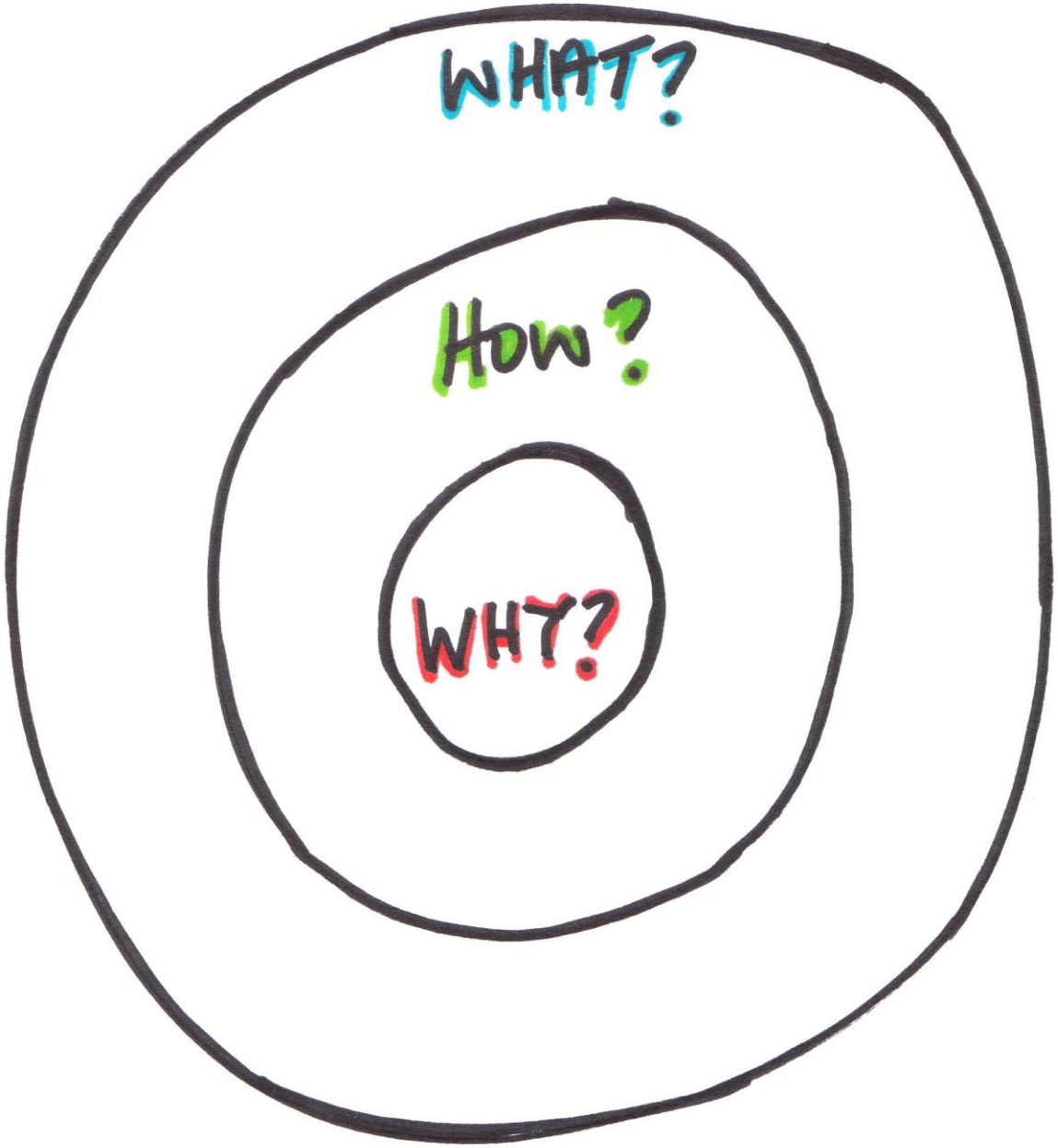
Governança Clínica

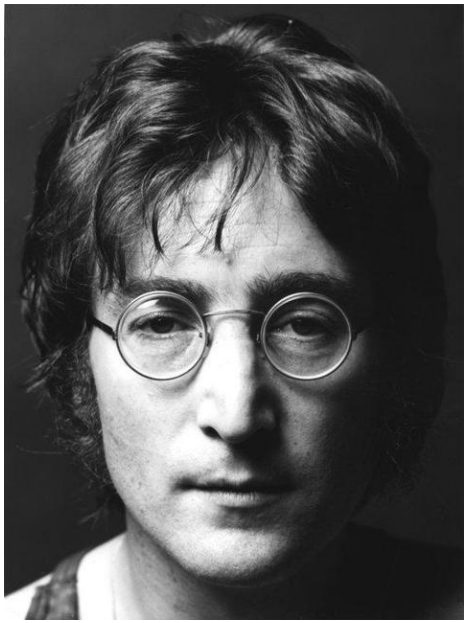
Desenvolvendo a Excelência na Assistência à Saúde por meio dos mais altos padrões de cuidado do paciente

Gabriel Dalla Costa, MD
Gerente Médico
Hospital Moinhos de Vento, RS
Cuiabá, 21 de Setembro de 2018


WHAT?
HOW?
WHY?

400.000

Imagine um sistema de Saúde melhor



- Mais seguro;
- Mais efetivo;
- Mais barato;
- Mais acessível;
- Mais eficiente;
- Mais homogêneo e também mais personalizado.

- Menos erros relacionados a medicações;
- Taxa zero de mortes por erros preveníveis;
- Taxas mais baixas de readmissões não planejadas;
- Métodos menos invasivos para diagnosticar doenças;

Governança Clínica

- Nascimento: final da década de 90 no Reino Unido;
- Sistema para melhoria dos padrões da prática clínica;
- **Garantir que padrões são atingidos e que há processos para melhoria contínua;**
- Autonomia dos médicos desafiada; pessoas têm que perceber valor.

Governança Clínica é

- **Segurança do paciente;**
- **Envolver cuidadores e familiares;**
- **Prover o melhor cuidado possível para o paciente ;**
- **Processo de aprendizado e melhoria por toda vida;**
- **Responsabilidade coletiva;**
- **Ser inclusivo, para todos;**
- **Reconhecer alcance de metas pelo Time;**
- **Bom senso;**
- **Acesso a atendimento de elevada qualidade, para todos, em todos os momentos.**

Governança Clínica NÃO é

- **Apenas “para clínicos”;**
- **Responsabilidade apenas individual;**
- **Não é um processo isolado;**
- **Exercício de marcar cruzes em checklists;**
- **Perda de tempo;**
- **Apenas diminuir o custo.**

“Governança clínica é a arte de criar valor na prática clínica diária, buscando corrigir falhas e minimizar riscos, perseguindo melhorias de maneira contínua.”


KEEP
CALM
AND
TÁ TUDO
DOMINADO

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 DECEMBER 28, 2006 VOL. 355 NO. 26

An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU

Peter Pronovost, M.D., Ph.D., Dale Needham, M.D., Ph.D., Sean Berenholtz, M.D., David Sinopoli, M.P.H., M.B.A., Haitao Chu, M.D., Ph.D., Sara Cosgrove, M.D., Bryan Sexton, Ph.D., Robert Hyzy, M.D., Robert Welsh, M.D., Gary Roth, M.D., Joseph Bander, M.D., John Kepros, M.D., and Christine Goeschel, R.N., M.P.A.

Table 3. Rates of Catheter-Related Bloodstream Infection from Baseline (before Implementation of the Study Intervention) to 18 Months of Follow-up.*

Study Period	No. of ICUs	No. of Bloodstream Infections per 1000 Catheter-Days				
		Overall	Teaching Hospital	Nonteaching Hospital	<200 Beds	≥200 Beds
		median (interquartile range)				
Baseline	55	2.7 (0.6–4.8)	2.7 (1.3–4.7)	2.6 (0–4.9)	2.1 (0–3.0)	2.7 (1.3–4.8)
During implementation	96	1.6 (0–4.4)†	1.7 (0–4.5)	0 (0–3.5)	0 (0–5.8)	1.7 (0–4.3)†
After implementation						
0– 3 mo	96	0 (0–3.0)‡	1.3 (0–3.1)†	0 (0–1.6)†	0 (0–2.7)	1.1 (0–3.1)‡
4–6 mo	96	0 (0–2.7)‡	1.1 (0–3.6)†	0 (0–0)‡	0 (0–0)†	0 (0–3.2)‡
7–9 mo	95	0 (0–2.1)‡	0.8 (0–2.4)‡	0 (0–0)‡	0 (0–0)†	0 (0–2.2)‡
10–12 mo	90	0 (0–1.9)‡	0 (0–2.3)‡	0 (0–1.5)‡	0 (0–0)†	0.2 (0–2.3)‡
13–15 mo	85	0 (0–1.6)‡	0 (0–2.2)‡	0 (0–0)‡	0 (0–0)†	0 (0–2.0)‡
16–18 mo	70	0 (0–2.4)‡	0 (0–2.7)‡	0 (0–1.2)†	0 (0–0)†	0 (0–2.6)‡

* Because the ICUs implemented the study intervention at different times, the total number of ICUs contributing data for each period varies. Of the 103 participating ICUs, 48 did not contribute baseline data. P values were calculated by the two-sample Wilcoxon rank-sum test.
† P≤0.05 for the comparison with the baseline (preimplementation) period.
‡ P≤0.002 for the comparison with the baseline (preimplementation) period.

World Health Organization

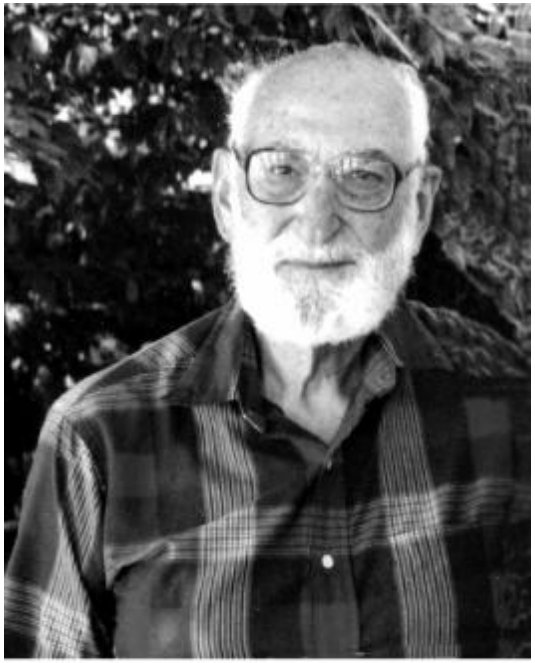
Qualidade em Saúde

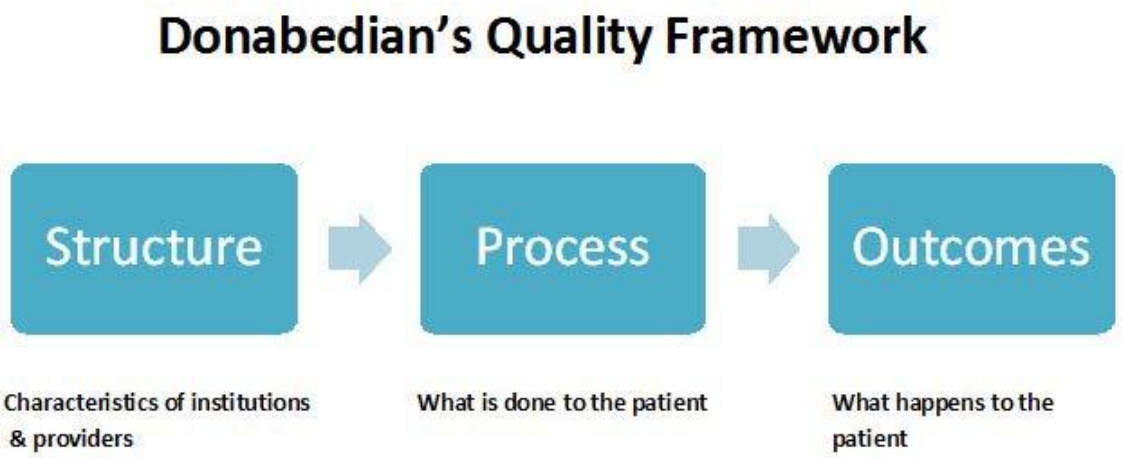
Quando serviços de saúde prestados a indivíduos e populações aumentam a probabilidade de desfechos favoráveis, utlizando a melhor evidência científica disponível, adequada à realidade local.

Devem ser seguros, eficazes, oportunos, eficientes, equitativos e centrados nas pessoas.

Definição de qualidade envolve um olhar amplo sobre todos os aspectos da experiência do paciente, desde a primeira ligação telefônica até a última consulta médica.

Avedis Donabedian





Como construir a melhor Cultura Organizacional?

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Afiliado a JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

Uma História de Qualidade e Segurança

MAGNET RECOGNITION
AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER

ISO 9001 CERTIFIED

1994
- Accession of PGQP

199.
- Bronze Trophy

1998
- Silver Trophy

1999
- Silver Trophy

2001
- PAMQ Program of Internal Auditing

2002
- Accreditation JCI

2005
- Re-accreditation JCI

200.
- Gold Trophy

2008
- Re-accreditation JCI
- Hospital of Excellency of the Mini...ealth

2011
- Re-accreditation JCI

2014
- Re-accreditation JCI

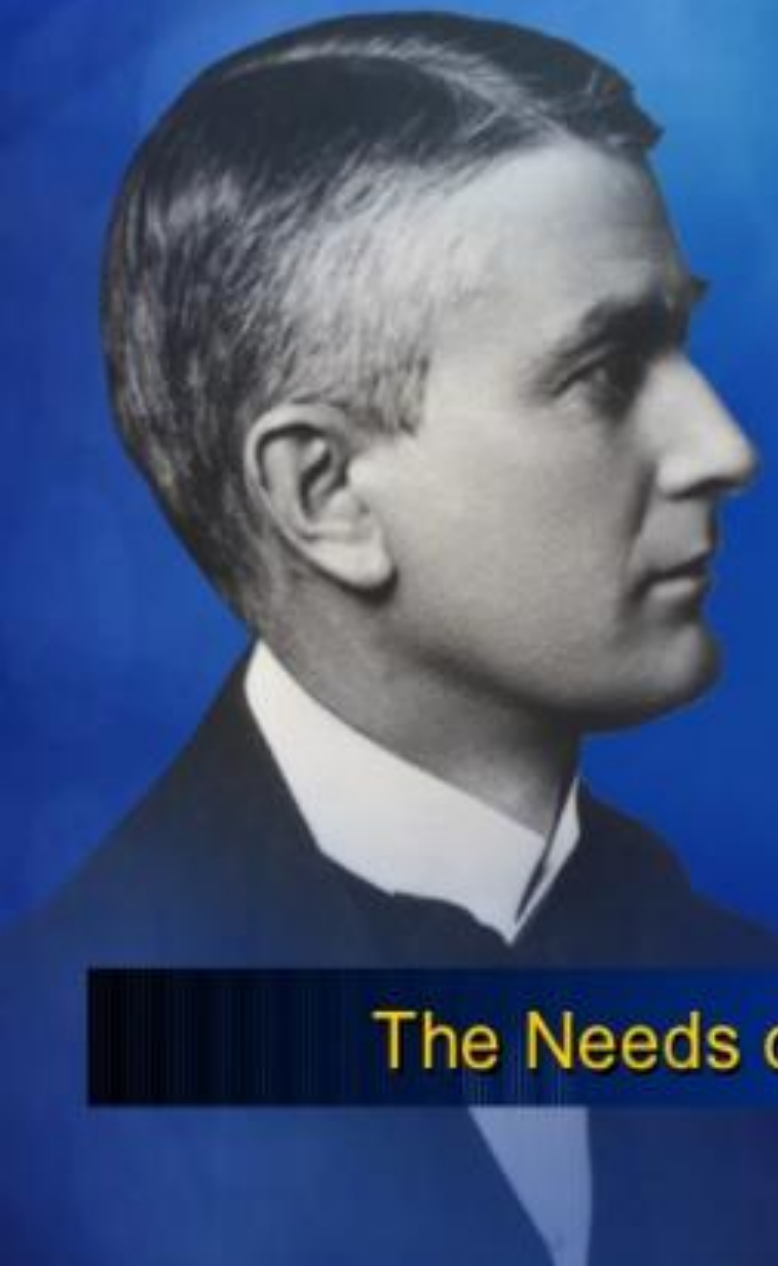

HOSPITAL
MOINHOS DE VENTO
JOHNS HOPKINS
MEDICINE
HOSPITAL
MOINHOS DE VENTO
JOHNS HOPKINS
MEDICINE

VISÃO: ATUAR PARA SER O MELHOR HOSPITAL DO BRASIL EM QUALIDADE MÉDICO-ASSISTENCIAL ATÉ 2027

PROPÓSITO: CUIDAR DE VIDAS

ESTRATÉGIA 2017-2021

Our Primary Value



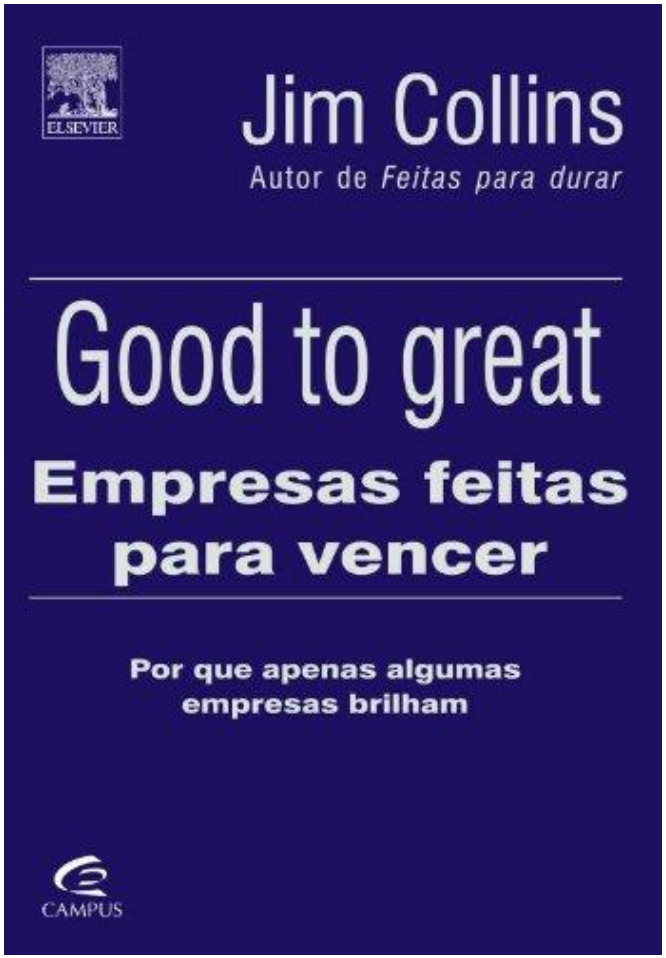
"The best interest
of the patient
is the only interest
to be considered"

