

Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil

Diagrama Direcionador Pacote de
Mudanças Estratégia de Medição

- Diagrama Diretor e

Pacote de Mudanças

Liderança

Diagrama Direcionador: Liderança

Direcionadores Primários

Conceitos de Mudança

Objetivo

Implementar dentro da liderança e governança organizacional um modelo que incentive a segurança do paciente e a redução de infecções

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidado

- Tornar os cuidados centrados nos pacientes e famílias num valor fundamental da organização, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles
- Promover comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multidisciplinar

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

- Desenvolver um diálogo aberto e uma cultura 'justa'
- Dirigentes envolvidos e comprometidos com a agenda da qualidade e segurança
- Cultivar a transparência
- Tornar a segurança do paciente a prioridade principal da organização
- Definir objetivos mensuráveis de alto nível para a organização
- Demonstrar liderança visível

Estabelecer supervisão do programa

- Tomar os dirigentes ativamente envolvidos em liderar a Colaborativa PROADI

Desenvolver equipes multidisciplinares altamente efetivas

- Desenvolver uma cultura de segurança
- Criar um ambiente de colaboração mútua no planejamento e na prestação dos cuidados tornando a equipe de cuidado em parceiros eficazes

Criar uma infraestrutura de gestão e suporte

- Criar as condições para que a equipe de cuidado seja competente e com conhecimento para melhorar o trabalho/processos
- Certificar-se de que o programa de segurança esteja integrado dentro da gestão operacional

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Conceito de Mudança	Mudanças
<p>Tornar os cuidados centrados nos pacientes e famílias num valor fundamental da organização, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Envolver o paciente e família no processo de higiene das mãos de todos os envolvidos no cuidado:<ul style="list-style-type: none">• Estimular a inclusão dos mesmos como verificador da adesão à higiene das mãos e das diretrizes de prevenção de IRAS• Educar o paciente/família quanto a importância da higiene das mãos;• Incentivar familiares à higienizarem as mãos e respeitarem as medidas de precaução de contato, quando indicadas;• Empoderar o paciente e família para solicitar que o profissional de saúde lave as mãos nos 5 momentos;• Garantir a presença de álcool gel próximo ao leito e sob visualização do paciente e família;2. Informar/ Educar o paciente e familiares sobre a forma como podem ajudar a prevenir a infecção associada a PAV, IPCLS e ITU-AC<ul style="list-style-type: none">• Criar as condições para que família/paciente se sintam confortáveis em colaborar para a adesão ao bundle PAV, IPCLS e ITU-AC. Pacientes/família empoderados para perguntar e relembrar:• PAV: sobre a realização de higiene oral 3 X dia, manutenção da cabeceira 30° e previsão de retirada do tubo; estimular e permitir a presença da família no processo de despertar diário como forma de minimizar a ansiedade/agitação do paciente• IPCLS: verificação se curativo limpo e seco, data de troca do curativo e do sistema de infusão, checar a realização de desinfecção de conectores por 5-15 seg., e previsão da retirada do CVC• ITU-AC: realização de higiene íntima 3 X dia (se paciente consciente, orientado e atividade motora de MMSS preservadas, estimular/oferecer a possibilidade do paciente executar a higiene íntima), volume da bolsa coletora, permanência de bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e 10 cm distante do chão, previsão de retirada da sonda.3. Incluir o paciente e familiares no estabelecimento dos objetivos diários dos cuidados e participação nas visitas multidisciplinares ou passagem de plantão

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Conceito de Mudança	Mudança
Promover comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none">• Compartilhar as metas diárias com os pacientes e famílias• Envolver paciente e família na elaboração dos PDSAs relacionados ao engajamento de paciente/família• Convidá-los para participar das reuniões do projeto de prevenção de IRAS• Envolver paciente e família na elaboração e validação de todo material educativo para pacientes e famílias• Implantar a visita estendida na UTI em parceria com paciente e família• Criar padrões de comportamento e valores, por escrito, para profissionais de saúde ou não que contenha o seguinte dizeres: trate os pacientes e familiares com dignidade e respeito• Permitir o acesso ao prontuário pelo paciente e família• Envolver o paciente e família nos cuidados para preparo da alta• Utilizar quadro branco ou qualquer outro quadro/painel para facilitar a comunicação entre paciente/família e time assistencial, na área física do leito• Instituir a pré-visita ao paciente /família como forma de identificar dúvidas ou preocupações que deverão ser respondidas durante a visita médica ou multidisciplinar.• Estimular os pacientes e familiares à fazer perguntas durante a visita multidisciplinar (ferramenta AskMe3® poderá ser utilizada)• Fornecer treinamento para equipe assistencial sobre o papel do paciente e família no cuidado

