
Liderança de Alto Impacto do IHI para Melhoria da Qualidade e Segurança



Quando VOCÊ é o paciente...

- Se for você...qual o número correto de erros de medicamento, infecções e quedas?
- Se for você...é aceitável ter uma PAV?
- Se for você...qual % das vezes deveria receber o cuidado correto conforme o bundle?



High-Impact Leadership:

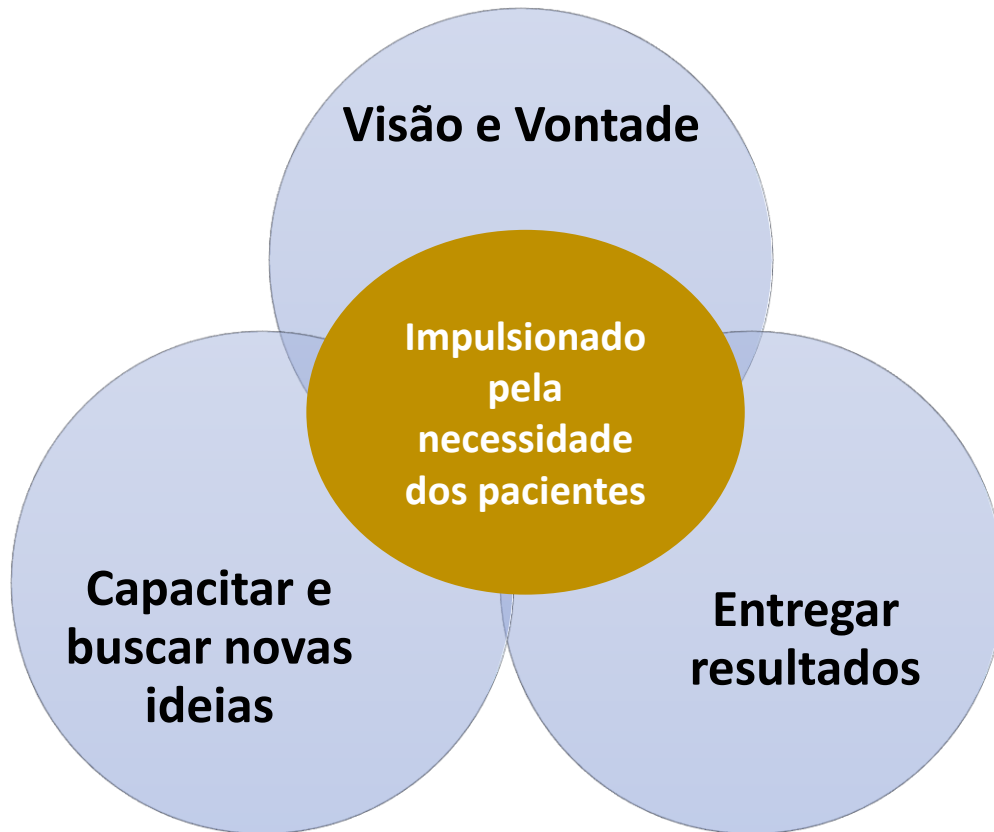
Improve Care, Improve the Health of Populations,
and Reduce Costs



Swensen, Pugh, McMullan, Kabcenell. *High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations & Reduce Costs*. 2013. Available: www.ihl.org.

Modelo para Liderança de Alto Impacto do IHI

Onde os Líderes deveriam concentrar seus esforços para gerar a **Melhoria**



Moldar a cultura



Praticando Comportamentos de Alto Impacto

Comportamento de Alto Impacto	Exemplos
Centralidade na pessoa	<ul style="list-style-type: none">• Visitar pacientes/familiares rotineiramente• Colocar pacientes em equipes de melhoria
Engajamento da linha de frente	<ul style="list-style-type: none">• Liderar equipes de melhoria que incluem colaboradores da linha de frente• Fazer visitas (rondas) e engajar colaboradores em discussões sobre os desafios de seu trabalho diário
Foco incansável	<ul style="list-style-type: none">• Esclarecer as prioridades• “Empurrão” disciplinado para atingir resultados
Transparência	<ul style="list-style-type: none">• Compartilhar tanto histórias boas sobre pacientes, quanto as ruins• Divulgar os resultados de Qualidade para que todos vejam
Ausência de fronteiras	<ul style="list-style-type: none">• Engajar outros departamentos e disciplinas no trabalho de melhoria• Procurar constantemente por novas ideias e abordagens



O Papel da Liderança

Sempre perguntar:

1. A equipe tem um objetivo bem definido?
2. Tem um método estruturado para alcançar o objetivo?
3. Esta utilizando o modelo de melhoria para realizar mudanças?



Rondas

Paulo Borem



- <https://www.youtube.com/watch?v=CIArig6pIS8>



Construindo uma Cultura de Segurança⁹

- Conduzir **rondas pela liderança (dirigente/líder de projeto)**

Liderando pelo exemplo

Interessados no trabalho da linha de frente

Ajuda a detectar problemas

- Desenvolver mecanismos de **feedback** robustos

- **Indicadores**

- Número de rondas concluídas
- Adesão a bundle e densidade de infecções



Planejamento das rondas

- **A Equipe de Rondas**

- Participantes - Dirigente, líder do projeto, gerentes, responsável pela segurança do paciente, pacientes ...
- Compromisso de tempo - uma hora por semana/mês?
- Nunca cancelar

Pessoal da linha de frente - médicos, enfermeiros, farmacêuticos estudantes ..