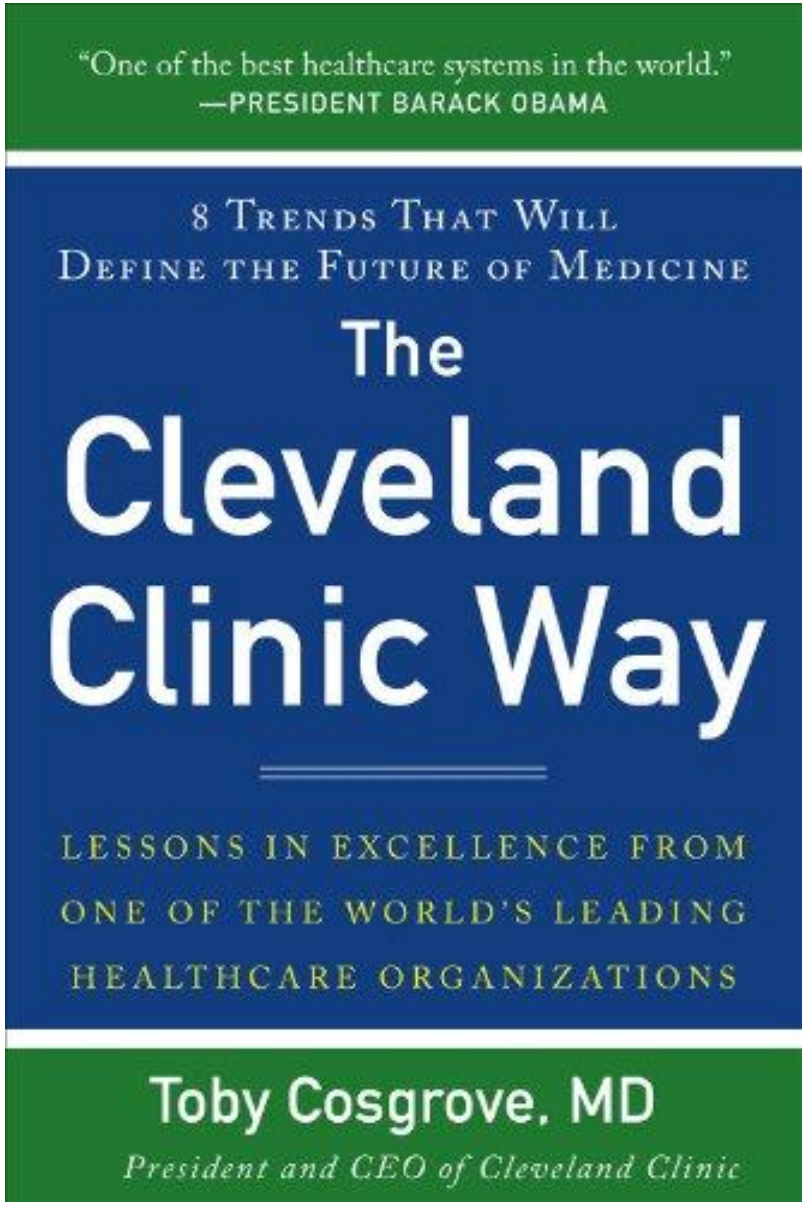
William J. Mayo, MD

The Needs of the patient come first

MAYO CLINIC

Primeiro **“quem”**
depois **“o que”**





Lealdade

Se você chamar alguém, essa pessoa sempre irá correndo lhe ajudar.

Home | APRnew | APR | COMP | SIS | PES | SBS | SCS | SDS | S-OB | STA | Last Name | borkowski | Search

Borkowski, Raymond G., MD(OST) | Logout

Welcome to Cleveland Clinic APR On-line

Borkowski Raymo

Quarter:

- Main Campu
  - Lerner Re
    - Biome

Dep

Summary Comments for: Graham Linda, MD (Ohio Staff) - Lerner Research Institute/Biomedical Engineering

Graham Linda, MD

Profile
- Demographics
- Interests
- Assignments

Credentialing
- Licenses
- Education
- Boards
- Affiliations

CCLCM Appointment

Profile at clevelandclinic.org

Demographics

Birth Date: 11/19/1950 Age: 62
Employee No:533993

Mc Gladrey No:2340

Hire Date:07/01/1999
Appointment Date:07/01/1999
Current Position:07/01/2000

FT/PT:FT
Perc PT:
Date PT:07/01/1999

BACK

APR Status|Comments from last APR

Print: APR Met

Enter your comments below... Save

BOG Reviwer's summary comments...

Self Assessment & Department Chair/Secondary Appointment(s) Chair Comments

Patient Care

Self Assessment

Comments on relative productivity and quality of patient care this year. How can department leadership facilitate the quality/quantity of patient care and satisfaction with clinical practice?

Department Chair Comments

Departmental Leader comments on Patient Care
03/22/2013 by Vince D. Geoffrey, PhD (Dpt. Chair)
******

Research

Avaliação Anual

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

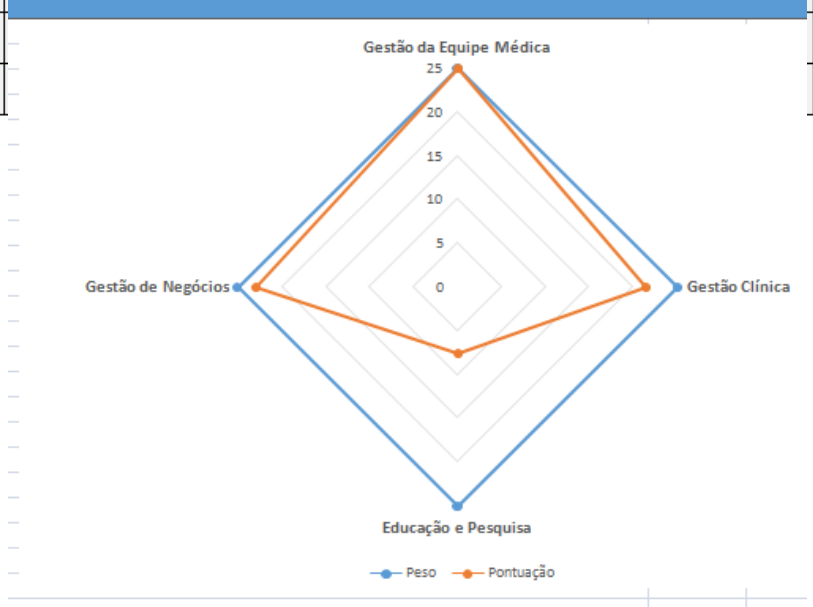
SERVIÇO MÉDICO

GESTÃO DA EQUIPE MÉDICA	Peso 25	Atingimento	Pontuação 25	Critério de mensuração	Área responsável pelo controle
Credenciamento de novos profissionais na especialidade.	10	50%	10	Meta para novos cadastros na especialidade é estabelecida pela Superintendência Médica, com apoio da área de Relacionamento com o Corpo Clínico, de acordo com o planejamento e as necessidades do Hospital.	Relacionamento com o Corpo Clínico
Realizar avaliação anual da equipe médica do serviço médico por meio das ferramentas institucionais disponíveis.*	15	100%	15	Preenchimento e entrega de 100% das fichas de avaliação ao DH.	DH

GESTÃO CLÍNICA	Peso 25	Atingimento	Pontuação 21	Critério de mensuração	Área responsável pelo controle
Painel de Contribuição	12	70%	8	Performance de todos os indicadores presentes na diretriz Medicina e Assistência de Excelência e Valor Centrado no Paciente	GIP
Contribuir para as iniciativas institucionais relativas a mensuração de desfechos	4	100%	4		
Encaminhamento de pacientes				Número de pacientes encaminhados para contato versus	Gestão de Valor
Participação nas reuniões					Gestão de Valor
Número de ouvidorias respondidas dentro do prazo					Relacionamento com o Cliente
Número de protocolos entregues e validados (ou revisados)					Gerência Médica

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

SERVIÇO MÉDICO



THE COMMONWEALTH FUND

Case Study

Organized Health Care Delivery System • August 2009

Mayo Clinic: Multidisciplinary Teamwork, Physician-Led Governance, and Patient-Centered Culture Drive World-Class Health Care

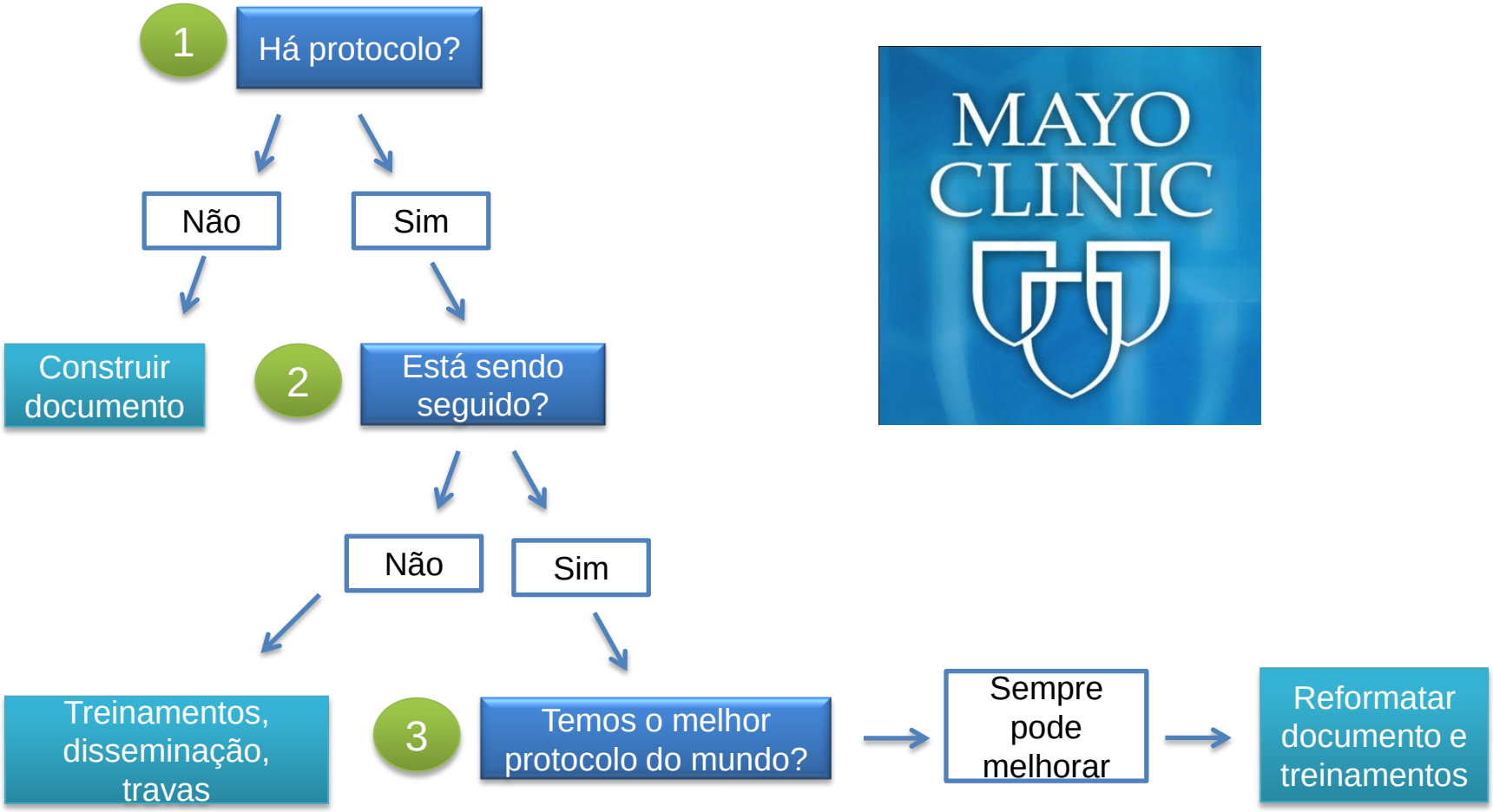
Douglas McCarthy, Kimberly Mueller, and Jennifer Wrenn
Issues Research, Inc.

Mayo Clinic

1. Modelo de cuidado: times multidisciplinares;
2. Inovação e qualidade
3. Registro Médico Único. Moderno e informatizado (> 100 anos de dados digitalizados). Acessível através de dispositivos móveis
4. Liderança “rotacional”: 8 anos
5. Parceria entre Médicos , Administradores e Enfermagem
6. Organização liderada por Médicos – protagonismo
7. Staff 100% empregado e assalariado
8. Instituição “única”
9. Estrutura Corporativa sólida
10. Viver a missão

- **“A Mayo Clinic não se adapta às pessoas, as pessoas se adaptam à Mayo Clinic.”**

”A melhor cultura organizacional, em 3 etapas.”

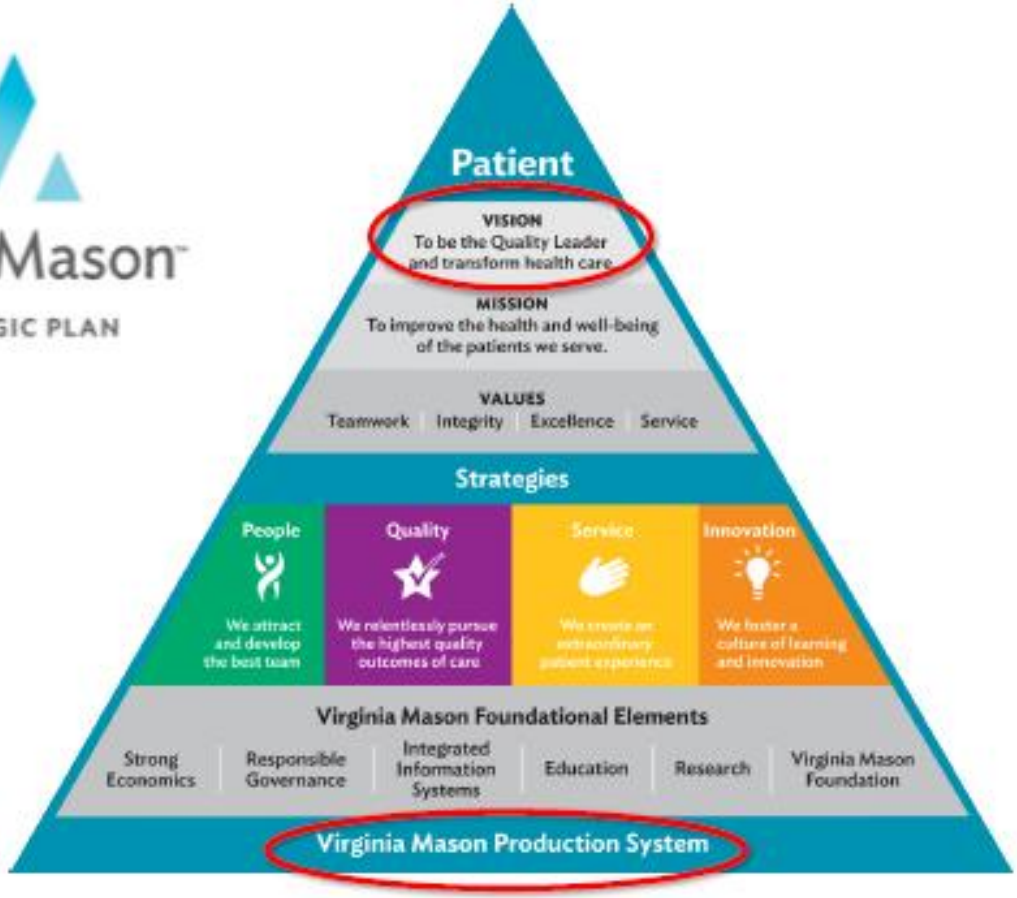


Metas modestas levam a resultados modestos

Qual o padrão que você aceita?

