



International

Conhecendo o Advisory Board

Road Map

1

O Advisory Board Company em parceria com o HCOR?
Gabrieli Baretta

2

Global Centre for Nursing Executives
Vanessa Orco

3

Clinical Operations Board
Lachezar Manaziev

Quem somos

Nós somos a principal organização associativa de consultoria em assistência médica do mundo. Possuímos mais de 30 anos de experiência **ajudando a aprimorar a assistência médica**.

Com insights únicos de mais de 200,000 entrevistas anuais com a nossa rede mundial de líderes progressivos em assistência médica, nós sabemos como resolver os desafios mais urgentes de nossos afiliados. Nós começamos com grandes resultados e engenharia reversa para ajudá-los a potencializar o seu pleno potencial por meio de práticas comprovadas já testadas nas fronteiras da assistência médica. A nossa perspectiva inigualável sobre as tendências globais nos ajuda a focar nas diretrizes, a descobrir áreas de oportunidade e reiniciar iniciativas interrompidas – em suma, nós os ajudamos a “ouvir o sinal entre o ruído”.

Consequentemente, os nossos afiliados alcançam retornos expressivos, direcionando investimentos de tempo, atenção e recursos de forma mais eficaz e eficiente, enquanto eles potencializam a força latente de suas equipes para solucionar os desafios de hoje e de amanhã.

30 anos de experiência

Mais de **50** países representados

Mais de **3600** organizações participantes

Mais de **165,000** líderes em assistência médica



Pesquisa e Insights

Tecnologias de Desempenho

Consultoria e Gestão

Desenvolvimento de Talentos

Clinical Operations Board

Global Centre for Nursing Executives

Global Forum for Health Care Innovators

Clinical Investment Insights

Global E-Health Executive Council

Cobertura completa para a assistência hospitalar

Parceria com afiliados para transformar o desempenho organizacional

PESQUISA E IDEIAS

Afiliações que oferecem orientação estratégica e ideias

TECNOLOGIAS DE DESEMPENHO

Colaborações entre pares apoiadas por plataformas analíticas baseadas na Web

CONSULTORIA E GERENCIAMENTO

Serviços de apoio prático e de gestão de prática

DESENVOLVIMENTO DE TALENTO

Parceria para impulsionar o impacto e o engajamento da força de trabalho

Clinical Operations Board

Transformando a qualidade e a eficiência do atendimento

Pesquisa de melhores práticas para apoiar líderes clínicos e operacionais de alto escalão que trabalham incansavelmente para proporcionar atendimento seguro, eficaz e eficiente às suas comunidades.

- Melhoria da qualidade clínica e segurança do paciente
- Maximização do uso da capacidade
- Parceria com médicos
- Garantia do uso eficiente dos recursos
- Cultivo da liderança clínica
- Gerenciamento de pacientes com doença crônica

Assessoria a líderes clínicos e operacionais de alto escalão

Global Centre for Nursing Executives

Construção da organização de enfermagem de categoria internacional

Pesquisa para uma rede internacional de enfermeiros-chefe sobre o elemento mais amplo e mais crítico da força de trabalho de assistência à saúde em uma época de grandes desafios

- Obtenção de excelência na qualidade e na segurança do atendimento
- Melhoria da experiência do paciente
- Recrutamento e retenção de enfermeiros de alta qualidade
- Desenvolvimento da próxima geração de líderes de enfermagem

Assessoria a diretores de enfermagem de alto escalão

Road Map

1

O Advisory Board Company em parceria com o HCOR?
Gabrieli Baretta

2

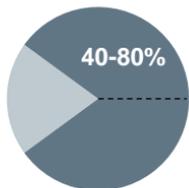
Global Centre for Nursing Executives
Vanessa Orco