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Conceito de Mudança

Mudanças

Desenvolver um diálogo aberto e uma cultura 'justa'

- Implementar mecanismos de feedback (providencias tomadas) para as questões levantadas durante as rondas/reuniões (ver apresentação Rondas)
- Dar feedback à equipe após a ocorrência de um evento adverso grave

Liderança envolvida e comprometida

- Metas de segurança para os pacientes, incluindo a prevenção e o controle de infecção, são construídos durante as discussões/rondas
- Fazer a vistoria AHRQ, versão Português, três vezes nas unidades piloto durante a Colaborativa PROADI (após a sessão de aprendizagem 1, no meio da Colaborativa, e no fim da colaborativa)

Cultivar a transparência

- Envolver a sociedade e os pacientes
- Comunicar com os pacientes após a ocorrência de um evento adverso
- Utilizar histórias dos pacientes
- Publicar o progresso da Colaborativa dentro e fora da organização
- Partilhar as aprendizagens com outras equipes dentro da Colaborativa e além desta

Promover uma cultura de qualidade e segurança, com transparência, particularmente em relação a prevenção e o controle de infecção

Conceito de Mudança

Mudanças

Tornar a segurança do paciente a prioridade principal da organização

- Fazer uma declaração pública mensal sobre a Colaborativa (imprensa/eventos públicos)
- Nas reuniões do Conselho de Administração e nas reuniões dos diretores dos Serviços do hospital, e nas reuniões das equipes: organizar-se para que a qualidade/ segurança paciente/prevenção/control de infecção seja o primeiro item a ser discutido na agenda com a seguinte configuração:
 1. Apresentar relatório mensal da Colaborativa PROADI
 2. Estabelecer um debate ativo e alinhamento com os objetivos/visão/metad do hospital

Definir objetivos amplos e mensuráveis para a organização

- Definir metas ambiciosas para a Colaborativa e esforçar-se para ser o melhor

Demonstrar liderançavisível

- Assegurar-se que as lideranças do hospital participam das rondas/visitas e das reuniões em frente ao quadro de aprendizagem organizacional com a linha de frente e com a equipe do projeto
- Assegurar-se de que a Colaborativa PROADI esteja integrada nas operações da organização ao mesmo nível que os aspectos financeiros e de desempenho

Estabelecer supervisão do programa

Conceito de Mudança

Mudanças

Dirigente ativamente envolvido em liderar a Colaborativa PROADI

- Atribuir um Líder de projeto para cada fluxo de trabalho (infecção)
- Estabelecer gestão adequada da Colaborativa: grupo/comissão de gestão para rever o relatório mensal (indicadores/mudanças) e eliminar barreiras
- Participar das sessões de aprendizagem conjunta da Colaborativa e nas reuniões online (Webex)
- Assegurar-se de que o pessoal da “linha de frente” tem tempo suficiente para testar/implementar as mudanças

Desenvolver equipes multidisciplinares altamente efetivas

Conceito de Mudança

Mudanças

Criar um ambiente de colaboração mútua no planejamento e na prestação dos cuidados tornando a equipe de cuidado em parceiros eficazes

- Instituir visitas multidisciplinares incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais na equipe de visitas. Estimular pacientes e familiares a participar
- As visitas multi devem ser estruturadas: incluir formulários (*checklists*) que incluam perguntas relativas a prevenção de infecções
- Estabelecer metas diárias para cada paciente e documentar/comunicar aos familiares e membros da equipe multidisciplinar
- Liderança deve participar das reuniões da equipe de melhoria
- Criar quadro “gestão dos cuidados” para inserção das metas diárias
- Divulgar os indicadores de segurança nas unidades assistenciais
- Criar Quadro de aprendizagem organizacional a vista de todos
- Utilizar exercícios de “observador passivo” (shadowing) e compartilhar histórias de pacientes para ajudar a equipe a entender o processo de cuidado a partir de uma perspectiva diferente
- Procurar ativamente receber a opinião do paciente e familiares e usar estas informações para melhoria
- Padronizar a comunicação clínica e a passagem de casos entre os turnos e áreas usando a ferramenta SBAR (Situação-Contexto-Avaliação-Recomendação) e repetir de volta