Virginia Mason

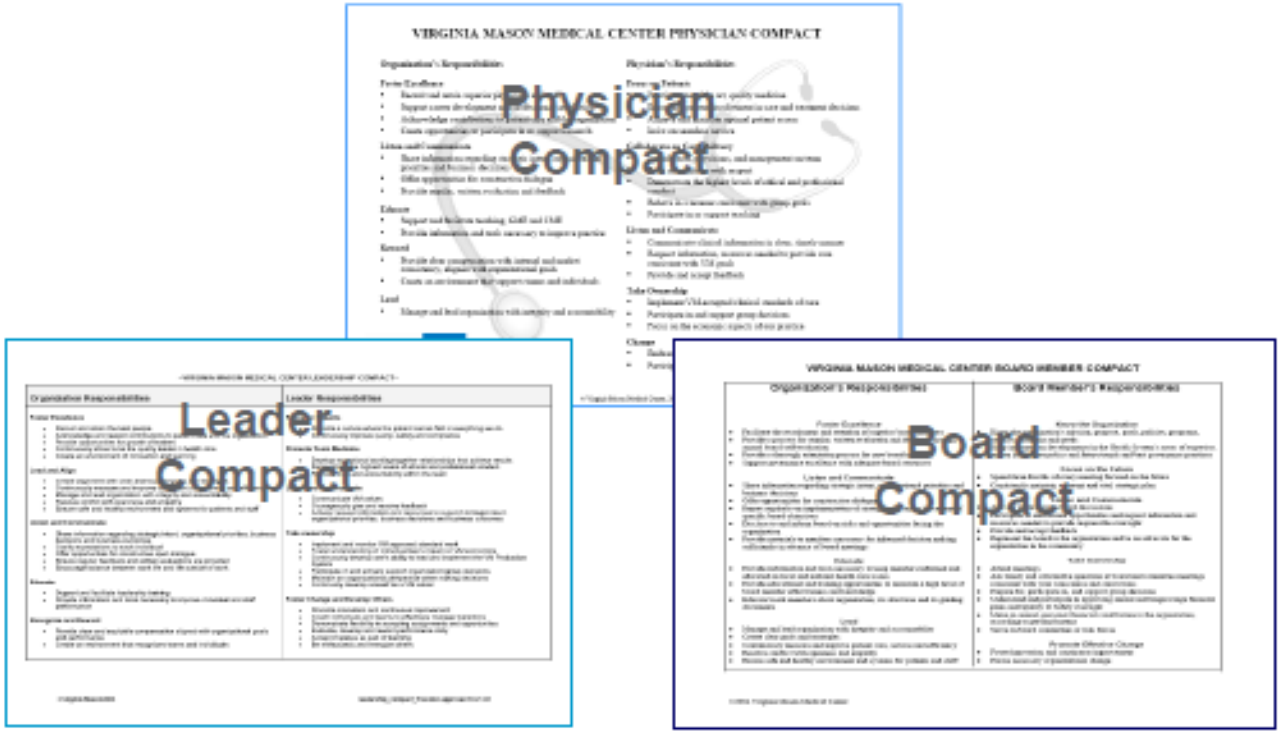
OUR STRATEGIC PLAN



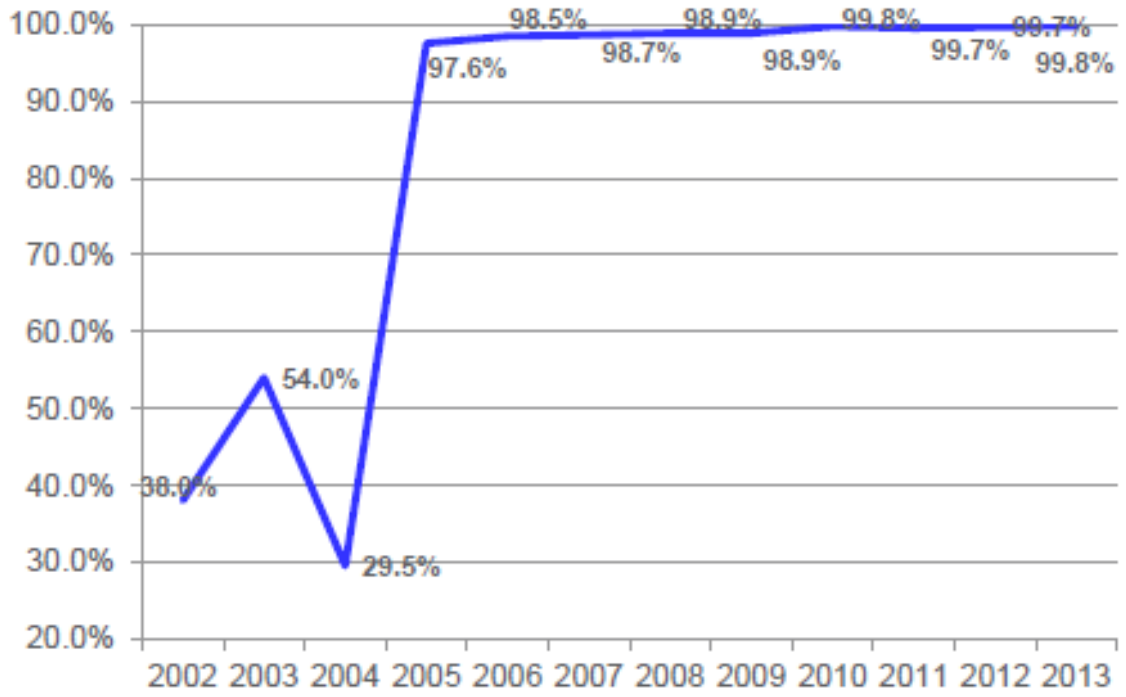
The Virginia Mason Production System

1. The patient is ***always*** first
2. Focus on the highest quality and safety
3. Engage all employees
4. Strive for the highest satisfaction
5. Maintain a successful economic enterprise

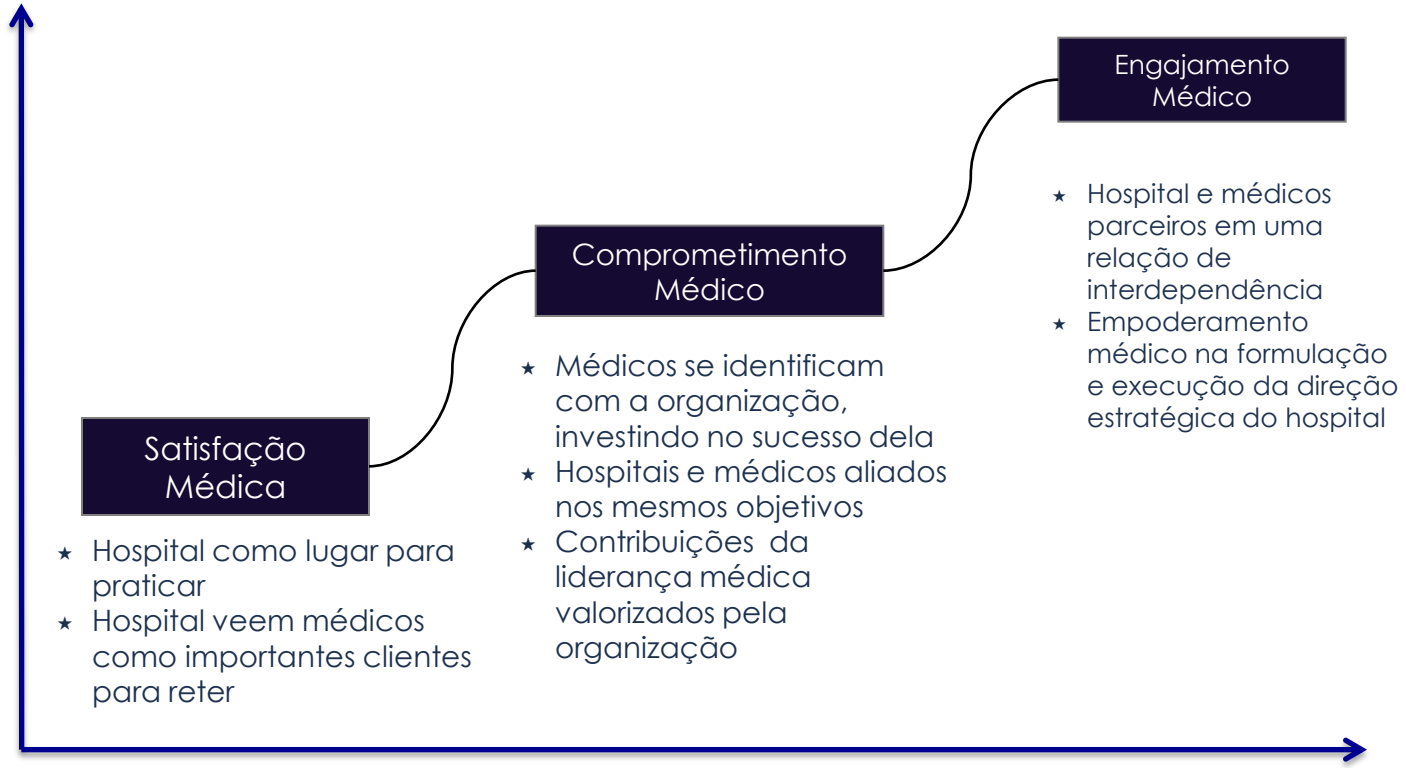
Aligning Expectations



VMMC Influenza Vaccination Rates



Evolução do Relacionamento das Instituições de Excelência com seu Corpo Clínico



Adaptado de Delivering on Value -
Positioning Quality for Success in an Evolving Performance-Based Environment

CHANGE MANAGEMENT

Engaging Doctors in the Health Care Revolution

by Thomas H. Lee and Toby Cosgrove, MD

FROM THE JUNE 2014 ISSUE

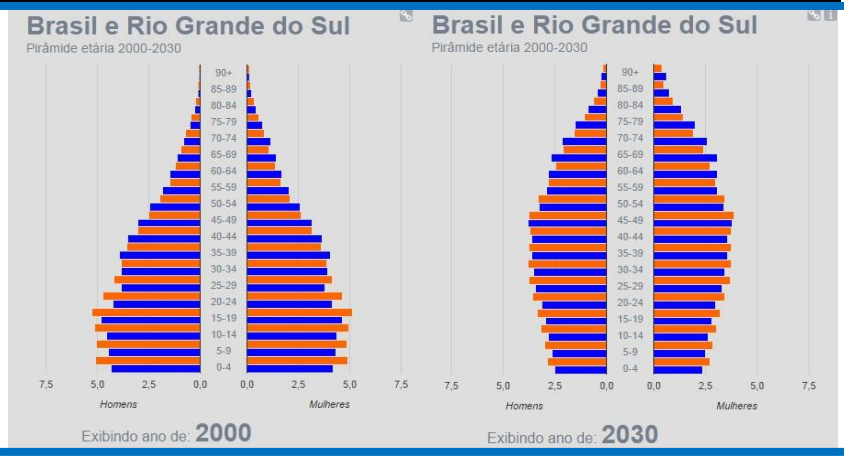
MOTIVATION	HOW TO APPLY IT	EXAMPLE
To engage in a noble shared purpose	Appeal to the satisfaction of pursuing a common organizational goal.	The Cleveland Clinic reinforced its commitment to compassionate care by launching a same-day appointment policy.
To satisfy self-interest	Provide financial or other rewards for achieving targets.	At Geisinger Health System, 20% of endocrinologists' compensation is tied to goals such as improving control of patients' diabetes.
To earn respect	Leverage peer pressure to encourage desired performance.	Patients' ratings of University of Utah physicians are shared both internally and on public websites to drive improvements in patient experience.
To embrace tradition	Create standards to align behaviors, and make adherence a requirement for community membership.	At the Mayo Clinic, a strict dress code and communication rules signal the "Mayo way of doing things."

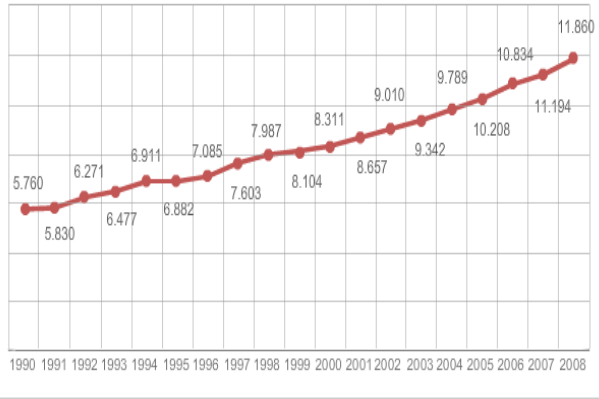
O mundo está mudando...rapidamente


M4
Central London
HILLINGDON
NSLOW
WAYMO
SLR 762F

DRIVERS DE MUDANÇA NA SAÚDE

Transições demográfica e epidemiológica





(Ministério da Saúde)

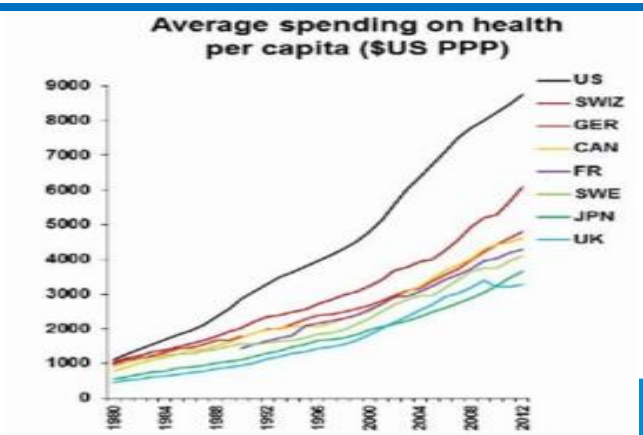
Cuidado Centrado no Paciente

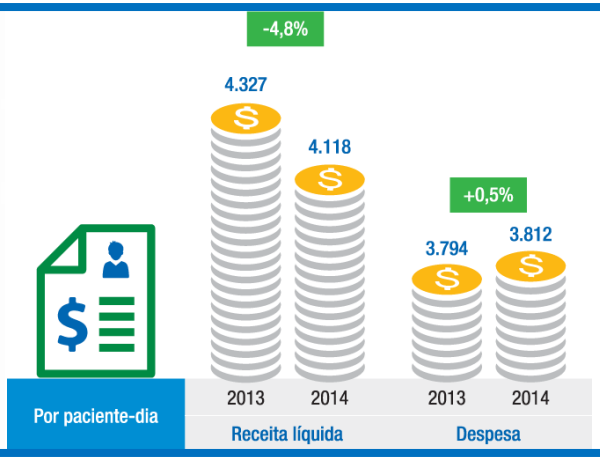
Mayo Clinic: Multidisciplinary Teamwork, Physician-Led Governance, and Patient-Centered Culture Drive World-Class Health Care

Douglas McCarthy, Kimberly Mueller, and Jennifer Wrenn
Issues Research, Inc.

(IHI, Mayo Clinic)

Aumento Progressivo nos Gastos com Saúde





(Commonwealth Fund, ANAHP)

Paciente Consumidor

- Comodidade / Proximidade
- Rapidez / Agilidade
- Economia
- Conforto
- Serviços
- Atenção aos Detalhes

Expectativas dos Pacientes

MORE – BETTER – NOW

(Deloitte Center for Health Solutions)

Entrada do Capital Estrangeiro

MP 656/14 autoriza a **entrada de capital estrangeiro na saúd**

Sexta-feira, 27 de novembro de 2015 | B1

Valor

Empresas

Orlando City, clube de futebol dos EUA, ganha impulso após ser adquirido pelo fundador do Wise Up, Flávio Silva B7

Destaques

QGI e Petrobras

A QGI (Queiroz Galvão e Iesa Óleo e Gás) deve retomar em março a construção dos módulos para as plataformas P-75 e P-77, da Petrobras, no estaleiro Honório Bicalho, em Rio Grande (RS). Os trabalhos estão parados desde fevereiro devido à negativa da estatal em aceitar os aditivos cobrados pelo consórcio construtor, que somavam cerca de R$ 300 milhões, mas os contratos para o reinício das obras foram assinados na noite de quarta-feira.

Saúde UnitedHealth vai separar ativos do hospital que passa a ser operação com fins lucrativos

Dona da Amil compra Hospital Samaritano por R$ 1,3 bilhão

Beth Koike
De São Paulo

A americana UnitedHealth, dona da Amil, deve anunciar nos próximos dias a aquisição do Hospital Samaritano, de São Paulo...

Maior do mundo
Dados do grupo UnitedHealth

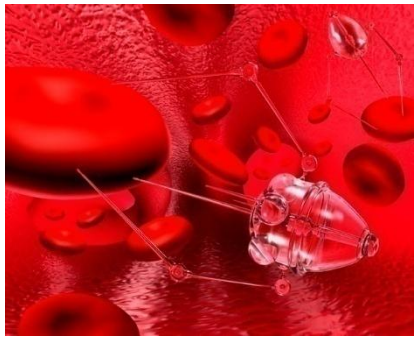
Fundação: 1977, nos Estados Unidos
Funcionários: 210 mil

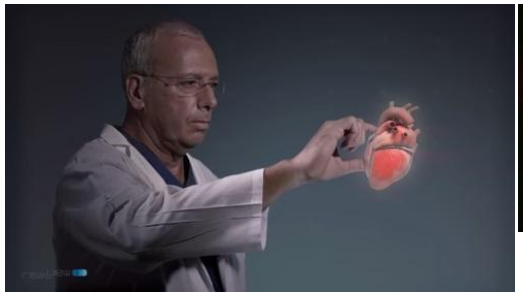
...tes de renda média e alta. Em 2011, inaugurou uma nova torre e passou a focar em atendimentos de alta complexidade. No ano passado, o Samaritano registrou um superávit de R$ 91,5 milhões, alta de 23% em relação a 2013. Foi um de-

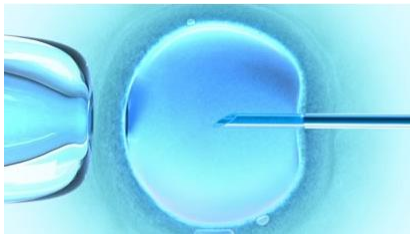
...tionamentos é sobre o desenho a ser criado na cisão dos ativos que hoje pertencem à entidade filantrópica. Alguns consideram que o patrimônio atual do Samaritano foi conquistado, entre outras razões, com isenção de tributos. O

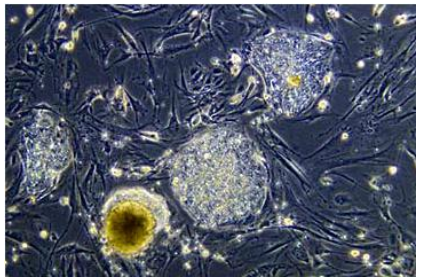
...Cruz, Sírio-Libanês, Moinhos de Vento e Hospital do Coração) recebem isenção de impostos em troca de projetos de apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS). Isso gera gera reclamações por parte de hospitais que precisam ter 60% dos seus

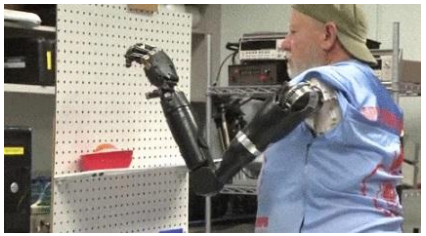
Grandes Inovações na Saúde



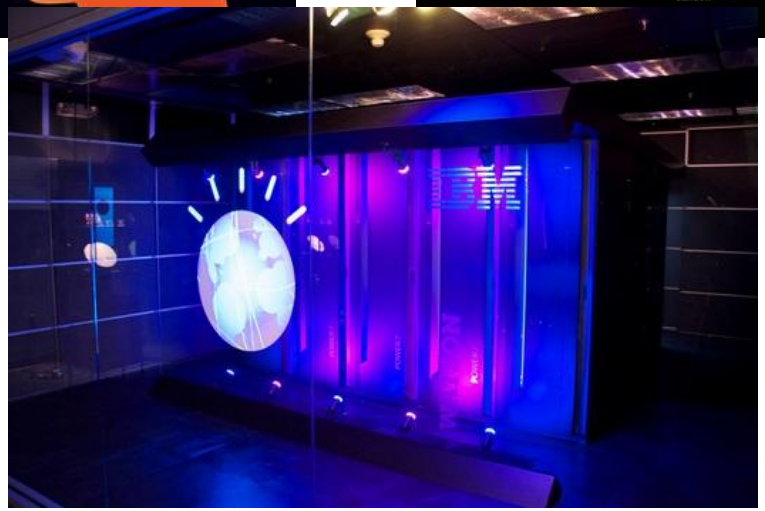








O futuro da informação na saúde



IDEAS AND OPINIONS

Annals of Internal Medicine

Machine Learning and Evidence-Based Medicine

Ian A. Scott, MBBS, MHA, MEd

This article was published at Annals.org on 1 May 2018.