3

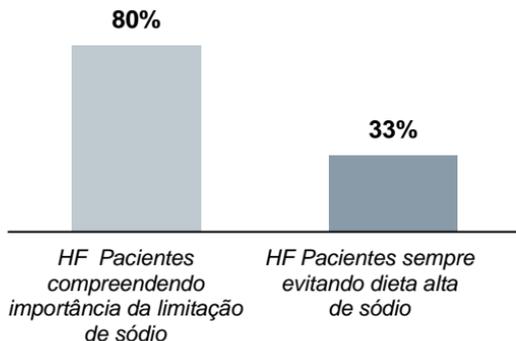
Aproveitar ao máximo a sua afiliação: primeiros passos

Falta conhecimento do paciente e aderência

Informação médica oferecida pelos profissionais de saúde é esquecida imediatamente



Adesão às recomendações de cuidado entre pacientes cardíacos



Qualidade e não quantidade em educação do paciente

As intervenções educativas precisam ser projetadas para pacientes idosos com comorbidade significativa, fadiga e disfunção cognitiva. É importante para direcionar as barreiras à aprendizagem, tais como limitações funcionais e cognitivas, equívocos, baixa motivação e autoestima ...

Caso contrário, a educação pode ser um desperdício de tempo, tanto para o paciente quanto para os profissionais de saúde, já que a educação recebida não significa automaticamente que a informação é absorvida ou retida.

Anna Strömberg
Linköping University Hospital, Suécia

Processo de três passos para melhorar educação

Programa integral de educação e ativação do paciente

Principais passos para melhorar a educação de pacientes

1

Identificar o cuidador primário em casa



Três perguntas para identificar aluno-chave

- Quem ajuda você com a sua medicação em casa?
- Quem acompanha as consultas médicas?
- Quem deve estar presente para ouvir as instruções da alta?

2

Conhecimento sequência, atitude, e reensino comportamental



- Personalizar abordagem educacional ao aluno-chave
- Envolver equipe de cuidado integral para evitar oportunidades de aprendizagem não atendidas
- Agendar metas educacionais com aluno-chave
- Conduzir sequência de reensino integrado de três dias

3

Incorporação de processos em fluxo de trabalho



- Implantar treinamento de equipe para se preparar para implantação do programa de reensino
- Recrutar enfermeiros com experiência para ser campeões de reensino
- Integrar processo de reensino em rotina diária dos enfermeiros
- Fornecer enfermeiros com materiais de apoio

Perdido na tradução

Dirigir educação para o cuidador primário

Três perguntas para identificar aluno-chave



1. Quem ajuda você com a sua medicação em casa?
2. Quem acompanha as consultas médicas?
3. Quem deve estar presente para ouvir as instruções da alta?

Perguntas dão informações sobre comportamentos do paciente em sua casa

Aluno-chave identificado no quadro do paciente para visibilidade de toda a equipe de cuidados

Materiais educacionais personalizados para corresponder com o estilo de aprendizagem do aluno



Para mais informações sobre identificação de aluno chave, consulte *Estratégias de enfermagem para evitar readmissões evitáveis* em advisory.com/gcne.

Concentrar esforços na mudança de comportamento

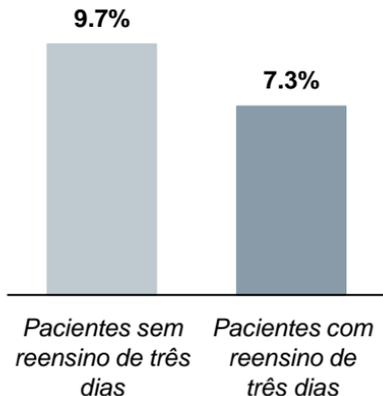
Sequência de uma série de lições interativas

Série de perguntas para o reensino integrado de três dias com pacientes cardíacos

