

A contribuição do processo de acreditação na melhoria do ambiente hospitalar

Dr Felipe Folco Telles Calixto

IQG Health Services Accreditation

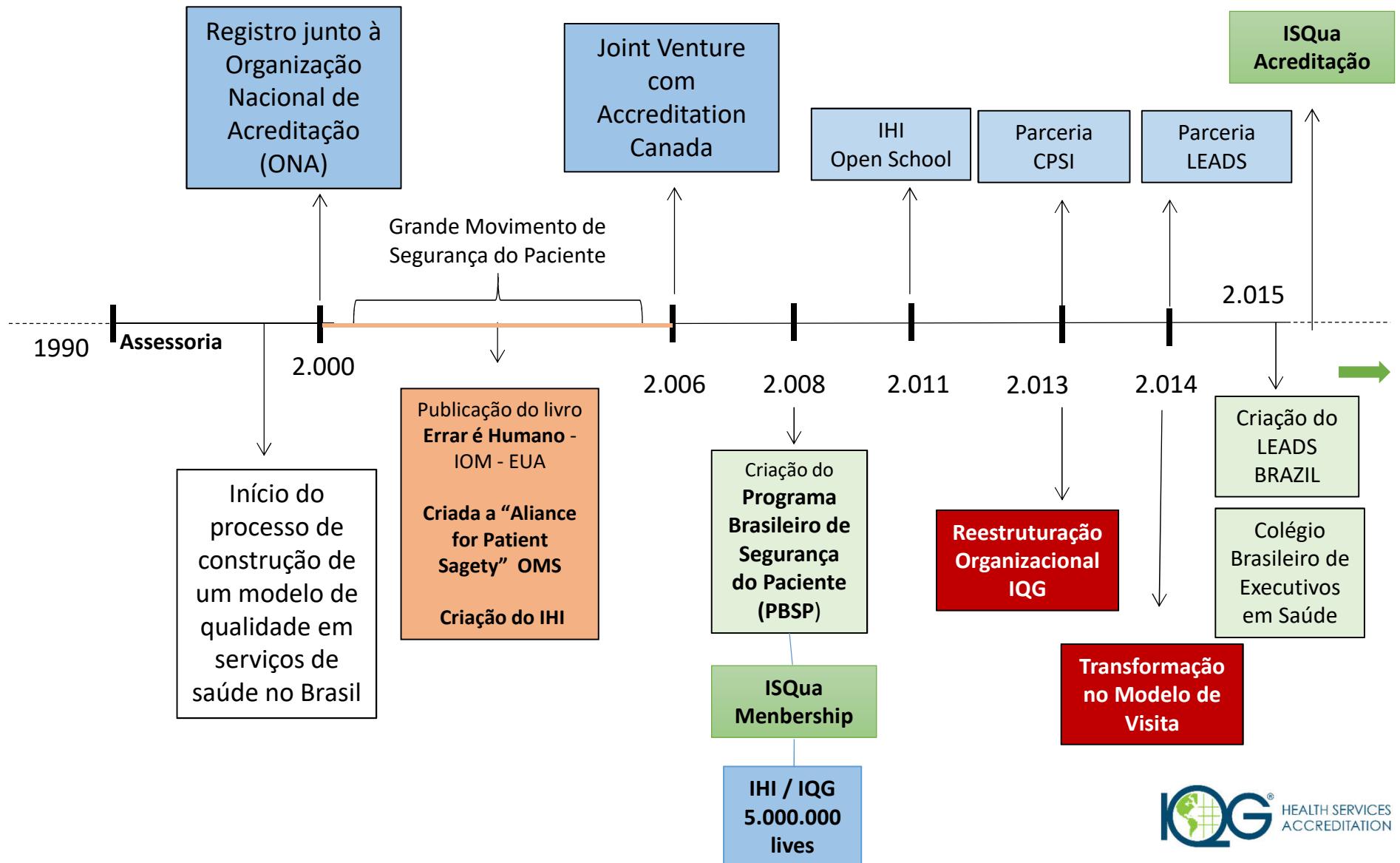




Principais Parceiros



Origem e História



ATUAÇÃO NACIONAL

23 Estados
e DF

... + de 400 Instituições parceiras IQG

... + de 70 Instituições QMentum International

... 70% das instituições ONA

... + de 85.000 PROFISSIONAIS CAPACITADOS PELOS
PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO EM QUALIDADE



Sistemas de Avaliação Externa

Acreditação

Certificação

Licenciamento

Regulação

Sistemas de Avaliação Externa

Acreditação

Certificação

Licenciamento

Regulação

Acreditação é a auto avaliação e revisão externa por pares usada por instituições de saúde para avaliar com acurácia seu nível de performance em relação a padrões estabelecidos e para implementar maneiras de melhorar os sistemas. O foco é:

- ✓ Aprendizado
- ✓ Auto Desenvolvimento
- ✓ Melhoria da Performance
- ✓ Gestão do risco

Acreditação

Uma maneira diferente de focar a avaliação.

Processo interativo, participativo e negociado que **envolve todos os interessados no negócio**, incluindo os avaliadores e os beneficiários do processo avaliativo .

Princípios Fundamentais do Processo de Acreditação:

- ✓ é **voluntário**, feito por escolha da organização de saúde;
- ✓ é **periódico**, com avaliação para certificação e durante o período de validade do certificado;
- ✓ é **reservado**, as informações coletadas no processo de avaliação não são divulgadas.

Acreditação

1855

Guerra da Criméia com
Florence Nightingale.