Real-time mortality prediction in the Intensive Care Unit

Alistair E. W. Johnson, DPhil[1], Roger G. Mark, MD PhD[1]
[1]Massachussetts Institute of Technology, Cambridge, MA, USA

	AUROC [minimum, maximum]
SOFA	0.739 [0.735, 0.746]
LODS	0.755 [0.748, 0.760]
SAPS	0.758 [0.754, 0.765]
OASIS	0.774 [0.766, 0.780]
APS III	0.784 [0.774, 0.794]
SAPS II	0.809 [0.801, 0.822]
L2	0.897 [0.892, 0.899]
LASSO	0.892 [0.888, 0.897]
LR	0.896 [0.892, 0.899]
GB	**0.927 [0.925, 0.929]**

REFLECTION

From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider

Thomas Bodenheimer, MD[1]
Christine Sinsky, MD[2,3]

[1]Center for Excellence in Primary Care, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco, San Francisco, California

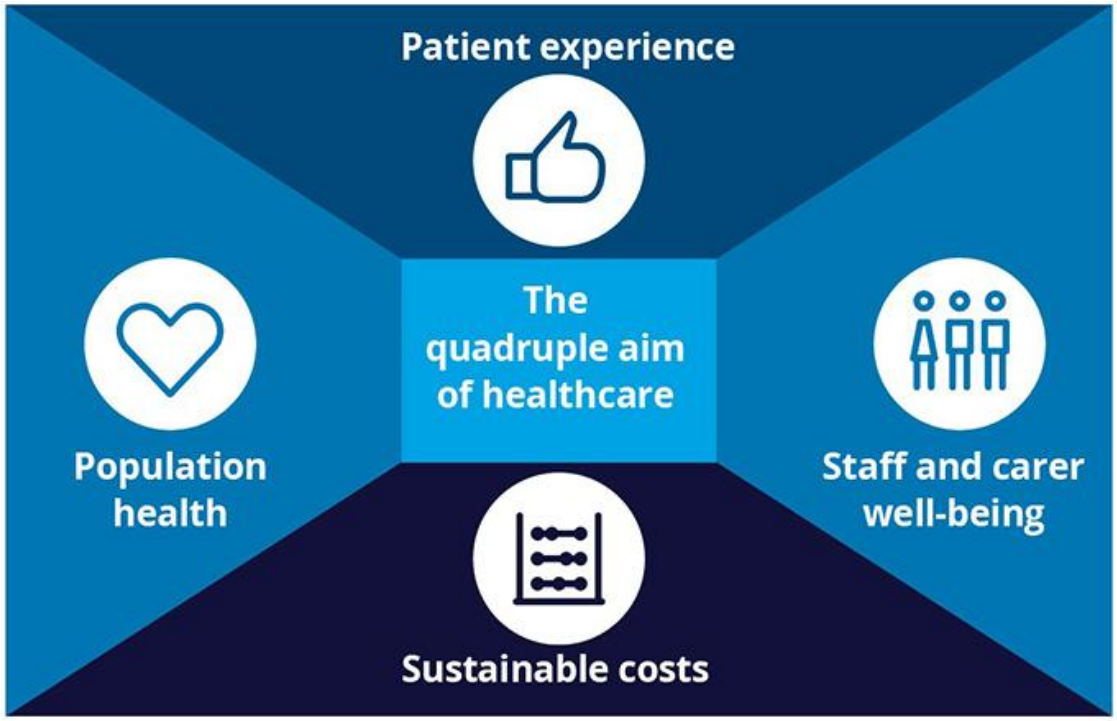
[2]Medical Associates Clinic and Health Plan, Dubuque, Iowa

[3]American Medical Association, Chicago, Illinois

ABSTRACT

The Triple Aim—enhancing patient experience, improving population health, and reducing costs—is widely accepted as a compass to optimize health system performance. Yet physicians and other members of the health care workforce report widespread burnout and dissatisfaction. Burnout is associated with lower patient satisfaction, reduced health outcomes, and it may increase costs. Burnout thus imperils the Triple Aim. This article recommends that the Triple Aim be expanded to a Quadruple Aim, adding the goal of improving the work life of health care providers, including clinicians and staff.

Ann Fam Med 2014;12:573-576. doi: 10.1370/afm.1713.



MAYO CLINIC

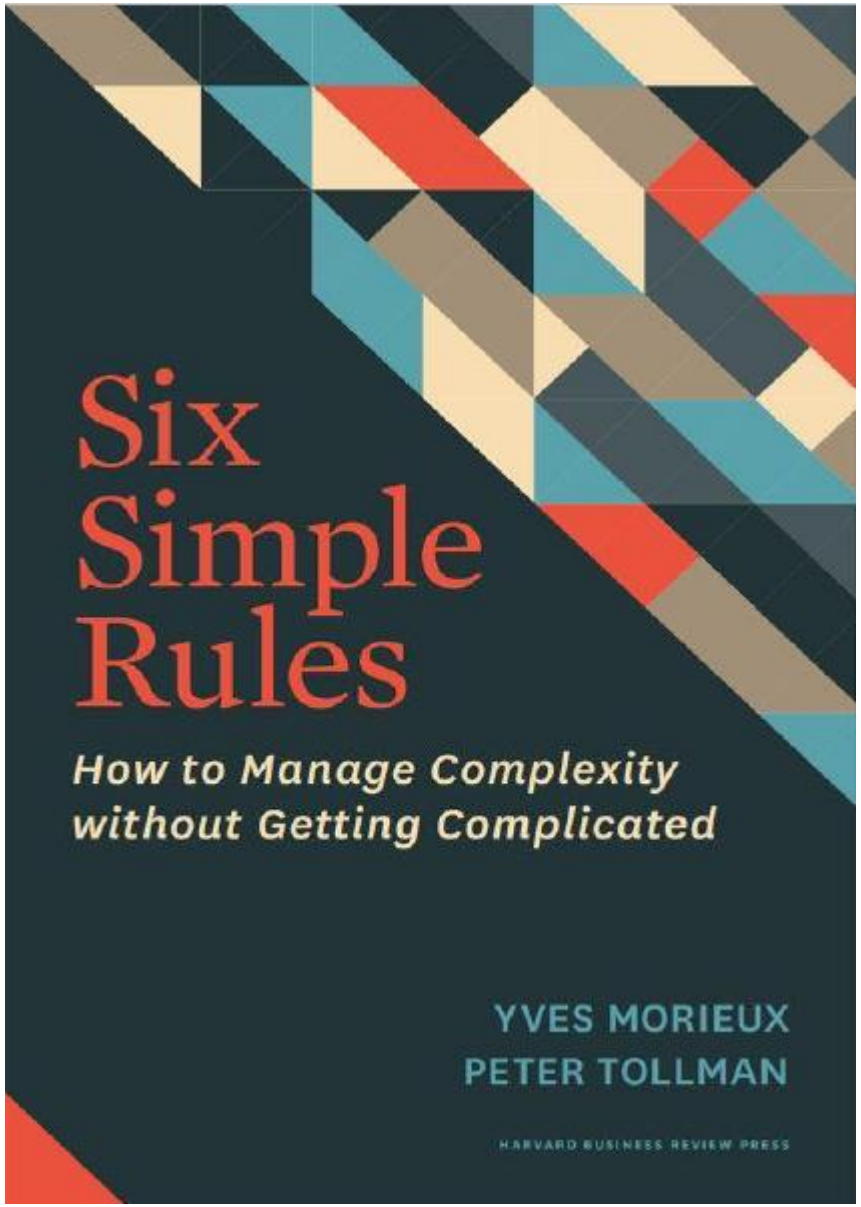
Physician Burnout—A Leading Indicator of Health System Performance?

- Uma vez na prática, eles registram menor satisfação com a vida profissional (40,9% vs 61,3%) e maiores taxas de burnout (54,4% vs 28,4%)

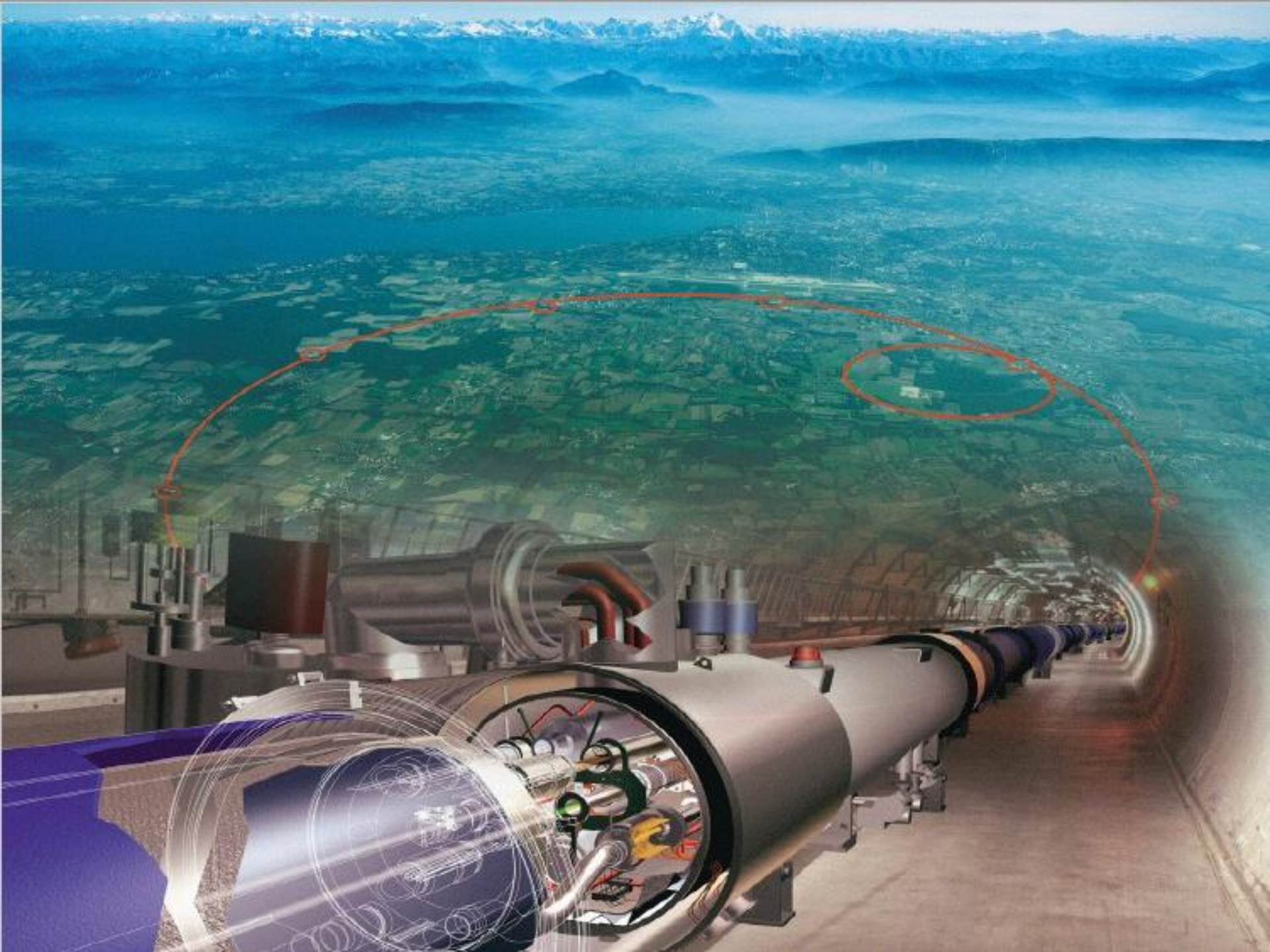
- Risco de suicídio torna-se 1,4 e 2,3 vezes maior para homens e mulheres, respectivamente.

Mayo Clin Proc. ■ November 2017;92(11):1608-1611

Há remédio para a complexidade?


Six
Simple
Rules
How to Manage Complexity
without Getting Complicated
YVES MORIEUX
PETER TOLLMAN
HARVARD BUSINESS REVIEW PRESS

Confiança

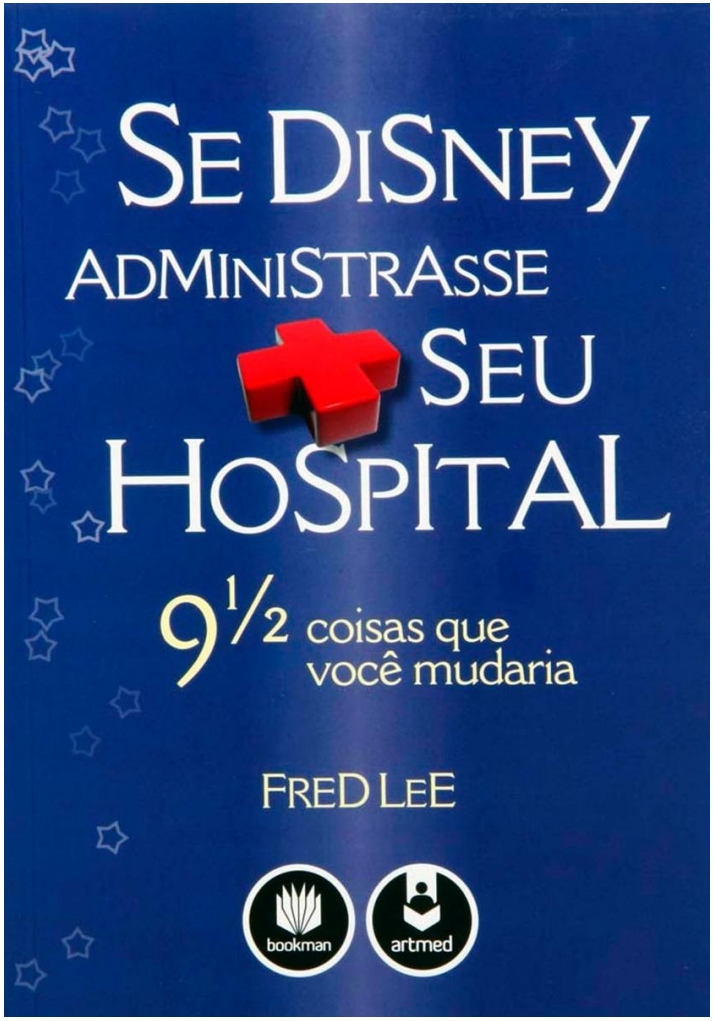


Como chegar lá?

1. Trabalhar em Equipe
2. Compartilhando dados
3. Objetivo em comum

KEEP
CALM
AND
TÁ TRANQUILO
TÁ FAVORÁVEL

“Medir para melhorar”



Processos e Resultados

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO em números

A partir de agora, você poderá acompanhar os nossos indicadores com mais facilidade.

Abril de 2018

TEMPO PORTA-AGULHA
42 MIN
2017: 53 | META: 55

TEMPO PORTA-BALÃO
115 MIN
2017: 70 | META: 60

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA INSTITUIÇÃO
5,43 dias

PACIENTE CIRÚRGICO	PACIENTE CLÍNICO	PACIENTE MATERNIDADE
3,20	8,54	2,99
2017: 3,28 META: 3	2017: 9,92 META: 8	2017: 2,77 META: 2,5

MORTALIDADE INSTITUCIONAL
2,23%
2017: 2,25%

MENOS DE 1 ANO	1 ATÉ 14 ANOS	14 ATÉ 64 ANOS	65 ANOS OU MAIS
0 CASOS	0 CASOS	0,71%	5,91%
2017: 1,26%	2017: 0,28%	2017: 0,73%	2017: 6,41%

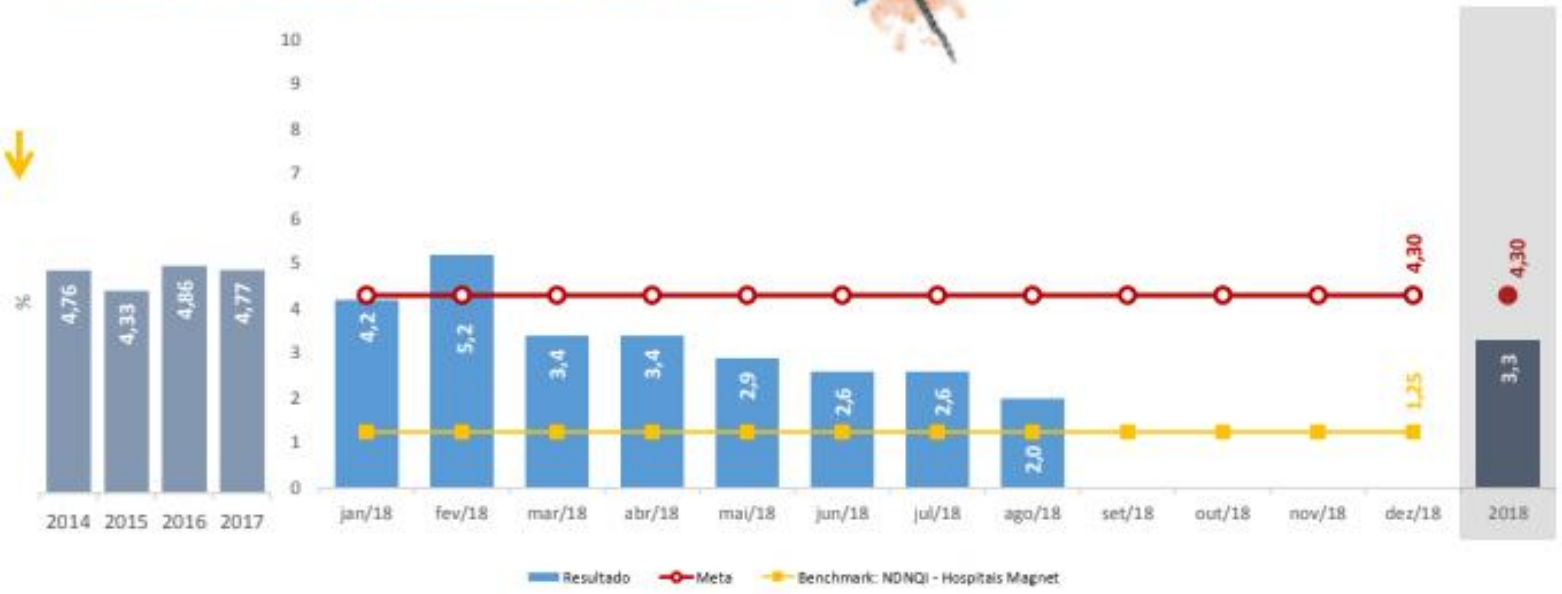
MORTALIDADE POR SEPSE
15,79%
2017: 22,62%

Faça a sua parte pela melhoria contínua dos indicadores.
Mensalmente, traremos novos números para você.