Modelo de ronda

- **Onde e Quando**

- Todas as unidades onde cuidados clínicos são prestados
- Horário a ser combinado entre todos

- **Cronograma**

- Semanal/mensal?
- Agendar até com um ano de antecedência
- Enviar lembretes
- Desenvolver um plano para acompanhar as visitas

- **Preparação do QAO/unidade**

- Notificar o responsável da ala pelo menos duas semanas antes
- Em frente ao quadro de aprendizagem organizacional
- Perguntas antecipadas



Roteiro

- Comece explicando o **propósito** e o que acontecerá **depois**
- Desenvolva **perguntas** que estimule a curiosidade das equipes para desenvolver soluções criativas
 - "Como o próximo paciente sofrera dano?" O que tem impedido a adesão aos bundles? "
- **Discussão**, e não checklist
- Faça **perguntas abertas e evite dar as respostas**
- As equipes da linha de frente devem se sentir **empoderadas**
- **Invista e insista na padronização**
- Decida as ações - **quem e quando**



Depois da ronda

- Envie o **e-mail** imediatamente após a ronda para todos que participaram - 'isto é o que ouvimos hoje ... você concordou em trabalhar em Vamos trabalhar em...
Atribua ações atuais e acompanhe o progresso
- Desenvolva um **banco de dados** para registrar ações e quando foram concluídas
- Produza **relatórios temáticos**
- Realize **feedback** para a equipe da ala



Quadro de Aprendizagem Organizacional

Objetivo, resultados, processos, defeitos e soluções

Objetivo

DD

PDSA

PDSA

PDSA

PDSA

PDSA

PDSA

PDSA

PDSA

Gráficos

Defeitos Identificados

Defeitos em resolução

Defeitos resolvidos



Modelo de Coaching para a Liderança Rondas

Em cada sessão de ronda com a equipe sugere-se que a liderança deveria usar sempre as seguintes perguntas.

Início da ronda

1. Qual é o objetivo do projeto?
2. Qual é a situação atual dos indicadores de resultado?

Reflexão sobre o último teste de mudança

1. Qual o ultimo teste de mudança vocês planejaram rodar um PDSA?
2. O que vocês esperavam que acontecesse?
3. O que realmente aconteceu?
4. O que vocês aprenderam com o teste de mudança?
5. Que obstáculos vocês acham que estão impedindo alcançar o objetivo? Em qual deles vocês estão trabalhando agora?
6. Qual é o próximo teste de mudança utilizando PDSA vocês irão realizar? O que vocês esperam que aconteça?
7. Quando podemos ver o que vocês aprenderam executando esse teste (PDSA)?



Pulsação: Manter o Projeto

- **Todos os dias:** assuntos diversos, 5 min, em pe, status diário de PDSA e próximos passos. Pensar em whatsapp

Semanal: reunião de equipe – Começar SEMPRE COM DD E TCP. Revisar os resultados e cronograma, planejar ciclos de mudança.

Mensal: com Patrocinador - rever o progresso e os planos no nível de resultado.

Intensa colaboração: corpo docente, colegas do curso, clinicos, experts, etc.



Psicologia de Segurança

- Somos os maiores consultores da nossa reputação e os maiores protetores desta

Para proteger nossa reputação



Equipes

O que as equipes devem fazer?

1. Planejar a frente

2. Refletir sobre o passado

3. Comunicar claramente

4. Gerenciar conflitos

Comportamentos associados

Brief (huddle, check-in)

Debrief

Comunicação estruturada
SBAR e repetir de volta

Linguagem adequada



1. O que é Briefing?

- “*Briefing*” é uma atividade simples e fácil de realizar. O pessoal da **linha de frente** usa para compartilhar informações sobre potenciais problemas de segurança, qualidade e preocupações no dia-a-dia de uma unidade de cuidado ou trabalho
- Organizar o futuro próximo



1. Sessão de Informação (Briefing)

- Planejar os objetivos da unidade e o “jogo”
- Discutir psicologia da segurança e certificar se qualidade esta garantida
- Normas de conduta são discutidas
 - Atitudes
 - Comportamentos
- Expectativas para a excelência são explicitadas



Como é feito um Briefing?

Passo 1

- Uma reunião ***semanal*** com toda a equipe
- Comece pequeno: escolha **1** unidade de cuidado
- Faça um teste
- Explique que não tem caráter punitivo
- Discuta preocupações, questões de melhoria da qualidade e segurança do paciente ou do processo



Como é feito um Briefing?

