



REFLEXIONANDO SOBRE EL HOSPITAL DEL FUTURO

Jordi Varela

14 de junio de 2018



1. Análisis de la situación actual:

- a) El paciente no está en el foco
- b) Defectos estructurales que reducen la efectividad
- c) Actividades de bajo valor

2. Propuestas:

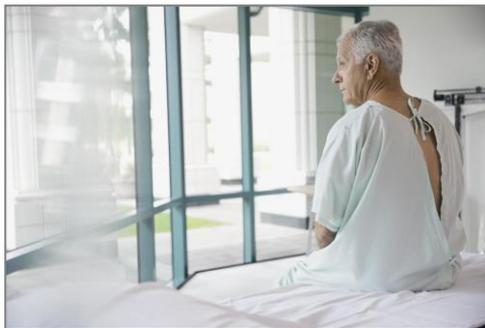
- a) Estrategias de experiencia del paciente
- b) Nuevos modelos organizativos para aumentar la efectividad
- c) Fomentar iniciativas de valor

1 a)

EL PACIENTE NO ESTÁ EN EL FOCO

1 a) El paciente no está en el foco

Focalizando la experiencia del paciente



Peter Pronovost, Johns Hopkins Medicine's senior vice president for patient safety and quality, defiende que, en lugar de hacer encuestas de satisfacción, lo que hay que hacer es seleccionar pacientes con mucha experiencia y preguntarles cómo lo ven.

Decálogo del paciente hospitalizado (elaborado a partir de lo que dicen los propios pacientes)

1. Déjenme dormir entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana. No me tomen constantes ni me extraigan sangre si no es vital, y si lo es, me lo deberían explicar bien. Piensen que dormir bien me ayuda a recuperarme y me hace sentir mejor.
2. No hagan ruido en el control de enfermería. Bajen el volumen de las conversaciones, el televisor, la radio, el ordenador y las alarmas de los aparatos y monitores, especialmente por la noche. Los pacientes preferimos plantas de hospitalización poco ruidosas.
3. Tengan cuidado de mis pertenencias. Tengan inventariadas y protegidas mis cosas. Esto me hace sentir más seguro e incrementa mi confianza en ustedes.

1 a) El paciente no está en el foco

Focalizando la experiencia del paciente



4. Llamen a la puerta antes de entrar y preséntense. Diríjense a mí por mi nombre y no me tuteen si no se lo pido. En resumen me gustaría que respetaran mi intimidad y mi manera de ser.
5. Tengan colgada en la pared una pizarrita con los nombres de los profesionales de cada turno y con las acciones que me han preparado para el día. Esto me ayuda a estar orientado. Comprueben que mi nombre y el número de la cama están escritos en el cabezal.
6. Ténganme al corriente, a mí y a mi familia, si observan cambios en mis condiciones clínicas. Infórmenme también si hay retrasos en las pruebas programadas. Estar informado me rebaja la ansiedad.
7. Tengan la habitación limpia. Limpíen en profundidad cada día. Me han dicho que la limpieza reduce el riesgo de infecciones.
8. Escúchenme e implíquenme en las decisiones de mi proceso clínico. Utilicen un lenguaje llano y confirmen que les he entendido.
9. Explíquenme las normas básicas del hospital. Si estoy ingresado en unas instalaciones grandes y complejas, donde trabaja mucha gente, el hecho de entender las reglas de juego, me hace sentir más adaptado.
10. Mantengan un nivel alto de profesionalismo en todo momento. Cuando están tomando un café en el office o cuando ya han terminado el turno, para mí siguen siendo el reflejo del servicio que se me ofrece. No se olviden de este detalle.



El programa está probando diferentes modelos de coordinación y de integración de servicios para mejorar la atención centrada en los pacientes crónicos y frágiles

I statement (yo declaro)

1. Dispongo de un solo equipo profesional que me atiende y todos conocen mi historia, y alguien de ellos es mi referente.
2. He participado en la elaboración de mi propio plan de servicios, y lo he hecho con la intensidad que he creído conveniente.
3. Cuando me encuentro mal sé a quien dirigirme para evitar tener que ir a urgencias.
4. Si tengo que ser hospitalizado/a, mi equipo hace las gestiones apropiadas para que los profesionales del centro me conozcan y estén al corriente del plan acordado.
5. Siempre tengo abierta la línea telefónica o el email por si tengo dudas o quiero discutir algo más ciertas opciones con los profesionales del equipo.
6. Siempre estoy informado/a de cuáles son las cosas que tengo que hacer o de los sitios que tengo que ir.
7. He hablado con mi equipo de que haremos si las cosas se tuercen.
8. Periódicamente recibo una revisión global de las medicinas que tomo.
9. Tengo acceso a mi historia clínica y social siempre que lo pido.
10. Mis cuidadores familiares reciben apoyo por parte de los profesionales.

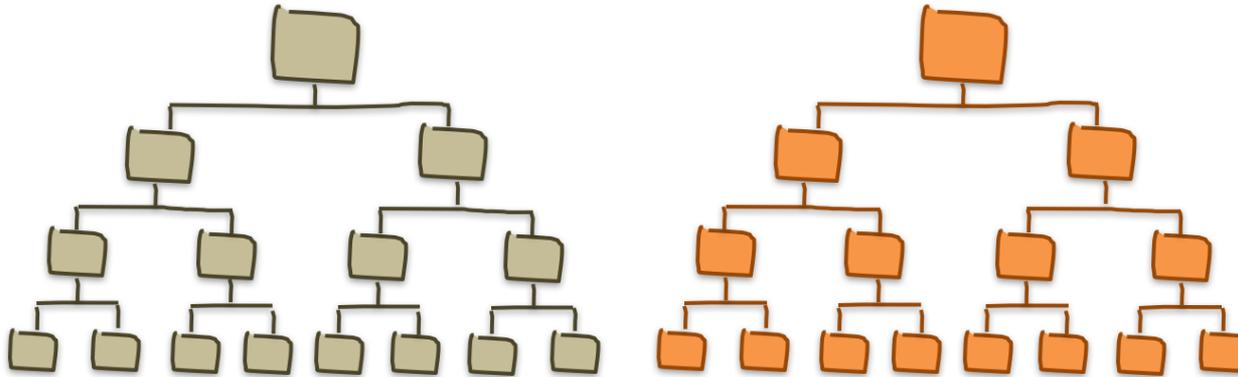
1 b)

DEFECTOS ESTRUCTURALES
QUE REDUCEN LA EFECTIVIDAD

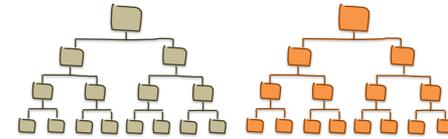
1 b) Defectos estructurales que reducen la efectividad

Los hospitales están organizados piramidalmente, y de manera casi estanca. Ello comporta que se atienden dos tipologías de procesos clínicos:

- a) Los que se adaptan
- b) Los que no se adaptan



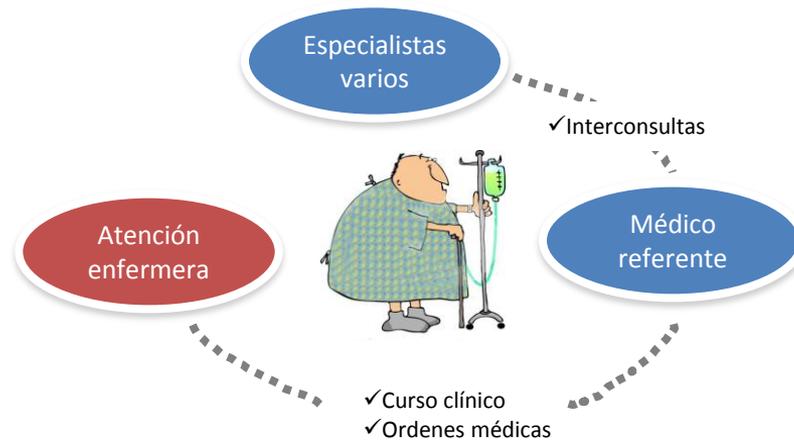
Procesos clínicos que se adaptan a las rigideces de los hospitales



1. Procesos quirúrgicos programados. *Tienen control político de listas de espera.*
2. Procesos médicos y quirúrgicos agudos mono-especialidad de complejidad baja-media
3. Procesos diagnósticos homologados: cribados o “diagnóstico rápido del cáncer”. *Tienen control político de coberturas y tiempos de espera.*
4. Código ictus y código infarto. *Ejemplos exitosos de coordinación basada en resultados.*
5. Trasplantes. *Ejemplo exitoso de coordinación muy compleja. Dispone de dotación económica específica.*
6. Procesos crónicos y degenerativos, en principio atribuibles a una sola especialidad, en estadios de complejidad baja-media.
7. Línea de atención a la salud sexual y reproductiva.
8. Personas con trastornos mentales y/o drogodependencias sin enfermedades orgánicas.