COM VOCÊ NOSSO JEITO É Único

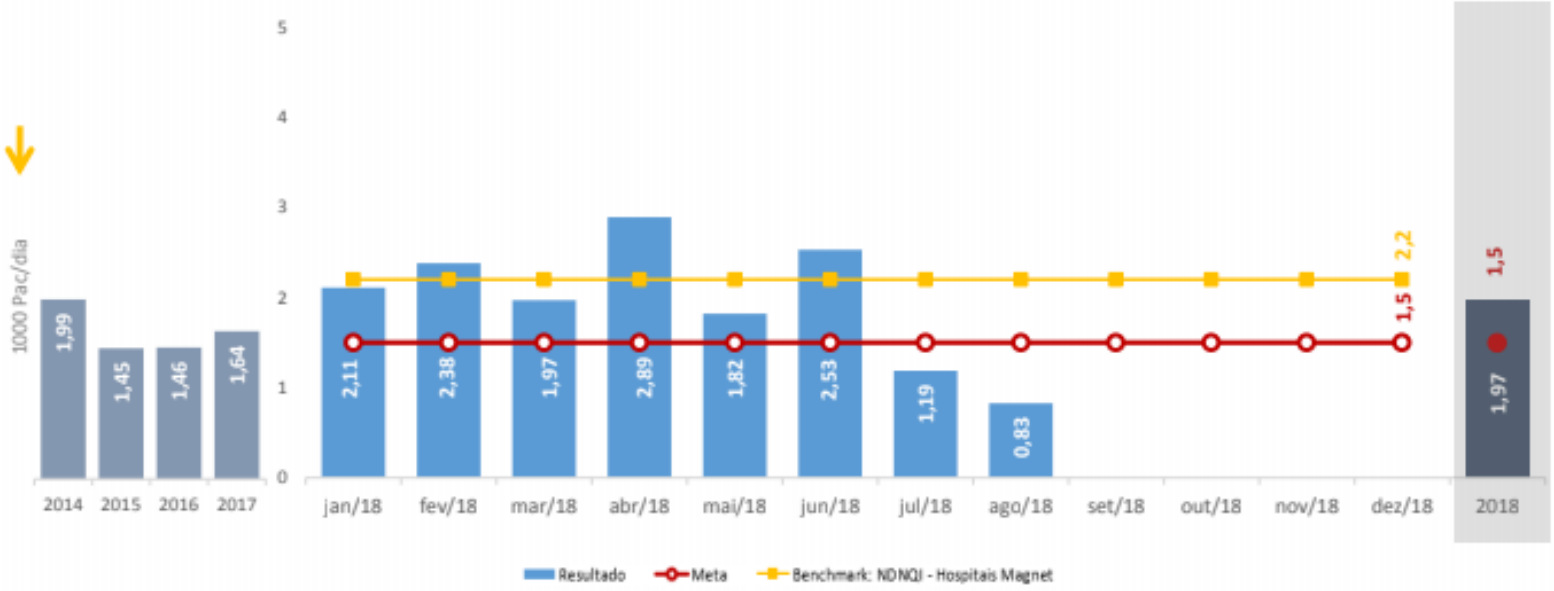
HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

I-NSC-2 Prevalência de Lesão por Pressão



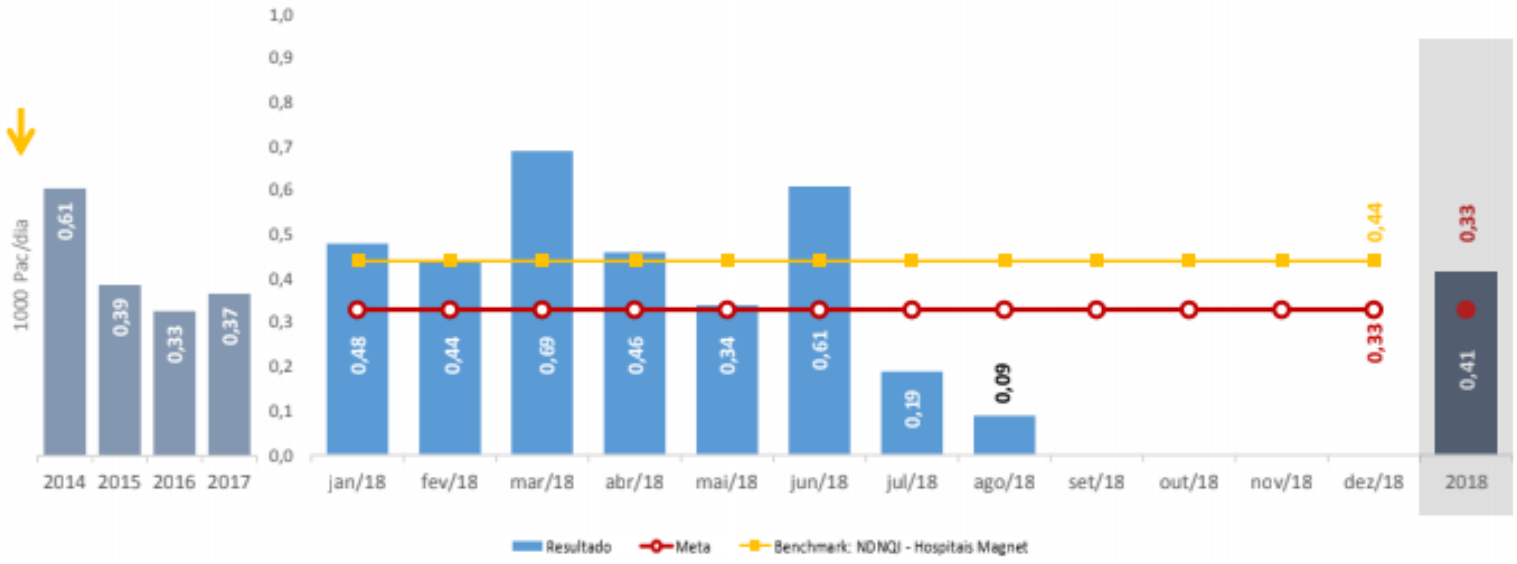
AGOSTO	
2017	2018
9	5

I-NSC-4 Quedas de Pacientes



AGOSTO	
2017	2018
13	13

I-NSC-5 – Lesões Decorrentes de Quedas



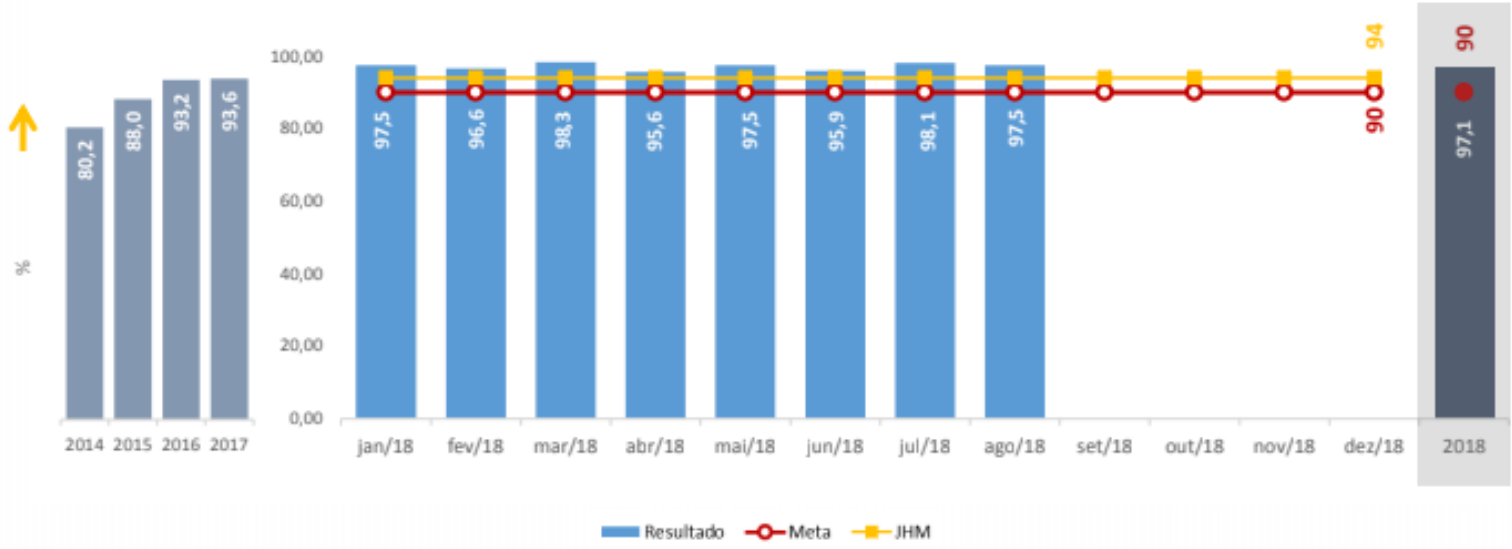
AGOSTO	
2017	2018
1	1

Taxa de Flebites nas UIs Adulto

FLEBITE	Resultado AGO/18
Química	12
Mecânica	2
Infecciosa	0

RMDO

Percentual de Adesão de Higienização de Mãos - Institucional



Programa DeSafio

Processos e Resultados

Hospital Moinhos de Vento

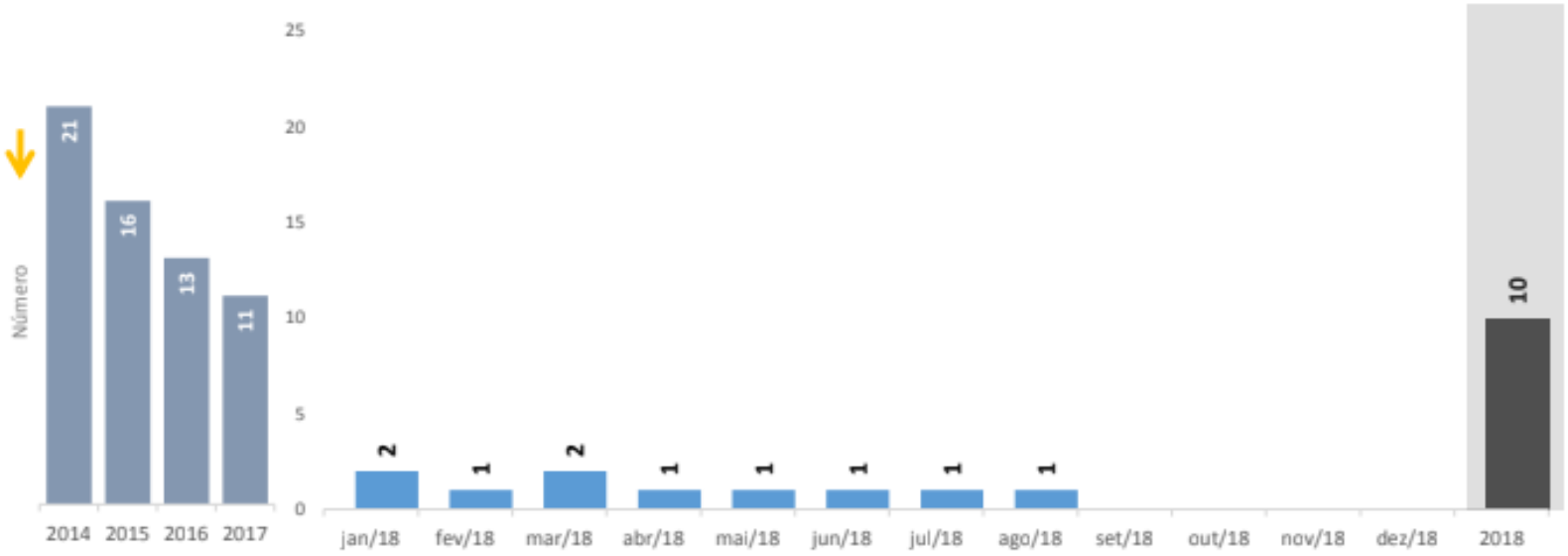
Adesão de Higienização de Mãos

Área	HM mês	Meta	% adesão								Média	PERFORM. 2018
			JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO		
CTI ADULTO	100 observações	90,00%	100,00%	98,0%	98,9%	94,90%	97,60%	95,00%	99,00%	96,00%	97,43%	AT
UTI PEDIÁTRICA	50 observações	90,00%	98,40%	100,0%	100,0%	90,00%	100%	96,50%	100,00%	100,00%	98,11%	AT
UTI NEONATAL	50 observações	90,00%	98,30%	97,7%	95,2%	98,40%	100%	100%	100%	100%	98,70%	AT
EMERGÊNCIA	50 observações	90,00%	80,40%	88,0%	91,3%	94,90%	100%	88,50%	90,00%	98,00%	91,39%	AT
DIÁLISE E LITOTRIPSIA	20 observações	90,00%	98,10%	100,0%	100,0%	94,10%	88,90%	100%	100%	100%	97,64%	AT
UNIDADES A1	30 observações	90,00%	96,8%	100,0%	100,0%	96,20%	100%	100%	100%	100%	99,13%	AT
UNIDADES A2/B2	50 observações	90,00%	98,00%	96,0%	100,0%	90,90%	100%	96,00%	100,00%	98,30%	97,40%	AT
UNIDADE B1	30 observações	90,00%	96,7%	100,0%	92,9%	75,00%	100%	72,20%	100,00%	96,80%	91,70%	AT
UNIDADE C1	30 observações	90,00%	88,6%	93,3%	95,0%	100,00%	96,70%	100%	93%	100%	95,86%	AT
UNIDADE C2	30 observações	90,00%	97,2%	100,0%	95,8%	95,50%	96,70%	92,50%	96,40%	100,00%	96,76%	AT
UNIDADE D1	30 observações	90,00%	100,0%	96,7%	100,0%	97,10%	94,60%	100%	100%	93%	97,63%	AT
UNIDADE D2	30 observações	90,00%	96,7%	100,0%	100,0%	100,00%	96,40%	100%	100%	94%	98,36%	AT
UNIDADE D3	30 observações	90,00%	100,0%	100,0%	100,0%	96,30%	93,50%	95,80%	90,20%	100,00%	96,98%	AT
UNIDADE E1	30 observações	90,00%	100,0%	100,0%	100,0%	100,00%	85,70%	97,30%	100,00%	100,00%	97,88%	AT
UNIDADE E3	30 observações	90,00%	100,0%	100,0%	100,0%	100,00%	85,70%	97,30%	100,00%	91,70%	96,84%	AT
UNIDADE G3	30 observações	90,00%	100,0%	100,0%	100,0%	100,00%	100%	100%	100%	96%	99,53%	AT
MATERNIDADE 9º E 10º	20 observações	90,00%	94,40%	90,5%	100,0%	96,70%	100%	100%	96%	100%	97,18%	AT
CO/CRO	20 observações	90,00%	96,20%	65,0%	100,0%	100,00%	100%	100%	100%	90%	93,90%	AT
CR 1º E 2º ANDAR	20 observações	90,00%	100,00%	100,0%	100,0%	100,00%	100%	100%	100%	95%	99,38%	AT
CC 1º E 2º ANDAR	20 observações	90,00%	100,00%	100,0%	100,0%	85,70%	100%	100%	95%	75%	94,46%	AT
RADIOTERAPIA E QT	20 observações	90,00%	100,00%	100,0%	94,7%	100,00%	100%	100%	100%	100%	99,34%	AT
FISIOTERAPIA	20 observações	90,00%	100,00%	96,7%	100,0%	100,00%	100%	100%	95%	100%	98,99%	AT
RADIOLOGIA	20 observações	90,00%	100,00%	100,0%	100,0%	100,00%	100%	100%	100%	100%	100,00%	AT
5º ANDAR BC B	30 observações	90,00%	100,00%	93,3%	100,0%	100,00%	100%	100%	100%	100%	99,16%	AT
UNIQUE F3	30 observações	90,00%	100,00%	93,3%	100,0%	100,00%	100%	100%	100%	100%	99,04%	AT
ENDOSCOPIA	20 observações	90,00%	100,00%	95,5%	100,0%	100,00%	100%	90,50%	100,00%	100,00%	98,25%	AT

AT : Atingiu (>=90%)

N: Não atingiu (<90%)

