

APUNTS

Gestió i qualitat en els serveis d'infermeria

3r. Grau d'Infermeria | Manresa 2015-2016 | prof. **Rafael Gómez i Jordi Mauri**

Alumnes | **Oscar Maristany, Montse Fernández i Carles Mayol Bonet**

Bonesvenes.com



UNIVERSITAT
A MANRESA

BLOC 1: QUALITAT

Tema 1 | Conceptes generals

Què es la qualitat ?

La qualitat és l'orientació als clients, oferint un producte/servei, que cobreixi les seves necessitats i expectatives al mínim cost possible i en el temps adequat. Per treballar per assolir un servei de qualitat cal identificar les àrees de millora d'aquest.

- *Per treballar amb qualitat s'ha d'avaluar.*
- *Treballem perquè els nostres clients estiguin satisfets.*
- *Quan parlem de qualitat, hem de tenir clar que el producte estigui orientat al client (orientació al client).*
- *Realitzat en el temps adequat (temporització).*

Què es un procés assistencial ? És una seqüència d'accions dirigides a produir valor afegit, al que anem a fer. **Procés assistencial** = seqüenciació d'accions, representa conjunt d'etapes dins del procés.

Exemple per ordre de seqüenciació al servei d'urgències:



Aspectes que influeixen en el valor afegit: tots els aspectes esmentats a continuació, els hem de treballar per donar valor afegit al procés assistencial.

Aquests són:

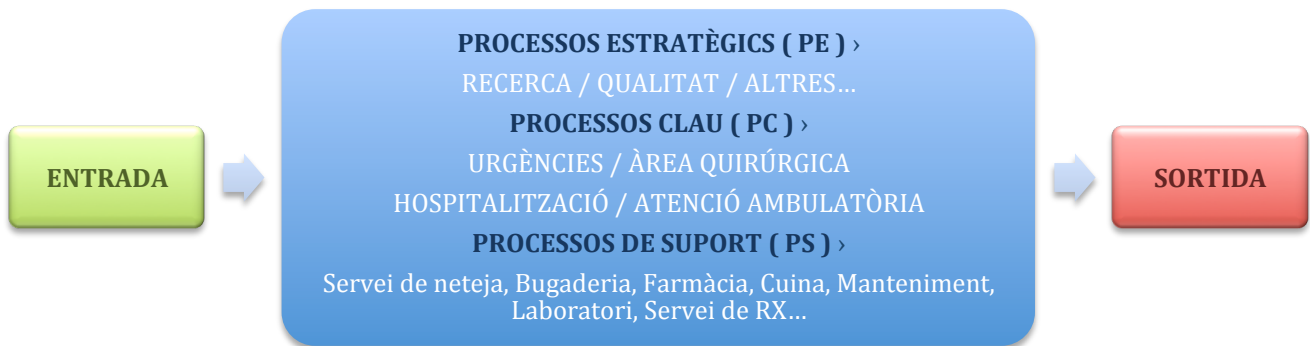
- **Necessitats.**
- **Expectatives.**
- **Temps.** (no superar l'establert)
- **Informació.**
- **Tracte.**

› **Mapa de processos: PREGUNTA EXAMEN**

Fonamentalment, hi ha tres tipus de processos:

1. **Processos ESTRATÈGICS (PE):**
Dirigeixen l'organització. Marquen el camí que segueix la organització
2. **Processos CLAU (PC):**
Processos que sustenten l'organització
3. **Processos de SUPORT (PS):**
Recolzen els processos clau de l'organització.

Exemple: mapa de processos d'un hospital.



Què és l'excel·lència ? És el valor afegit que atribuïm a un producte que ja és de qualitat (satisfà als clients).

En el sistema sanitari, l'excel·lència passa per:

- **Compassió**
- **Respecte**
- **Sensibilitat**

MILLORA CONTINUADA DE LA QUALITAT

Fer les coses adequades i correctament per obtenir els millors resultats clínics possibles per als clients.

Anàlisi i millora de tots els processos de l'organització: hospitalització, at. Ambulatoria, at. Quirúrgica, at. Urgent. Aquest mètode s'utilitza per analitzar els processos, fer accions de millora per millorar els resultats.

PRECEDENTS HISTÒRICS

Ernest Cottman fou el primer cirurgià que realitzava un seguiment als seus pacients/usuaris per millorar la seva tècnica quirúrgica.

Florence N. va disminuir la taxa de mortalitat, treballant amb persones de la organització.