Criar uma infraestrutura de gestão e suporte

Conceito de Mudança

Mudanças

Criar as condições para que a equipe de cuidado seja competente e com conhecimento para melhorar o trabalho/processos

- Desenvolver recursos de treinamento/formação para desenvolver e divulgar as capacidades de melhoria para o pessoal da linha de frente
- Utilizar o IHI Open School

Certificar-se de que o programa de segurança esteja integrado dentro da gestão operacional

- Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem, e a CCIH devem trabalhar juntos na Colaborativa
- Envolver os líderes da linha de frente de cada setor

Indicadores da Colaborativa PROADI

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta	
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra			
EEP_PROADI	Escala de evolução do projeto PROADI	P	Escala de Evolução de Projeto				Mensal	100%	<p>Aplique este critério ao seu projeto na Colaborativa. Selecione a definição na escala 0.5-5 que melhor descreve a evolução em seu projeto.</p>	<p>Evolução significativa no projeto de melhoria na Colaborativa O objetivo é alcançar no mínimo 4.</p>

Indicadores da Colaborativa PROADI

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PROADI1_IPCSL	Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (agregado para todas as UTIs do projeto)	R	Número absoluto de casos novos de IPCS, laboratorial -mente confirmadas, no período (agregado para todas as UTIs do projeto)	Número de pacientes com cateter-dia no período (agregado para todas as UTIs do projeto)	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 1000	Mensal	100%	Ao final de cada mês a equipe do IHI ira consolidar todos os dados de todas as UTIs e criar um gráfico de controle ou tendência.	Redução de 30% em 18 meses e 50% em 36 meses

Indicadores da Colaborativa PROADI

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P,E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PROADI1_ITU-AC	Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário Associada a CVD (agregado para todas as UTIs do projeto)	R	Número absoluto de casos novos de ITU-AC confirmadas , no período (agregado para todas as UTIs do projeto)	Número de pacientes com cateter vesical de demora/dia no período (agregado para todas as UTIs do projeto)	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 1000	Mensal	100%	Ao final de cada mês a equipe do IHI ira consolidar todos os dados de todas as UTIs e criar um gráfico de controle ou tendência.	Redução de 30% em 18 meses e 50% em 36 meses

Indicadores da Colaborativa PROADI

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P,E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PROADI1_PAV	Densidade de Incidência de PAV associada a ventilação mecânica (agregada para todas as UTIs do projeto)	R	Número absoluto de casos novos de PAV associada a ventilação mecânica no período (agregado para todas as UTIs do projeto)	Número de pacientes com ventilação mecânica/dia no período (agregado para todas as UTIs do projeto)	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 1000	Mensal	100%	Ao final de cada mês a equipe do IHI ira consolidar todos os dados de todas as UTIs e criar um gráfico de controle ou tendência.	Redução de 30% em 18 meses e 50% em 36 meses

Indicadores da

Colaborativa PROADI

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P,E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
PROADI2_IPCSL	Porcentagem de UTIs que aumentaram no mínimo em 1000 dispositivo dia entre IPCSL	R	Número de UTIs que aumentaram no mínimo em 1000 oportunidades sem IPCSL	Número de UTIs participantes do projeto	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de UTIs que aumentaram no mínimo em 1000 oportunidades sem IPCSL Denominador: Número de UTIs participantes do projeto	60% em 18 meses e 80% em 36 meses
PROADI2_ITU-AC	Porcentagem de UTIs que aumentaram no mínimo em 1000 dispositivo dia entre ITU-AC	R	Número de UTIs que aumentaram no mínimo em 1000 oportunidades sem ITU-AC	Número de UTIs participantes do projeto	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de UTIs que aumentaram no mínimo em 1000 oportunidades sem ITU-AC Denominador: Número de UTIs participantes do projeto	60% em 18 meses e 80% em 36 meses
PROADI2_PAV	Porcentagem de UTIs que aumentaram no mínimo em 1000 dispositivo dia entre PAV	R	Número de UTIs que aumentaram no mínimo em 1000 oportunidades sem PAV	Número de UTIs participantes do projeto	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de UTIs que aumentaram no mínimo em 1000 oportunidades sem PAV Denominador: Número de UTIs participantes do projeto	60% em 18 meses e 80% em 36 meses