1 b) Defectos estructurales que reducen la efectividad

Modelo más habitual de trabajo clínico en la plantas



1 b) Defectos estructurales que reducen la efectividad

Ocupación excesiva de las plantas

Researchers identify the safety 'tipping point' at which hospitals fail

Researchers have identified the point at which hospitals begin to fail, resulting in deaths of critically ill patients



The safety tipping point for hospitals occurs when they reach occupancy levels far below 100 per cent according to a new study to be released shortly in US journal *Management Science*.

The three academics involved investigated bed occupancy levels and death tolls in 256 clinical departments of 83 German hospitals during 2004/05 and identified a severe mortality tipping point at 92.5 per cent occupancy.

In their paper, *Stress on the Ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals*, Stefan Scholtes (Dennis Gillings Professor of Health Management at Cambridge Judge Business School), Ludwig Kuntz (Professor of Health Management, University of

Cologne) and Roman Mennicken (Researcher, RWI Essen*) studied the discharge records of 82,280 patients with a high risk of mortality from six conditions – acute myocardial infarction, congestive heart failure, gastrointestinal haemorrhage, hip replacement after fracture, pneumonia, and stroke.

1 b) Defectos estructurales que reducen la efectividad

ANTES Y DESPUÉS DE UNA GUARDIA DE 24 HORAS



Modelo de guardias médicas y efecto weekend

The Weekend Effect in Hospitalized Patients: A Meta-Analysis

Goals of Study:

- Perform a systematic review to examine the presence of a weekend effect on hospital inpatient mortality



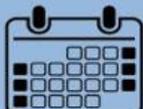
Findings:

- Risk of mortality was **19% greater for weekend admissions** vs. weekday admissions (RR=1.19; 95% CI 1.14 - 1.23, I²=99%)
- Varied definitions of weekend and mortality



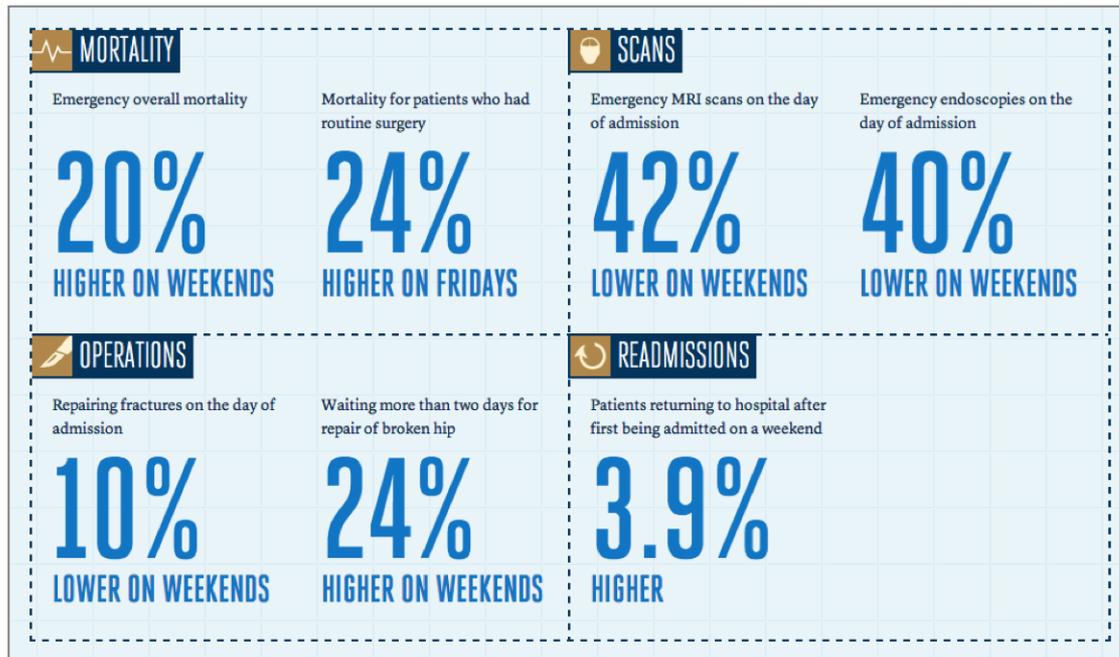
Possible Reasons:

- Decreased use and/or delays in interventions and/or procedures on weekends?
- Selection bias on weekend admissions?



Pauls LA et al. Sept 2017

Journal of
HOSPITAL MEDICINE



1 b) Defectos estructurales que reducen la efectividad

Turnos y cargas de enfermería



NURSING

By Amy Witkoski Stimpfel, Douglas M. Sloane, and Linda H. Aiken

The Longer The Shifts For Hospital Nurses, The Higher The Levels Of Burnout And Patient Dissatisfaction

DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1377
HEALTH AFFAIRS 31,
NO. 11 (2012): 2501-2509
©2012 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, Inc.

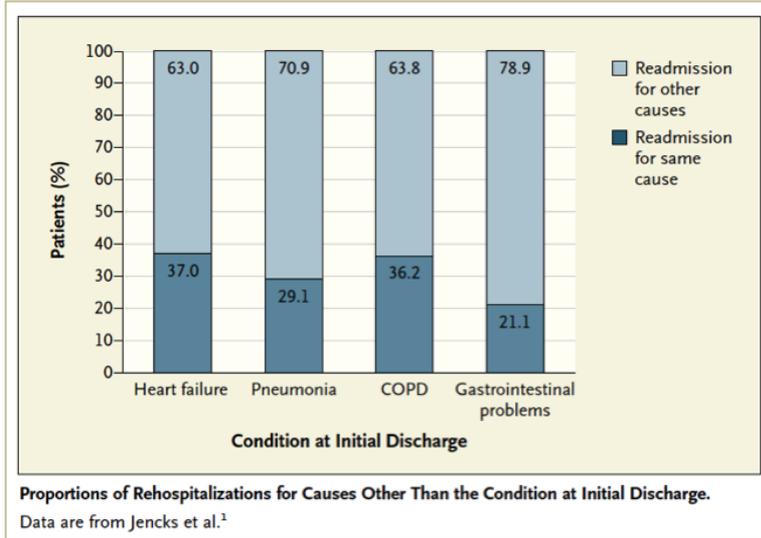
ABSTRACT Extended work shifts of twelve hours or longer are common and even popular with hospital staff nurses, but little is known about how such extended hours affect the care that patients receive or the well-being of nurses. Survey data from nurses in four states showed that more than 80 percent of the nurses were satisfied with scheduling practices at their hospital. However, as the proportion of hospital nurses working shifts of more than thirteen hours increased, patients' dissatisfaction with care increased. Furthermore, nurses working shifts of ten hours or longer were up to two and a half times more likely than nurses working shorter shifts to experience burnout and job dissatisfaction and to intend to leave the job. Extended shifts undermine nurses' well-being, may result in expensive job turnover, and can negatively affect patient care. Policies regulating work hours for nurses, similar to those set for resident physicians, may be warranted. Nursing leaders should also encourage workplace cultures that respect nurses' days off and vacation time, promote nurses' prompt departure at the end of a shift, and allow nurses to refuse to work overtime without retribution.

Amy Witkoski Stimpfel (amy.wit@nursing.upenn.edu) is a research fellow at the Center for Health Outcomes and Policy Research at the University of Pennsylvania School of Nursing, in Philadelphia.

Douglas M. Sloane is an adjunct professor at the University of Pennsylvania School of Nursing.

Linda H. Aiken is the Claire M. Fagin Leadership Professor of Nursing, a professor of sociology, and director of the Center for Health Outcomes and Policy Research at the University of Pennsylvania School of Nursing.