Os primeiros modelos
direcionados à gestão
da qualidade da
assistência

1910

1917 / 1918

1951

1958

Acreditação

Ernest Amory Codman
primeira iniciativa de
avaliação dos serviços
em saúde

1855

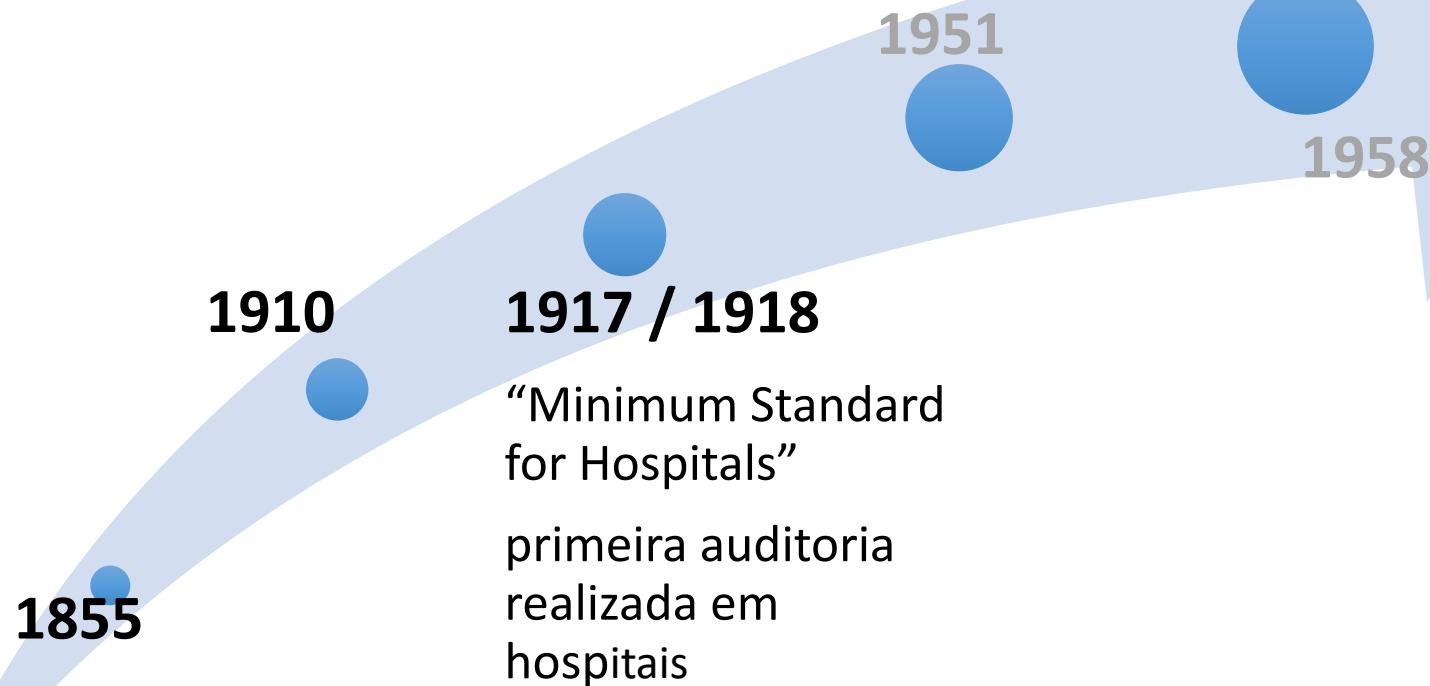
1910

1917 / 1918

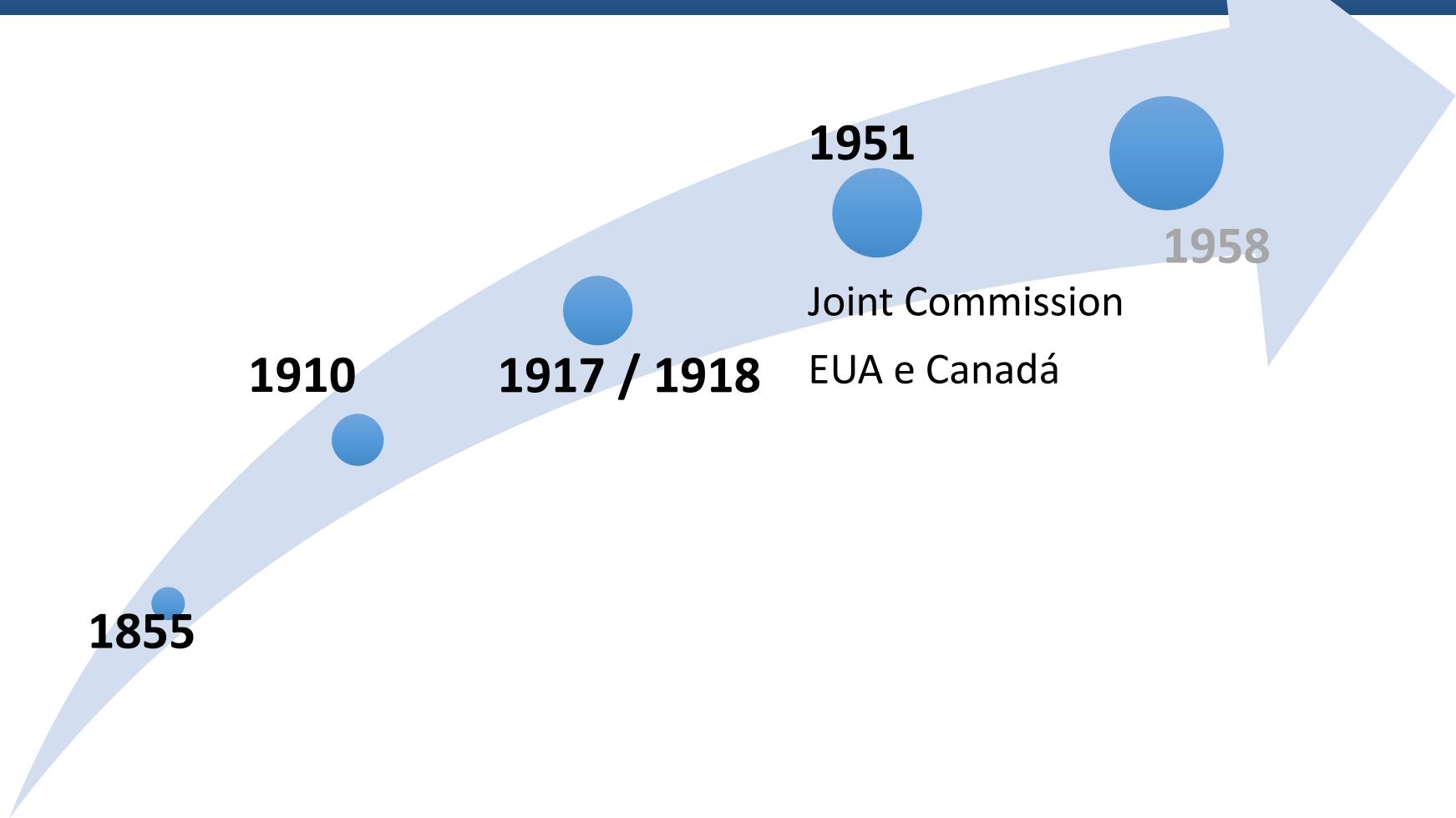
1951

1958

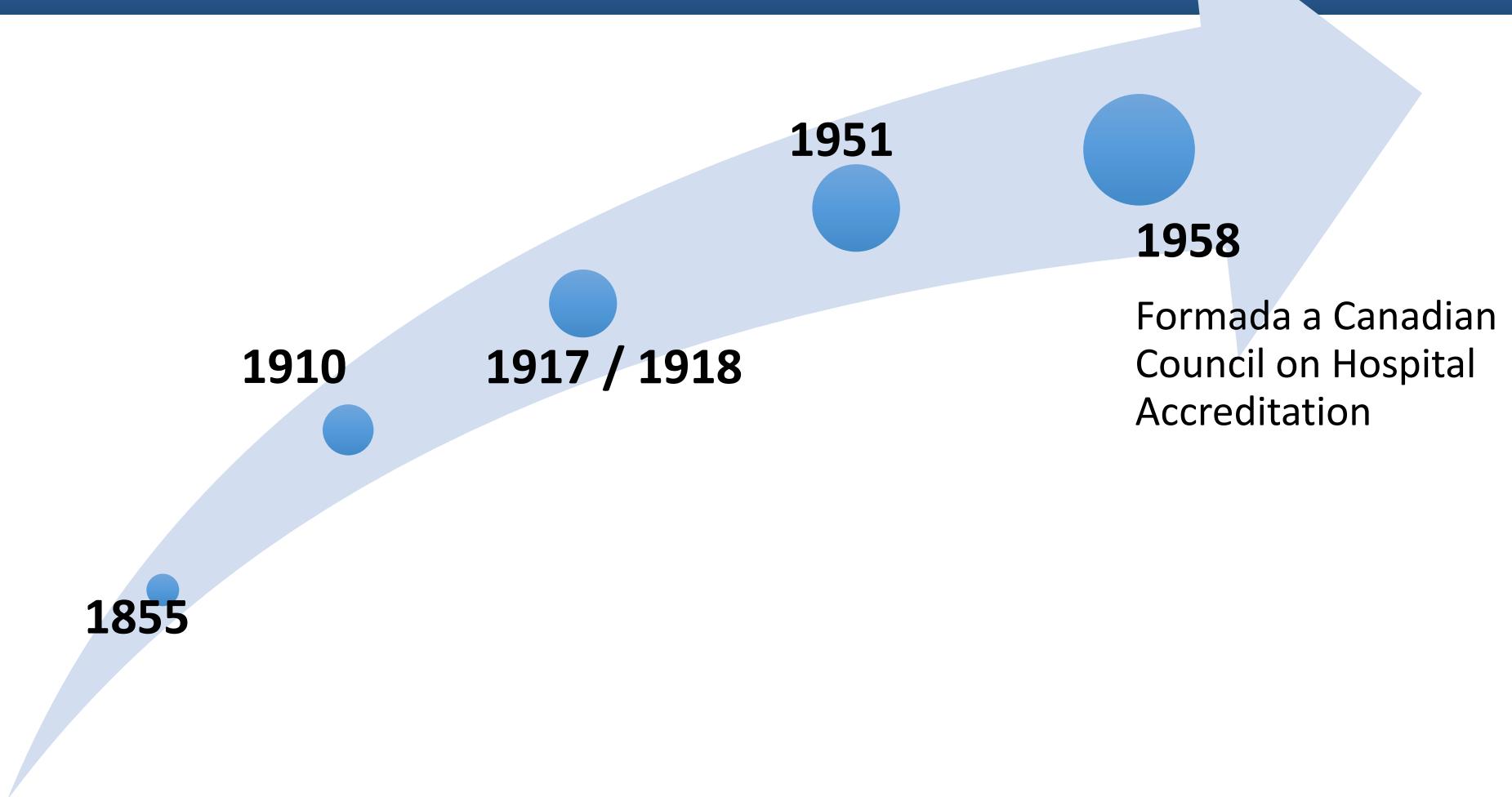
Acreditação



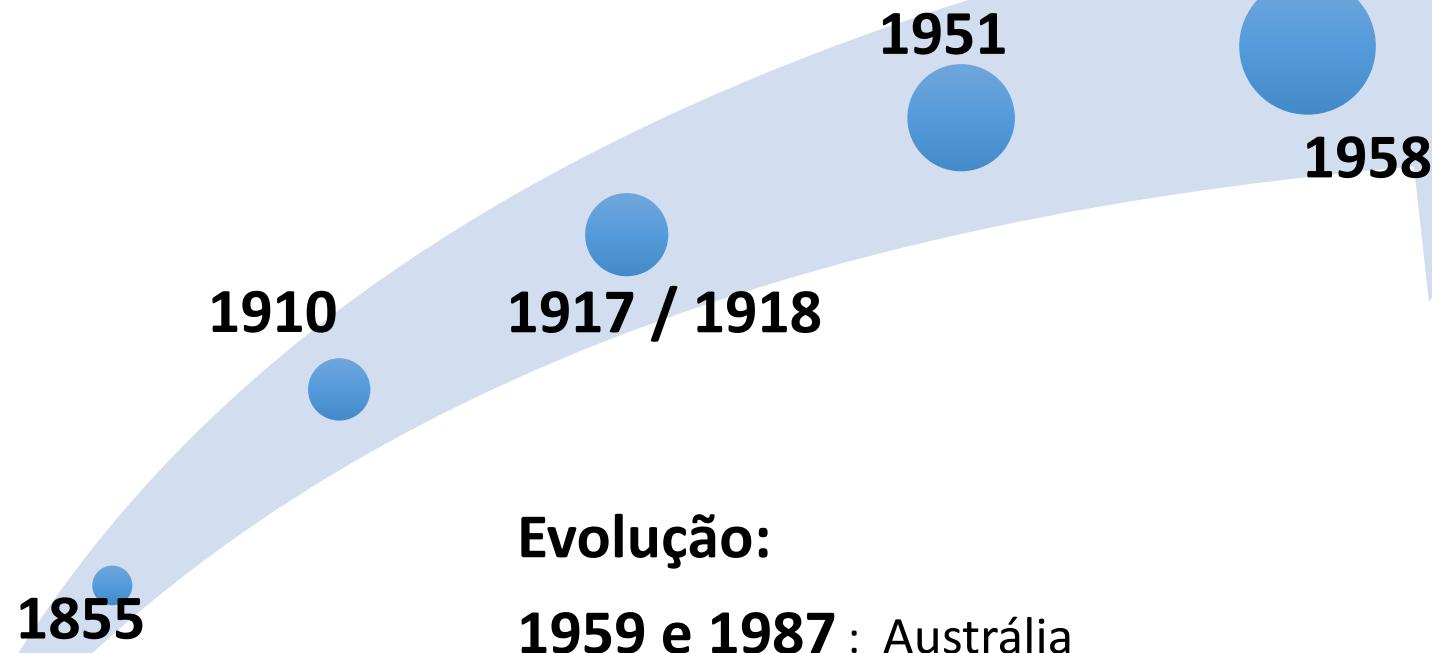
Acreditação



Acreditação



Acreditação



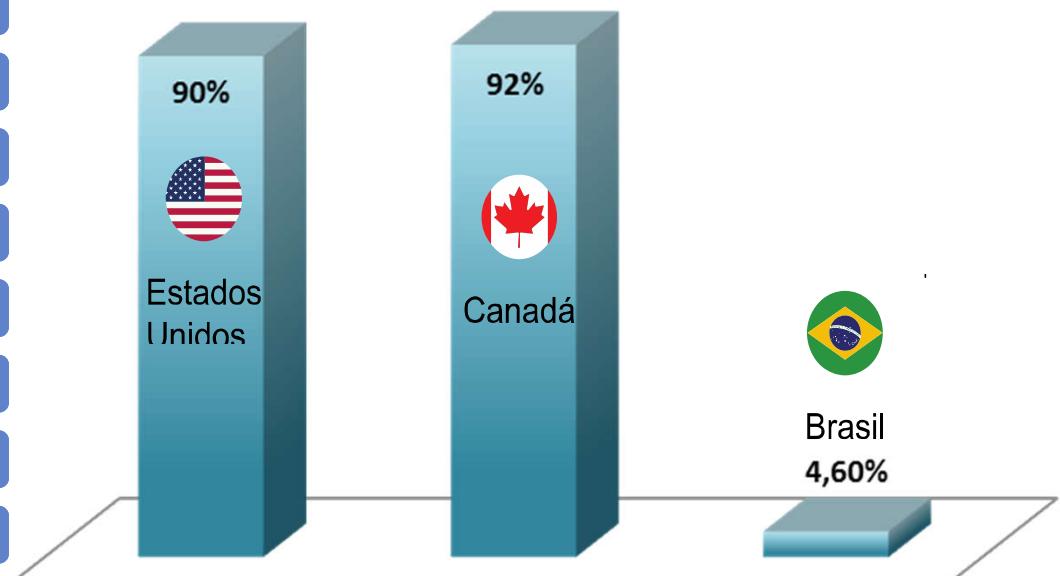
Acreditação

1993	• Suécia
1995	• Bélgica
1995	• Finlândia
1996	• Noruega
1996	• Eslovênia
1998	• Estônia
1998	• Alemanha
1998	• Portugal
1999	• Brasil
2000	• Rep. Tcheca
2000	• Itália
2001	• Bósnia
2001	• Irlanda
2002	• Dinamarca
2003	• Índia
2003	• Tailândia