Indicadores da

Colaborativa PROADI

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P,E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
RM_F	Porcentagem de RM com feedback por parte do HUB em relação aos RM postados pelas UTIs Referência	P	Número de RM postados pelas UTIs referência com feedback	Número de RM postados pelas UTIs referência	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de RM postados pelas UTIs referência com feedback Denominador: Número de RM postados pelas UTIs referência. Os HUBs devem postar este indicador na Extranet até o dia 30 de cada mês	
RM_P	Porcentagem de Relatórios Mensais das UTIs Referência postados na Extranet	P	Número de RM postados pelas UTIs referência	Número de UTIs referência	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de RM postados pelas UTIs referência Denominador: Número de UTIs referência. Os HUBs devem postar este indicador na Extranet até o dia 30 de cada mês	

Indicadores dos Hubs

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional de Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P, E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
HUB_IPCSL	Porcentagem de UTIs que reduziram em > 50% IPCSL	R	Número de UTIs que aumentaram de UTIs que reduziram em > 50% IPCSL	Número de UTI's participantes do projeto em cada HUB	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de UTIs que reduziram em > 50% IPCSL de cada HUB Denominador: Número de UTI's participantes do projeto de cada HUB	
HUB_ITU-AC	Porcentagem de UTIs que reduziram em > 50% ITU-AC	R	Número de UTIs que que reduziram em > 50% ITU-AC	Número de UTI's participantes do projeto	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de UTIs que reduziram em > 50% ITU-AC de cada HUB Denominador: Número de UTIs participantes do projeto de cada HUB	
HUB_PAV	Porcentagem de UTIs que reduziram em > 50% PAV	R	Número de UTIs que que reduziram em > 50% PAV	Número de UTI's participantes do projeto	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	100%	Numerador: Número de UTIs que reduziram em > 50% PAV de cada HUB Denominador: Número de UTIs participantes do projeto de cada HUB	

Indicadores da Liderança

Código	Nome do Indicador	Categoria	Definição Operacional do Indicador					Guia de Coleta de Dados	Meta
		(R, P,E)	Numerador	Denominador	Calculo	Frequência	Tamanho da Amostra		
L1	Número de visitas realizadas pela liderança com a linha de frente (equipes de cada fluxo de trabalho	P	Número cumulativo de rondas realizadas pela liderança com a linha de frente (equipes de cada fluxo de trabalho	Mensal	-	Mensal	100%	É um indicador cumulativo. A cada mês contar quantas rondas forma realizadas e somar ao total do mês anterior	Quanto maior melhor