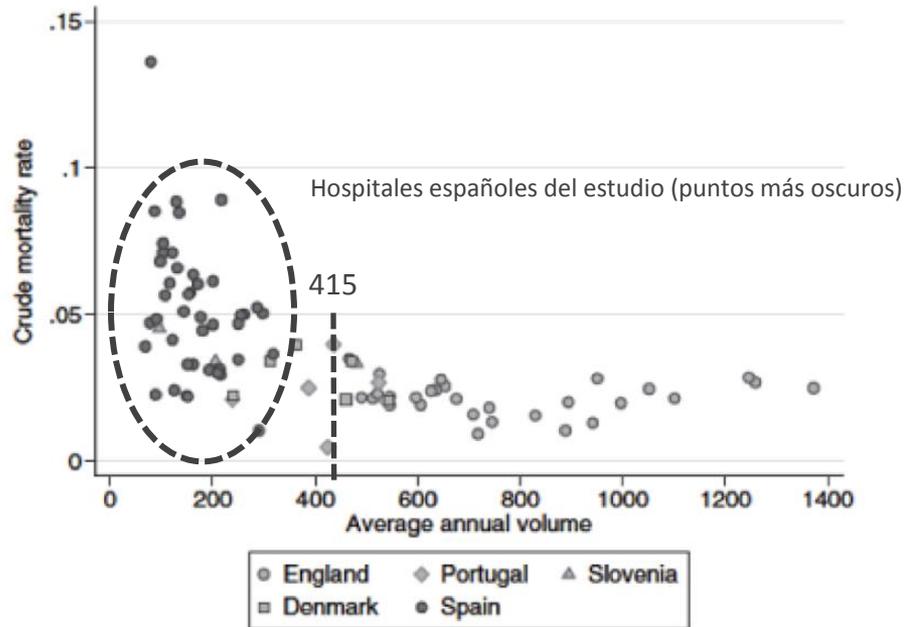
Síndrome de post-hospitalización



2/3 o más de los pacientes que reingresan lo hacen por causas distintas al ingreso inicial, lo cual induce a pensar que la atención desproporcionada, y hasta cierto punto exclusiva, a la causa del ingreso puede estar mal orientada.

El Dr. Harlan Krumholz atribuye el síndrome de post-hospitalización a factores de estrés durante el ingreso: *alteraciones del sueño y de los ritmos circadianos, déficits alimentarios, dolor, falta de actividad física, medicación que altera el estado cognitivo o noticias adversas difíciles de encajar.*

Figure 1: Unadjusted 30-day In-Hospital Mortality Rates and Hospital Annual Volume by Country

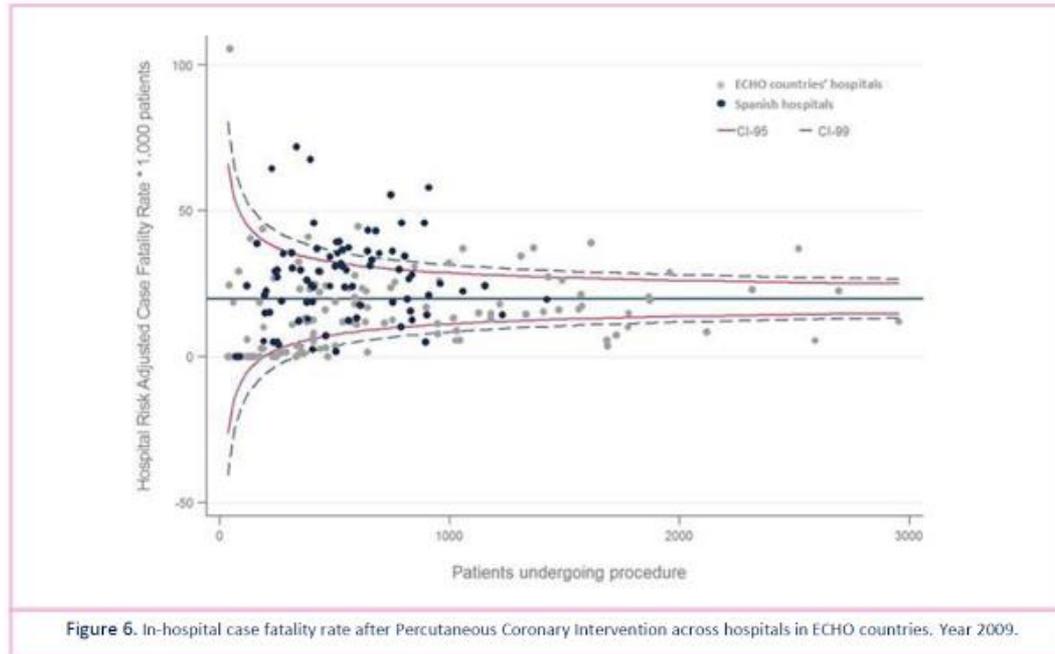


La mortalidad por bypass coronario en España es doble que en Inglaterra. Se ha estimado que el umbral de seguridad está en 415 casos anuales.

“Hospital Surgical Volumes and Mortality after Coronary Artery Bypass Grafting: Using International Comparisons to Determine a Safe Threshold (HSR Gutacker et al 2016)”

1 b) Defectos estructurales que reducen la efectividad

Carteras de servicios desajustadas



Each dot represents an ECHO hospital that performed more than 30 PCIs in that year. The expected number of deaths per 1,000 hospitalised patients is based on the average calculated across ECHO hospitals. Spanish hospitals are indicated in blue.

1 c)

ACTIVIDADES DE BAJO VALOR

1 c) Actividades de bajo valor

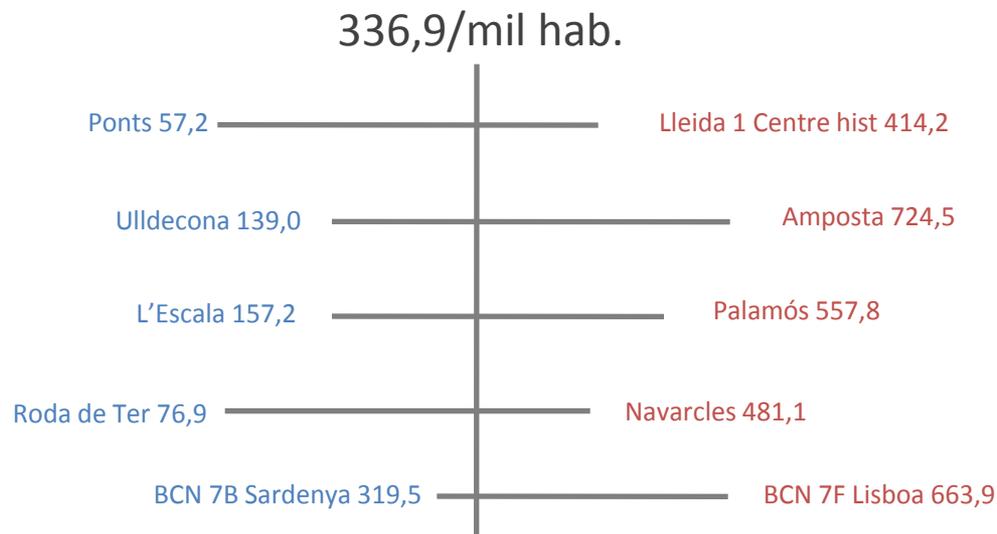


Urgències hospitalàries triaje 4 y 5

(base poblacional)

La tasa bruta incluye las personas de cada ABS que fueron a urgencias hospitalarias y que fueron catalogadas de nivel 4 y 5 en el triaje. El denominador es la base poblacional.

El año 2015 la tasa fue de 336,9 visitas por cada mil habitantes, y el año 2014 de 298,9.