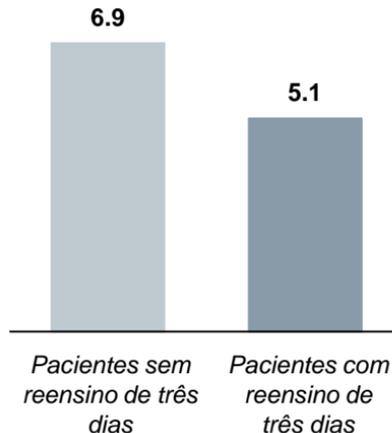
Conhecimento	Atitude	Comportamento
<i>O quê?</i>	<i>Por que?</i>	<i>Como?</i>
Dia 1	Dia 2	Dia 3
<ol style="list-style-type: none"> Qual é o nome do seu diurético? Quanto peso você deve ganhar para que chame o seu médico? Você tem uma balança em casa? Quais alimentos você deve evitar quando você tem insuficiência cardíaca? Quais são os sintomas da insuficiência cardíaca? 	<ol style="list-style-type: none"> Por que é importante tomar o medicamento para a insuficiência cardíaca a cada dia? Por que é importante evitar alimentos com sódio (sal)? Por que é importante prestar atenção aos sintomas da insuficiência cardíaca? Por que é importante prestar atenção para o ganho de peso? 	<ol style="list-style-type: none"> Como você vai se lembrar de tomar o diurético todos os dias? Como você planeja mudar para uma dieta baixa em sódio? Como é que vai verificar se há sintomas de insuficiência cardíaca a cada dia? Como é que vai pesar-se todos os dias?

Rumo à alta mais segura e antecipada

Índice de readmissão de pacientes cardíacos, pela mesma razão, após 30 dias



Estadia média de pacientes cardíacos



95%

Enfermeiros entrevistados que “concordam” ou “concordam totalmente” com a ideia de que a reeducação “iria ajudar a aumentar a qualidade e/ou segurança dos pacientes”



Transformando a vida do paciente

“Eu tive insuficiência cardíaca há anos e ninguém nunca me ensinou essas coisas.”

Paciente

Lehigh Valley Health Network

Road Map

1

O Advisory Board Company em parceria com o HCOR?
Gabrieli Baretta

2

Global Centre for Nursing Executives
Vanessa Orco

3

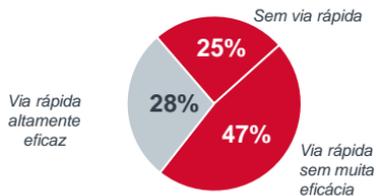
Clinical Operations Board
Lachezar Manaziev

Segmentação do paciente: margem de melhoria

Via rápida nem sempre gera os benefícios prometidos

Utilização da via rápida ao redor do mundo

n=379 equipe do PS mundial¹⁾



“

A segmentação beneficia a todos

“Alguns pacientes que não estão muito doentes ficam muito agitados e impacientes e começam a atrapalhar o PS porque ficam bisbilhotando, e se você colocar estes pacientes numa outra área seria muito melhor.”

Enfermeiro chefe do PS, hospital público belga

1) Resposta da pergunta “A sua organização implantou alguma tática de eficiência no pronto-socorro? via rápida para pacientes de baixo risco”. Opções de respostas são: “não, nem planejando implantar”, “não, planejando implantar nos próximos 2 anos”, “sim, baixa eficácia”, “sim, moderadamente eficaz”, “sim, altamente eficaz”, ou “não sei”.

Fazendo a via rápida funcionar

Abordagem de reformulação do Mary Washington Hospital

Principais características da antiga via rápida



Espaço

Unidade com 16 leitos, parte do PS próximo da triagem



Efetivo

3 auxiliares médicos¹, 2 enfermeiros, 2 técnicos; auxiliares médicos capazes de atender 2,1 pacientes por hora

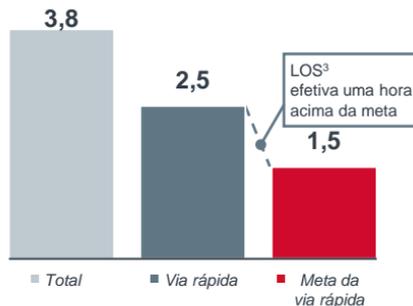


Crítérios de inclusão

Pacientes com ESI² nível 4 e 5, alguns nível 3



Tempo médio de internação no PS



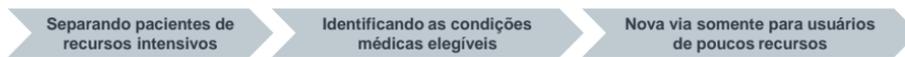
Resumo do caso: Mary Washington Hospital