Indicadores

de Equipe

Código na Extranet	Nome do indicador	Categoria	Definição Operacional dos indicadores				Tamanho da amostra	Guia de colheita de dados	Meta	Interpretação
			Numerador	Denominador	Cálculo	Frequência				
EMPP1a	Porcentagem de pacientes que receberam visita multidisciplinar diária dentro da UTI	P	Somatório do número de pacientes internados na UTI que em cada dia tiveram pelo menos uma visita multidisciplinar	Somatório do número de pacientes internados na UTI	Dividir numerador pelo denominador e multiplicar por 100	Mensal	100%	Entende-se por equipe multidisciplinar pelo menos um médico e um enfermeiro. Cada unidade decide como coletar esta informação. Somar os pacientes visitados a cada dia, ao final do mês e dividir pelo total de pacientes internados na UTI em cada dia ao final do mês. Exemplo: a soma total de visitas multi para o mês de Novembro foram 90 (a soma de todas visitas multi realizadas a cada dia. O total de pacientes/dia 95 (todo dia se conta o Número de pacientes internado e somam-se todos ao final do mês) do mês foram realizadas. Neste caso o numerador será 90 e o denominador será 95. Estes são os Números que serão informados na Extranet	≥ 95%	Quanto maior melhor
EMPP1b	Porcentagem de pacientes que receberam visita multidisciplinar diária dentro da UTI incluindo membros da família	P	Somatório do número de pacientes internados na UTI que em cada dia tiveram pelo menos uma visita multidisciplinar que incluiu um familiar	Somatório do Número de pacientes internados na UTI	Dividir numerador pelo denominador e multiplicar por 100	Mensal	100%	Mesmo conceito acima mas incluir no numerador as visitas multi que pelo menos um familiar participou	≥ 95%	Quanto maior melhor
EMPP3	Porcentagem pacientes com definição de objetivos diários na UTI	P	Número de pacientes que no dia da avaliação tiveram os objetivos diários estabelecidos	Número total de pacientes internados na UTI no dia da avaliação	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Amostragem	Sugestão: Escolha aleatoriamente um dia por semana, alternando entre os dias da semana e os turnos de trabalho. No dia selecionado avalie todos os pacientes internados na UTI, procurando por evidências (ficheiro, formulários ou outros documentos) acerca do estabelecimento de objetivos diários para os cuidados. Na impossibilidade de analisar todos os pacientes, recomenda-se no mínimo 5 por semana (20 por mês). Apesar da coleta ser semanal (e as informações utilizadas para realizar melhorias junto da equipe), os dados são agregados e divulgados mensalmente. Referências: IHI Multidisciplinar Rounds How-to Guide e website da AHRQ para checklist de objetivos diários daily (http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/toolkit/dailygoals.html)	≥ 95%	Quanto maior melhor
EMPP4	Porcentagem de aderência à higiene das mãos	P	Número total de oportunidades em que a higiene das mãos foi realizada	Número total de oportunidades para higiene das mãos observada	Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar o resultado por 100	Mensal	Amostragem	Aplicável a todas as fluxos de trabalho. A amostra deve produzir um total de 5 oportunidades (denominador) para higiene das mãos por semana ou 20 por mês. Sugestão: a abordagem é escolher aleatoriamente um dia por semana para observar os profissionais durante a prestação de cuidados. A cada semana, o observador deve observar cinco profissionais diferentes durante uma oportunidade de higienização das mãos. A função de observador pode ser alternada entre diferentes membros da equipe a fim de reduzir a possibilidade de aumentar a adesão em virtude dos profissionais saberem que estão a ser observados. *Nota: as oportunidades para higiene das mãos devem ser baseadas nos 5 Momentos definidos pela campanha da OMS, a saber, higienizar as mãos (1) antes do contato com o paciente, (2) antes de qualquer procedimento, (3) após risco de exposição a fluidos corporais, (4) após o contato com o paciente e (5) após contato com áreas próximas ao paciente	≥ 95%	Quanto maior melhor

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Tornar os cuidados centrados nos pacientes e famílias num valor fundamental da organização, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles

Envolver o paciente e família no processo de higiene das mãos de todos os envolvidos no cuidado:

Criar as condições para que família/paciente se sintam confortáveis em colaborar para a adesão ao bundle PAV, IPCLS e ITU-AC.

Pacientes/família empoderados para perguntar e relembrar

<p>Estimular a inclusão verificador da adesão à HM e das diretrizes de prevenção de IRAS</p>	<p>Educar o paciente/família quanto a importância da higiene das mãos;</p>	<p>Incentivar familiares à higienizarem as mãos e respeitarem as medidas de precaução de contato, quando indicadas;</p>	<p>Empoderar o paciente e família para solicitar que o profissional de saúde lave as mãos nos 5 momentos;</p>	<p>Garantir a presença de álcool gel próximo ao leito e sob visualização do paciente e família;</p>	<p>Informar/ Educar o paciente e familiares sobre a forma como podem ajudar a prevenir a infecção associada a PAV. IPCLS e ITU-AC</p>	<p>PAV: sobre a realização de higiene oral 3 X dia, manutenção da cabeceira 30° e previsão de retirada do tubo; estimular e permitir a presença da família no processo de despertar diário como forma de minimizar a ansiedade/agitação do paciente</p>	<p>IPCLS: verificação se curativo limpo e seco, data de troca do curativo e do sistema de infusão, checar a realização de desinfecção de conectores por 5-15 seg., e previsão da retirada do CVC</p>	<p>ITU-AC: realização de higiene íntima 3 X dia (se paciente consciente, orientado e atividade motora de MMSS preservadas, estimular/oferecer paciente executar a higiene íntima), volume da bolsa coletora, permanência de bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e 10 cm distante do chão, previsão de retirada da sonda.</p>	<p>Incluir o paciente e familiares no estabelecimento dos objetivos diários dos cuidados e participação nas visitas multidisciplinares ou passagem de plantão</p>
--	--	---	---	---	---	--	---	--	---

Integrar pacientes e familiares na equipe de cuidados e na tomada de decisão

Promover comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multidisciplinar