1 c) Actividades de bajo valor

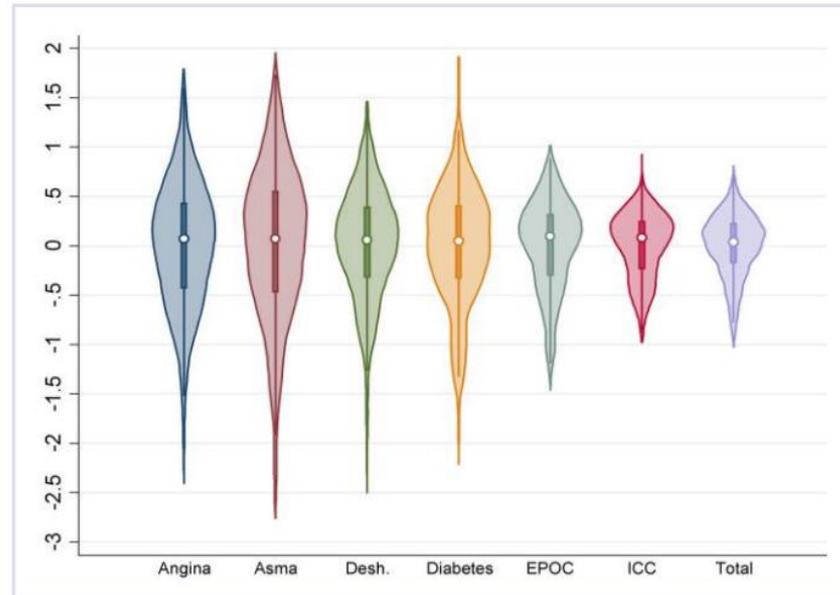


Figura 1. Tasas estandarizadas, en escala logarítmica centrada en el 0, de las 6 condiciones consideradas HPE y el indicador agregado de las mismas, por 10.000 habitantes en 2013

▼ Total Hospitalizaciones Potencialmente Evitables

Tasas estandarizadas por edad y sexo del total de HPE por 10.000 habitantes mayores de 40 años en 2015

Exceso en el número de admisiones evitables respecto a la tasa del percentil 10 en el año 2015

- ▶ Deshidratación
- ▶ Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- ▶ Complicaciones Agudas de la Diabetes
- ▶ Asma en adulto
- ▶ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- ▶ Angina (no primaria) sin procedimiento

a203o.shp

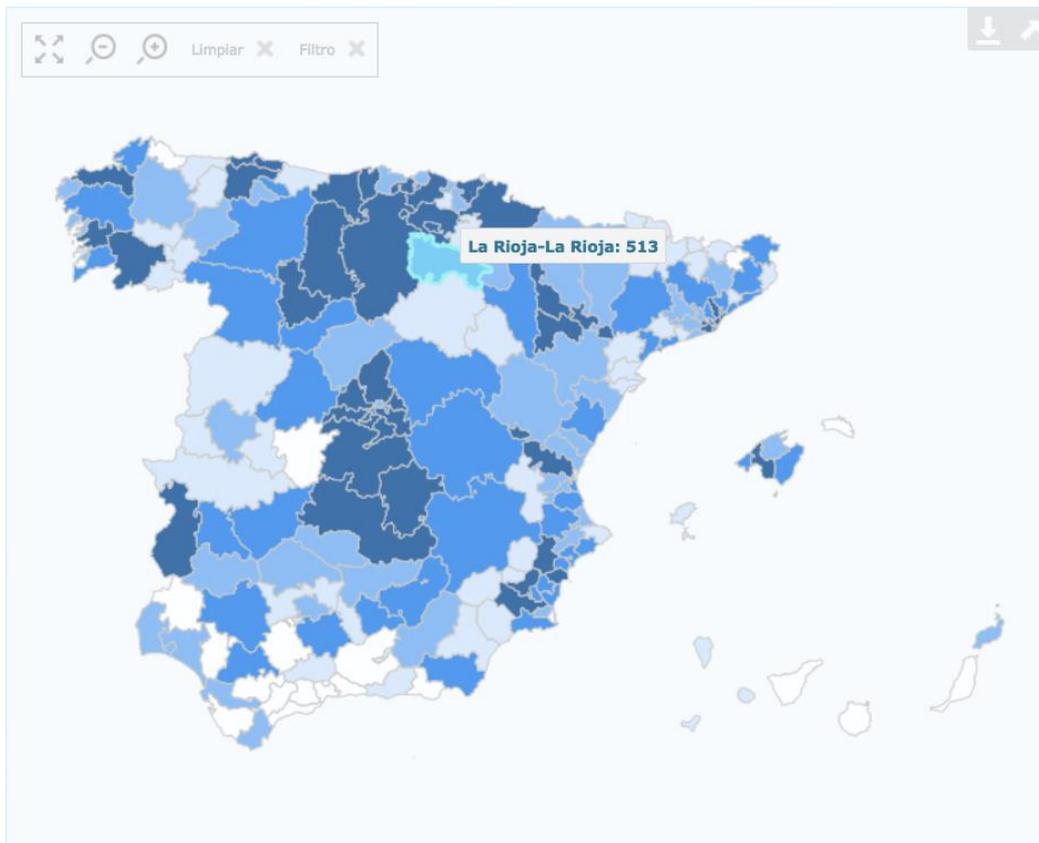
Áreas P10 significativas

Q1(2-158)

Q2(162-309)

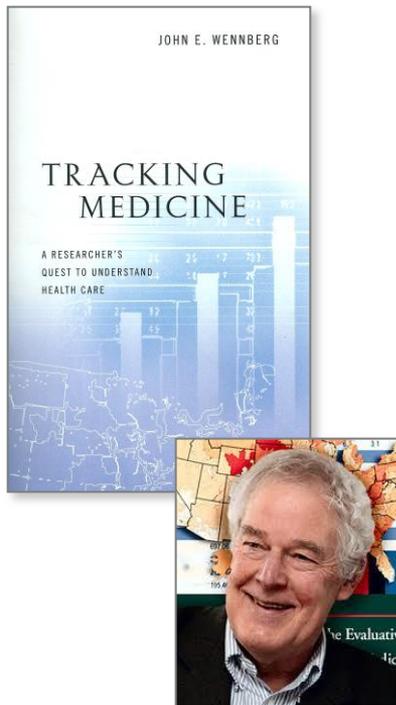
Q3(310-518)

Q4(523-2275)

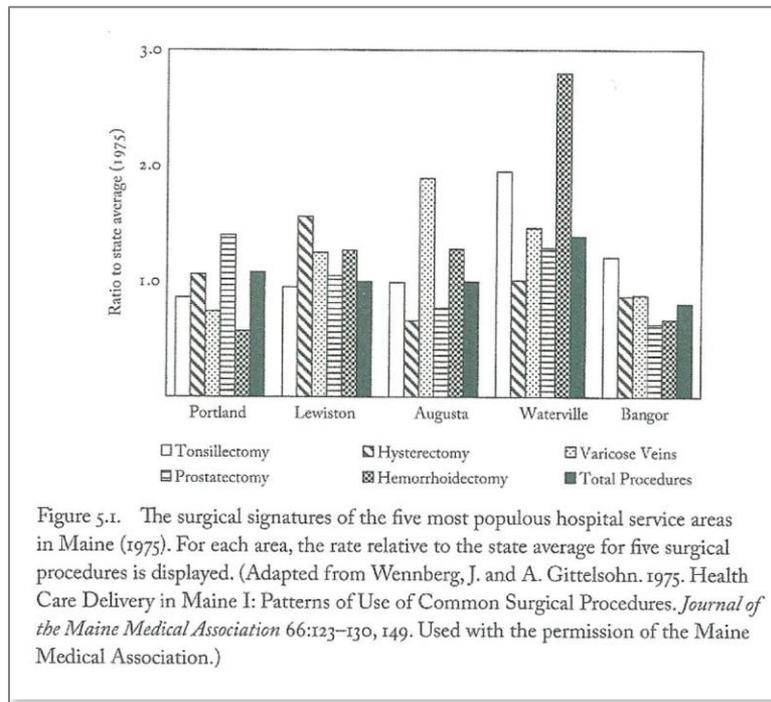


1 c) Actividades de bajo valor

Marca quirúrgica

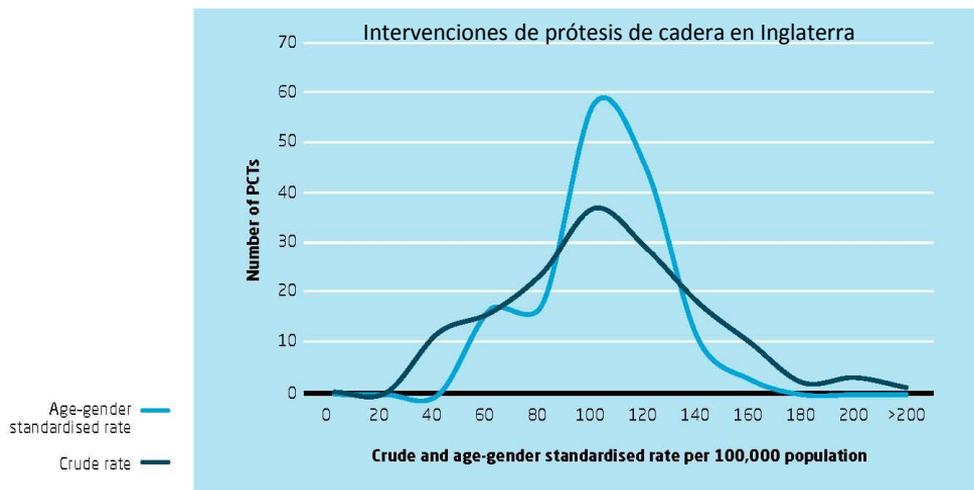


The Surgical Signature



Las variaciones en las tasas de hospitalización son omnipresentes y persistentes, e incluso afectan a intervenciones comunes de reconocida efectividad

TheKingsFund



Appleby J, Raleigh V, Frosini F, et al. Variations in Health Care. The good, the bad and the inexplicable. The King's Fund 2011.

