vão procurar. Começava então por me servir das mesmas pessoas e do mesmo organigrama e tentaria primeiro perceber o estado. Em primeiro lugar o que é que existe.

Fazer um diagnóstico da situação... um bocadinho o que estamos a fazer aqui, mas em larga escala e de uma forma mais simples

Part2: Para divulgar a informação

Indo que encontro ao que ia falar a seguir: p.ex. em relação a cada um dos benefícios, vamos tentar encontrar um responsável para que cada um aconteça para, exactamente, criarmos aqui indicadores e algumas maneiras de conseguirmos resolver esta... fazer esta monitorização.

Por exemplo, em relação ao acesso, à acessibilidade...

Part8: À acessibilidade de quem? Melhorar o acesso a quê?

Esta acessibilidade é em termos da vossa capacidade de aceder aos dados

Part3: Se o sistema está aberto..

Sim todas estas coisas. O que temos visto aqui é que na acessibilidade à Plataforma tem havido algumas dificuldades, é necessário... se calhar junto da SPMS tentar.

Part8: SPMS

Part2: é da SPMS

Part3: Quase todos...

E tentar que eles garantam que haja uma forma da informação chegar e ser resolvida. Isto aqui a título de exemplo. Em relação agora a monitorizar e o que podemos fazer em relação, no fundo, a todos os outros benefícios que passam muito pela capacidade e pela vontade do profissional utilizar a Plataforma, e aí sim, se calhar a melhor forma...o responsável pela realização destes benefícios é o profissional que vai colocar lá os dados, melhorar este layout, o resumo: haver demasiados dados, do que é necessário. O que devemos começar por fazer? A sugestão é essa: um diagnóstico, uma informação aos profissionais, uma sensibilização. Como é que podemos operacionalizar?

Part4: Os profissionais para poderem usar tem que conhecer e tem que saber utilizar e eu penso que a divulgação da plataforma e da utilidade é o passo seguinte. Portanto, se as pessoas não conhecem ou conhecem mal, tal como o meu colega dizia...

Há alguma desconfiança

Part4: tudo o que se possa dizer é um “acho” porque é o que estamos a fazer é “achar”, se queremos medir e ser efectivos, primeiro temos que dizer às pessoas o que é e para que é que serve e depois as pessoas passarem a usar e só a partir daí é que podemos com certeza e com efectividade falar sobre a coisa. Para já é o eu acho, é a opinião de meia dúzia de pessoas.

Part8: Estamos... é certo, mas bom na ULSM não haveria grandes razões para haver desconhecimento porque houveram várias sessões de explicação, e a H. Foi das pessoas mais interventivas na ULS

Part4: Mas a ULS como compreende é um paraíso...

Part8: Não, não é... às vezes é um inferno... Mas exactamente à 1 ano no dia 6 de Junho houve uma divulgação pelos meios de comunicação nacionais do lançamento da plataforma...

Part4: e quantas pessoas leem os meios de escritos? Quantos profissionais?

Part8: Não, veêm televisão... veêm televisão e veêm jornais. Julgo que a própria ARS teria tido obrigação de divulgar isto por todas as instituições que estão sobre a sua alçada.

Part4: Sim

Part8: E é evidente que começa-se pelo interlocutor da ARS que é o Conselho de Administração. E é evidente que o Conselho de Administração deveria ter tido um envolvimento em todo este processo. Se calhar isso não aconteceu..

Part4: Chega, o problema é se as pessoas

Part8: Não chega divulgar, é preciso trabalhá-lo.

Part4: Exactamente.

Part10: Posso só completar, só uma achega: no meu serviço, a Dr. H é minha coordenadora e nós tivemos realmente acesso, mas era o que eu estava a dizer no início, mesmo com esse conhecimento se não fossem aqueles colegas que estiveram a participar no desenvolvimento do RCU, que estiveram perto de nós, que fizeram entrevistas e que ajudaram a interagir com o sistema, nós sozinhos só por saber que aquilo existia não conseguíamos chegar lá.

Part8: Eu percebo. Mas, mas o ACESM teve uma enfermeira nas reuniões na SPMS P na fase de desenvolvimento e a dar os seus contibutos...