Acreditação

1993	• Suécia
1995	• Bélgica
1995	• Finlândia
1996	• Noruega
1996	• Eslovênia
1998	• Estônia
1998	• Alemanha
1998	• Portugal
1999	• Brasil
2000	• Rep. Tcheca
2000	• Itália
2001	• Bósnia
2001	• Irlanda
2002	• Dinamarca
2003	• Índia
2003	• Tailândia

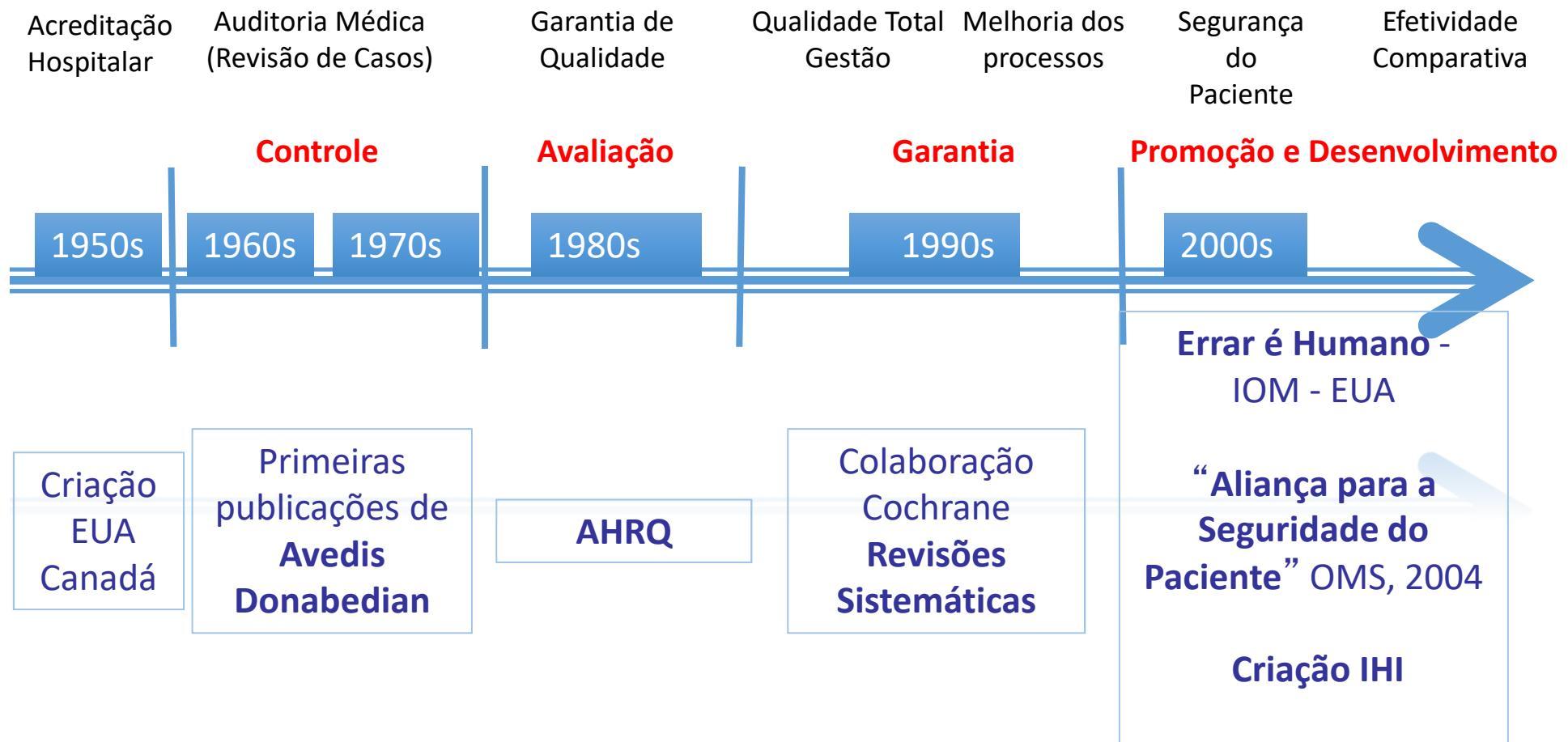
Porcentagem de Hospitais
Acreditados



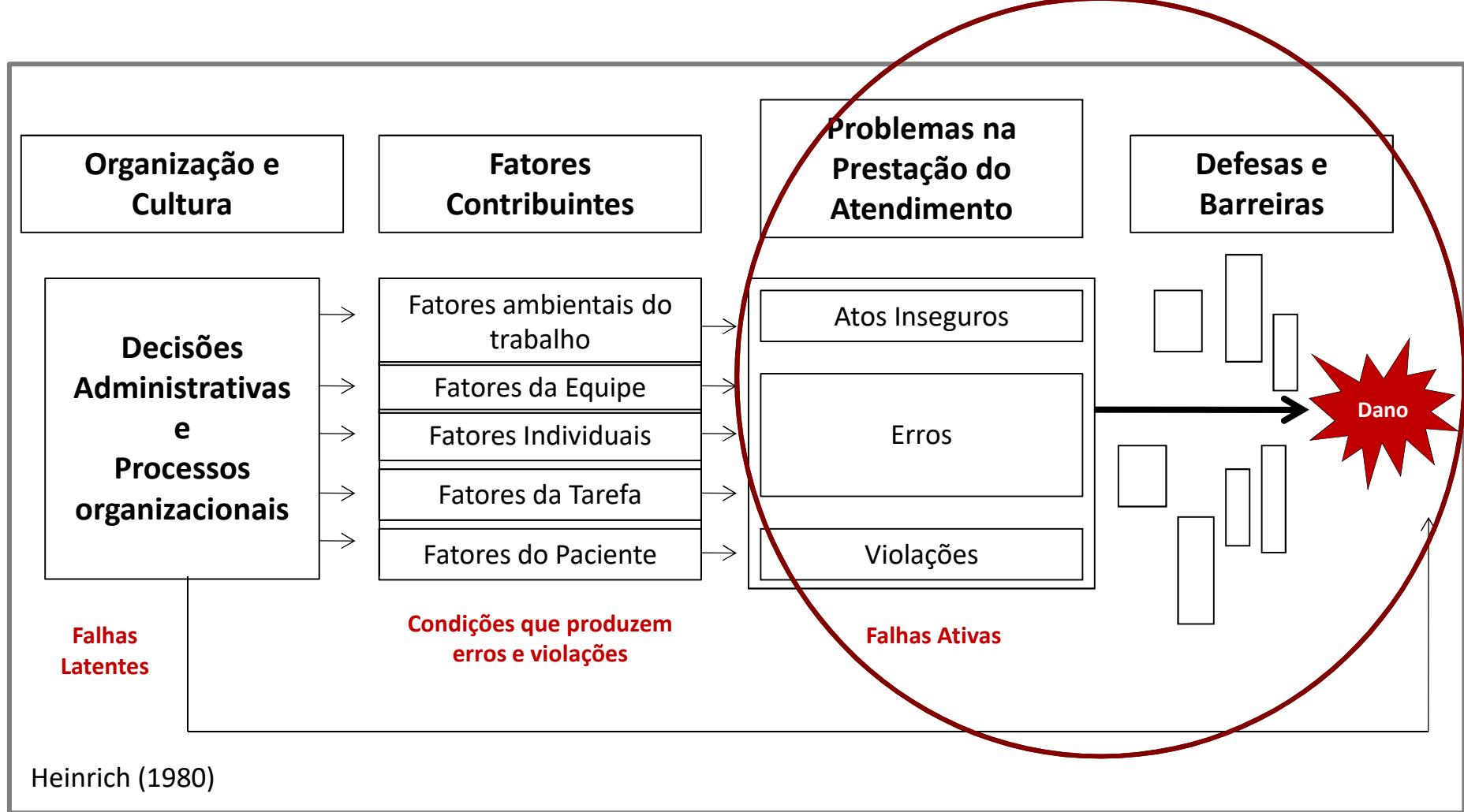


Avaliação em Serviços de Saúde

Qualidade nos Serviços de Saúde

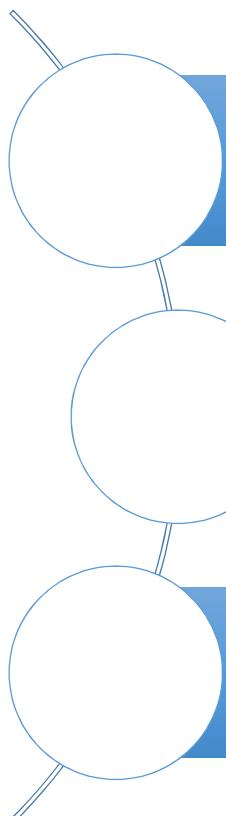


Gestão de Risco



Qualidade em Saúde – A Base da Avaliação

TRIPLE AIM



Entender as Necessidades da População
Atendida

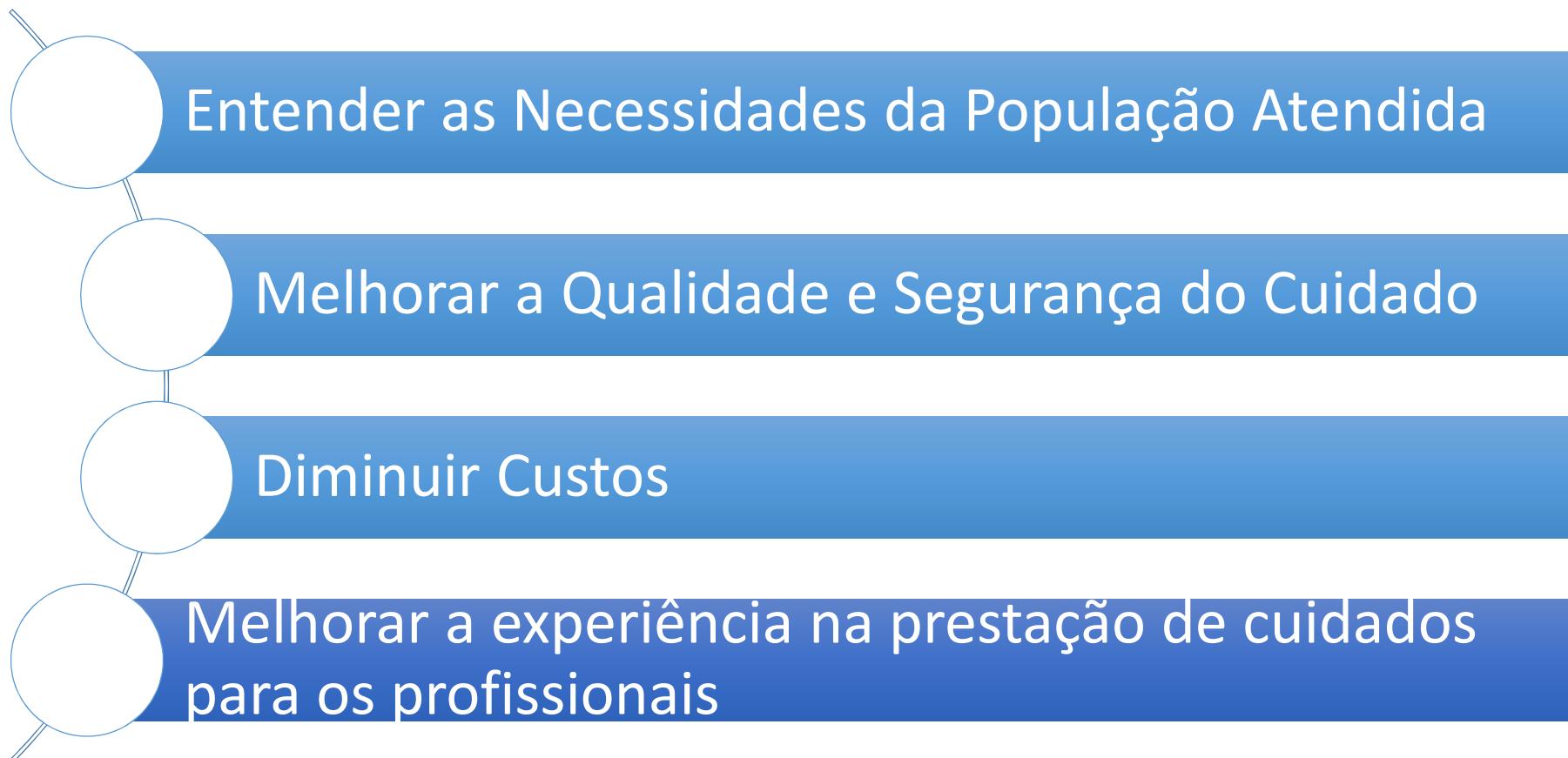
Melhorar a Qualidade e Segurança do Cuidado

Diminuir Custos

Donald Berwick 2008

Qualidade em Saúde – A Base da Avaliação

TRIPLE AIM → **QUADRUPLE AIM**



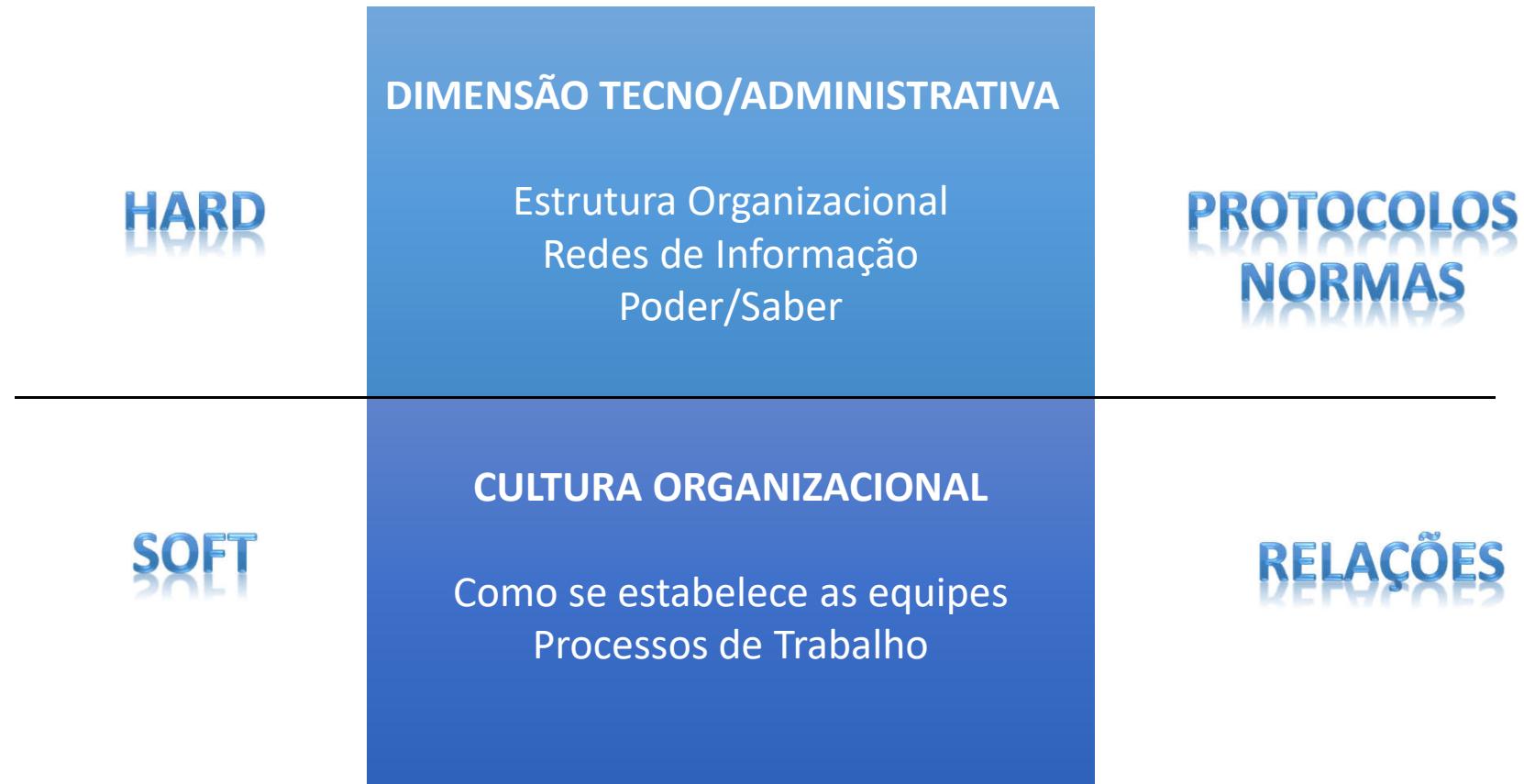
Rishi Sikka, Julianne M Morath, Lucian Leape 2015

Avaliação em Serviços de Saúde

Análise das relações entre atitude e prática

As atitudes não podem ser consideradas apenas pela estrutura formal, devem ser avaliadas pela situação em que os profissionais estão expostos.

(Rokeach, Yinger)



Evolução dos Padrões de Avaliação

- Controle de Infecção hospitalar
- Gestão do uso de medicamentos e equipamentos
- Segurança com medicamentos e Hemocomponentes
- Medicina baseada em evidencias
- Analise de causas
- Medicina baseada em evidencias

O objetivo é contribuir para a prestação de serviços de alta qualidade e de segurança para melhorar os resultados de saúde dos pacientes (Braithwaite, 2010; Øvretveit, 2009).

Evolução dos Padrões de Avaliação

- Controle de Infecção hospitalar
- Gestão do uso de medicamentos
- Segurança do paciente e Hemocompatibilidade
- Medicina baseada em evidências
- Análise de riscos
- Medicina baseada em evidências

O objetivo é contribuir para a prestação de serviços de alta qualidade e de segurança para melhorar os resultados de saúde dos pacientes (Braithwaite, 2010; Øvretveit, 2009).

Evolução dos Padrões de Avaliação

- Controle de Infecção hospitalar
- Gestão do uso de medicamentos e equipamentos
- Segurança com medicamentos e Hemocomponentes
- Medicina baseada em evidencias
- Analise de causas
- Medicina baseada em evidencias

- ✓ Epidemiologia Clínica
- ✓ Governança
- ✓ Cuidado Centrado no Paciente
- ✓ Avaliação da Efetividade
- ✓ Melhoria da Qualidade
- ✓ Gestão de Segurança
- ✓ Aprendizado Organizacional
- ✓ Avaliação Econômica
- ✓ Gestão da Mudança