▶ OBSTETRICIA

▼ PEDIATRÍA

Tasas estandarizadas por edad y sexo de adenoidectomía por 10.000 habitantes menores de 20 años en 2015

Exceso de adenoidectomías respecto a la tasa nacional del p25 en 2015

Tasas estandarizadas por edad y sexo de amigdalectomía con/sin adenoidectomía por 10.000 habitantes menores de 20 años en 2015

Exceso de amigdalectomías con/sin adenoidectomías respecto a la tasa nacional del p25 en 2015

Tasas estandarizadas por edad y sexo de drenaje timpánico por 10.000 en habitantes menores de 20 años en 2015

Exceso de casos de drenaje timpánico respecto a la tasa nacional del p25 en 2015

▶ CIRUGÍA DE LA MANO

▶ GINECOLOGÍA

a203o.shp

Áreas del percentil 25 o no significativamente distintas

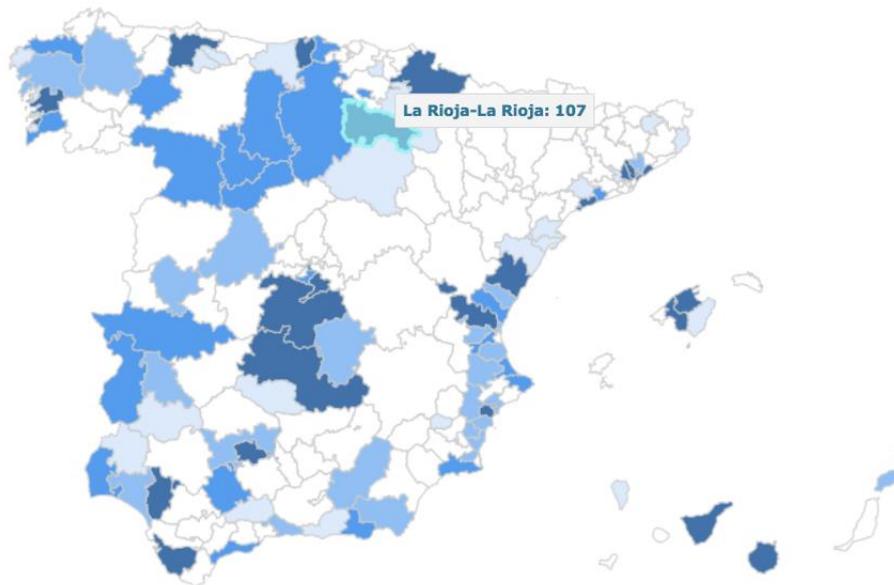
Q1 (12-34)

Q2 (36-51)

Q3 (54-80)

Q4 (83-299)

Limpiar X Filtro X



- ▶ OBSTETRICIA
- ▶ PEDIATRÍA
- ▶ CIRUGÍA DE LA MANO
- ▼ GINECOLOGÍA

Tasas estandarizadas por edad y sexo de legrado como diagnóstico por 10.000 mujeres mayores de 15 años en 2015

Exceso de casos de legrado como diagnóstico respecto a la tasa nacional del p25 en 2015

- ▶ CIRUGÍA CARDÍACA

a2030.shp

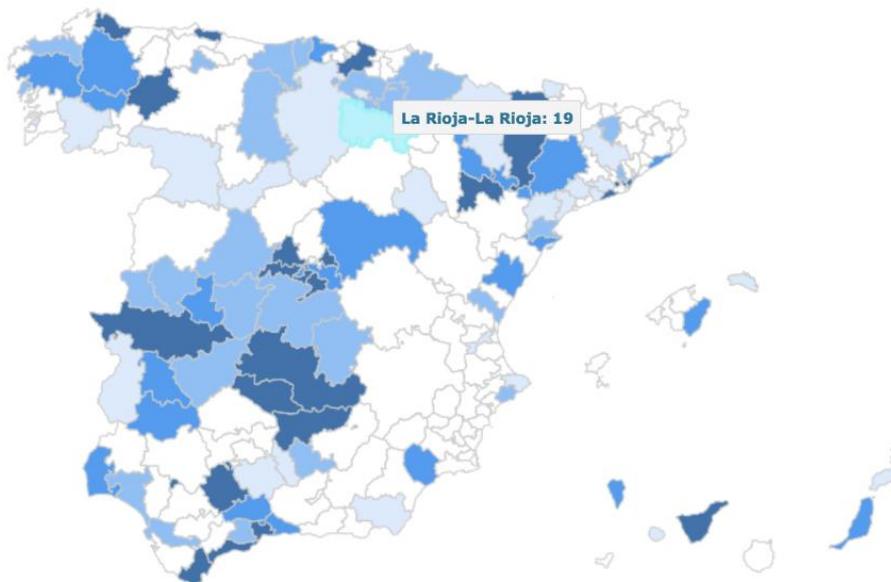
Áreas del percentil 25 o no significativamente distintas

Q1 (6-21)

Q2 (22-32)

Q3 (33-51)

Q4 (52-251)



February 12, 2014

ICU Bed Supply, Utilization, and Health Care Spending

An Example of Demand Elasticity

Rebecca A. Gooch, MD¹; Jeremy M. Kahn, MD, MSc^{1,2}

> [Author Affiliations](#)

JAMA. 2014;311(6):567-568. doi:10.1001/jama.2013.283800

- El número de camas de UCI instaladas en EEUU es 10 veces superior que el del RU.
- Entre el 13% y el 35% de los pacientes crónicos mueren en una UCI, o lo hacen en una cama de hospital después de haber estado ingresados en la unidad de críticos (Wennberg).



Research

JAMA. 2017;318(15):1450-1459. doi:10.1001/jama.2017.13889
Published online September 27, 2017.

JAMA | Original Investigation | CARING FOR THE CRITICALLY ILL PATIENT

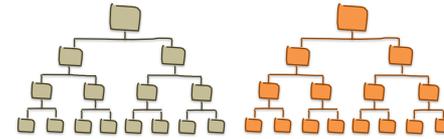
Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France A Randomized Clinical Trial

Bertrand Guidet, MD; Guillaume Leblanc, MD; Tabassome Simon, MD, PhD; Maguy Woimant, MD;
Jean-Pierre Quenot, MD; Olivier Ganansia, MD; Maxime Maignan, MD; Youri Yordanov, MD; Samuel Delerme, MD;

Outcomes	Systematic Strategy (n = 1518)	Standard Practice (n = 1518)	Difference in Mean or Rate (95% CI)	Relative Risk (95% CI)	Absolute Risk Difference, % (95% CI) ^a	P Value ^b
Death at 6 mo (primary outcome), No. (%)	685 (45)	588 (39)	6 (3 to 10)	1.16 (1.07 to 1.26)	-6 (-9 to -3)	<.001
Adjusted analysis ^c				1.05 (0.96 to 1.14)	-2 (-6 to 2)	.28
Intensive care unit admission rate, No. (%)	932 (61)	516 (34)	27 (24 to 31)	1.80 (1.66 to 1.95)	-27 (-31 to -24)	<.001
Adjusted analysis ^c				1.68 (1.54 to 1.82)	-24 (-28 to -21)	<.001

1 c) Actividades de bajo valor

Resultados negativos de la medicina fragmentada en los hospitales



Los resultados de la medicina fragmentada para los pacientes con procesos clínicos que no se adaptan a las rigideces del sistema son evidentes:

1. El callejón sin salida de los pacientes pendientes de cama en las salas de observación de las urgencias.
2. Los pacientes en planta de hospitalización bloqueando camas porque los referentes no han sabido gestionar el alta de manera satisfactoria.
3. La práctica médica máximamente disruptiva con la petición excesiva de pruebas diagnósticas y la acumulación de medicación a menudo no conciliada.
4. La falta de adherencia a los tratamientos con cifras inferiores al 50% en los pacientes crónicos.
5. Los procesos de final de vida desajustados a los valores de los pacientes.