Part10: Sim, mas mesmo assim era a tal situação todos nós podemos dar estes benefícios, mas se calhar o primeiro passo é demonstrá-los.

Part4: Exactamente

Part10: É chegar à beira do enfermeiro e dizer..

Part8: Houve ali um processo esteve interrompido por mudanças a diversos níveis das organizações de saúde e se calhar também não ajudou à consolidação da ...

Part4: mas há aqui uma questão que para mim é importante: nós temos que ver a PDS como uma ferramenta, um instrumento de trabalho, assim como vemos o SAPE, como vemos o SINUS e como vemos o SAM, não é? Temos que ver que a PDS é um instrumento de trabalho e passar a informação dessa forma. Agora se calhar ainda não apropriamos isso, por isso é que não a usamos. Se nós vissemos interesse, se ele respondesse às nossa questões e às nossas necessidades... Hoje já não passa pela cabeça de ninguém não utilizarmos o SAPE. Melhor ou pior é o que temos, usamos, e quando ele falta nós sentimos falta dele...como o SINUS em particular para as questões das vacinas. Agora temos que ver a PDS como um instrumento de trabalho, como uma ferramenta de trabalho que está disponível, tem as ... que tem mas é bom mas temos que saber usar, portanto acho que é preciso fazer isso.

Part3: Eu queria só dizer que realmente as estruturas estão pensadas e que já estão, agora é preciso operacionalizá-las, porque o que eu acho é que há aqui alguns constrangimentos... que tem havido e que de facto não tem dado, não tem sido possível dar o passo seguinte. Porque é assim, porque falta depois e realmente falta

aqui um aspecto importante que é a operacionalização, que é que afinal vai resolver os problemas que tem a ver mais com a parte do apoio técnico. Porque é assim, aquilo que tem acontecido é que na altura foram criadas as redes, há os interlocutores a nível regional, há os interlocutores institucionais que supostamente deveriam neste momento estar a fazer todo esse trabalho. O certo é que por atrasos de algumas situações, porque ainda não temos todos isso não foi feito e também o que me parece é que temos que tentar melhorar este aspecto porque à partida se esta rede foi criada foi para que ela pudesse funcionar em tempo útil e muito melhor e o que está a acontecer é que está a ser enviada informação, informação vai muito, que está a ser enviada directamente para os directores executivos para que depois seja divulgada internamente, para (pex: na questão do portal do profissional não) mas o do utente já está a receber informações directamente os interlocutores sem passar por exemplo por.. Nós que somos interlocutores a nível regional não temos que ter acesso a isso. E depois é assim está a ser enviada a informação para poder ser partilhada quando aquilo que nos pediram foi para que internamente houvessem aqui níveis para se poder fazer isso. E a gente fica um bocado sem saber o que é que há-de fazer, porque depois é uma informação que recebem. Portanto na altura foi feita um reunião em que estiveram duas pessoas o Diretor Executivo e o Conselho Clínico a nível dos ACES e para saber isto e para depois dar conhecimento e foi dado, até porque já foram várias vezes dadas, que lhes fizeram chegar informações, que são divulgadas pelos coordenadores das unidades. Só que depois é assim: nós os interlocutores também nos sentimos um bocadinho a dizer pois nós vamos ter que fazer isso, mas também ainda não há aqui qualquer coisa que ainda... que eu penso que vai resolver em muito toda esta problemática da falta de comunicação, da falta de informação...

Part8: de articulação

Part3: É indispensável pensar numa articulação das diferentes redes.

Part1: Nós quando queremos fazer uma actualização de sistema, nós normalmente avisamos os serviços só que grande parte das vezes nunca chega a quem utiliza e então qual é a nossa estratégia? Foi logo dentro do SAM no arranque do SAM que era a forma de saber aquilo. Seria talvez a forma de poder comunicar em traços gerais esse tipo de coisas. Obviamente que havia hierarquia mas isso já disseram....

Part8: Já houveram aqui algumas mudanças nas ferramentas nomeadamente no SAM e no centro de saúde, no SAPE também. Houveram algumas alterações, mas o processo ainda é um pouco anterior, motivar as pessoas para utilizar, mostrar os tais benefícios, tirar-lhes os receios e motivá-las. Este processo e todas estas vantagens da informação que se coloca no sistema. Se as pessoas não colocarem lá informação, não existe, ficamos à porta. As portas estão fechadas. A organização já é um bocadinho independente delas.