<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhar as metas diárias com os pacientes e famílias 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver paciente e família na elaboração dos PDSAs relacionados ao engajamento de paciente/família • Convidá-los para participar das reuniões do projeto de prevenção de IRAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver paciente e família na elaboração e validação de todo material educativo para pacientes e famílias • Implantar a visita estendida na UTI em parceria com paciente e família 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar padrões de comportamento e valores, por escrito, para profissionais de saúde ou não que contenha o seguinte dizeres: trate os pacientes e familiares com dignidade e respeito 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir o acesso ao prontuário pelo paciente e família 	<p>Envolver o paciente e família nos cuidados para preparo da alta</p>	<p>Utilizar quadro branco ou qualquer outro quadro/painel para facilitar a comunicação entre paciente/família e time assistencial, na área física do leito</p>	<p>Instituir a pré-visita ao paciente /família como forma de identificar dúvidas ou preocupações que deverão ser respondidas durante a visita médica ou multidisciplinar</p>	<p>Estimular os pacientes e familiares à fazer perguntas durante a visita multidisciplinar (ferramenta AskMe3® poderá ser utilizada)</p>	<p>Fornecer treinamento para equipe assistencial sobre o papel do paciente e família no cuidado</p>
---	---	--	---	---	--	--	--	--	---

Promover uma cultura de qualidade e segurança, particularmente em relação a prevenção e o controle das infecções

Desenvolver um diálogo aberto e uma cultura 'justa'	Liderança envolvida e comprometida	Cultivar a transparência		
Implementar feedback (providencias tomadas) para as questões levantadas durante as rondas/reuniões (ver apresentação Rondas)	Metas de segurança para os pacientes: prevenção e o controle de infecção construídos durante discussões	Envolver a sociedade e os pacientes	Comunicar com os pacientes após a ocorrência de um evento adverso	Utilizar histórias dos pacientes
Dar feedback à equipe após a ocorrência de um evento adverso grave	Fazer a vistoria AHRQ 3 vezes na UTI durante a Colaborativa PROADI	Publicar o progresso da Colaborativa dentro e fora da organização	Partilhar as aprendizagens com outras equipas dentro da Colaborativa e além desta	

Promover uma cultura de qualidade e segurança, particularmente em relação a prevenção e o controle das infecções

5

Tornar a segurança do paciente a prioridade principal da organização	Definir objetivos amplos e mensuráveis para a organização	Demonstrar liderança visível
<p style="text-align: center;">Fazer uma declaração pública mensal sobre a Colaborativa (imprensa/eventos públicos)</p>	<p style="text-align: center;">Definir metas ambiciosas para a Colaborativa e esforçar-se para ser o melhor</p>	<p style="text-align: center;">Lideranças participam rondas/visitas/reuniões frente ao QAO com a linha de frente/equipe</p>
<p style="text-align: center;">Reuniões CA e serviços: Primeiro item da agenda: qualidade/ segurança paciente/prevenção/controle de infecção</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentar relatório mensal da Colaborativa PROADI 2. Estabelecer um debate ativo e alinhamento com os objetivos/visão/metasp do hospital 		<p style="text-align: center;">Colaborativa PROADI integrada nas operações da organização mesmo nível que aspectos financeiros/ desempenho</p>

Estabelecer supervisão do programa

Dirigente ativamente envolvido em liderar a Colaborativa PROADI

<p>Atribuir um líder de projeto para cada fluxo de trabalho (infecção)</p>	<p>Estabelecer gestão adequada da Colaborativa: grupo/comissão de gestão para rever o relatório mensal com líder da Colaborativa (indicadores/mudanças) e eliminar barreiras</p>	<p>Participar das sessões de aprendizagem conjunta da Colaborativa e nas reuniões online (Webex)</p>	<p>Assegurar-se de que o pessoal da “linha de frente” tem tempo suficiente para testar/ implementar as mudanças</p>
--	--	--	---

Supervisão e criar as condições

Garantir tempo para a melhoria

Criar uma infraestrutura de gestão e suporte

Criar as condições para que a equipe de cuidado seja competente e com conhecimento para melhorar o trabalho/processos

Certificar-se de que o programa de segurança esteja integrado dentro da gestão operacional

Desenvolver recursos de treinamento/formação para desenvolver e divulgar as capacidades de melhoria para o pessoal da linha de frente

Utilizar o IHI Open School

Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem, e a CCIH devem trabalhar juntos na Colaborativa

Envolver os líderes da linha de frente de cada setor