Passo 2

- Explicar a finalidade do Briefing , reforçando o aspecto não punitivo e enfatizando o limite de tempo: 15 minutos no máximo, de preferencia em pé
- Torne uma rotina a coleta de problemas e questões do dia-a-dia
- Se ninguém levantar qualquer problema de segurança ou qualidade, use alguns exemplos da lista de problemas já identificados.
- Faça um inquérito com os funcionários sobre a percepção da utilidade do Briefing



Huddles de Segurança



Matutino e Vespertino

- Reúna o pessoal na hora marcada e local
- Reforçar o aspecto não punitivo
- Pergunte ao pessoal se alguém encontrou quaisquer problemas de segurança e de qualidade (medicamentos, experimentou um "quase acidente" ou problemas de processo.
- Pergunte o que fazer para melhorar
- Combine a frequência
- Após consolidar em uma unidade, dissemine para outras



1. Huddle Matutino



- O que funcionou bem?
- O que não funcionou?
- O que poderíamos fazer diferente?
- Quais pacientes necessitam atenção especial?
- Qual o plano de cuidado?
- Quem será o responsável?

2. Huddle Vespertino

- Uma oportunidade de aprendizado para os indivíduos, equipe e organização
- Quanto mais específico, melhor
- O que fizemos bem? O que aprendemos? O que faremos diferente da próxima vez?
- Reserve um ou minuto ou dois enquanto esta fresco na sua cabeça



3. Comunicação

Comunicar com clareza durante briefing e debriefing:

- **S**BAR

Situation (Situação ou problema)

Background

Assessment (Análise)

Recommendation (Recomendação)



3. Comunicação

Eu estou **P**reocupado

Eu estou **I**ncomodado

Eu estou **C**om medo

Esta é uma questão de **S**egurança

Comunicação

I am **C**ONCERNED!

I am **U**NCOMFORTABLE!

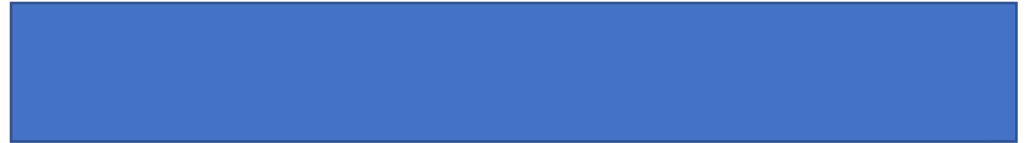
This is a **S**AFETY ISSUE!

"Stop the Line"



3. Comunicação

- Quando algo esta suspeito ou existe alguma dúvida, peça “um tempo”



Uma Pausa!!!

Próximos passos Dirigentes





Achado Cruciante
M. MARGUERITE CAMPA

Período de Ação: Tarefas dirigente

- **O que irei fazer ate terça-feira, dia 19 de dezembro?**

Ter a equipe formada e com os nomes:

Líder de projeto

Gestor

Medico e enfermeiro

Paciente/família

CCIH



O que irei fazer ate 10 de janeiro

- Verificar se o processo de coleta dos indicadores de densidade de infecção já estão sendo coletados
- Verificar se pelo menos 2 mudanças relacionadas ao engajamento/cuidado centrado na família foram testadas
- Verificar se já existe um processo de coleta de adesão aos elementos de bundle.



Período de Ação: Tarefas

- **O que irei fazer ate terça-feira, dia 10 de fevereiro?**
 1. Reunir-se com a equipe do projeto para discutir o primeiro relatório mensal de projeto



Período de Ação: Tarefas

- **O que irei fazer ate a próxima SAP da Colaborativa – Abril de 2018?**

1. Verificar se as equipe rodaram pelo menos 20 ciclos de PDSAs
2. Ter pelo menos 15 pontos no gráfico do indicador de resultado (PAV, ITUCV e ICVC e pelo menos 2 pontos no gráfico de algum indicador de adesão a bundle
3. Oferecer as condições para que as equipes frequentem a SAP





Institute for
Healthcare
Improvement

Próximos passos Líderes de projeto



Toda semana

- Huddles diários eletrônicos ou presenciais
- Reuniões 1 vez por semana com toda a equipe
- Participação das rondas
- Apoiar os testes de mudanças
- Apoiar a coleta de dados e manter em dia em os relatórios mensais



Período de Ação: Tarefas líder de projeto

- **O que irei fazer até terça-feira, dia 19 de dezembro?**
Ter a equipe formada e com os nomes:
Líder de projeto
Gestor
Médico e enfermeiro
Paciente/família
CCIH
- Definir a equipe que não viaja a SAP
- Realizar a primeira reunião com a equipe
- Objetivo de projeto declarado na Extranet
- Certificar-se se o PDSA planejado na SAP foi rodado



O que irei fazer ate 10 de janeiro

- Verificar se o processo de coleta dos indicadores de densidade de infecção já estão sendo coletados
- Verificar se pelo menos 2 mudanças relacionadas ao engajamento/cuidado centrado na família foram testadas
- Verificar se já existe um processo de coleta de adesão aos elementos de bundle.



Período de Ação: Tarefas

- **O que irei fazer ate terça-feira, dia 15 de Janeiro?**

1. Reunir-se com o dirigente e toda equipe do projeto para discutir o primeiro relatório mensal de projeto
2. Garantir que o primeiro relatório mensal na Extranet ate o dia 20 de cada mes
3. Ter tido pelo menos duas reuniões com o coordenados do HUB
4. Ter participado de uma SAV
5. Verificar se a equipe respondeu ao formulário virtual



Período de Ação: Tarefas Prioritárias

O que iremos fazer ate a próxima SAP da Colaborativa em abril de 2018?