CONCEPTES BÀSICS:

Atenció de qualitat, és el tipus d'atenció que maximitza el benestar del pacient després de tenir en compte el balanç de pèrdues i guanys esperats contemplant el procés d'atenció en totes les parts. (*Avedis Donabedian*, 1980)



Model A. Donabedian

Transversalitat: L'usuari va passant per tots els processos (domicili › hospitalització › socio-sanitaris)

Estructura: Format per recursos personals/humans i recursos materials.

Procés: Format pel **procés tècnic** (tot allò relacionat amb les tècniques i tecnologies) i **procés interpersonal** (tot allò relacionat amb les relacions).

Resultat: Producte de les nostres actuacions.

Qualitat: Característiques que s'han de poder mesurar, per tal d'assolir els objectius pel qual es va crear.

Les coses s'han de fer adequades i correctament per:

- A. Obtenir millors resultats clínics possibles per al client
- B. La satisfacció per a tots els clients
- C. Un sòlid rendiment econòmic

GESTIÓ DE LA QUALITAT

És la funció directiva qui desenvolupa i aplica la política de qualitat emmarcada en la direcció estratègica de l'organització.



Diferències entre:

- **Gestió:** sempre parlem **d'objectius**.
La gestió directiva aposta per implementar mètodes
- **Investigació:** sempre parlem **d'hipòtesis**.
- **Qualitat:** sempre parlem **d'estàndards**.
L'estàndard és el nivell de la pràctica que volem assolir.

E estàndards: Nivell acceptable per la pràctica. Surten de la evidència científica o del consens d'un grup.

DIMENSIONS DE LA QUALITAT:

Aspectes que s'han de donar a una atenció, perquè sigui considerada de qualitat.

- **Eficàcia:** grau de consecució dels objectius
- **Eficiència:** grau de consecució dels objectius al mínim cost possible
- **Efectivitat:** benefici assolit respecte al assolible
- **Equitat:** grau en que una persona o grup reben la mateixa atenció (igualtat)
- **Adequació:** grau en que la nostra actuació és rellevant per l'usuari.
- **Accessibilitat:** grau de facilitat en que un usuari rep una atenció
- **Puntualitat:** grau en que es dispensa una atenció en el temps necessari.
- **Satisfacció:** grau en que cobrim les necessitat i expectatives de l'usuari.
- **Seguretat:** grau de disminució del risc en la prestació sanitària.
- **Respecte:** grau en que l'usuari s'implica i els professionals mostren generositat i sensibilitat per les seves necessitats.

› Motivacions per la millora de la qualitat: IMPORTANT

- **Ètiques** (codis deontològics)
- **Legislació** (acreditació, permisos obertura)
- **Motius socials** (imatge, demanda social, garantia)
- **Motius econòmics** (racionalització de la despesa).
Gastar allò que és adequat

PLANIFICACIÓ DE LA QUALITAT

1. **Trilogia de Juran:** Era millor planificar-se en lloc de mesurar la millora de la qualitat.



Dins de la PLANIFICACIÓ ...

- Cal definir **la missió**: la nostra raó de ser.
- Haurem de **definir la nostra cartera de serveis**.
- **Dotació de persones i de recursos econòmics** per la producció.
- **Dissenyar els processos** de producció.
- **Disseny del sistema de mesura i millora**.

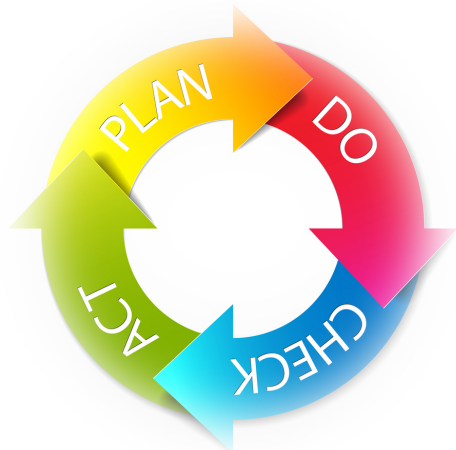
Dins la MESURA i MILLORA ...

Apareix el Benchmarking, és a dir, comparar-se. Hem de saber quines són les nostres dades. **El meu resultat el tinc que comparar amb aquell que considero que ho fa molt bé**, per identificar les meves àrees de millora i realitzar les accions de millora que consideri per després terminar de fer la producció.

2. Cicle PDCA

Cercle de millora continuada. Planificació, realització, avaluació i accions de millora i tornem a començar de nou.