Part9: Mas também depende das pessoas, por exemplo aquilo que a colega estava a dizer: os bons diagnósticos as pessoas tem que fazer uma revisão do que está por trás. Se não fizerem...

Part8: Eu também não estou a dizer que vocês não fizeram, os diagnósticos médicos estão a passar todos. Um doente tem um internamento no hospital e passam 16 ou 17 diagnósticos repetidos e que não servem para nada. Colheu análises, tem teste para

isto, é evidente que o colega de medicina geral e familiar tem o doente na frente e que tem que olhar ali para 16 ou 17 diagnósticos para aquele tempo reduzido que tem para fazer a consulta, desiste, desiste, ou faz sem passar ou desiste, portanto tem que se simplificar processos, e é preciso mostrar às pessoas. Tem que se simplificar processos e mostrar às pessoas a mais valia para mostrar os processos já a simplificar e isso não foi feito.

No fundo é envolver as pessoas de acordo com as competências, aquilo que a pessoa deve fazer na plataforma. Por exemplo em relação à nota de alta deveria passar e o que efectivamente está a passar. Se calhar as pessoas não tiveram conhecimento, ou não foram formadas no sentido de ... exactamente o que era pretendido que fizessem.

Part9: Eu acho que isso também tem a ver com os desenvolvimento da organização e dos profissionais na utilização dos SI...

Que é uma situação que deve ser acompanhada...

Part9: Que deve ser acompanhada e que agora se torna visível por quem vê a PDS. Se a organização não tem um bom desenvolvimento dos seus SI, daquele SI, no caso da enfermagem do SAPE, se não o organiza, se não tem um processo mental organizado, claro...

Part4: Nós não sabemos o que podemos registar.

Part9: Se eu não souber, não vale a pena, não é?

Existe uma situação de ser necessário formação, transmitir a informação aos profissionais, ter a consciência dos benefícios...

Part4: Na minha opinião, nós queremos que: primeiro ver que a PDS é um recurso, um instrumento que deriva de dois instrumentos, nomeadamente o SAM e o SAPE, certo? Só lá vai calhar aquilo que for escrito num lado ou noutro, não é? Primeiro percebermos o que é nós estamos a registar, no SAM mas em particular no SAPE. Muitas das coisas, até porque não há parametrização, estão lá para... mas isto na PDS também vai estar lá para ...Há muitas coisas que se põe em notas, e em notas o profissional pode escrever o que quer e muitas das vezes escrevem coisas que não devem, nós fazendo a leitura também verificamos isso

Part9: Á partida as notas nunca deveriam ser postos numa plataforma nacional

Part4: É uma questão que já não se coloca, mas uma questão de principio, de informação aos registos. Começa por aí. E depois também tudo o que estamos aqui a dizer acaba por ser... eu por exemplo ainda não vi o nível de operacionalização do sistema. Eu acho, eu ouvi dizer que as pessoas usam ou não usam, mas como sempre não... eu estou a falar de nós, o que sabe dos 500 ou 600 utilizadores potenciais de um ACES quantos é que utilizaram e quantas vezes utilizaram? Não fizemos esse estudo e o que estamos aqui a dizer vale o que vale, em termos de efectividade da utilização da ferramenta não vale nada, isto é a nossa percepção.

O objectivo é passar a informação dessas dificuldades...

Part4: Sim podemos estar a tirar aqui elações que de facto podem até nem ser verdade

Sim, mas o que sentem em relação à Plataforma e àquilo que... efectivamente estas alterações, já percebemos que existem aqui algumas coisas que são urgentes tentarmos pôr em prática, tentarmos perceber, fazer aqui o diagnóstico de algumas coisas que estão a acontecer. Que contributos nos podem dar, como é que acham que isto deve ser feito? Estava a dizer, se calhar formação, um acompanhamento mais próximo, em que é que sentem que é necessário intervir...