1. Realizar pelo menos 20 ciclos de PDSAs e enviar 5 destes ao seu Hub via GoogleForms para revisão e feedback
2. Introduzir pelo menos 2 pontos em 2-3 indicadores de processo para cada uma das IRAS
3. Introduzir pelo menos 15 pontos (incluindo janeiro, fevereiro e março de 2018) nos indicadores de resultado das IRAS
4. Enviar ao Hub via GoogleForms os RM's de janeiro, fevereiro e março para revisão destes e feedback
5. Completar as enquetes AHRQ e MUSIQ e enviar estas ao seu Hub via GoogleForms ou por email



Período de Ação: Tarefas

- **O que irei fazer até a próxima SAP da Colaborativa – Abril de 2018?**

1. Verificar se as equipes rodaram pelo menos 20 ciclos de PDSAs
2. Ter pelo menos 15 pontos no gráfico do indicador de resultado (PAV, ITUCV e ICVC e pelo menos 2 pontos no gráfico de algum indicador de adesão a bundle
3. Oferecer as condições para que as equipes frequentem a SAP
4. Ter participado de todas as SAVs
5. Responder pesquisas AHRQ e MUSIQ e enviar estas ao seu Hub via GoogleForms ou por email



Dia 4 de cada mês

O IHI envia aos 11 Hubs o link de acesso a enquete GoogleForms (enquete com funcionalidade para realizar upload de documentos), **para os Hubs enviarem este link aos hospitais vinculados ao Hub.***

Dia 10 de cada mês

Lembrete
1
Hubs

Dia 14 de cada mês

Lembrete
2
Hubs

Dia 18 de cada mês

Lembrete
3
Hubs

Ate o dia 20 de cada mês

Prazo para os hospitais realizarem o upload dos devidos documentos acessando o link Google Forms que foi enviado no inicio do mês

Ate o dia 22 de cada mês

IHI organiza os documentos (RM, PDSA's, TCP) por Hub e envia estes aos EM's dos respectivos Hubs

Daniela Feitosa e Ademir P preparam relatório para as calls mensais dos Hubs e MS com resumo de atividades e progresso dos hospitais na Colaborativa

EM reúne-se com IHI para fazer um debrief mensal das atividades de coaching a respeito dos dados, PDSAs e relatórios mensais

Prazo para os EM's do Hub realizarem o feedback e fazerem o upload dos documentos revisados nas paginas das equipes vinculadas ao Hub na Extranet

No 05 de cada mês

Ate o dia 30 de cada mês



Escala de Evolução e Relatório Mensal

Metodologia de Medição do Progresso das Equipes de Melhoria



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



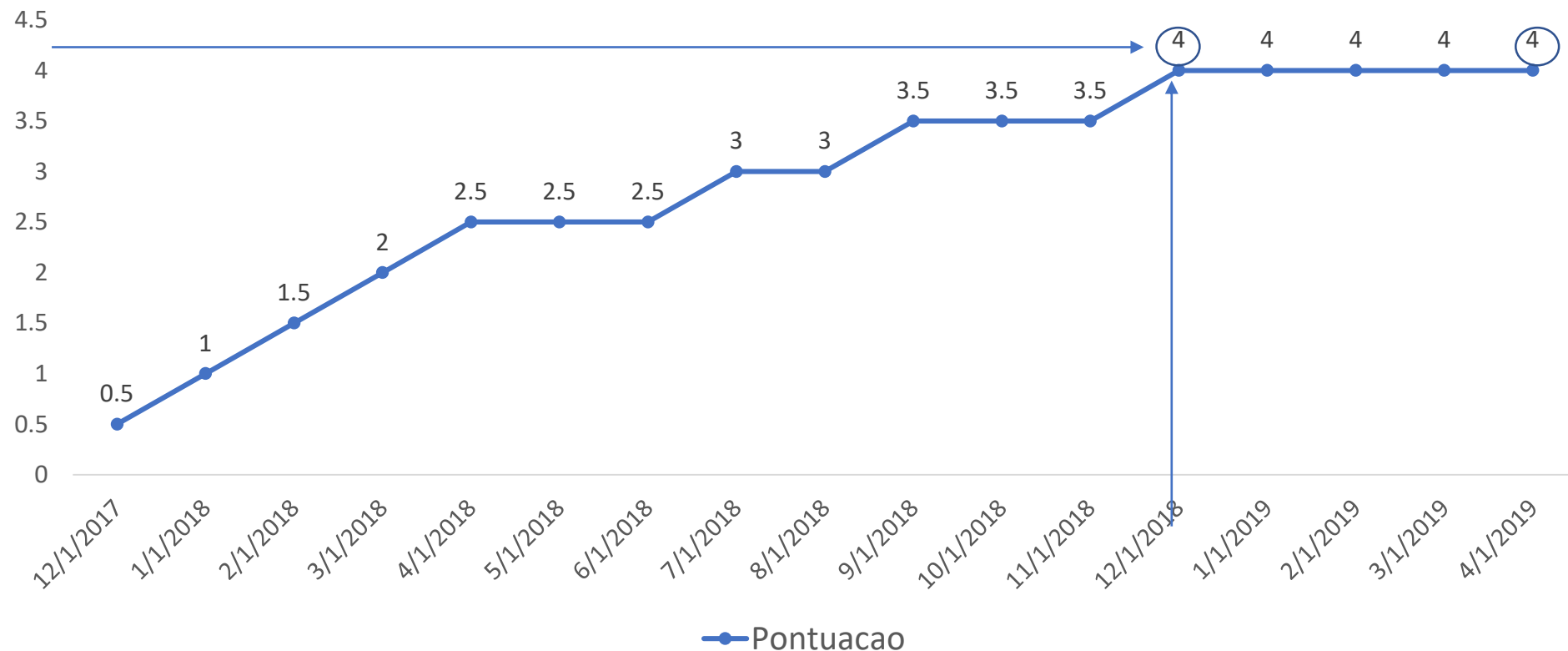
Escala de Evolução do Progresso das Equipes de Melhoria