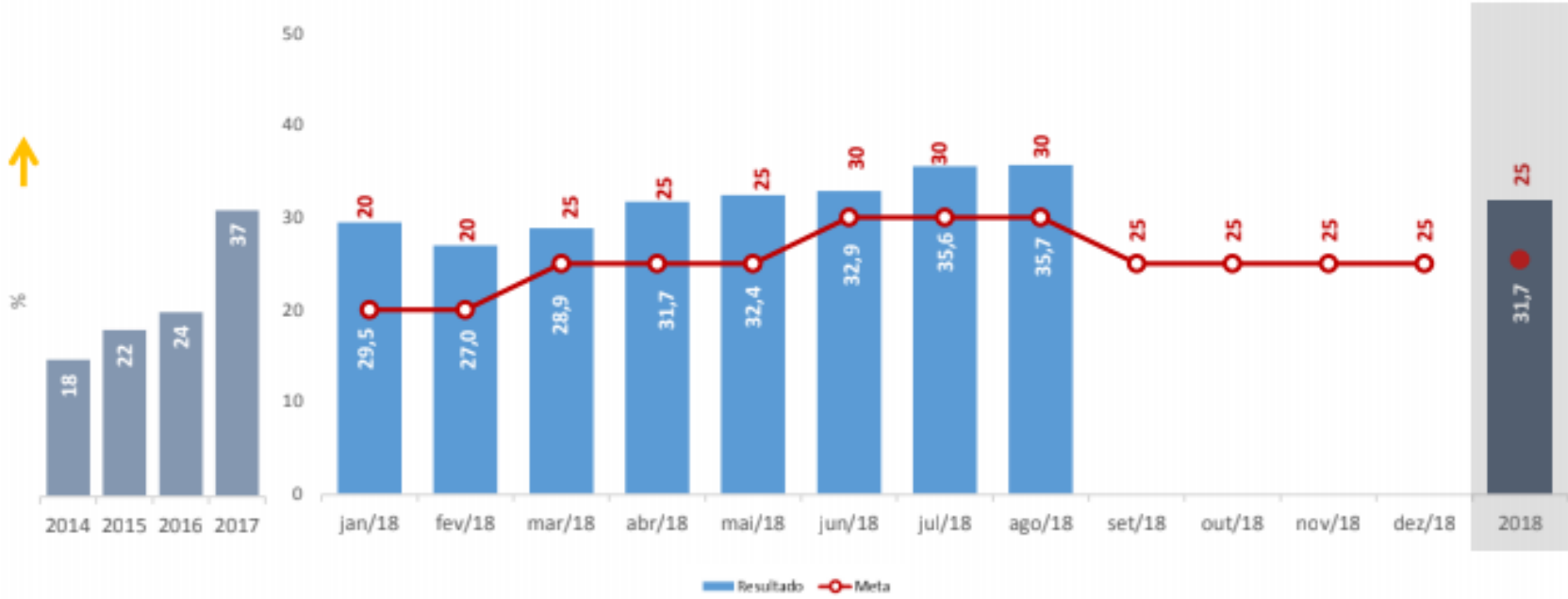
Número de Eventos Graves e Sentinelas



AGOSTO	
2017	2018
3	1

RMDO

Percentual de Pacientes Adultos Complexos Atendidos na Emergência (Classificação: Laranja e vermelho)

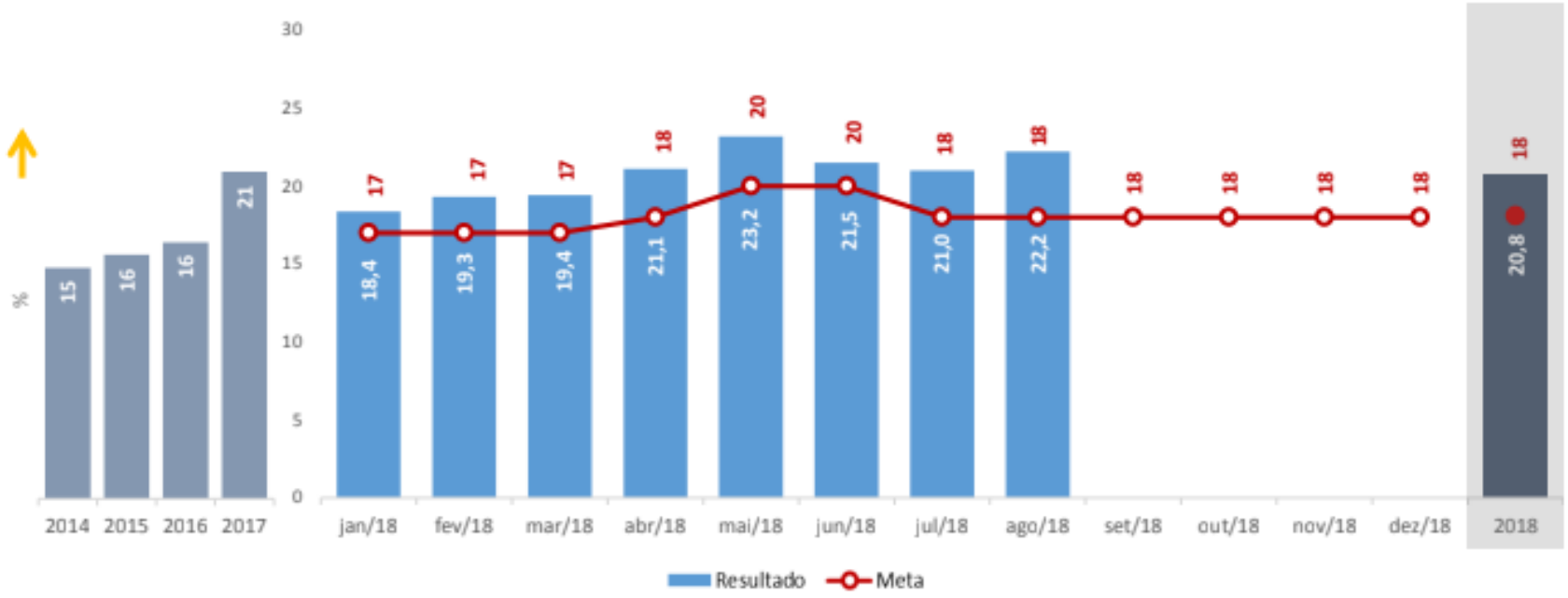


Programa Desafio

Processos e Resultados

Hospital Moinhos de Vento

Percentual de Conversão de Atendimentos em Internação - Adultos



Número de Cirurgias de Grande Porte

Resultado AGO/17	Meta AGO/18	Resultado AGO/18	Result x Meta 2018
434	447	434	-2,91%

Taxa de Infecção de Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central - Institucional

AGOSTO	
IH	4
CVC-dia	3531

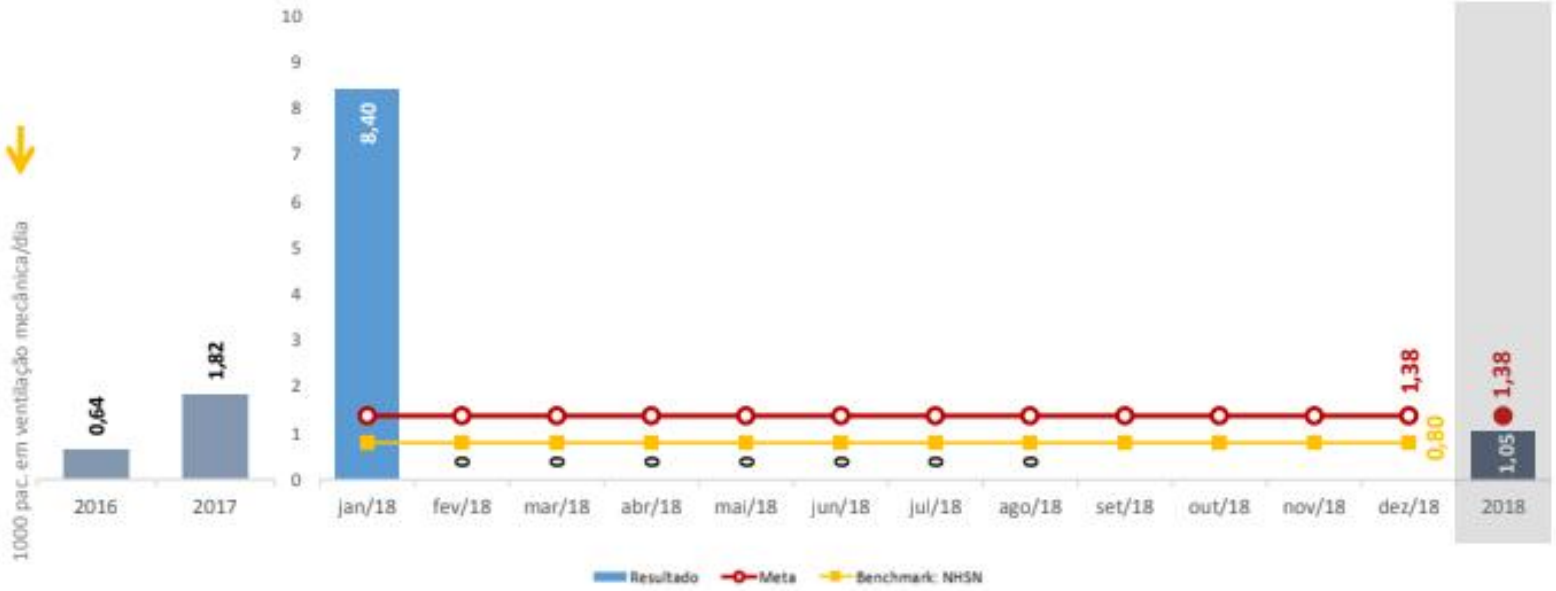
Taxa de Infecção Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central - CTIA

AGOSTO	
IH	2
CVC-dia	1109

Taxa de Pneumonia associada a Ventilação Mecânica - CTIA

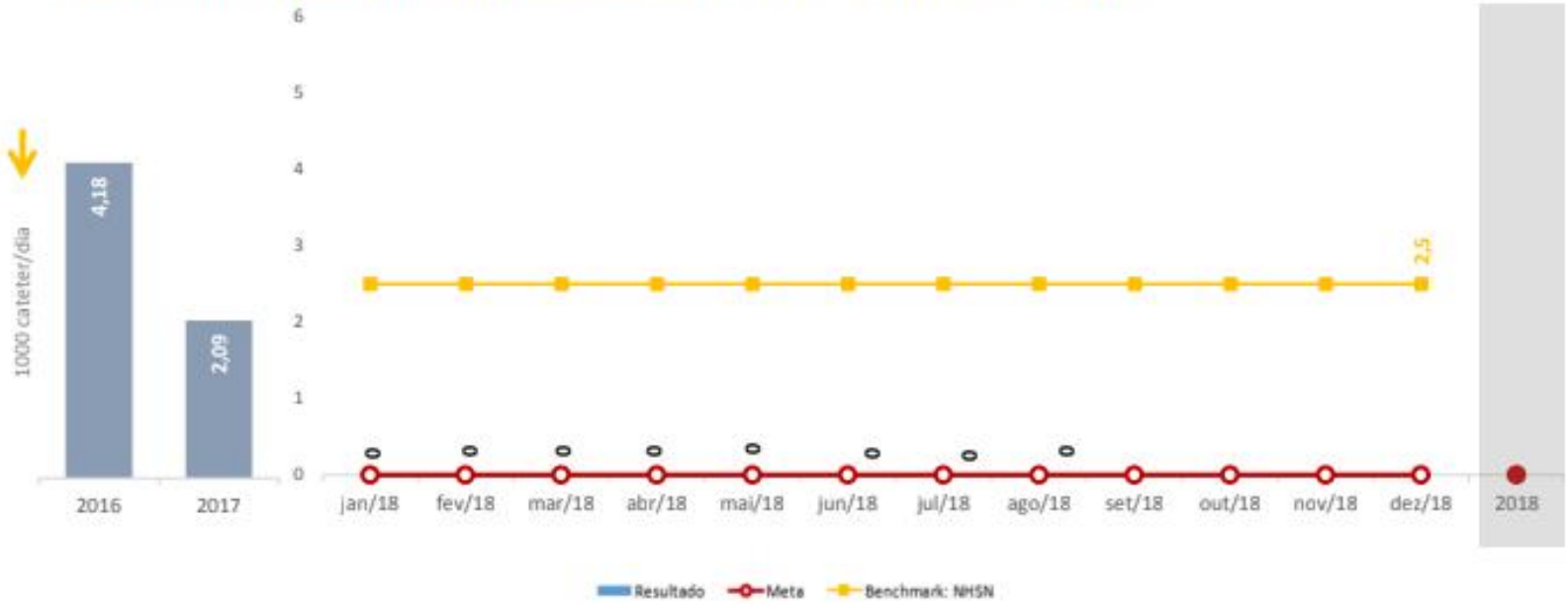
AGOSTO	
IH	1
VM-dia	415

Taxa de Pneumonia associada a Ventilação Mecânica na UTIP



AGOSTO	
IH	0
VM-dia	114

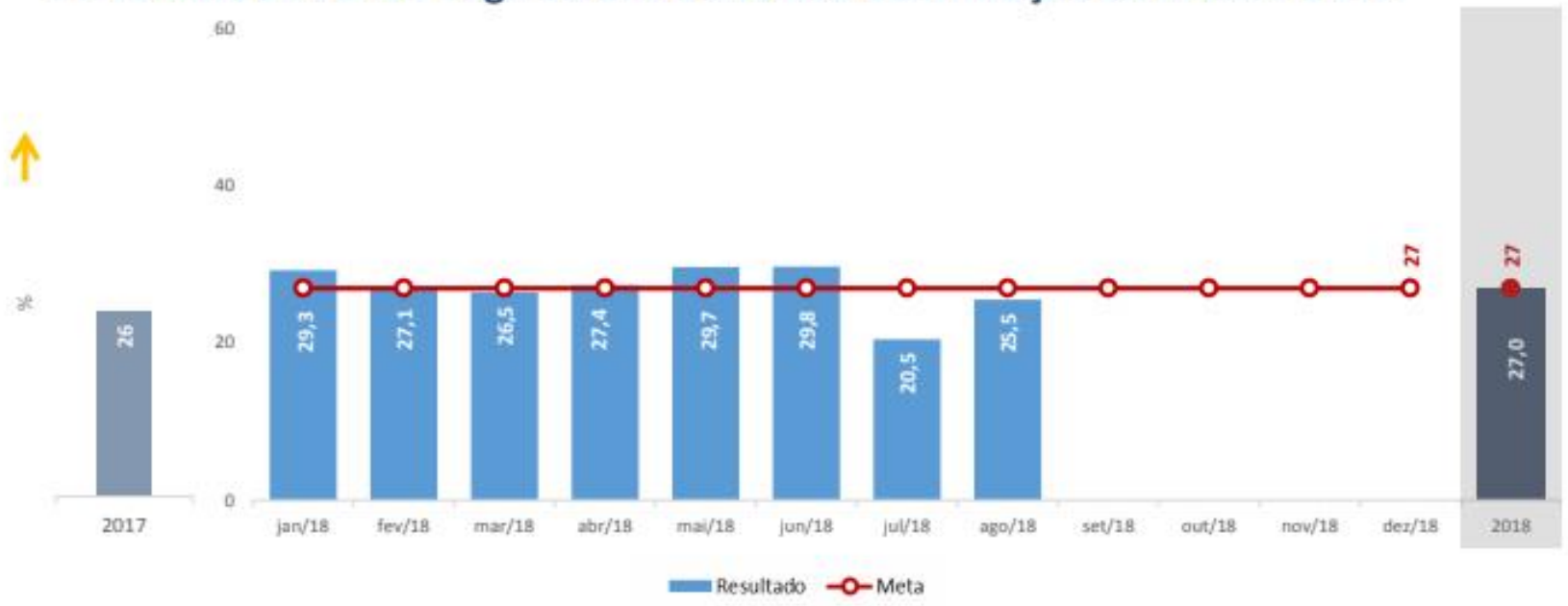
Taxa de Infecção Urinária associada a Cateter Urinário – UTIP



AGOSTO	
IH	0
SVD-dia	48

RMDO

Percentual de Partos Vaginais em Gestantes Classificação de Robson 1 a 4



Desafio

Processos e Resultados

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Uma Era de Paradoxos

Annals of Internal Medicine | SUPPLEMENT

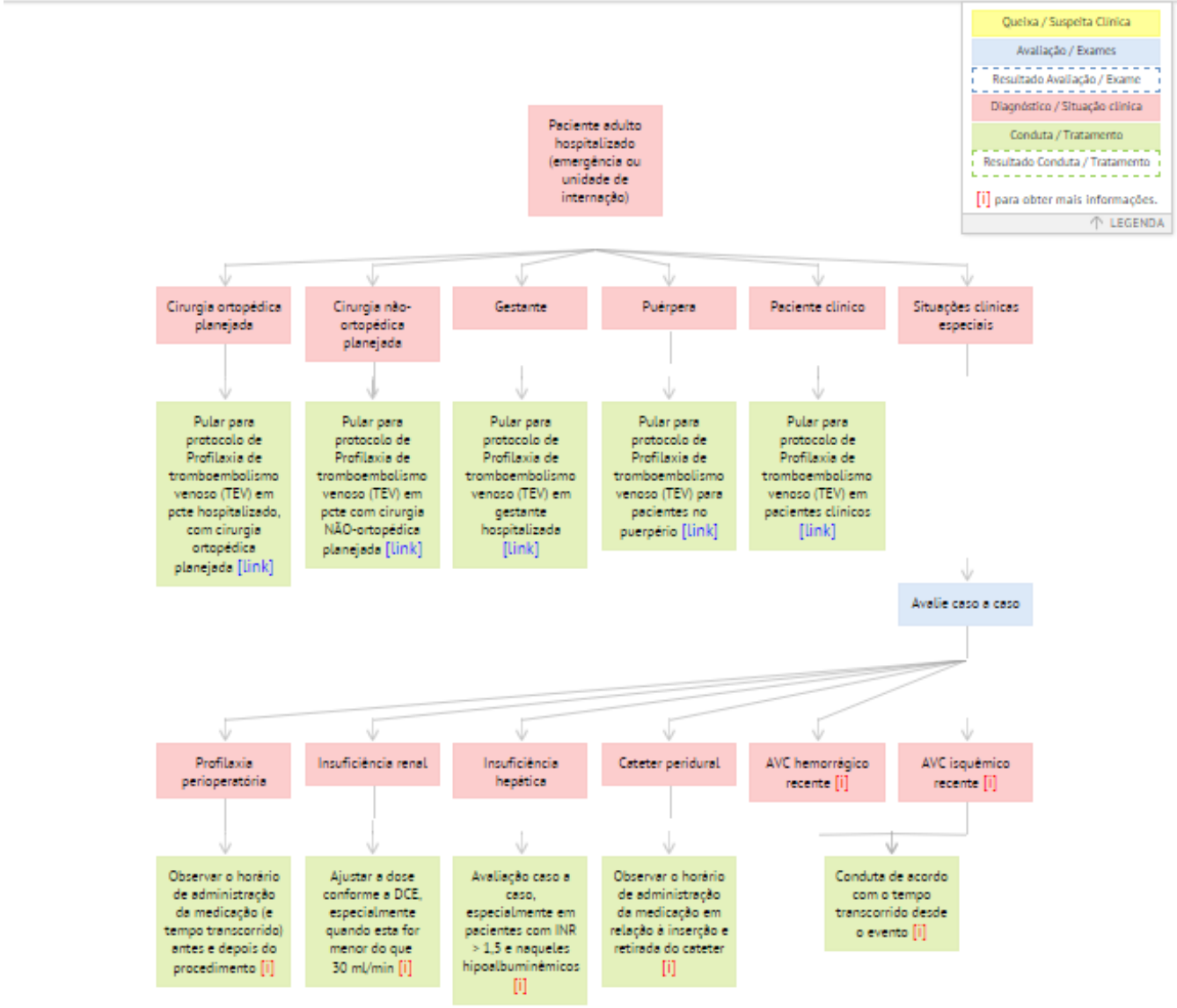
The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now