- Hospital comunitário localizado na cidade de Fredericksburg, na Virgínia, nos EUA, com volume anual de pacientes no PS de 85.000
- Enfrentou aumento do tempo de internação para tratar e dar alta a pacientes, volumes transbordando para área de via rápida
- Resolveu reformular a área de baixa acuidade para captar somente aqueles que precisam de poucos recursos⁴

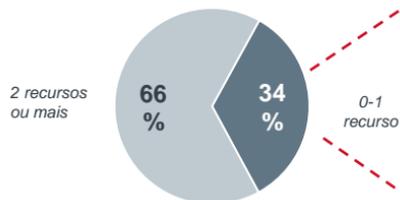
1) Os auxiliares médicos fazem parte da equipe de atendimento médico, realizam diagnósticos médicos, consultam a responsabilidade final pelo atendimento ao paciente no pronto-socorro.
2) Índice de gravidade de emergência - um sistema de triagem utilizado para determinar a gravidade de emergência.
3) Tempo de internação.
4) Para os fins deste estudo, definimos recursos como a combinação de tempo e necessários para avaliação e tratamento adequado do paciente.

Novo pensamento, mas ideias ainda antigas

Uma via rápida melhor



Percentagem de visitas ao PS por utilização de recursos¹



Condições comuns da super via

- ✓ Lesão única na extremidade
- ✓ Dor de ouvido
- ✓ Reparo de laceração
- ✓ Dor de garganta não complicada
- ✓ Retirada de nova receita
- ✓ Geralmente, pacientes com ESI² de nível 4 e 5

1) Para os fins deste estudo, definimos recursos como a combinação de tempo e efetivo da equipe, exames, e consultas necessários para avaliação e tratamento adequado do paciente.

2) Índice de gravidade de emergência.

Otimizando a alocação de recursos

Alinhando o efetivo às chegadas



Avaliação das necessidades do paciente



Gerindo mudanças de demanda

- Coordenou a produtividade da equipe - dois pacientes por hora – segundo o horário de pico de chegada
- Agora dois auxiliares médicos e dois enfermeiros são escalados para área



Alinhando o efetivo à capacidade física

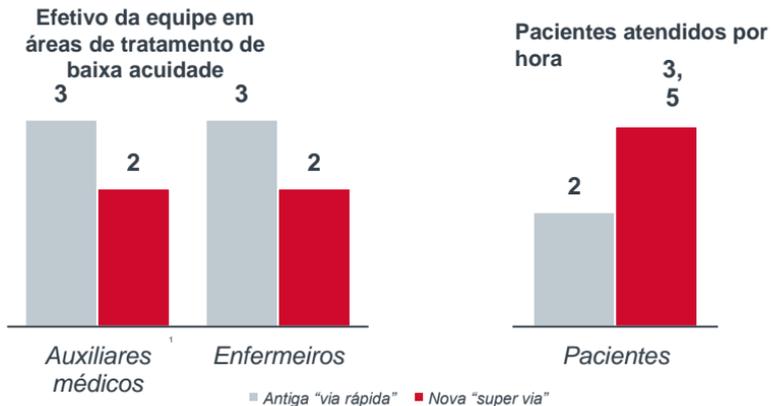
- Escalado com base no efetivo; dois leitos e uma cadeira para talas e outros procedimentos simples são atribuídos a equipe composta de um auxiliar médico e um enfermeiro

1) *Prestador de serviços de saúde capaz de prestar atendimento sob supervisão médica; igual a médico júnior.

2) Classificado como Índice de Gravidade de Emergência (ESI) de nível 4 e 5.