0.5 Intenção de participar	Hospital assinou sua participação e se registrou para a SAP1
1.0 Equipes completas	Equipes estão formadas, população alvo e área piloto determinadas, objetivo definido, informação coletada e início da medição da linha de base dos indicadores de resultado.
1.5 Planejamento para o projeto se iniciou	Organização da estrutura do projeto começou. Perguntas chaves sendo discutidas como recursos e materiais necessários; frequência das reuniões; processos para coleta de dados. Equipes estão se reunindo e a discussão está ocorrendo.
2.0 Atividades iniciaram, mas sem mudanças	Representantes da equipe compareceram a SAP1. Integrantes da equipe estudaram o Diagrama Direcionador e o pacote de mudanças. Começaram o planejamento dos primeiros ciclos PDSA para coleta de informação e testes de mudanças. Dados estão sendo introduzidos na Extranet e a equipe está altamente engajada no desenvolvimento, coleta de informações, dados e discussão.
2.5 Mudanças testadas, mas sem melhoria	Mudanças sendo testadas em mais de um componente do pacote de mudanças, mas os dados ainda não mostram melhoria. Dados dos indicadores principais (resultados e processos prioritários) sendo reportados consistentemente (mensalmente). Testes conectados as mudanças identificadas como prioritárias sendo realizados.
3.0 Melhoria modesta	Ciclos de teste já finalizados com sucesso para alguns componentes do pacote de mudanças relacionados ao objetivo. Algumas implementações em pequena escala começaram em vários componentes na área piloto. Evidência de melhoria moderada em indicadores de processo Evidência de mudança na cultura para um compartilhamento de dados e seu uso para melhoria e não julgamentos.
3.5 Melhoria	Alguma melhoria em indicadores de resultado, indicadores de processo ainda melhores, ciclos de PDSA completos em muitos elementos do pacote de mudança, mudanças implementadas em vários componentes do pacote de mudanças.
4.0 Melhoria significativa	Maioria dos componentes do pacote de mudanças foram implementadas. Evidência de melhoria significativa nos indicadores de resultado. Planos para ampliação do projeto já foram feitos.
4.5 Melhoria sustentada	Pacote de mudanças foi totalmente implantado na área piloto. Melhoria sustentada nos indicadores de resultado, todos os objetivos da equipe foram alcançados e a ampliação para outras áreas já teve início.
5.0 Resultados sustentáveis espetaculares	Todos os objetivos do time foram alcançados Indicadores de resultados atingem as melhores práticas e já iniciada a ampliação para outra população/área



Escala de Evolução do Projeto



Esperamos que todas as equipes consigam atingir o nível 4 na escala de evolução do projeto até o dia 30 de abril de 2019 (30% de redução em ITUCV, ICVC e PAI).



Critérios e Expectativas da Escala de Evolução

NOVEMBRO 17

0.5 - Intenção de participar

- ✓ Intenção em participar da iniciativa
- ✓ Equipe do PPA em formação

1.0 – Equipe completa

- ✓ Equipe completa e trabalhando
- ✓ Participou de uma SAP
- ✓ Rodou pelo menos 1 PDSA

DEZEMBRO 17

1.5 - Planejamento do projeto foi iniciado

- ✓ Equipe registrada no IHI.org e cadastrada na Extranet
- ✓ Objetivo do projeto declarado na Extranet conforme orientacoes
- ✓ Papeis de cada pessoa na equipe do projeto definida conforme orientações
- ✓ A equipe já possui uma agenda de trabalho (reuniões agendadas e normas para funcionamento da equipe)
- ✓ O especialista em melhoria do seu hub tem todas as condições em orientar os hospitais nestes itens



Critérios e Expectativas da Escala de Evolução

JANEIRO 18

2-.0- Atividades iniciaram, mas nenhuma melhoria foi alcançada

- ✓ O indicador de Percentual de partos vaginais Robson 1 a 4 foi postado na Extranet com pelo menos 6 pontos, mas ainda não demonstra melhoria

ABRIL 18

2.5 - Mudanças testadas mas nenhuma melhoria foi alcançada

- ✓ Todos os indicadores do projeto já têm dados postados na Extranet mas nenhuma melhoria pode ser notada
- ✓ Pelo menos 20% das ideias de mudanças do pacote de mudanças já foram testadas (com pelo menos 1 ideia de mudança de cada conceito de mudança) foi testada com PDSA (PEQUENA ESCALA)