Part7: Uma delas é ter dados, indicadores sobre a utilização por alguns níveis de profissionais. Quais as pessoas que utilizam e qual é a informação que habitualmente vão procurar, e qual é a informação que apesar de estar disponível nunca é utilizada. Fazer um top10 para o mais, um top10 para o menos, o que seja. Isto é ter informação consistente sobre a utilização aos diferentes locais será um dos aspectos que quanto a mim é importante. Outro que poderá eventualmente ser rápido, não tão fiável, mas que poderá eventualmente ser rápido e naturalmente na própria PDS ter lá um espaçozinho para que algo de...

Part9: Sugestões

Part7: E ao fim de um tempo termos de o que eu estou a achar é uma base de sustentação n utilizadores. Não sei se está em vias de ser operacionalizado. Mas em termos de caminho nestas áreas, este aspecto, claro que depois podemos pôr para lá coisas, perder tempo a ver coisas que a gente considera um bocado lixo mas outras não é. Pois é isso, mas pronto a gente sabe que tem mais valias e menos valias e temos que aproveitar as mais valias.

Part9: Temos muita gente a fazer questões quer não fazem sentido nenhum se aquelas pessoas já estão informadas. Não chegou a informação!

Part4: Não há informação importante

Part9: Não há informação importante. Tenho uma população alvo que não sabe o que está a fazer

Part7: E tiram daí as elações

Part9: por isso até o lixo pode ser benéfico

Part7: Que o seja

Part9: é reciclável

Part7: é reciclável

Part9: Eu preocupa-me mais uma vantagem que para mim seria evidente mesmo do ponto de vista do utilizador que é a replicação de MCDT's. Porque os MCDT's quando são disponibilizados nas instituições, eu vejo que estão disponíveis os resultados. Mas nós sabemos, muitos de nós fazemos exames complementares de diagnóstico em centros convencionados e a PDS ainda não está aberta...

Part3: Em alguns locais está, percrição dos medicamentos está mesmo nos privados.

Part8: A informatização da prescrição está .

Part9: Da prescrição, mas eu quero saber a integração do resultado.

Part8: Não, não está, não estamos a falar de medicamentos estamos a falar de exames complementares

Part3: Mas já está nos privados para os medicamentos, mas estará também disponível. Eu consultei-me a mim mesma, portanto não consultei utentes...

Part8: Consultou a medicação que lhe foi prescrita?

Part3: Exacto

Part9: Eu estou a falar tanto da benece para o próprio utente, que não vai ser mais radiado, que não vai ser mais... sujeito

Part3: sim, sim

Part8: Isso está numa das áreas de desenvolvimento da PDS o utente incorporar, pelo seu portal decidir incorporar os seus exames complementares. Isso é possível.

Part9: É possível, não sei se...

Part8: Não sei se já está disponível essa possibilidade, mas isso está previsto.

Part9: Porque é importante, quando eu tenho não sei quantas coisas convencionadas...

Part8: E no futuro quando a rede se estender a todas as entidades que interagem com o SNS provavelmente passará automaticamente de acordo com o...utilizando como factor comum o utente, exactamente como faz com o Portal do Utente, ou com o CC, ou uma dessas... queria dizer também que as outras instituições que não têm SAM também são, podem, integram este sistema. Por exemplo uma mais valia e um aspecto claramente a melhorar é o IPO onde se consegue aceder e consegue-se ver digamos quase a componente administrativa e os agendamentos mas depois não temos acesso à parte clínica: ao registo clínico, aos relatorios de exames, não temos mais nada.

Part2: se calhar isto que foi dito talvez chegamos à conclusão que a integração aqui na PDS os resultados dos MCDT's realizados em convencionados é um aspecto importante, seja ela por que via for.

Part9: mas é importante em todas as dimensões, para o utente, para o profissional e a nível organizacional

Part2: Para atingir este benefício de evitar a replicação de exames temos que os conhecer todos. Se não os dá a todos corremos o risco de...

Part8: Responsável SPMS

Part2: E há várias formas para colmatar a situação.

Isso tem sido falado...