O objetivo é contribuir para a prestação de serviços de alta qualidade e de segurança para melhorar os resultados de saúde dos pacientes (Braithwaite, 2010; Øvretveit, 2009).

Gestão da Clínica

A utilização crescente da gestão da clínica em vários países decorre da constatação do ganho de eficácia e eficiência, quando comparada à clássica gestão de meios, centrada apenas em recursos humanos, materiais e financeiros

(Department of Health, 1998)

1. Gestão da Condição de Saúde

Protocolos Clínicos

2. Gestão de Caso

Linha do Cuidado

Fluxo de Valor

Gestão da Condição de Saúde

Consiste no desenvolvimento de um conjunto de intervenções educacionais e gerenciais, relativas a determinada condição ou patologia, definidas pela diretrizes clínicas, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde e a eficiência dos serviços.

FONTE: TODD & NASH (1997); COUCH (1998); MENDES (NO PRELO)



FACULTY & RESEARCH



FACULTY

RESEARCH

FEATURED TOPICS

ACADEMIC UNITS

FIND

Faculty, publications, topics

OTHER UNPUBLISHED WORK | 2012

The Instrumental Value of Medical Leadership: Engaging Doctors in Improving Services

by Richard Bohmer

PRINT SHARE EMAIL

Abstract

This paper was commissioned to contribute to The King's Fund's 2012 review of leadership and engagement.

Keywords: Health Care; Service Quality; Quality; Leadership; Service Delivery; Health Care and Treatment; Health Industry

Language: English | Format: Print | 26 pages

READ NOW

Citation:

Bohmer, Richard. "The Instrumental Value of Medical Leadership: Engaging Doctors in Improving Services." King's Fund, London, England, May 2012.

Valor instrumental da liderança médica: Engajando médicos na melhoria dos serviços

We are not trying to control the doctors, we are trying to get the doctors to control the system.

Não estamos tentando controlar os médicos, estamos tentando fazer com que os médicos controlem o sistema.

(Terry Clemmer, MD, Intermountain Healthcare 2002)

Valor instrumental da liderança médica: Engajando médicos na melhoria dos serviços

No entanto, apesar de uma necessidade bem articulada de maior liderança, ***os médicos têm sido ambivalentes sobre assumir um papel de liderança***, quer com relação à melhoria das operações atuais ou desenho dos serviços futuros. Devido em parte:

- A um sentimento de privação de direitos (Edwards et al 2002) e;
- A suspeita das motivações dos gerentes do NHS (Davies e Harrison, 2003),

Os médicos recuaram para a assistência e adotaram uma atitude de espera (Fisher et al 2009).