Critérios e Expectativas da Escala de Evolução

SETEMBRO 18

3.0 – Testes continuam e implementações já realizadas com melhoria do indicador % PV Robson 1 a 4

- ✓ Pelo menos 30% das ideias de mudanças do pacote de mudanças já foram testadas (com pelo menos 2 ideias de mudanças de cada conceito de mudança) foi testada com PDSA (pequena escala). 20% das ideias testadas já devem ter sido implementadas. Pelo menos 30% da meta do indicador % PV Robson 1 a 4 foi atingida

JANEIRO 18

3.5 – Melhoria

- ✓ Pelo menos 40% das ideias de mudanças do pacote de mudanças já foram testadas (com pelo menos 3 ideias de mudanças de cada conceito de mudança) foi testada com PDSA (pequena escala).
- ✓ 30% das ideias testadas já devem ter sido implementadas
- ✓ Pelo menos 50% da meta do indicador % PV Robson 1 a 4 foi atingida



Critérios e Expectativas da Escala de Evolução

MAIO 19

4.0 - Melhoria foi alcançada

- ✓ 80% da meta do indicador % PV Robson 1 a 4 já foi alcançada
- ✓ Melhoria do indicador de satisfação com equipe e hospital
- ✓ Nenhum aumento dos indicadores de equilíbrio (eventos adversos e admissão UTI neonatal)

4.5 - Melhoria sustentável

- ✓ 90% da meta do indicador % PV Robson 1 a 4 já foi alcançada
- ✓ Melhoria do indicador de satisfação com equipe e hospital
- ✓ Nenhum aumento dos indicadores de equilíbrio (eventos adversos e admissão UTI neonatal)



Critérios e Expectativas da Escala de Evolução

MAIO 19

5.0 - Resultados sustentáveis espetaculares

- ✓ 100% da meta do indicador % PV Robson 1 a 4 já foi alcançada
- ✓ Melhoria do indicador de satisfação com equipe e hospital
- ✓ Melhoria nos indicadores eventos adversos e admissão UTI neonatal




Autoavaliação do Guia do Pacote de Mudanças da Colaborativa



Para ajudar a responder a questão do Modelo de Melhoria “quais mudanças estão resultando em melhorias?” durante a colaborativa pedimos a vossa colaboração com o preenchimento recorrente do Guia do Pacote de Mudanças via *SurveyMonkey*.

De 6 em 6 meses iremos enviar um link para preencherem esta auto avaliação.

Para cada conceito de mudança do Pacote de Mudança, como você classificaria seu hospital atualmente?
Escolha a alternativa que mais se aproxima do status atual.

- * 9. (1.1) Alta liderança, obstetras, enfermeiros, linha de frente com as habilidades em melhoria contínua 
- 0. O hospital **não tem qualquer profissional** especializado em ciência da melhoria e **não tem nenhum conhecimento** sobre o assunto
 - 1. O hospital **não tem profissionais** especializados em ciência da melhoria mas **tem alguma familiaridade** sobre o assunto mas não possuiu projetos de melhoria na maternidade
 - 2. O hospital **tem profissionais** especializados em ciência da melhoria, **possuiu projetos de melhoria** no hospital mas **não na maternidade**
 - 3. O hospital **tem profissionais especializados** em ciência da melhoria, **possuiu projetos de melhoria** no hospital e na **maternidade** e tem **fluência** completa no assunto



* 14. (2.3) Ouvir Gestantes e Famílias (Eventos Adversos) 

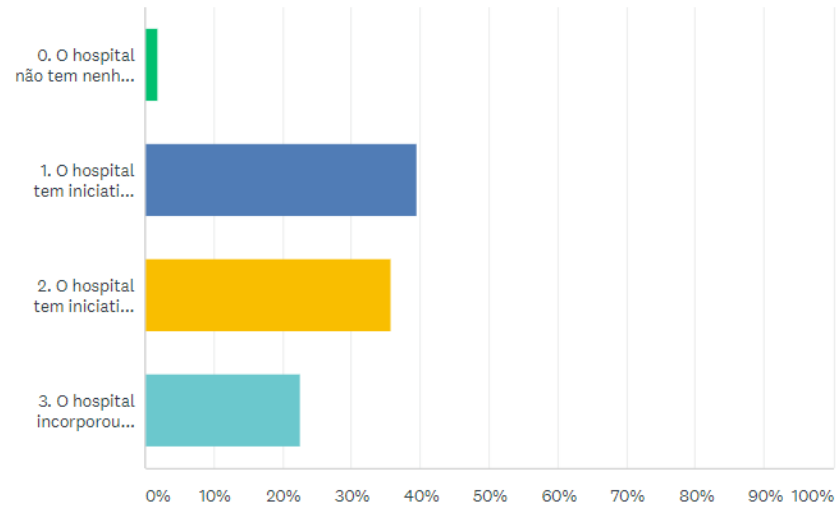
- 0. O hospital **não tem análise** de eventos adversos e debriefings com as famílias
- 1. O hospital **tem análise** de eventos adversos, mas não faz o debriefing com as famílias, e **nenhuma ação é tomada** após a análise do evento.
- 2. O hospital **tem análise** de eventos adversos, faz o **debriefing** com as famílias, mas **nenhuma ação é tomada** após a análise do evento.
- 3. O hospital **tem análise** de eventos adversos, faz o **debriefing** com as famílias, e faz **planos de ação** para correção dos pontos encontrados na análise do evento.