Part8: Eu penso que aí as instituições poderão, internamente podem dar algum contributo ligando os seus sistemas

Part2: Há aqui alguns caminhos que eventualmente devem ser equacionados, no acto de prescrição de MCDT's criar aqui um mecanismo também entre a prescrição, o utente possa ir e o convenicionado colocar o resultado numa base de dados que seja partilhada pelos cuidados, pelas unidades prestadoras de cuidados, mas isto não depende aqui só da vontade do ministério, depende também das condições de cada um dos convenicionados e aquilo que já se equacionou é no âmbito do licenciamento de convenções começar a pôr isto como requisito. Só a partir daí podemos aqui caminhar um pouco... está como requisito disponibilizar electronicamente, assim como dá o resultado em papel, o laboratório tem que disponibilizar numa base de dados.

Part9: Na verdade já mandam por email muitas coisas. Os resultados já vão por email. Portanto...

Part2: Na verdade o próprio Ministério também não criou condições para que esse repositórios, e essas coisas têm que ser coordenadas.

Uma pergunta: em relação a estes benefícios qual é que vocês... qual é a percentagem de sucesso que vocês acham que se pode alcançar? Que tem vindo a ter? Já percebemos que em relação à rapidez não estamos a conseguir grande sucesso mas qual é a percentagem de sucesso, qual é a vossa sensibilidade

Part6: Peço desculpa ter que me ausentar mas só fui avisada ontem e ...

Obrigada, Muito obrigada!

Part6: Qualquer coisa que necessitem, têm o meu mail...

Obrigada!

Part8: Qual é a percentagem, digamos, que está a ser atingida?

E o que acham que efectivamente se conseguirá...

Part1: Não há indicador que meça isto.

Part9: Pois, é um bocado subjectivo.

Part10: Umas dependem das outras

Part4: Eles estão todos encadeados. Se as pessoas começarem a usar e utilizarem bem, claro que vai começar a aumentar a qualidade e eficácia dos cuidados, vai diminuir os erros médicos, vai evitar a replicação de MCDT's, portanto é preciso que algo aconteça e passe na utilização e na boa utilização que tudo o resto vai acontecer

Part9: E atingir níveis de sucesso altos.

Part4: Altíssimos, até o desempenho organizacional, não é? Passa-se a gastar menos dinheiro, passa-se a ter mais efectividade dos cuidados, passamos a ter mais eficácia. Portanto o princípio está mesmo na base: é saber utilizar e utilizar. Portanto, o resto é inerente, nem é questionável.

Part3: É saber utilizar, utilizar e conseguir aquelas vantagens todas.

Part8: Está colocado em níveis diferentes, ou seja, nunca se consegue aumentar a qualidade se não se melhorar o acesso.

Part3: Exactamente

Part8: Não se consegue melhorar o desempenho se a informação não for disponibilizada mais rápida. Portanto eu diria que melhorar o acesso e disponibilizara a informação de forma mais rápida, que estão muito ligadas uma à outra, tem um patamar. E depois de digamos ter 100% de acessos à informação da instituição é que uma parte desses 100% de acessos se traduzirão em benefícios.

Part4: E utilizadores, nem todos utilizam. Eles podem ter acesso e não utilizar.

Part8: Nós neste momento não temos informação. Não temos uma taxa de sucesso elevadíssima porque a informação de facto... não conseguimos aceder: de facto já temos estado a medir quantas tentativas de acesso faço e quantos erros, quantas devoluções de não acesso tenho. É muito elevada, de mais de 50%. Quantos desses 50% se traduzem em melhorias no desempenho e diminuição de erro médico, acho que é muito cedo para pensarmos nisto

Existe um trabalho que tem que ser desenvolvido

Part 8: Acho que a primeira coisa era termos a certeza que estamos próximos dos 100% de acessos.

Part4: Eu não percebi quando disseram que era possível medir o acesso. Medir a informação sobre quem acedeu.

Part8: É.

Part4: Quantos acessos fizeram.

Part9: No global, ou...

Part8: Por profissional, por unidade

Part4: Por unidade de saúde? Por Profissional?

Part3: Nós para já ainda não temosesse acesso.

Part9: Mas foram apresentados esses valores.

Part2: Centralmente têm essa informação.É abrir essa torneira e permitir que as instituições a quem estão a ser pedidas responsabilidades possam pormenorizar o olhar transversal.

Part9: possível de certeza é...

Part8: Eles não podem monitorizar o processo.