Resources

IHI White Papers



SHARE

Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda



How to cite this paper:

Reinertsen JL, Gosfield AG, Rupp W, Whittington JW. *Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2007. (Available on www.IHI.org)

IHI White Papers

Case Studies

The unique relationship between physicians and the American hospitals in which they practice arose historically when lay board members recognized their need to draw on

6. Adopt an Engaging Style:

- 6.1 Involve physicians from the beginning
- 6.2 Work with the real leaders, early adopters
- 6.3 Choose messages and messengers carefully
- 6.4 Make physician involvement visible
- 6.5 Build trust within each quality initiative
- 6.6 Communicate candidly, often
- 6.7 Value physicians' time with your time

5. Show Courage:

- 5.1 Provide backup all the way to the board

4. Use "Engaging" Improvement Methods:

- 4.1 Standardize what is standardizable, no more
- 4.2 Generate light, not heat, with data (use data sensibly)
- 4.3 Make the right thing easy to try
- 4.4 Make the right thing easy to do

1. Discover Common Purpose:

- 1.1 Improve patient outcomes
- 1.2 Reduce hassles and wasted time
- 1.3 Understand the organization's culture
- 1.4 Understand the legal opportunities and barriers

2. Reframe Values and Beliefs:

- 2.1 Make physicians partners, not customers
- 2.2 Promote both system and individual responsibility for quality

3. Segment the Engagement Plan:

- 3.1 Use the 20/80 rule
- 3.2 Identify and activate champions
- 3.3 Educate and inform structural leaders
- 3.4 Develop project management skills
- 3.5 Identify and work with "laggards"



A Antiga maneira de desenhar protocolos

- Os especialistas elaboram um protocolo abrangente que utiliza medicina baseada em evidências durante meses de reuniões, focando no "que" da padronização.
- O resultado das reuniões de peritos é um protocolo considerado pela equipe como um produto finalizado.
- As alterações subsequentes ao protocolo são desencorajadas.
- A estratégia de cumprimento é educar, esperar vigilância e trabalho duro, e em seguida, relatar os hereges.
- Nenhuma expectativa é expressa pela liderança em relação à confiabilidade do processo de padronização.

A Nova maneira de desenhar protocolos

- Padronizar *como, o quê, onde, quem* e *quando*.
- O "que" é baseado em evidências médicas.
- O "como" não precisa de evidência médica, mas sim conhecimento de como seu sistema funciona!
- Muito pouco tempo de especialistas é investido no protocolo inicial.
- Os protocolos iniciais são testados em uma escala muito pequena.
- São necessárias e encorajadas alterações ao protocolo nas fases iniciais.
- Os defeitos são estudados e utilizados para redesenhar o protocolo.

Protocolos Clínicos

Colocam em evidencia tarefas mínimas necessárias e as tornam explicitas.

São orientações sistematizadas, em formato de *fluxograma* ou de uma *matriz temporal*, baseados nas diretrizes e evidências da literatura e elaborados por *Equipe Multidisciplinar* de uma instituição no qual os mesmos serão implementados.

Marca pontos críticos e chaves no processo de decisão.

Protocolos Clínicos

Condutas Médicas

+

Intervenções Terapêuticas

+

Arranjos Administrativos

+

Metas Terapêuticas



Resultados Clínicos

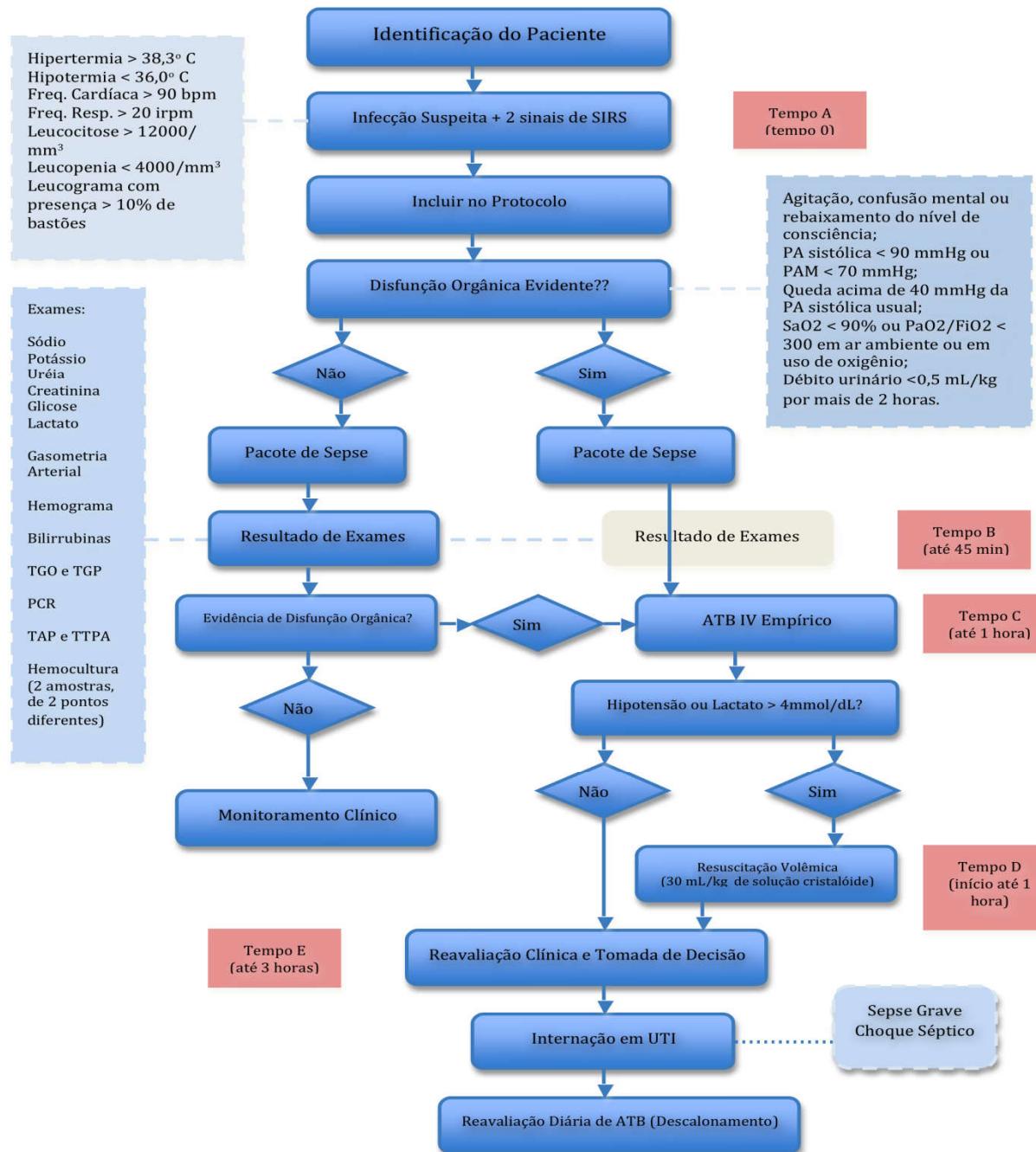


Divisão das Responsabilidades

Protocolos Clínicos

É apropriado e necessário destacar o que o Protocolo não é:

- ✓ Não é uma receita feita por uma única pessoa;
- ✓ Não é uma camisa-de-força;
- ✓ Não é permanente ou imutável.



Efetividade

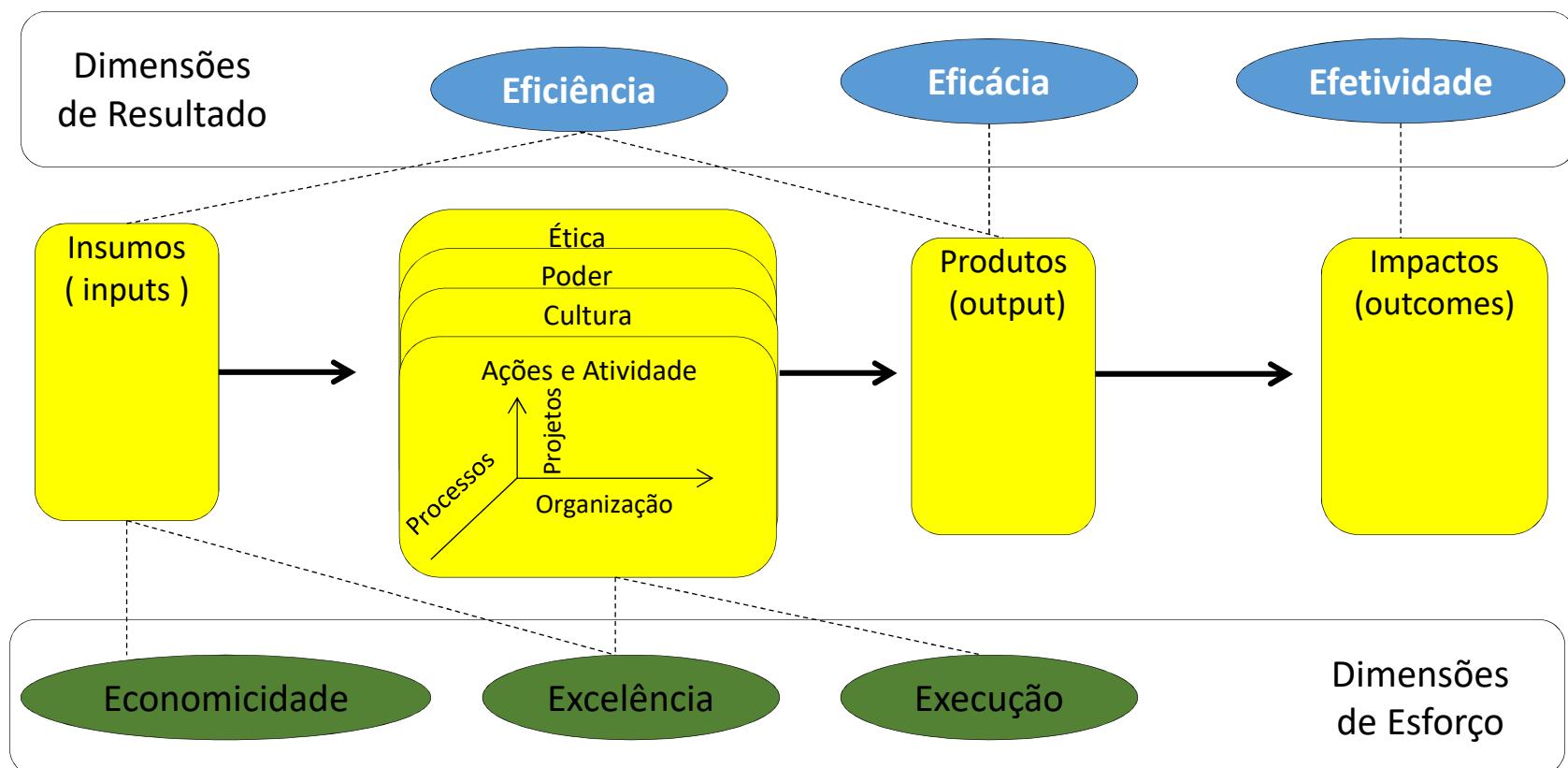
“É uma medida de mudança, a diferença de um ponto no tempo (normalmente antes de uma intervenção) para outro ponto no tempo (geralmente na sequência de uma intervenção)”. (Kendall, 1997)