Produtividade aprimorada com efetivo menor

Nova super via compensa



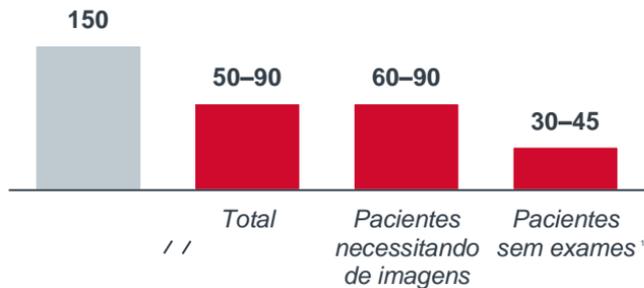
1) Os auxiliares médicos fazem parte da equipe de atendimento médico, realizando tarefas diagnósticas e terapêuticas similares às dos médicos, contudo a responsabilidade final pelo atendimento ao paciente permanece com o médico.

Fonte: Mary Washington Hospital, Fredericksburg, Virginia, EUA, entrevistas e análises do Advisory Board.

Recuperando tempo e recursos de tratamento

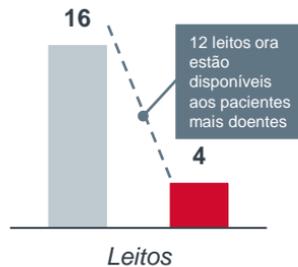
Desocupando leitos para pacientes mais enfermos

Tempo de internação do PS, pacientes de baixa acuidade



■ Antiga "via rápida" ■ Nova "super via"

Leitos alocados a pacientes de baixa acuidade



1) Pacientes que não necessitam de radiologia nem de exames laboratoriais.

Replanejando a trajetória de média acuidade

Enfermeiro de triagem utiliza critérios para inserir paciente na via apropriada¹

“Centro A”: ESI nível 3s de baixa acuidade

Típicas condições:

laceração, febre, dor no flanco

Horário de funcionamento:
8 às 13 horas

Efetivo: um PA², dois enfermeiros, um técnico

Número de leitos: seis leitos, um leito adaptável compartilhado com a via rápida

“Centro B”: ESI nível 3s estável, não complexo

• Típicas condições: indivíduos com gravidades além do “Centro A,” contudo aquém do PS principal

• Horário de funcionamento: 9 às 15 horas

• Efetivo: um médico, dois enfermeiros, um técnico

• Número de leitos: nove leitos

PS principal: ESI nível 3s doente, complexo

• Típicas condições: dores abdominais, sepsia

• Horário de funcionamento: 24/7

• Efetivo: dois médicos, sete enfermeiros, três técnicos, duas secretárias de unidade

• Número de leitos: 23 leitos³



Resumo do caso: PeaceHealth Southwest Medical Center

- Hospital com 450 leitos localizado na cidade americana de Vancouver, no estado de Washington, com 110.000 visitas ao PS por ano
- Colaborou com enfermeiros da linha de frente para criar uma via para pacientes com ESI de nível 3, segmentando-os segundo a acuidade e necessidades de diagnósticos para otimizar o processamento destes pacientes de difícil classificação
- Processo colaborativo ajudou a gerir proativamente gargalos associados à população com ESI de nível 3, resultando em melhorias gerais no tempo de internação do PS, taxas de desistência

1) Uma cópia dos critérios de triagem ESI de nível 3 do PeaceHealth está disponível no apêndice.

2) Auxiliar médico.

3) Considera-se 23 quartos com um leito cada; cinco leitos são quartos comportamentais/reclusão.

Escalção inteligente é essencial para o sucesso

Princípios do modelo de escalção da via de média acuidade do PeaceHealth

Quatro pilares do novo modelo do PeaceHealth



Flexibilidade embutida

Equipe clínica pode ser deslocada para outros centros para atender a mudança nos volumes de pacientes. Médico apoia o auxiliar médico no centro adjacente

Equipe mais capacitada na liderança

Os líderes de projeto selecionaram pessoal dedicado, que trabalha bem com os outros, e disposto a verbalizar. Os membros selecionados atuaram como mentores e líderes para o resto da equipe



Transição bem amparada ao novo modelo

O facilitador permanece na área por três meses após a implantação para garantir a sustentabilidade e apoiar a equipe. O facilitador é capaz de esclarecer quaisquer dúvidas e assegurar que a equipe não regrida ao antigo modelo