2 a)

ESTRATEGIAS DE EXPERIENCIA
DEL PACIENTE

Estrategia basada en la experiencia del paciente

Harvard
Business
Review

CUSTOMERS

Health Care's Service Fanatics

by James I. Merlino and Ananth Raman

FROM THE MAY 2013 ISSUE



Cleveland Clinic es una red de servicios sanitarios, sin ánimo de lucro, con más de 43.000 empleados. El hospital original del grupo está, de manera reiterada, entre los 5 hospitales *top* en *US News & World Report*.

A pesar de ello, en las encuestas de satisfacción de los pacientes, sus resultados eran más bien discretos. Por ese motivo, su Director General, DT Cosgrove, tomó una decisión estratégica: si conseguía unir la excelencia reconocida de sus servicios médicos a la mejora de la experiencia del paciente, entonces Cleveland Clinic sería imbatible.

Estrategia basada en la experiencia del paciente

Estrategias adoptadas (sólo las más relevantes):

1. Se generaron grupos de trabajo para analizar las causas de las reclamaciones y proponer soluciones. Se pone énfasis especial en las unidades donde se detectan problemas de coordinación entre servicios y estamentos.
2. Se creó un Departamento de “las mejores prácticas” para estimular y difundir las cosas que funcionan bien.
3. Después de valorar su eficacia, se estableció la “ronda enfermera”, con 5 preguntas que se realizan cada hora: ¿necesita algo? ¿tiene dolor? ¿quiere cambiar de posición? ¿necesita que le acerque algún objeto personal? ¿necesita ir al baño?
4. En lo referente a la formación, los 2.300 profesionales con responsabilidades de gestión deben asistir a una sesión formativa, de un día de duración, cada tres o cuatro meses, sobre temas de inteligencia emocional, comunicación, gestión del cambio e incentivación de la implicación.
5. A los pacientes se les educa en relación a las expectativas. Se han creado trípticos y videos sobre normas de funcionamiento y procedimientos, con la finalidad de ajustar los requerimientos a las posibilidades reales y también para ayudar en la identificación de problemas.

2 a) Estrategias de experiencia del paciente

Design thinking

Improving patient experience of cancer care through design thinking

Client: Leaders in Oncology Care (LOC)



Uscreates, una empresa especializada, ofrece en su web una ficha del proyecto “Leaders in Oncology”. El proyecto consiste en analizar los circuitos y los procesos de una unidad de tratamiento oncológico, con la novedad de que en los grupos focales se mezclan pacientes y profesionales, y de esta forma las nuevas propuestas de mejoras emergen desde una perspectiva global.

¿Y la experiencia del paciente?

Para llevarse a casa

DAVID FONT



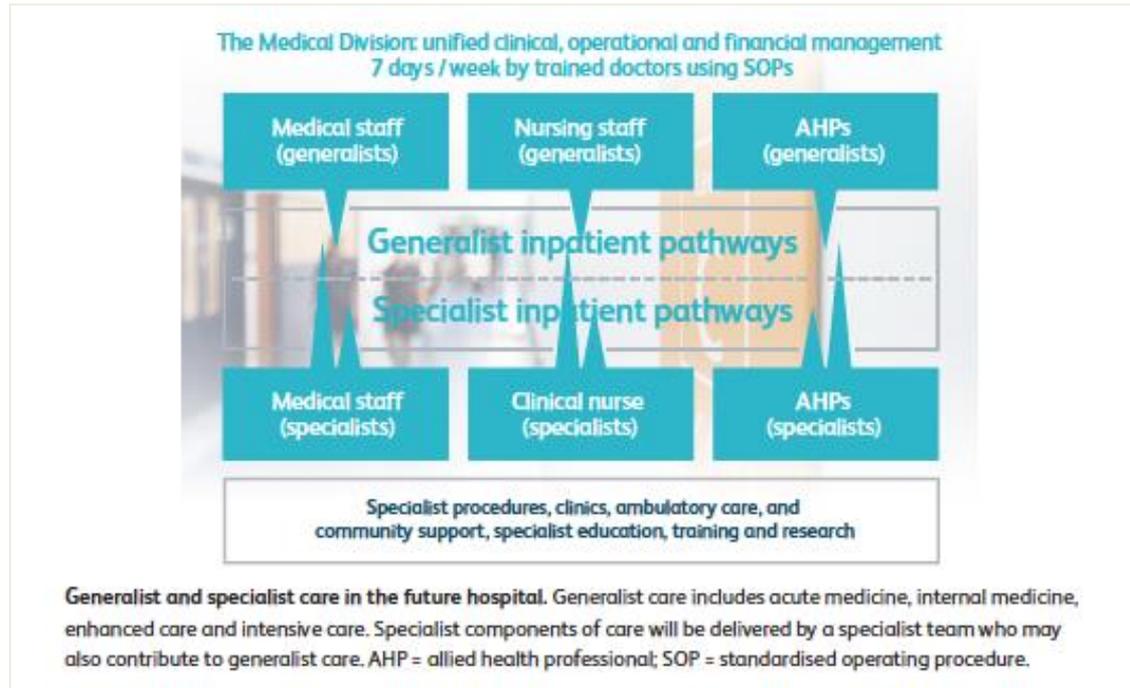
CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

En el Hospital Clínic de Barcelona se están desarrollando programas de diseño organizativo y rediseño de procesos (*design thinking*) contando con la experiencia de pacientes en los programas de cirugía bariátrica, terapias respiratorias a domicilio y pacientes incluidos en un programa de infusión subcutánea de insulina para tratar la diabetes de difícil control.

2 b)

NUEVOS MODELOS
ORGANIZATIVOS PARA
AUMENTAR LA EFECTIVIDAD

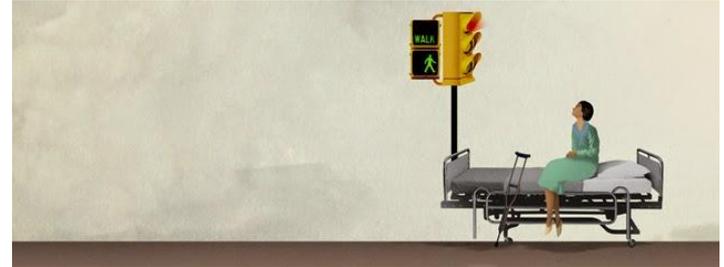
2 b) Nuevos modelos organizativos para aumentar la efectividad



2 b) Nuevos modelos organizativos para aumentar la efectividad

Potenciar la industrialización de los procesos protocolizables

1. Selección de pacientes en función del riesgo
2. Comprensión y aceptación por parte de los enfermos de ser incluidos en el proceso
3. Mapping industrial de la trayectoria
4. Redefinición de competencias
5. Uso de Lean o Six Sigma
6. Controles de calidad exhaustivos y continuados
7. Instalaciones específicas
8. Profesionales plenamente dedicados



2 b) Nuevos modelos organizativos para aumentar la efectividad

La vía americana: las funciones de los *médicos hospitalists*

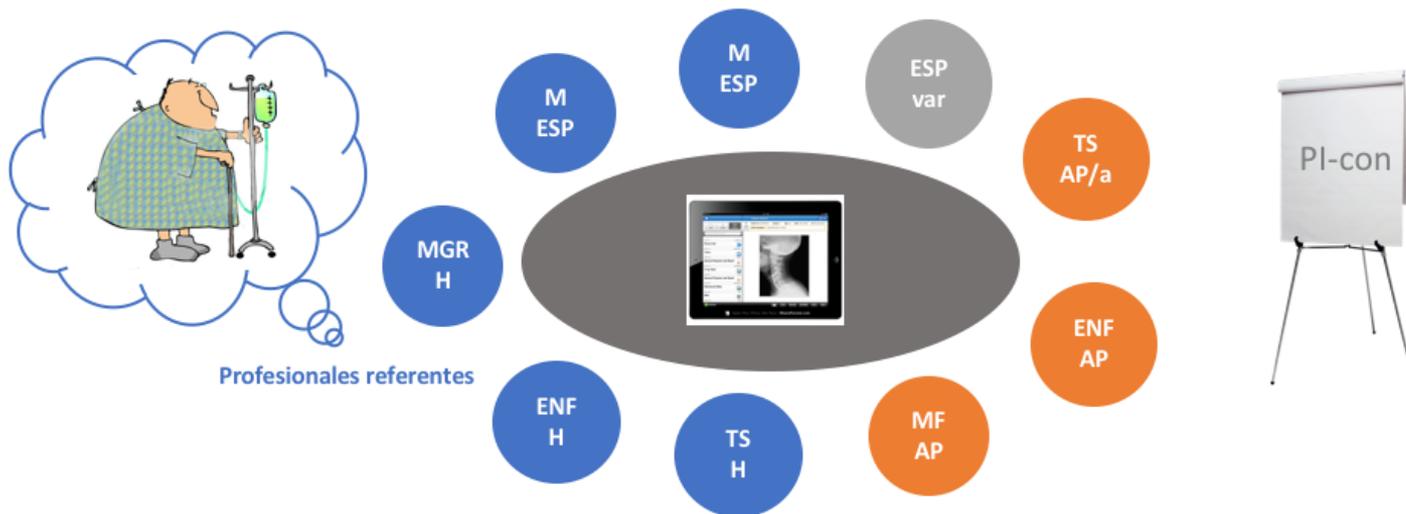
En 1996 el Dr. Robert Watcher y el Dr. Lee Goldman describieron por primera vez el término **hospitalist** como un médico especializado en la práctica de la medicina hospitalaria. Este asunto se vivió, ya entonces, como imprescindible para la organización de las plantas de hospitalización en EEUU, debido sobre todo al pluriempleo de los especialistas que hacía que la gestión de los pacientes ingresados a menudo fuera desordenada. Casi veinte años más tarde, la **Society of Hospital Medicine** informa que ya hay más de 30.000 médicos *hospitalists* trabajando en 3.300 hospitales.