O que fazer com os resultados

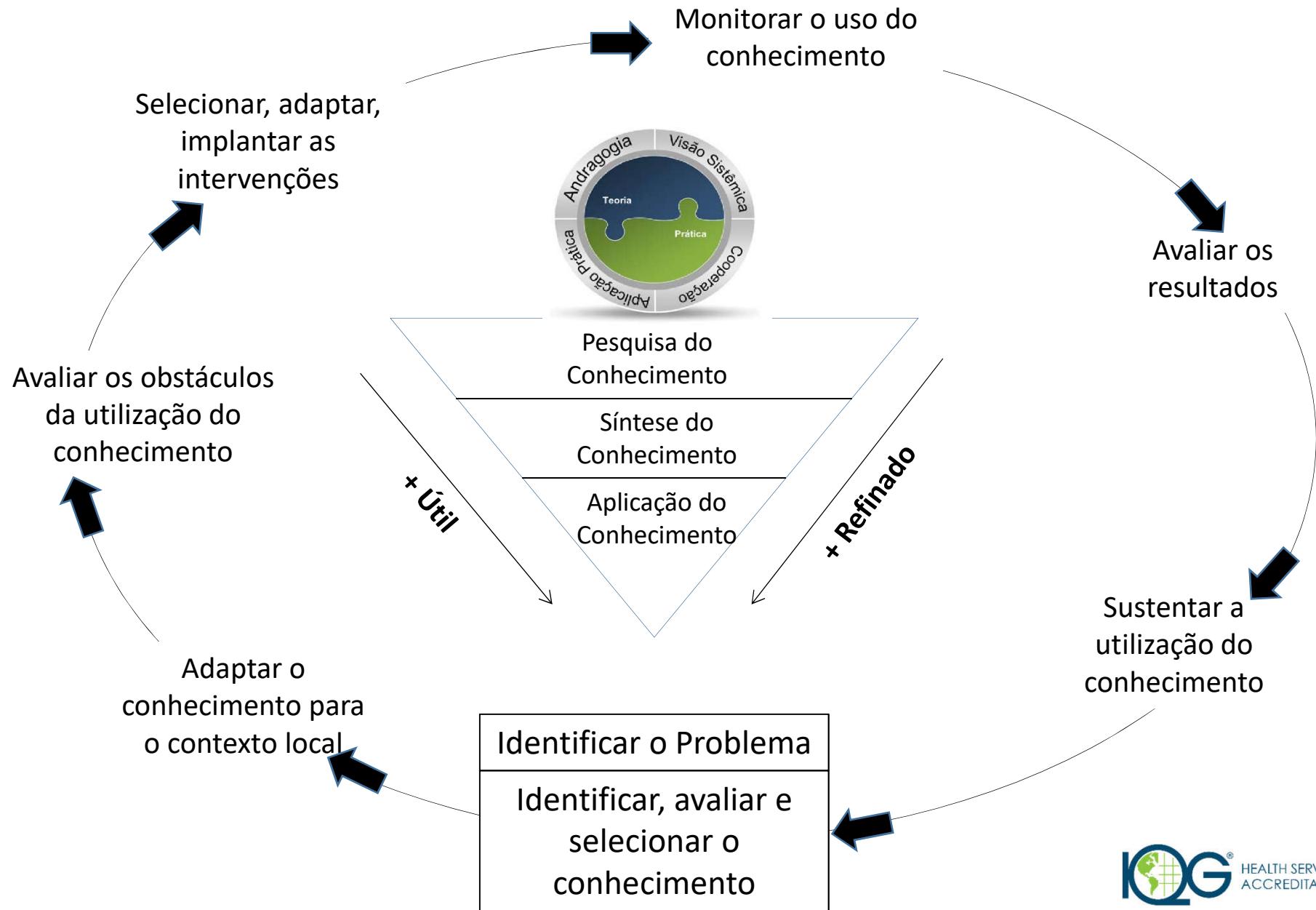
Os resultados obtidos com a medida deve ser analisado para ver se a mudança no status de saúde registrado é atribuível à intervenção, ou não. **Para tomar decisões racionais sobre se uma intervenção é de valor, uma análise cuidadosa da causa do resultado deve ser feita.**

Efetividade

Relação do impacto real com o impacto potencial em uma situação real.
Capacidade de se promover resultados pretendidos.



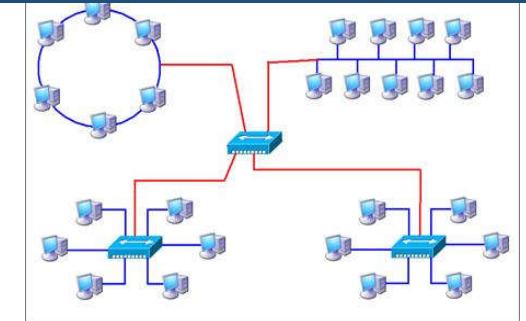
Gestão do Conhecimento



Gestão de Caso

Um sistema coordenado de intervenções multidisciplinar e comunicação para auxiliar os pacientes, a seguir um tratamento e prevenir complicações, através da integração dos cuidados necessários

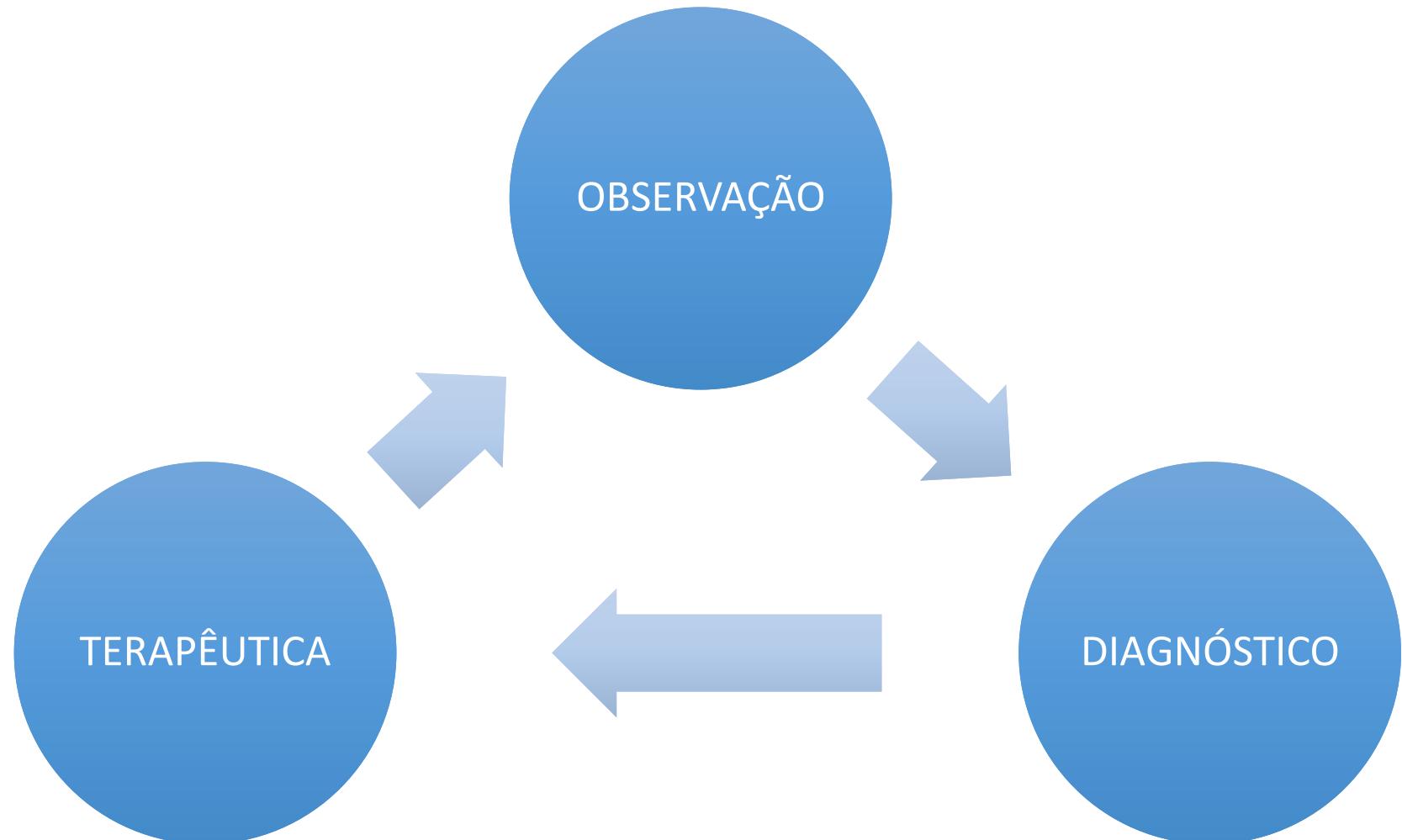
(Adomeit ET AL, 2001; Miller, 2006; Mattke ET AL, 2007; Araujo, 2009).