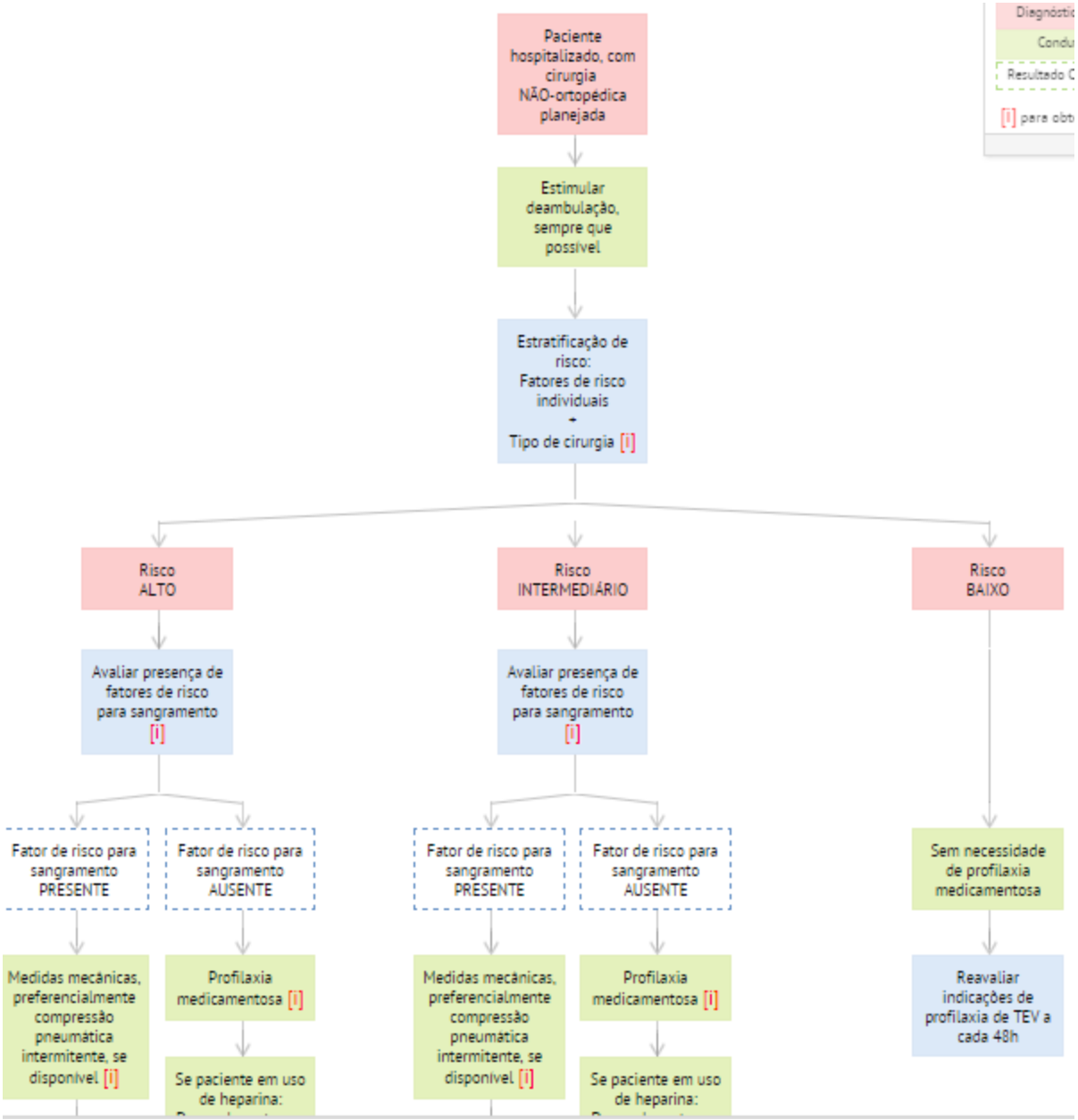
Paul G. Shekelle, MD, PhD; Peter J. Pronovost, MD, PhD; Robert M. Wachter, MD; Kathryn M. McDonald, MM; Karen Schoelles, MD, SM; Sydney M. Dy, MD, MSc; Kaveh Shojania, MD; James T. Reston, PhD, MPH; Alyce S. Adams, PhD; Peter B. Angood, MD; David W. Bates, MD, MSc; Leonard Bickman, PhD; Pascale Carayon, PhD; Sir Liam Donaldson, MBChB, MSc, MD; Naihua Duan, PhD; Donna O. Farley, PhD, MPH; Trisha Greenhalgh, BM BCH; John L. Haughom, MD; Eileen Lake, PhD, RN; Richard Lilford, PhD; Kathleen N. Lohr, PhD, MA, MPhil; Gregg S. Meyer, MD, MSc; Marlene R. Miller, MD, MSc; Duncan V. Neuhauser, PhD, MBA, MHA; Gery Ryan, PhD; Sanjay Saint, MD, MPH; Stephen M. Shortell, PhD, MPH, MBA; David P. Stevens, MD; and Kieran Walshe, PhD

5 March 2013 | Annals of Internal Medicine | Volume 158 • Number 5 (Part 2)

1. **Checklists clínicos e anestésicos pré-operatórios;**
2. **Bundles + checklists para prevenção de infecções associadas a cateteres;**
3. **Intervenções para reduzir uso de SVD;**
4. **Bundles para prevenir PAV;**
5. **Higiene de mãos;**
6. **Lista de abreviações a serem abolidas;**
7. **Intervenções multifacetadas para prevenção de úlceras de pressão;**
8. **Métodos para prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde;**
9. **US para obtenção de acessos centrais;**
10. **Intervenções para aumentar taxas de profilaxia para TEV.**

TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EM ADULTOS HOSPITALIZADOS - PROFILAXIA




Paciente hospitalizado, com cirurgia NÃO-ortopédica planejada
Estimular deambulação, sempre que possível
Estratificação de risco: Fatores de risco individuais + Tipo de cirurgia [i]
Risco ALTO
Risco INTERMEDIÁRIO
Risco BAIXO
Avaliar presença de fatores de risco para sangramento [i]
Avaliar presença de fatores de risco para sangramento [i]
Fator de risco para sangramento PRESENTE
Fator de risco para sangramento AUSENTE
Fator de risco para sangramento PRESENTE
Fator de risco para sangramento AUSENTE
Sem necessidade de profilaxia medicamentosa
Medidas mecânicas, preferencialmente compressão pneumática intermitente, se disponível [i]
Profilaxia medicamentosa [i]
Medidas mecânicas, preferencialmente compressão pneumática intermitente, se disponível [i]
Profilaxia medicamentosa [i]
Reavaliar indicações de profilaxia de TEV a cada 48h
Se paciente em uso de heparina:
Se paciente em uso de heparina:

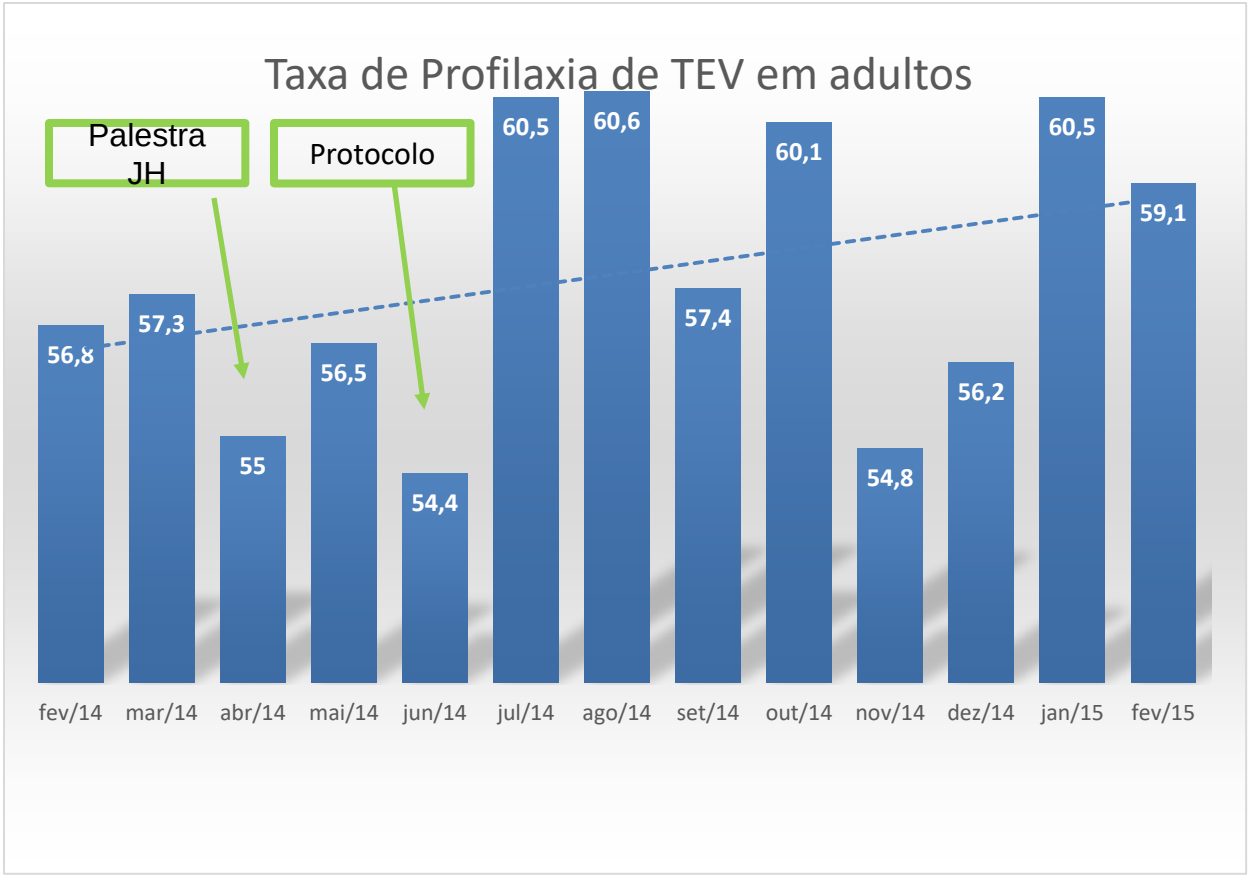
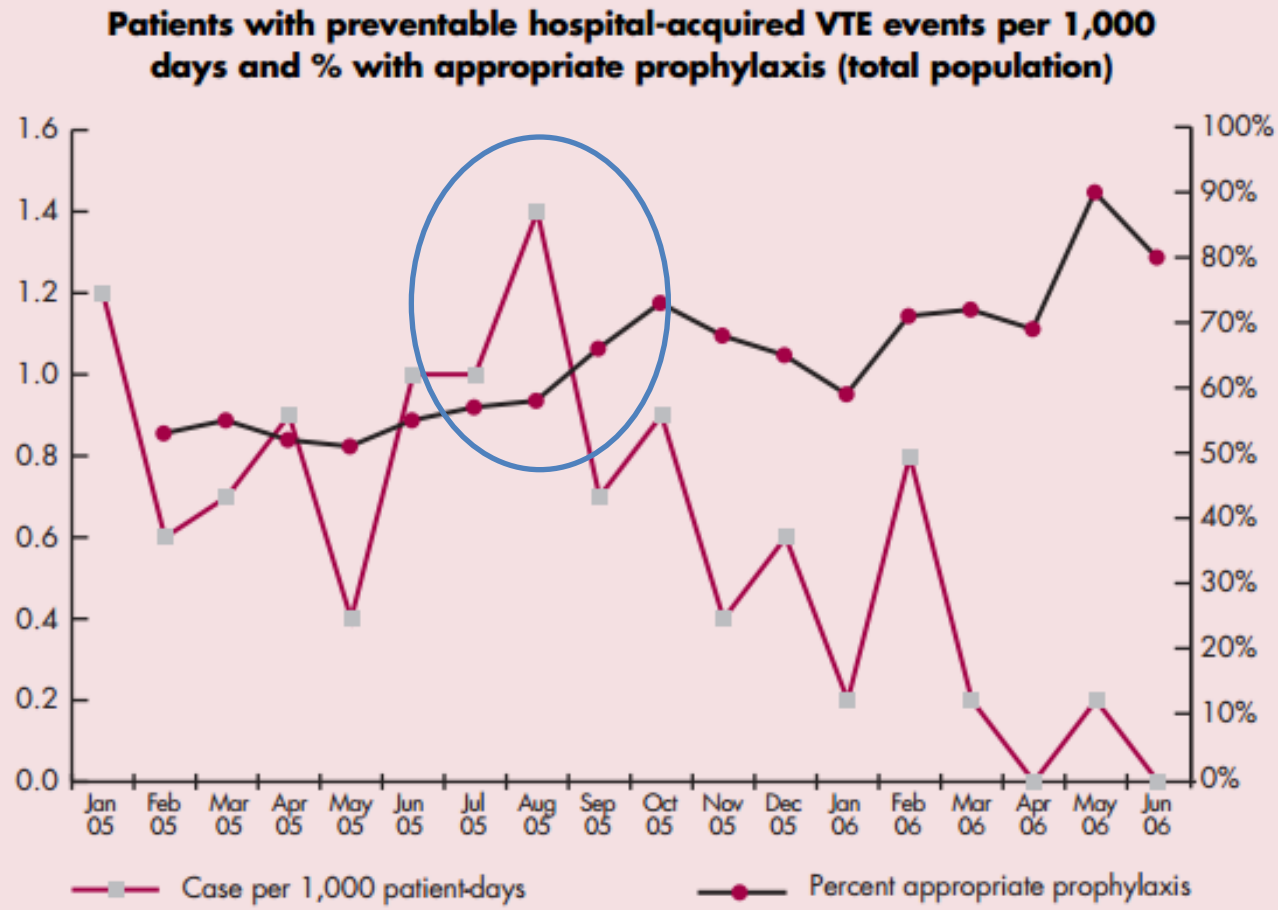

Taxa de Profilaxia de TEV em adultos
Palestra JH
Protocolo
56,8
57,3
55
56,5
54,4
60,5
60,6
57,4
60,1
54,8
56,2
60,5
59,1
fev/14
mar/14
abr/14
mai/14
jun/14
jul/14
ago/14
set/14
out/14
nov/14
dez/14
jan/15
fev/15

Table 4. Hierarchy of Reliability

Level		Predicted Prophylaxis Rate %
1	No protocol (i.e., "state of nature")	40
2	Decision support exists but not linked to order writing or prompts exist within orders but no decision support at hand	50
3	Protocol well-integrated into orders at point of care	65–85
4	Protocol enhanced by other QI and high-reliability strategies	80–90
5	Oversights identified and addressed in real time	95+

Figure 5. Comparison of Tabular Data and Run Chart From the University of California, San Diego Medical Center



Dano aos pacientes em Hospitais de países em desenvolvimento

BMJ. 2012 Mar 13;344:e832. doi: 10.1136/bmj.e832.

Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital.

Wilson RM[1], Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R, Rasslan O, Qsous S, Macharia WM, Sahel A, Whittaker S, Abdo-Ali M, Letaief M, Ahmed NA, Abdellatif A, Larizgoitia I; WHO Patient Safety EMRO/AFRO Working Group.

⊕ **Collaborators (33)**

⊕ **Author information**

Abstract

OBJECTIVE: To assess the frequency and nature of adverse events to patients in selected hospitals in developing or transitional economies.

DESIGN: Retrospective medical record review of hospital admissions during 2005 in eight countries.

SETTING: Ministries of Health of Egypt, Jordan, Kenya, Morocco, Tunisia, Sudan, South Africa and Yemen; the World Health Organisation (WHO) Eastern Mediterranean and African Regions (EMRO and AFRO), and WHO Patient Safety.

PARTICIPANTS: Convenience sample of 26 hospitals from which 15,548 patient records were randomly sampled.

MAIN OUTCOME MEASURES: Two stage screening. Initial screening based on 18 explicit criteria. Records that screened positive were then reviewed by a senior physician for determination of adverse event, its preventability, and the resulting disability.