Part3: Esses dados, não sei se é possível tirar esses dados, mas se fosse possível devolver às unidades de saúde, cada uma delas, quais são os seus utilizadores pelo menos era um ponto de partida, começávamos outra vez a divulgação e se calhar recomeçávamos do início. Agora se nós já temos muitos acessos, não sei que acessos tenho no ACES

As indicações que tenho é que os dados são dados em bruto e se não conseguem separ para cada unidade é difícil intervir.

Part8: Eu julgo que é possível inclusive ir ao profissional, e a cada área do Portal. Eu se estivesse do lado de lá também não sei se disponibilizava esta informação pela inconsistência da mesma. Já há 3 semanas que eu tento ir ao RCU e não consigo aceder a nenhum. Se tem lá a informação que eu preciso, eu já desisti de lá ir. Quer dizer andamos aqui com uma série de inconsistências.

Part9: Tentar aceder n vezes e todas as vezes nunca consegue. Está em baixo o portal.

Part2: Em termos muito básico, garantir que a PDS está acessível a todas as instituições, é a primeira coisa, eu se tiver estatística que me diga quais as unidades funcionais, no caso dos cuidados primários, que tem acessos e que não tem acessos, por esta altura a própria PDS não nos diz unidades funcionais, a extensão de saúde é o que temos, que é uma organização que já não existe, começa logo por aí. Há aqui uma necessidade de mapeamento interno para eu adequar a informação que lá está à realidade organizacional que tenho. Mesmo a estatística que nos mandam nos emails tem o centro de saúde, a extensão de saúde, está neste edifício, está naquele. Porque às vezes os problemas de acessibilidade pode ser problemas de comunicações. Mas há uma coisa básica que é termos acesso a disponibilizar quem está a ter acesso à PDS. Esta é a primeira coisa para ir ver esta noção de porque é que não tenho acess: é porque ninguém tentou aceder, é porque há problemas, aquilo não está configurado.

Part10: Também era necessário saber se esse dado também nos dá o nº de acessos com erro. Porque como estava a dizer se tiver 50% de tentativas de entrada no sistema com erro veriam um nº aumentado que não é real.

Part2: Mas a questão é se na tua instituição não conseguiste, aqui nem tens a indicação que tentaste. Tua tentas mas ele não chega aqui.

Part10: Não chegou a entrar.

Part2: Se me derem a informação que aqui está que me diz que esta instituição nunca tentou, eu vou lá e pergunto “eh lá porque é que vocês nunca entraram?”. Tentaram mas não conseguiram: há aqui um problema técnico.

Part10: Há percepção de que falha muito e já tínhamos dados.

Part2: Ao ter aqui quem chegou cá, se chegou é porque a comunicação está bem. Das instituições que nunca chegaram cá e são muitas é porque há aqui qualquer

coisa, e ao chegar lá pergunto, mas eu tento eu nunca chego, tenho aqui um problema técnico. Há coisas básicas por onde começar. Se eu não tiver estes indicadores, nunca chego lá. A ARS criou a rede de monitorização, os cuidados de saúde primários estão já há uns meses...

Part7: E estamos a falar de informação extremamente fácil de...

Part2: Eu percebo que há dificuldade do outro lado, que eles estão a tentar mapear isto, nós mandamos para lá um upgrade com um mapeamento, mas mesmo com o mapeamento nunca nos indicou a informação com organização que lá estava. A partir dali a gente já sabe que o que era o centro de saúde tal, está lá isto, está lá aquilo, também consegue lá chegar. Ter um perfil para a ARS ter a visão transversal dos cuidados de saúde primários de uma região e de todos os ACES. O que é um facto é que nós não temos. Para ver como funciona. Agora admito que para os outros hospitais, que a lógica é diferente em termos da informação, o portal institucional já tenha a informação muito mais precisa para a instituição. Portanto o perfil para os hospitais, admito que já exista e para as ULSs, para os cuidados de saúde primários está aqui um pouco mais deslinhado devido à reorganização que houve nos CSP. Mas este para mim é um ponto fundamental. Como o Dr FR disse acessibilidade, eu diria primeiro tenho acesso, consigo lá chegar, devagar ou lento eu consigo lá chegar e nesta altura, na região eu não sei se toda a gente consegue lá chegar. São 400 casas que não vou bater à porta das 400 casas e agora tens aquela, aquela e aquela que nunca se ligaram, vamos lá ver porque é que não se liga.