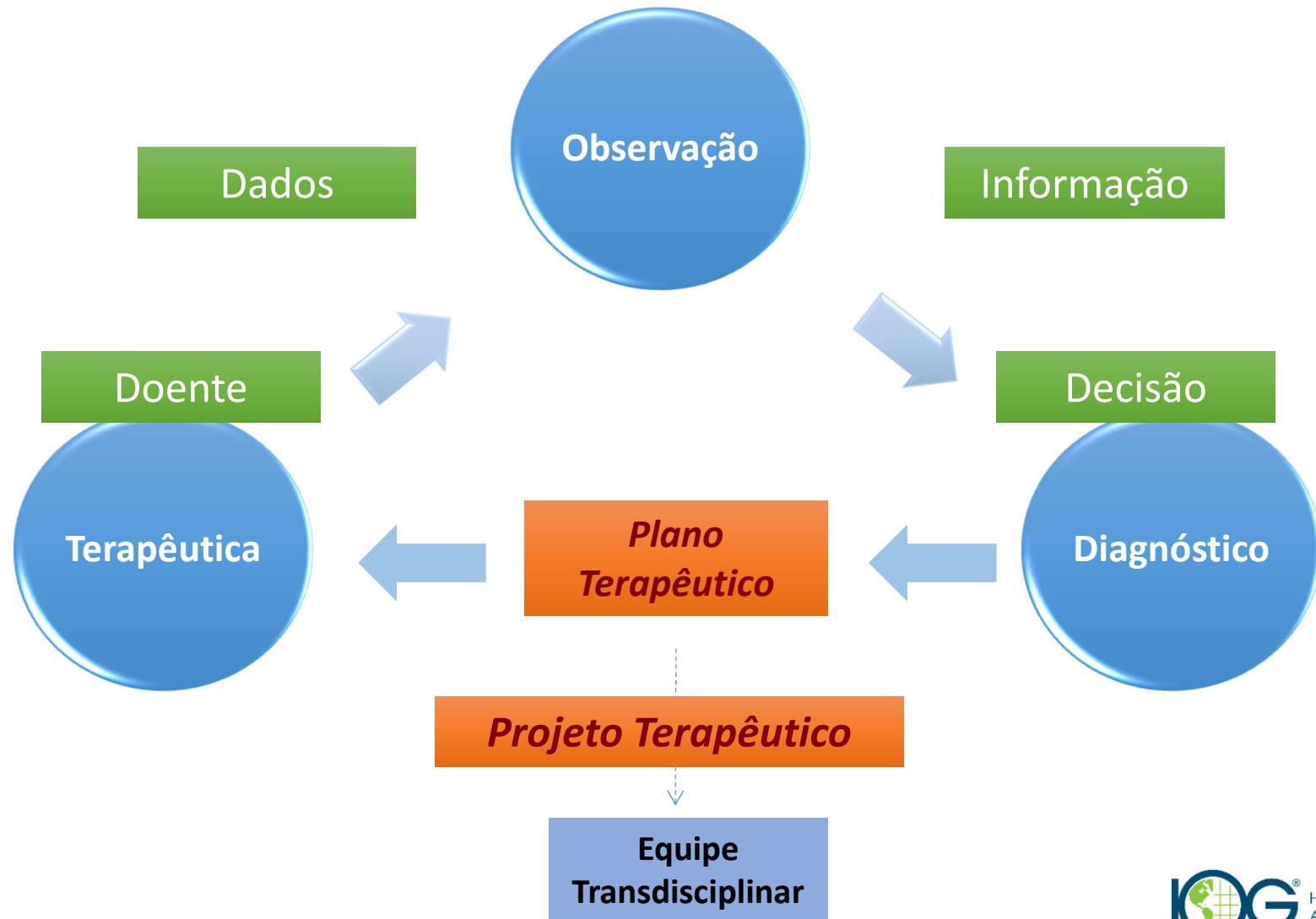
Objetivos:

- advogar as necessidades e expectativas de usuários em situação especial;
- prover o serviço certo ao usuário certo;
- aumentar a qualidade do cuidado;
- diminuir a fragmentação da atenção.

Ciclo Diagnóstico Terapêutico



Ciclo Diagnóstico Terapêutico



Plano Terapêutico

Define o objetivo da admissão do paciente. “Para que?” o paciente deve ser internado

Plano Terapêutico indica qual a estratégia de tratamento definida para o paciente, considerando :

1. Suas necessidades clínicas;
2. Tempo de duração da assistência;
3. Programação de alta;
4. Competências entre a equipe de atendimento.

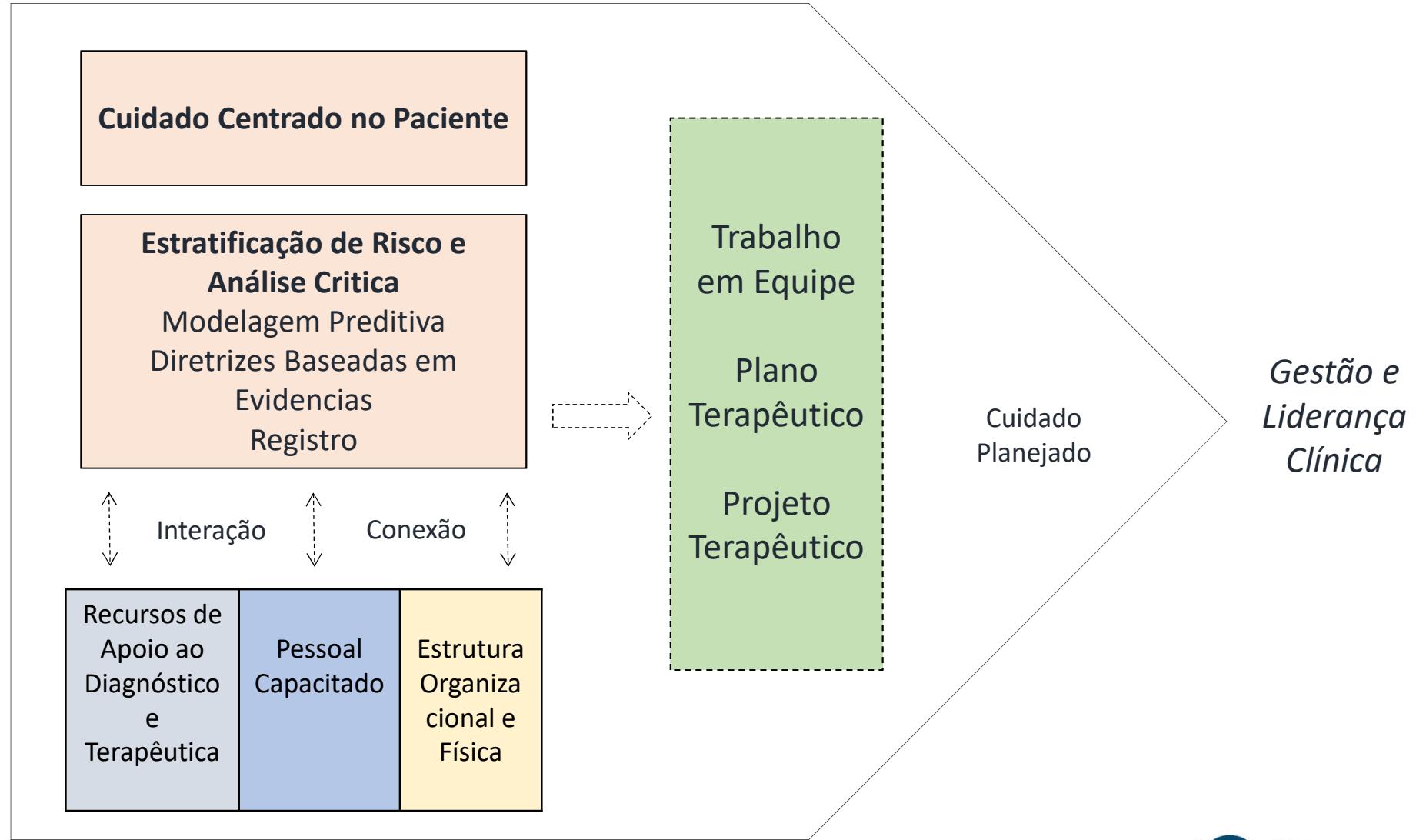
Projeto Terapêutico

Define “Como?” o objetivo da admissão do paciente será atingido

É um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual, resultado da discussão coletiva de uma equipe Transdisciplinar.

Estes são momentos muito ricos em que a transdisciplinaridade se concretiza, quando os profissionais de distintas áreas se juntam para compartilhar e potencializar seus conhecimentos, seja no que tem em comum ou de diferente.

Planejamento do Cuidado



Os Quatro Momentos do Plano Individualizado do Cuidado

1. **Diagnóstico:** que deverá conter uma avaliação, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do paciente.
2. **Definição de Metas:** faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com os membros da equipe.
3. **Divisão de Responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um com clareza.
4. **Reavaliação:** momento em que se discutirá a evolução e se fará as devidas correções de rumo.

Cuidado Centrado no Paciente

Paciente
Médico

X
X

Doença
Paciente

Tratando a doença ou o doente

Poder do Médico

X

Autonomia
do Paciente



Até o sec. 20, o método clínico baseado no modelo biomédico definiu o diagnóstico da doença preponderante ao doente.

“ o tratamento da doença é totalmente impessoal, o cuidado do paciente é totalmente pessoal.” Peabody, 1927



Medical Engagement and the NSW Whole of Hospital Program

A summary of existing literature discussing Medical Engagement by Dr Sally McCarthy, Clinical Lead NSW MOH Whole of Hospital Program, June 2013

“ Working together to provide the right Healthcare for people in NSW every day”

Engajamento Médico

A evidência atual confirma que *a excelência do médico individual é necessária, mas já não é suficiente para gerar bons resultados para o paciente.*

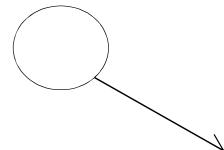
As características das organizações de alto desempenho que oferecem um excelente atendimento ao paciente incluem compromisso de liderança e uma cultura de apoio.

Hospitais onde clínicos estão mais envolvidos no planejamento estratégico e tomada de decisão têm um desempenho melhor do que em hospitais onde o pessoal clínico não estão envolvidos no processo de mudança.

Cuidado Centrado no Paciente

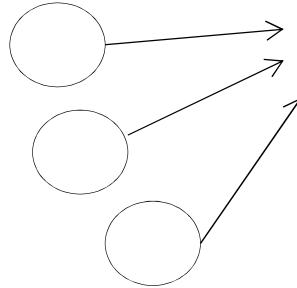
Disciplinar

Observação da realidade a partir de uma base de conhecimento.



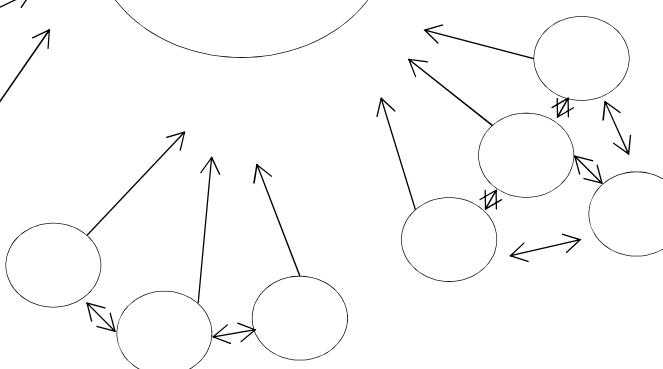
Multidisciplinar

Observação da realidade realizada por disciplinas do conhecimento isoladamente.



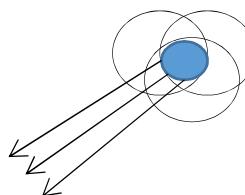
Pluridisciplinar

Observação da realidade realizada por várias disciplinas do conhecimento havendo troca entre elas.



Transdisciplinar

Observação da realidade realizada na interseção dos conhecimentos das disciplinas.



Interdisciplinar

Observação da realidade realizada usando a transferência de conhecimento de uma disciplina para outra.



Como eles podem trabalhar
juntos se não aprendem juntos?