Recursos alocados conforme a demanda

Horário de funcionamento e número do efetivo determinado com base nos dados dos volumes do paciente e nos níveis de acuidade durante o dia



Protegendo um recurso escasso: o leito do PS

Mantendo pacientes menos doentes na vertical

Antiga filosofia: paciente é dono do leito



Todos os pacientes recebem leitos, independente da acuidade



Leito do paciente ocupado mesmo enquanto aguarda resultados de exames, testes



Capacidade do paciente limitada pelo número de leitos



Relatos de pacientes que pioram ao ocupar o leito

Nova abordagem: tratando pacientes verticalmente



Designar responsável pelo processo de colocação de pacientes para tomar decisões



Desenvolver critérios para selecionar pacientes apropriados aos leitos



Selecionar local próximo à frente do PS



Usar a criatividade para proteger a privacidade



Sua mesa está pronta

"É como um restaurante. Você quer que a mesa fique pronta rapidamente... você quer que as pessoas comam e que não fiquem muito tempo. É o mesmo conceito. Você quer que os quartos sejam usados para o que for necessário, e se o paciente não precisa estar numa sala de exames, o paciente pode estar em outro lugar... mantenha os pacientes que podem ficar na vertical, na vertical."

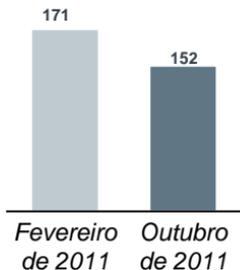
*Professor adjunto de medicina de emergência,
Centro médico acadêmico no nordeste dos EUA*

Abordar uma população complicada compensa

Foco nos pacientes de média acuidade gera ganhos gerais

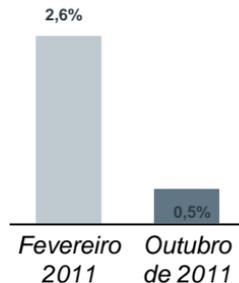
Tempo de internação do pronto-socorro

Minutos



Taxa de desistência¹

Percentagem de todas as chegadas de pacientes ao PS



Consulte advisory.com/cob/EDToolSuite para baixar uma versão dos critérios de triagem ESI de nível 3.²

1) Melhorias no fluxo geral do PS atribuídas à nova via de média acuidade.
2) Uma versão impressa dos critérios está disponível no apêndice.

Fonte: PeaceHealth Southwest Medical Center, Vancouver, Washington, EUA; entrevistas e análises do Advisory Board.

Via de média acuidade não é uma solução universal

Adaptando estratégias para gerir ESI de nível 3s para PSs com volume reduzido

Outras opções para gerir pacientes de média acuidade

Estratégia	Descrição
Prever a demanda para pacientes de média acuidade	<ul style="list-style-type: none">Examinar as chegadas dos pacientes, volumes de pacientes com ESI¹ nível 3; ajustar efetivo e recursos para acomodar a demanda
Desenvolver critérios para segmentar pacientes de média acuidade	<ul style="list-style-type: none">Criar critérios para melhor segmentar pacientes de alta gravidade com ESI nível 3 dos pacientes de baixa gravidade com ESI nível 3Se o volume não exigir uma via de média acuidade separada, resumir os critérios para distinguir os pacientes mais críticos com ESI nível 3 dos pacientes mais adequados à Via RápidaEducar a equipe de enfermagem sobre como separar pacientes de média gravidade
Diretrizes de pedidos antecipados	<ul style="list-style-type: none">Capacitar enfermeiros, implantar protocolos para iniciar pedidos de exames antecipadamente, testes diagnósticos realizados no início para pacientes de média acuidade com certas condições²

1) Índice de gravidade de emergência.

2) Condições incluem, entre outras, dor abdominal, dor peitoral, falta de ar, dor nas extremidades, e hemorragia vaginal.

Representantes da equipe

OBRIGADO! THANK YOU!

Dedicated Advisor



Contato principal



Gabi Baretta

202-266-6381

BarettaG@advisory.com

Senior Analyst



Lachezar Manaziev

manasiel@advisory.com

Senior Analyst



Vanessa Orco

orcozerv@advisory.com