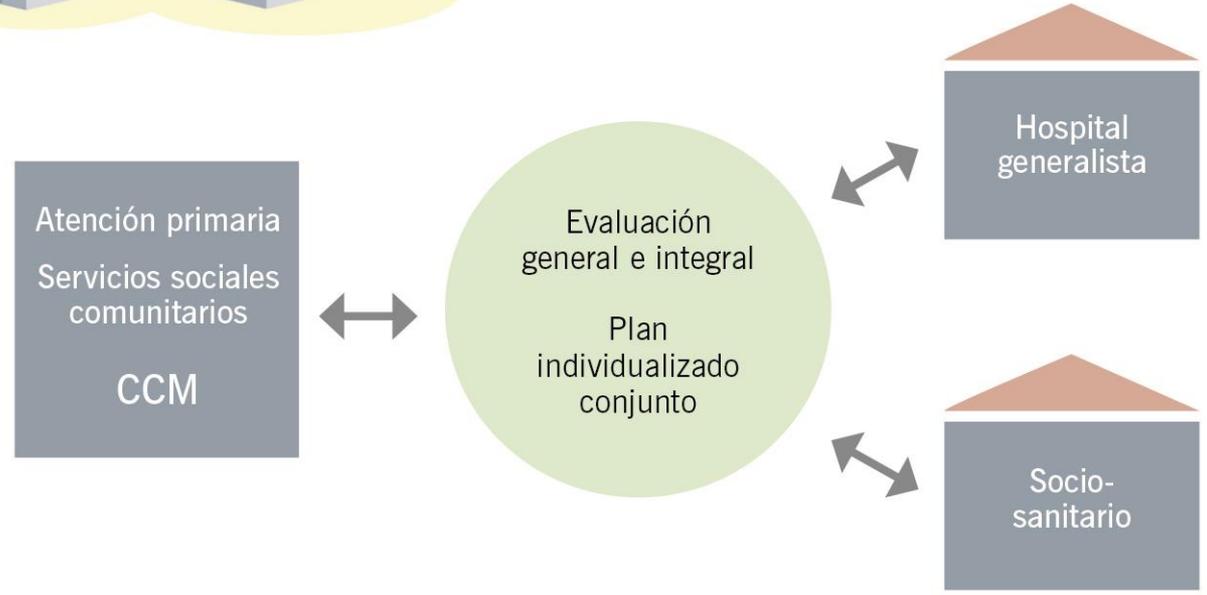
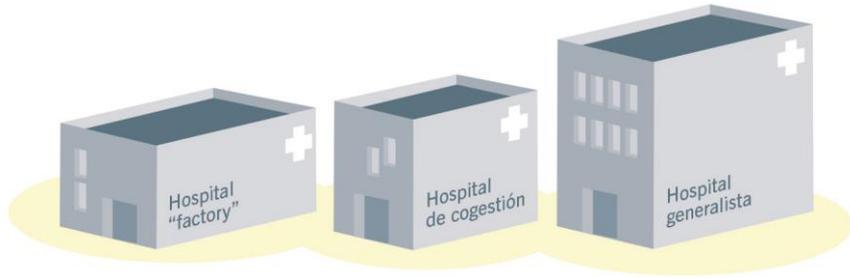
Las 4 funciones del médico hospitalist según el Dr. Chris Addis, *Director of Internal Medicine Hospitalists* en Lancaster General Hospital:

1. Asumen la coordinación de los especialistas en posición de liderazgo y de repartir juego (quarterback)
2. Saben comunicar al paciente las informaciones clínicas de manera sencilla
3. Garantizan la continuidad asistencial
4. Son el referente para los médicos de familia tanto durante el ingreso como en el transfer



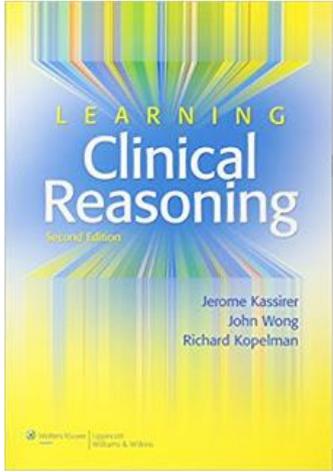
Modelo de ***alineación de objetivos asistenciales*** (también en el hospital)





2 c)

FOMENTAR INICIATIVAS DE VALOR



MASSACHUSETTS
GENERAL HOSPITAL

El modelo de guardias MIR y la forma de trabajar en urgencias están en el foco del problema

- Discusión de casos en las sesiones clínicas con especial énfasis en el proceso diagnóstico. En los casos complejos aprender a usar hipótesis diagnósticas.
- Análisis de las causas de los reingresos.
- Fomento de las sesiones clínico-patológicas.
- Discusiones sinceras sobre los errores diagnósticos.
- Los tutores deberían organizar seminarios exclusivos para residentes.
- Planes formativos a los residentes sobre proceso diagnóstico, medicina basada en la evidencia, teorema de Bayes, sensibilidad, especificidad, NNT y valor predictivo de las pruebas, errores diagnósticos, decisiones compartidas y gestión de la incertidumbre.

Simpkin AL, Vyas JM, Armstrong KA. Diagnostic Reasoning: An Endangered Competency in Internal Medicine Training. *Ann Intern Med.* 2017;167(7):507-508.

2 c) Fomentar iniciativas de valor

Crear comisiones de mejora de la práctica clínica

DianaSalud Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud

Event

Jornada 20 aniversario Cochrane-España "Revisiones sistemáticas para la práctica y la investigación" - 24 y 25 Mayo

En este año 2017 se cumple el 20 aniversario de la constitución del primer centro Cochrane en España. Con este motivo se han organizado unas jornadas el 24 y 25 de mayo, en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, para revisar diversos aspectos relacionados con esta iniciativa y a la vez ofrecer actividades de formación. Este evento tendrá lugar en la Casa de Convalescència de l'Español de la Santa Creu i Sant Pau. Consulte el programa preliminar en <http://es.cochrane.org/es/news>

Para que operen correctamente todas las funcionalidades de esta página web, se recomienda utilizar los siguientes navegadores:

- Internet Explorer 9 o superior
- Mozilla Firefox 5 o superior
- Google Chrome

Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud

Algunas de las iniciativas ... Total: 25

MAPAC Mejora de la Atención a la Práctica Asistencial y Clínica

Iniciativa MAPAC (Mejorar la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica)

CIBERESP: Consorcio de Investigación Biomédica de Epidemiología y Salud Pública / Biomedical Research Consortium in Epidemiology and Public Health

España

http://www.dianasalud.com/index.php/quienes_somos

Curso básico en gestión clínica

Orientado a la creación de comisiones de mejora de la práctica clínica

Curso de formación **online** y presencial de **36 horas**

Certificado del Centro Internacional de Formación Continua del campus UManresa (UVic-UCC)