* 19. (3.5) Modelos de assistência ao Parto assistido por Equipe Multidisciplinar 

- 0. O hospital **não** assiste parto com plantonista, **nem equipe interna** que dê apoio ao médico externo
- 1. O hospital **não** assiste parto com plantonista, mas **tem equipe interna que dê apoio ao médico externo**
- 2. O hospital **não** assiste parto com plantonista, mas **tem equipe interna** que dê apoio ao médico externo, e **promove a cooperação entre médicos e enfermeiras** para criarem modelo de assistência centrado no paciente
- 3. O hospital **assiste** parto com plantonista, tem **equipe interna que dê apoio ao médico externo, promove a cooperação entre médicos e enfermeiras** para criarem modelo de assistência centrado no paciente

(1.2) Educar líderes sêniores, prestadores, comunidade e gestantes sobre o benefício do parto vaginal fisiológico

Answered: 53 Skipped: 8

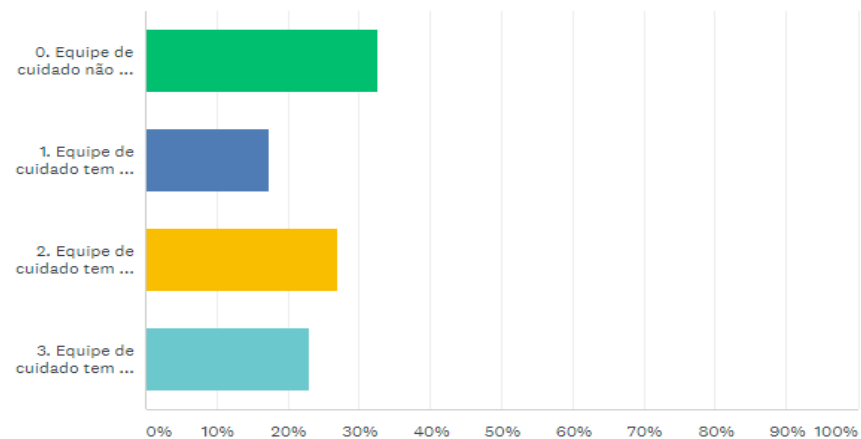


ANSWER CHOICES	RESPONSES
▼ 0. O hospital não tem nenhuma iniciativa para educar os cuidadores sobre as vantagens do parto vaginal fisiológico	1.89% 1
▼ 1. O hospital tem iniciativas ocasionais para educar os cuidadores sobre as vantagens do parto vaginal fisiológico	39.62% 21
▼ 2. O hospital tem iniciativas frequentes para educar os cuidadores sobre as vantagens do parto vaginal fisiológico	35.85% 19
▼ 3. O hospital incorporou permanentemente atividades para educar os cuidadores sobre as vantagens do parto vaginal fisiológico e mede a eficiência e eficácia destas iniciativas	22.64% 12
TOTAL	53



(2.1) Gestantes e famílias empoderadas para tomar as decisões sobre o Processo do Nascimento com o apoio da equipe de cuidado.

Answered: 52 Skipped: 9



ANSWER CHOICES	RESPONSES
<ul style="list-style-type: none"> 0. Equipe de cuidado não usa plano de parto como orientador do tipo de cuidado que vão prestar e não oferece preparo para o parto vaginal fisiológico 	32.69% 17
<ul style="list-style-type: none"> 1. Equipe de cuidado tem um modelo de plano de parto como orientador do tipo de cuidado que vão prestar mas não tem como rotina orientar e solicitar as famílias que preencham e oferece curso convencional de preparo ao nascimento (muitas vezes só o médico dá aulas) 	17.31% 9
<ul style="list-style-type: none"> 2. Equipe de cuidado tem um modelo de plano de parto como orientador do tipo de cuidado que vão prestar, solicita às famílias que o preencham mas a aplicação não é sistemática e não tem consentimento informado discutido e explicado. O curso de preparo das gestantes está sendo reestruturado 	26.92% 14
<ul style="list-style-type: none"> 3. Equipe de cuidado tem um modelo de plano de parto como orientador do tipo de cuidado que vão prestar, solicita às famílias que o preencham assim como o termo de consentimento para procedimentos e tem como rotina a discussão plena do plano de parto com as famílias e gestantes e se empenham em seguir o plano de parto. Possui grupos de gestantes no formato de rodas de conversa, nas quais o profissional que conduz o grupo atua como facilitador, possibilitando que as mulheres se expressem livremente, trazendo suas dúvidas e experiências e, a partir da fala das mulheres, contribui com informações baseadas em evidência) 	23.08% 12
TOTAL	52



Relatório Mensal das Equipes de Melhoria



Relatório Mensal do Projeto

COLABORATIVA PROADI

Hospital: xxxxxxxxxxxx

MUSIQ:

xx de xxxx de xxxx



Gráfico da escala de evolução

O objetivo é chegar a 4

Copiar da Extranet e indicar pontuação atual



Relatório mensal

Nome do Projeto:

Nome do patrocinador:

Nome do Hospital:

Data do relatório:

Nome do Líder:

O que estamos tentando alcançar?
(Incluir data do início/fim e objetivo)

PDSAs ativos

•

Mudanças atuais que estão sendo testadas

•

O que é importante
trabalhar neste momento?