Part1: Só para explicar, a minha visão da PDS é muito reduzida. Eu sou profissional de saúde, não lido diariamente com profissionais de saúde, e portanto tenho a visão da informática. O que me chega são esses problemas, eu hoje não consigo aceder ao sistema, aos emails, a base de dados dá-me este erro. E por isso já ouvi um pouco e aprendi aqui muito com vocês sobre a PDS, porque não trabalho diretamente com a PDS nem diretamente com os profissionais.

Não sei se mais alguém quer contribuir com...

Part2: eu se calhar queria referir um aspecto que há bocado foi dado, acredito que para esta validação, para termos aqui algum levantamento do alcance que já se conseguiu com a PDS, nesta altura, acho que qualquer resultado que possa ser apresentado pode incluir alguns riscos porque falta aqui... podemos pôr um resultado, resultados um pouco ambiciosos que não correspondem à realidade atual. E se vamos refletir a nível da realidade atual se calhar a PDS não é aquilo que se pensa que é. Porque acho que há aqui...

E em relação a este Modelo, esta avaliação... esta é uma avaliação cujo objetivo é não identificar o que acontece efectivamente, passa muito por gerir os benefícios, ter uma intervenção ativa; aquilo que se pretende é definir um plano para a realização dos benefícios. E são estas situações: primeiro temos que melhorar o acesso e disponibilizar a informação mais rapidamente

Part2: Garantir que consigo lá chegar

E depois a percepção que existe de que se isto acontecer efectivamente podemos alcançar os resultados. Aqueles benefícios que nós concordamos e percebemos que efectivamente são benefícios, mas existe um caminho, existe uma gestão, uma monitorização e algumas intervenções que têm que ser feitas neste momento para tentar que o caminho siga. Isto é um processo dinâmico, não é só obter estes resultados e está assim e ponto.

Part3: Eu penso que de facto as potencialidades da PDS são enormes e indiscutíveis, e ultrapassando estas pequenas coisas que também não nos podemos esquecer isto está a ser feito e também não podemos querer logo à partida ter tudo. De facto são muitas as potencialidades, quer para os profissionais que vão ter o trabalho muito mais facilitado em termos da continuidade de cuidados, da informação e que os pode até, lá está diminuir os erros e ao mesmo tempo serem mais efectivos nos diagnósticos e nas intervenções que tem que dar resposta e sobretudo o utente, penso que para o utente eu até diria que é uma mais valia. É assim, infelizmente as coisas acontecem, há pessoas que têm problemas de saúde crónicos e graves e se têm o azar de ter um acidente em que não vão acompanhados, mesmo que levem registos, mesmo que tenham o livrinho em que diz em caso de acidente... eu estou a falar disto no caso dos doentes hipocoagulados e todas essas situações e que de facto isto pode ser fundamental para a decisão a ter no hospital. Num serviço de urgência, só aqui já uma mais valia para o utente por o desconhecimento de algumas situações pode, por mais que os profissionais sejam competentes, podem por em causa e em risco a vida das pessoas. Agora temos que dar tempo ao tempo, há muitas coisas a melhorar. Mas penso que é uma mais valia e que é urgente, já devia ser para ontem.

Part10: Mesmo ao nível económico tem muitas vantagens.

Part3: Já não falando nisso.

Part10: Mesmo com a pouca utilização que foi feita até agora, já houve vantagens de certeza e poupança. Basta o exemplo simples dos centros de saúde: se eu conseguir rapidamente através da plataforma ver o histórico vacinal de uma pessoa que se transferiu agora para a minha unidade e que perdeu o Boletim de Vacinas, eu na hora consigo saber que ela tem as vacinas e vou poupar vacinas que ia dar ser necessário, poupo a saúde da pessoa que não vai ter uma coisa extra e poupo dinheiro na vacina que não vou gastar. Logo aí poupo, para já não falar de medicamentos e portanto há sempre vantagens.

Part3: E até para os indicadores

Part10: E até para os indicadores

Part3: A nível de serviços contratualizados, que às vezes há falta de dados dos serviços, e se estão lá e podem ser utilizados. Tudo isto vai ser uma mais valia para todos.