RESULTS: Of the 15,548 records reviewed, 8.2% showed at least one adverse event, with a range of 2.5% to 18.4% per country. Of these events, 83% were judged to be preventable, while about 30% were associated with death of the patient. About 34% adverse events were from therapeutic errors in relatively non-complex clinical situations. Inadequate training and supervision of clinical staff or the failure to follow policies or protocols contributed to most events.

CONCLUSIONS: Unsafe patient care represents a serious and considerable danger to patients in the hospitals that were studied, and hence should be a high priority public health problem. Many other developing and transitional economies will probably share similar rates of harm and similar contributory factors. The convenience sampling of hospitals might limit the interpretation of results, but the identified adverse event rates show an estimate that should stimulate and facilitate the urgent institution of appropriate remedial action and also to trigger more research. Prevention of these adverse events will be complex and involves improving basic clinical processes and does not simply depend on the provision of more resources.

Dano aos pacientes em Hospitais de países norte-americanos

J Patient Saf. 2013 Sep;9(3):122-8. doi: 10.1097/PTS.0b013e3182948a69.

A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care.

James JT[1].

⊕ Author information

Abstract

OBJECTIVES: Based on 1984 data developed from reviews of medical records of patients treated in New York hospitals, the Institute of Medicine estimated that up to 98,000 Americans die each year from medical errors. The basis of this estimate is nearly 3 decades old; herein, an updated estimate is developed from modern studies published from 2008 to 2011.

METHODS: A literature review identified 4 limited studies that used primarily the Global Trigger Tool to flag specific evidence in medical records, such as medication stop orders or abnormal laboratory results, which point to an adverse event that may have harmed a patient. Ultimately, a physician must concur on the findings of an adverse event and then classify the severity of patient harm.

RESULTS: Using a weighted average of the 4 studies, a lower limit of 210,000 deaths per year was associated with preventable harm in hospitals. Given limitations in the search capability of the Global Trigger Tool and the incompleteness of medical records on which the Tool depends, the true number of premature deaths associated with preventable harm to patients was estimated at more than 400,000 per year. Serious harm seems to be 10- to 20-fold more common than lethal harm.

CONCLUSIONS: The epidemic of patient harm in hospitals must be taken more seriously if it is to be curtailed. Fully engaging patients and their advocates during hospital care, systematically seeking the patients' voice in identifying harms, transparent accountability for harm, and intentional correction of root causes of harm will be necessary to accomplish this goal.

400.000

Figures

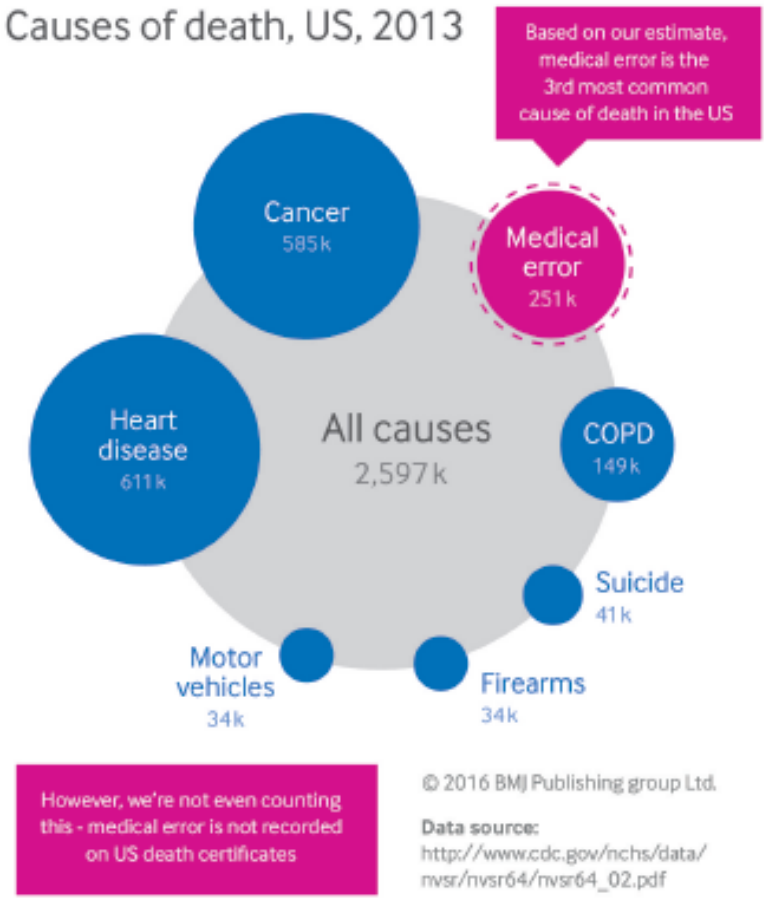
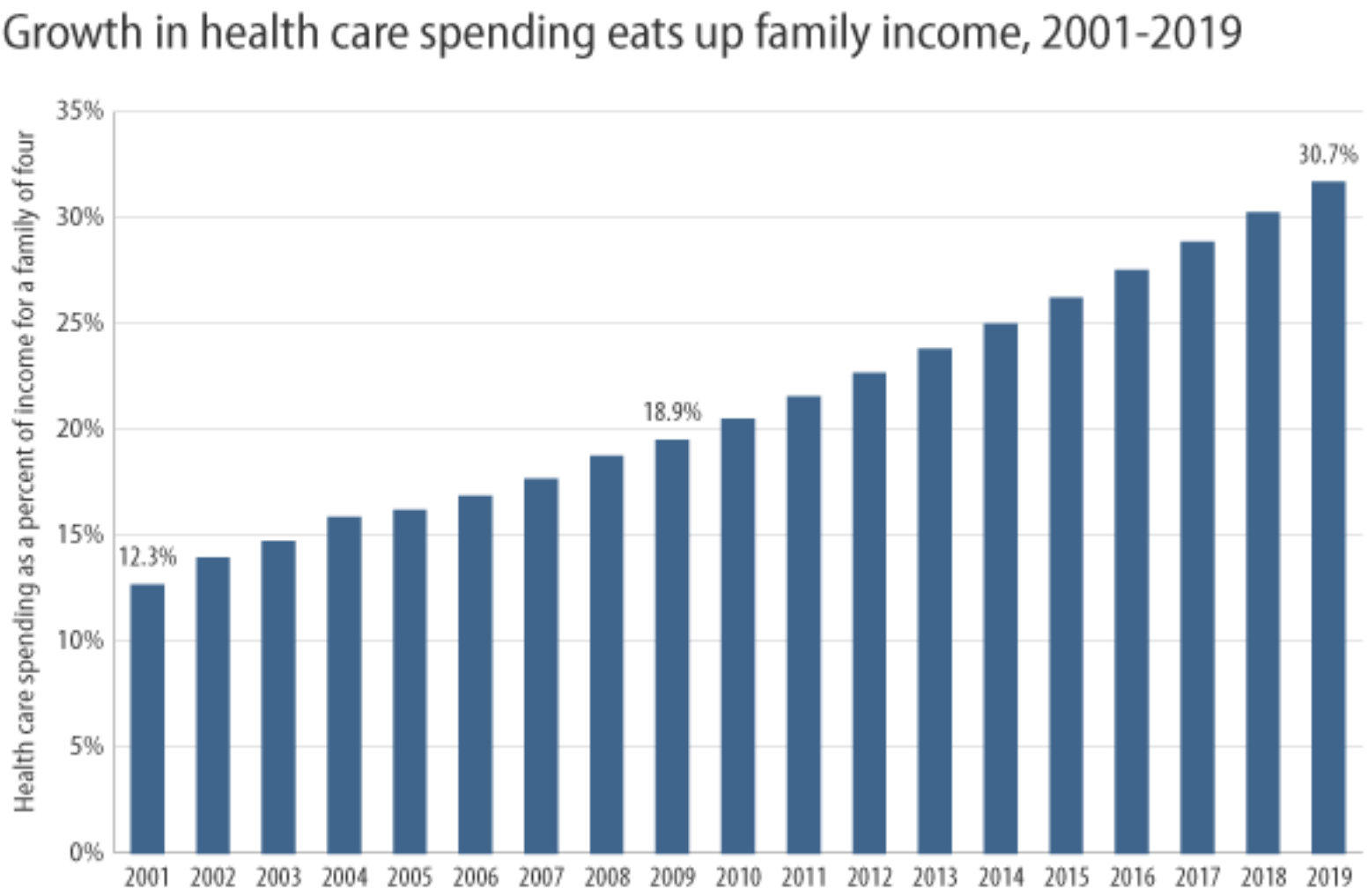


Fig 1 Most common causes of death in the United States, 2013[2]

KEEP CALM AND ESTAMOS QUASE LÁ!

Transições demográfica e epidemiológica

Custos com saúde crescem 2 -3 vezes mais rápido do que a inflação



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective

DECEMBER 23, 2010

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

In any field, improving performance and accountability depends on having a shared goal that unites the interests and activities of all stakeholders. In health care, however, stakeholders have myriad, often conflicting goals, Value — neither an abstract value is a central challenge. Nor is value measured by the process of care used; process measurement and improvement are important tactics but are no substitutes for measuring outcomes and costs.

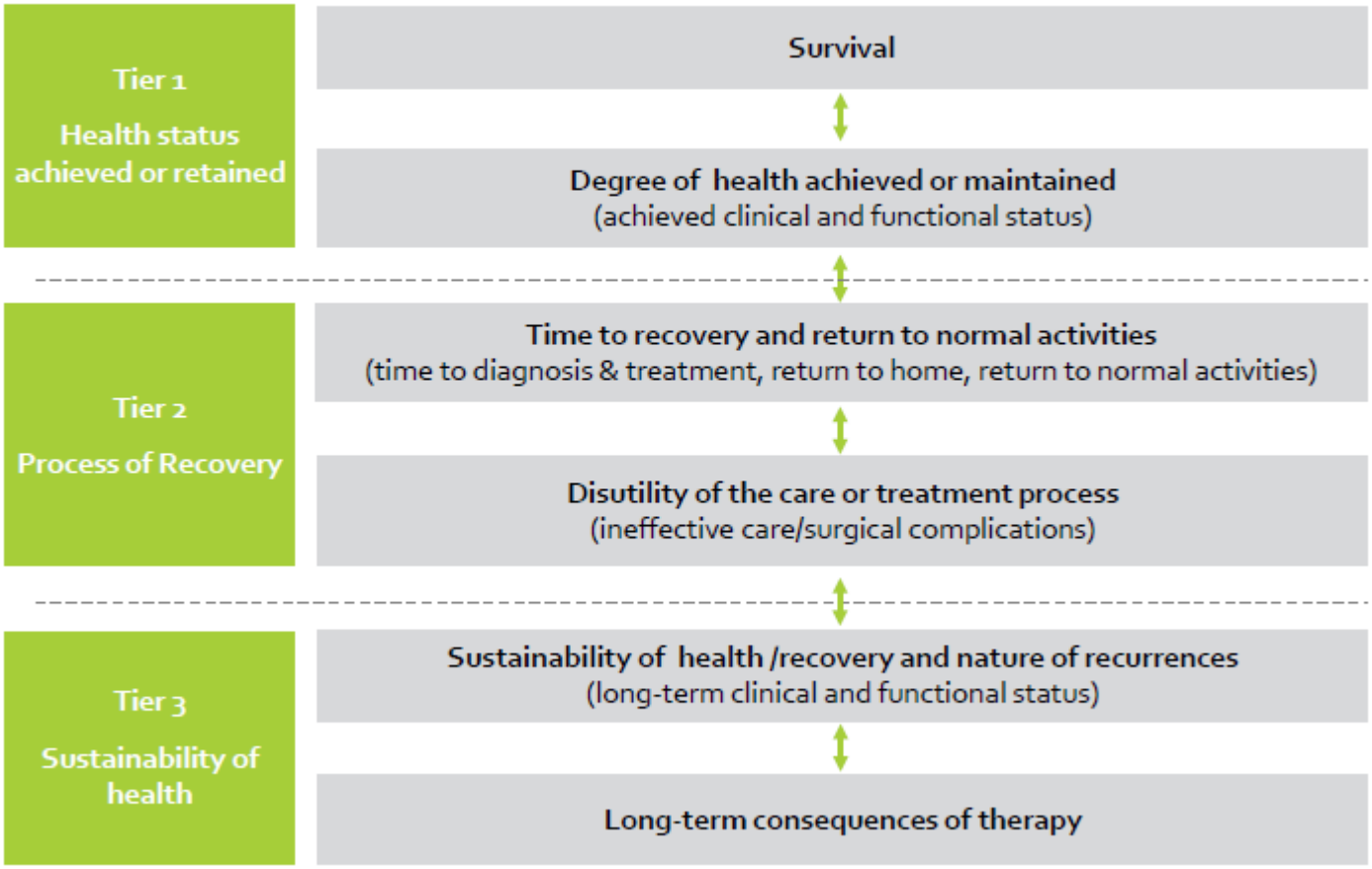
$$\text{Value} = \frac{\text{Health outcomes that matter to patients}}{\text{Costs of delivering these outcomes}}$$

ICHOM

International Consortium for Health Outcomes Measurement

www.ichom.org

Professor Michael Porter's value-based health framework



SPECIAL COMMUNICATION CLINICIAN'S CORNER

How Physicians Can Change the Future of Health Care

Michael E. Porter, PhD, MBA
Elizabeth Olmsted Teisberg, PhD, MEngr, MS

Today's preoccupation with cost shifting and cost reduction undermines physicians and patients. Instead, health care reform must focus on improving health and health care value for patients. We propose a strategy for reform

1. A meta é gerar valor para os pacientes.

2. Prática Médica deve ser organizada em torno de condições médicas e ciclos de cuidado.

3. Resultados devem ser mensurados.

Comorbidades estão aumentando

Mudança de perspectiva: para implementação de modelos de saúde baseados em valor, os indicadores devem mudar de mensuração de doença para mensuração de saúde.

Avaliação de Desfechos reportados por pacientes e Medidas de avaliação da Experiência do Paciente impactam desfechos!






0 50 100

Physical Functioning Item Bank

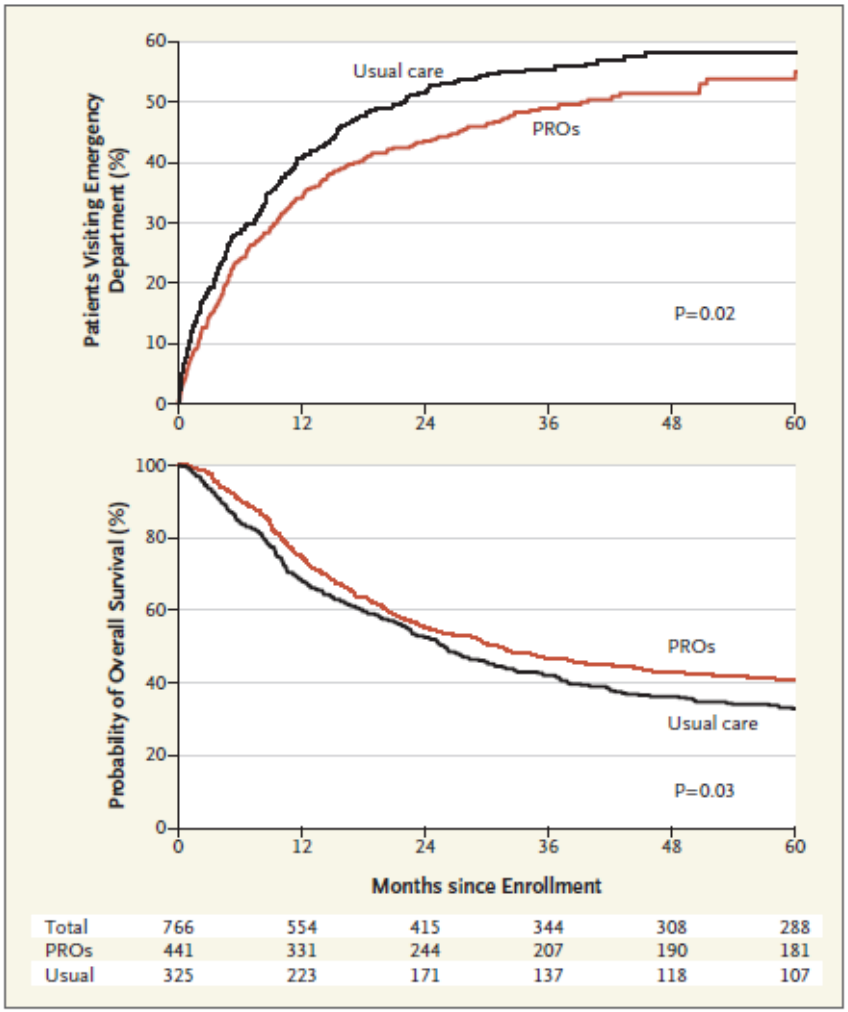
Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item *n*

Are you able to get in and out of bed?
Are you able to stand without losing your balance for 1 minute?
Are you able to walk from one room to another?
Are you able to walk a block on flat ground?
Are you able to run or jog for two miles?
Are you able to run five miles?

Patient-Reported Outcomes — Harnessing Patients' Voices to Improve Clinical Care

N ENGL J MED 376;2 NEJM.ORG JANUARY 12, 2017

Ethan Basch, M.D.



Total	766	554	415	344	308	288
PROs	441	331	244	207	190	181
Usual	325	223	171	137	118	107

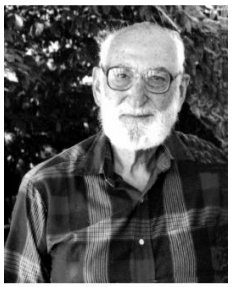
Emergency Department Visits and Probability of Survival Associated with Integrating Patient-Reported Outcomes (PROs) into Cancer Care.

HISTORY OF MEDICINE

Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality

John Z. Ayanian, M.D., M.P.P., and Howard Markel, M.D., Ph.D.

N ENGL J MED 375;3 NEJM.ORG JULY 21, 2016



"We are not selling a product. We don't have a consumer who understands everything and makes rational choices — and I include myself here. Doctors and nurses are stewards of something precious...

Ultimately the secret of quality is love.

If you have love, you can then work backward to monitor and improve the system."


It’s just the beginning
gabriel.costa@hmv.org.br