BMC Health Services Research

[HOME](#)[ABOUT](#)[ARTICLES](#)[SUBMISSION GUIDELINES](#)

VOLUME 16 SUPPLEMENT 2

[Medicine and management in European public hospitals](#)

[DEBATE](#) | [OPEN ACCESS](#)

Medical doctors in healthcare leadership: theoretical and practical challenges

Jean-Louis Denis  and Nicolette van Gestel

BMC Health Services Research BMC series – open, inclusive and trusted 2016 16(Suppl 2):158 | DOI: 10.1186/s12913-016-1392-8 |
© Denis and van Gestel. 2016

Published: 24 May 2016



LETTERS

DOCTORS AND MANAGEMENT ROLES

Engaging doctors in management: the need to start early

Adam M Ali *Frank Knox fellow*

Harvard University, Cambridge, Boston, MA 02138, USA

I read with interest your article on whether doctors in the NHS "avoid" management roles.¹ In my view, the problem is not a lack of motivation but a lack of opportunity. Throughout the US and Europe many medical schools have been offering joint clinical and management training programmes (eg, MD/MPH, MD/MBA) for over a decade, with growing evidence that doctors undertaking these popular schemes go on to become active clinicians and managers.²

Beyond the qualifications, a culture of engaging juniors with management is absent in the UK highlighted by Mr Hunt's

Competing interests: None declared.

Full response at: www.bmjjournals.org

- 1 Rimmer A. Doctors are avoiding management roles, says Hunt. *BMJ* 2017;356:j529. doi: 10.1136/bmj.j529 pmid:28137794.
- 2 Krupat E, Dienstag JL, Kester WC, Finkelstein SN. Medical students who pursue a joint MD/MBA degree: who are they and where are they heading? *Eval Health Prof* 2016;0163278715620831. pmid:26801747.
- 3 Hunt J. Department of Health. NHS Providers annual conference keynote speech, 30 Nov 2016. <https://www.gov.uk/government/speeches/nhs-providers-annual-conference-keynote-speech>.

Modelo de Avaliação

NÍVEL	FOCO	AÇÃO
Alta Administração	Define	<ul style="list-style-type: none">• Governança• Política de Segurança• Política de Pessoas• Política do Registro Seguro• Política Financeira• Política da Qualidade• Quadro de Ética, Política e Procedimentos• Acompanhamento de resultados estratégicos
Média Gerencia	Implementa Articula	<ul style="list-style-type: none">• Planejamento do trabalho• Estrutura Assistencial• Desdobramento operacional políticas• Protocolos• Gestão de pessoas• Resultados dos processos• Alcance dos resultados
Operacional	Gerencia Faz Fluir	<ul style="list-style-type: none">• Operacionalização

Tracer



FOCO :

- Linha estratégica
- Protocolo gerenciado

Fluxo Assistencial (da admissão até o momento atual ou alta)

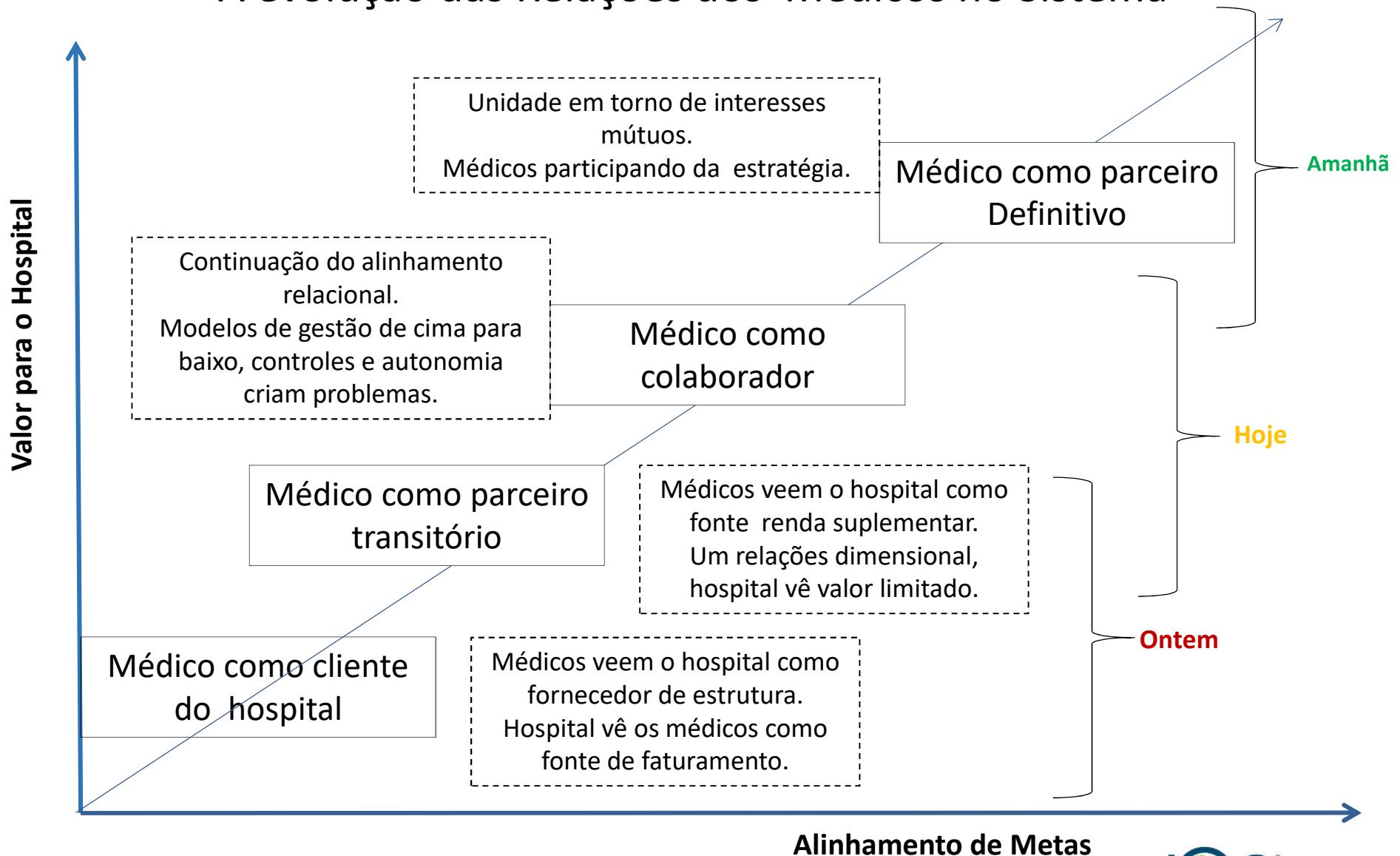
Plano Terapêutico.

Entrevista com os profissionais envolvidos no cuidado.

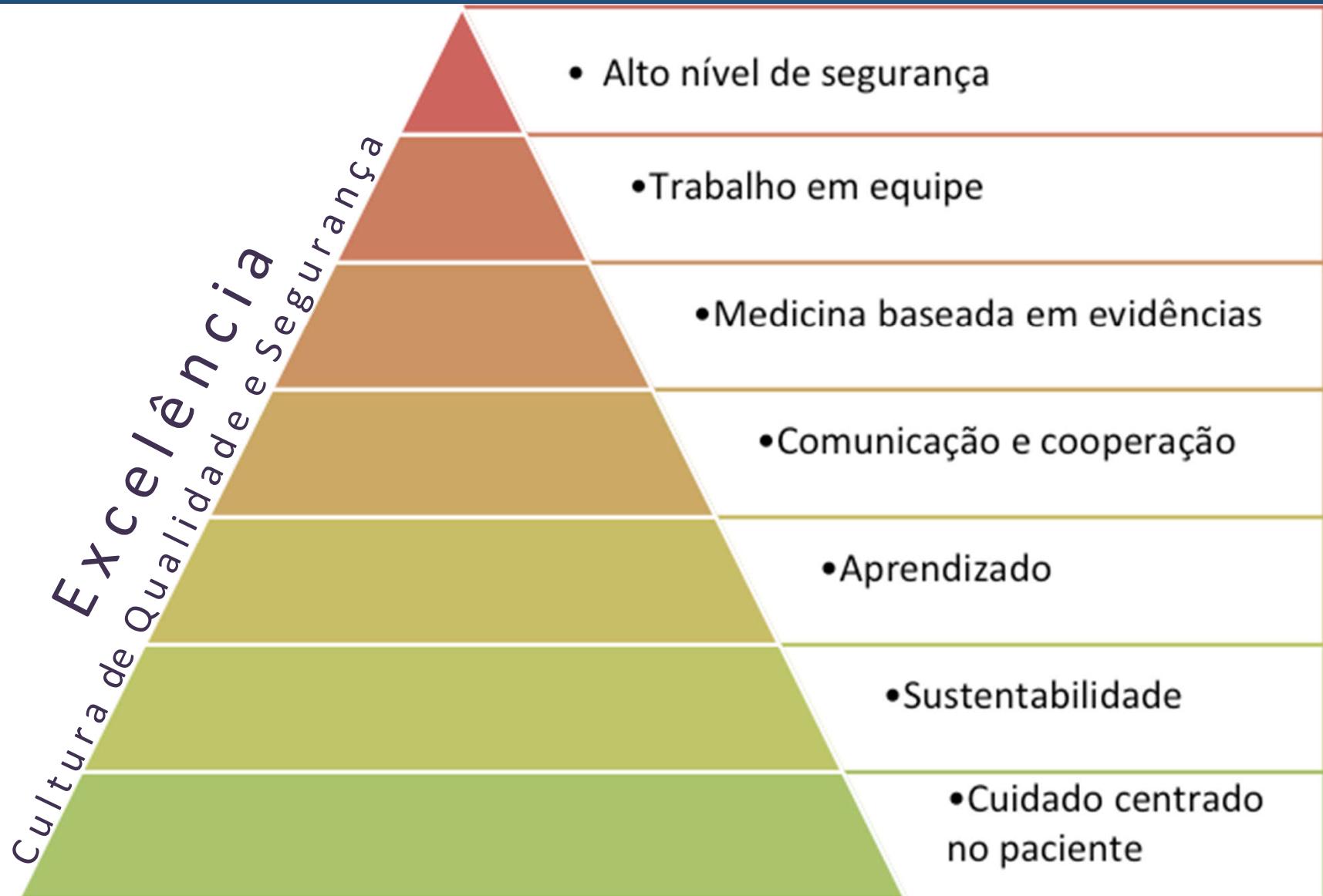
Entrevista com paciente e/ou família.

Interdependência Crescente Coincide com Valor Crescente

A evolução das Relações dos Médicos no Sistema



Processo de Acreditação





"O verdadeiro ato de descoberta não está em buscar novas terras, mas em ver com novos olhos".

Marcel Proust (1871-1922)