Barreiras que precisam serem
superadas e necessidades especiais

Equipe

Justificativa do projeto:

Recomendações / Próximos Passos

•



Relatório mensal

Nome do Projeto:

Nome do patrocinador:

Nome do Hospital:

Data do relatório:

Nome do Líder:

Como saberemos que uma mudança é uma melhoria?

Copiar da Extranet e colar aqui e em slides seguintes TODOS os RUN CHARTS da Extranet.

Indicadores de Resultado/Processos/Balanceado.



Objetivo do Projeto

Colar aqui o objetivo de projeto descrito na Extranet



Estratégia dos PDSAs

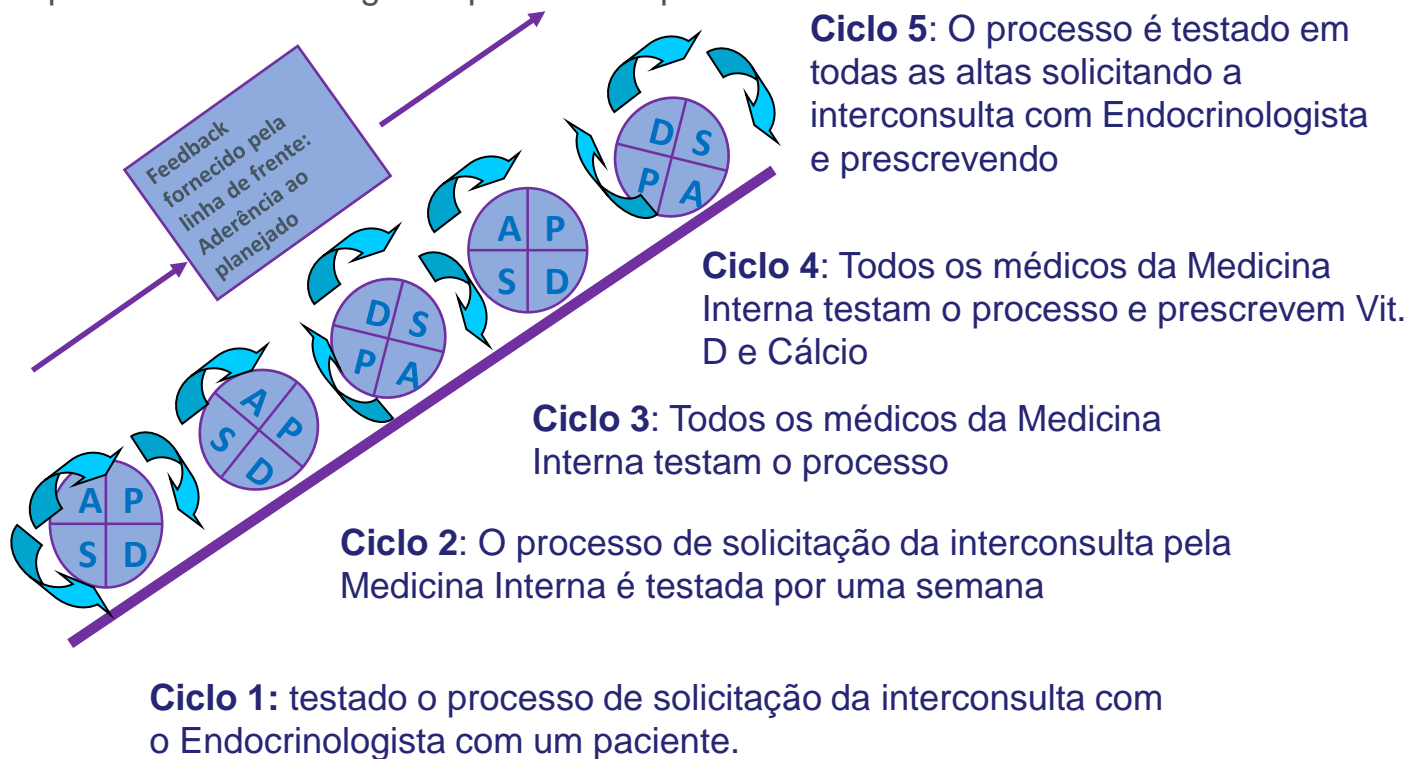
Como você está organizando o seu trabalho em testar e implementar as mudanças?
Inserir rampas de PDSAs



Um exemplo de rampa de PDSA

Objetivo Rampa 1

Solicitar interconsulta com Endocrinologista antes de dar alta de pacientes com cirurgia de prótese de quadril.



Exemplo do seu ciclo de PDSA



Lista das mudanças que o projeto já realizou

Planejando testar	Em teste	Implementadas



Implementação

O que você já realizou para que as mudanças na sua organização sejam sustentáveis?