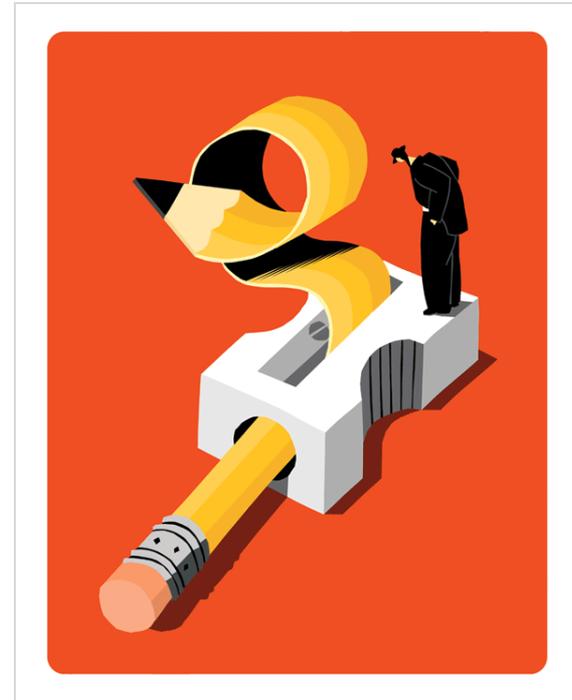
Dirigido e impartido por el **Dr. Jordi Varela**

2 c) Fomentar iniciativas de valor

Implicar a los profesionales en las transformaciones organizativas

En el post “*Engaging Doctors in the Health Care Revolution*” de *Harvard Business Review*, Thomas Lee y Toby Cosgrove se basan en las 4 motivaciones fundamentales para las acciones sociales de Max Weber para implicar a los profesionales:

- a) Buscar propuestas nobles: pacientes, calidad y *outcomes*
- b) Buscar la motivación intrínseca de cada profesional
- c) Promover el respeto
- d) Promover el sentimiento de pertenencia



2 c) Fomentar iniciativas de valor

Promover el liderazgo



Los gerentes son esenciales para conseguir que los médicos, enfermeras y otros profesionales puedan hacer su trabajo con calidad. Pero el nuevo liderazgo ya no debería corresponder sólo a la acción heroica de los gerentes.

Ahora es necesario que haya líderes clínicos distribuidos por toda la organización, líderes que estén presentes en todos los rincones de todos los procesos y que, sobre todo, sepan cómo implicar a sus colegas en la gestión de los recursos, y que además favorezcan la participación de los pacientes en las decisiones clínicas.

2 c) Fomentar iniciativas de valor

Aprender de los errores



Como defiende Richard Bohmer, los hospitales deben aplicar las mejores prácticas de manera rigurosa, deben abordar los procesos complejos con mecanismos de prueba-error y deben tener una actitud orientada a mejorar las cosas desde lo cotidiano.

2 c) Fomentar iniciativas de valor

Fomentar la innovación

¿Por qué es tan difícil cambiar las cosas? ¿Cuántas veces ante una buena idea no se oye aquello de: "Esto aquí ya hace tiempo que lo hacemos"?, o bien "Estamos demasiado ocupados para pensar en innovaciones".



Scott Anthony ha definido un **sistema mínimo de innovación viable**, basado en proyectos que no deberían durar más de tres meses.

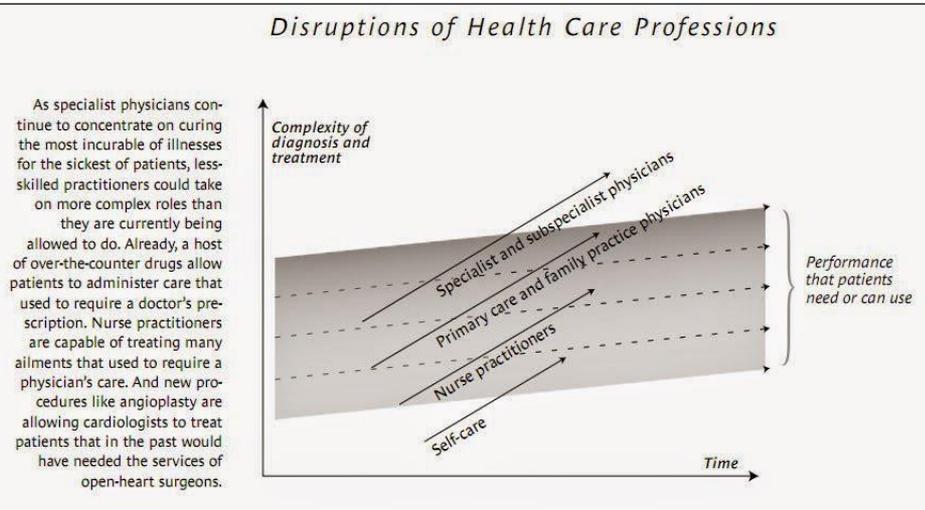
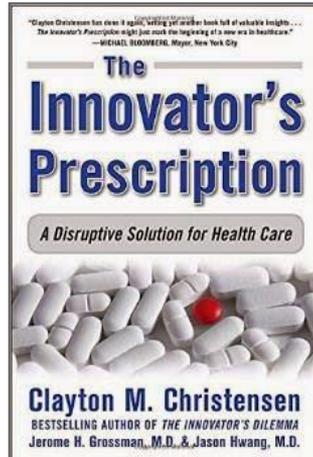
1. Primer mes. Hay que definir si se trata de innovar en el cor business (mejorar lo que hacemos), o de ideas que van de hacer cosas nuevas (abrir mercados).
2. Segundo mes. Focalizar esfuerzos para realizar pequeñas pruebas piloto.
3. Tercer mes (primera parte). Generar un equipo pequeño y entusiasta para desplegar la innovación.
4. Tercer mes (segunda parte). Crear mecanismos para proteger la implementación de los nuevos proyectos.



2 c) Fomentar iniciativas de valor

Aumentar las competencias enfermeras

Según el profesor Clayton Christensen de Harvard Business School, la innovación disruptiva en el sistema sanitario llegará cuando se consiga que cada una de las profesiones relacionadas ejerza sus funciones en el límite superior de sus competencias. Eso es motivacional y aporta innovaciones per si mismo.



2 c) Fomentar iniciativas de valor

Aumentar el magnetismo de su organización



¿Qué es un hospital magnético?
Es una organización que, en un contexto de falta de enfermeras, es capaz de retener y de atraer.

En un estudio de M. McLure se ha definido el *magnetismo* como una cualidad de ciertos hospitales que se caracterizan por: a) las enfermeras tienen un nivel alto de autonomía, b) hay supervisoras de apoyo y, por tanto, las cargas de trabajo no tienen fluctuaciones, c) hay programas bien desarrollados de formación continuada, d) el modelo de trabajo está orientado al paciente, e) existe buena comunicación entre médicos y enfermeras y f) la competencia es un valor para la promoción.

2 d) Fomentar iniciativas de valor

Formar a los clínicos en la mejora del valor de sus actuaciones

Avances en Gestión Clínica

una iniciativa de **gcvarela**

Inicio Editor Colaboradores Presentaciones Vídeos Català English GCVarela Curso Gestión Clínica LA SERIE

lunes, 23 de octubre de 2017

Práctica clínica inapropiada: los 10 mejores artículos de 2016

EDITORIAL

JORDI VARELA



Por cuarto año consecutivo, un equipo de expertos, con el liderazgo de Daniel Morgan de la Universidad de Maryland, ha publicado una revisión sistemática de artículos editados en inglés, "2017 Update on Medical Overuse. A systematic Review", en los que que figurase alguna de las siguientes palabras clave: *health services misuse, overuse, overtreatment, overdiagnosis, inappropriate and unnecessary*. La revisión se ciñó al año 2016. Se seleccionaron 1.224 artículos (un

Curso online



Gestión Clínica

Bases | Avances | Retos

- 14,8 créditos
- 308 alumnos matriculados
- 96% de éxito en la finalización
- 3,7 sobre 4 valoración de los alumnos

Nueva edición

16 enero 2018

Ver programa

Curso semipresencial

RECOMENDACIONES

1. Promover políticas y proyectos para mejorar la experiencia del paciente y, en su caso, cambiar circuitos y modelos en base a ello.
2. Generar reformas estructurales y organizativas para mejorar la calidad y aumentar la seguridad de los pacientes.
3. Fomentar iniciativas para enfocar la adecuación de las actividades clínicas y así mejorar la efectividad y el valor aportado en la atención a los pacientes.
4. Analizar la viabilidad de evolucionar hacia el hospital dual (factory + generalista) abierto a las necesidades comunitarias de los pacientes complejos.
5. Promover la implicación de los profesionales en base a la innovación y la mejora de resultados clínicos.
6. Aumentar el magnetismo y las competencias enfermeras