PDCA és la sigla corresponent a les diferents fases del cicle de millora contínua, en què una acció determinada es planifica ("Plan"), es realitza ("Do") i es verifica i controla ("Check"), i al capdavall es posen en marxa accions de correcció o de millora ("Act") per a assolir la millora continua de l'activitat.



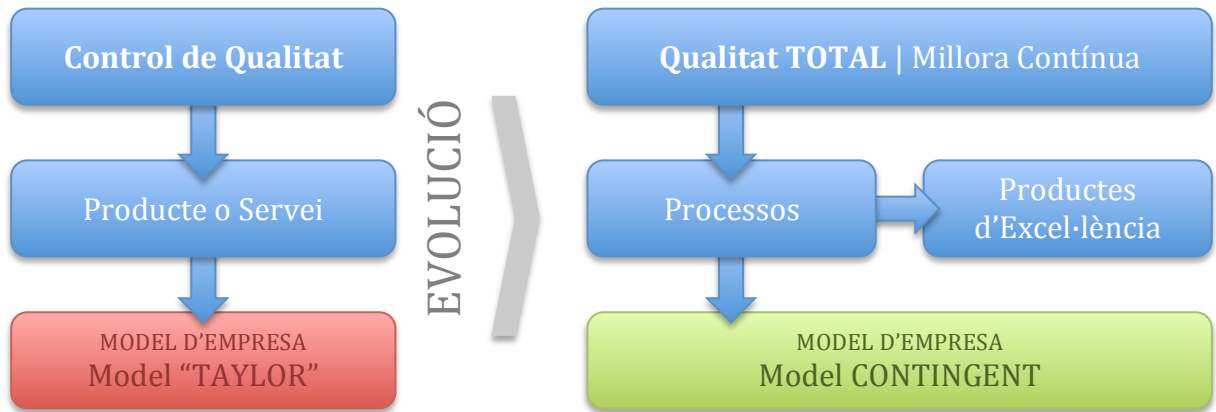
3. Lògica Reder (ve del EFQM)

Demana que facis la reflexió prèvia, de quin és el teu objectiu, quins resultats vols assolir.



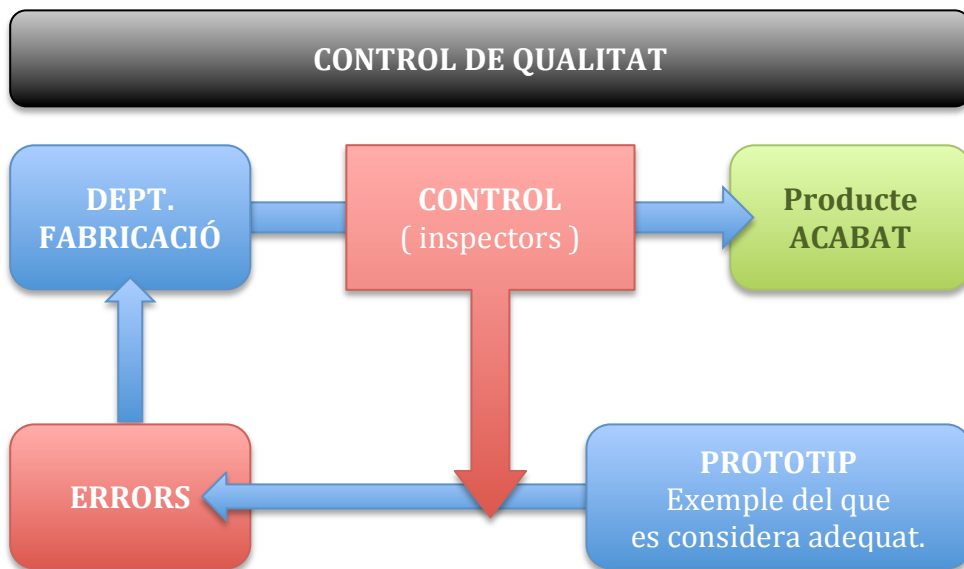
REVISIÓ HISTÒRICA

Existeixen uns models de qualitat i d'empresa que sempre han d'anar units.



MODEL TAYLOR

Té una jerarquia vertical, hi ha separació entre qui dona les ordres i qui les executa. Es treballa per tasques (incentius si es produeix més). La connotació és treballar perquè necessito diners, ha d'haver-hi un supervisor (connotació negativa del treball).



Quan tinc el producte acabat, el comparo amb el prototip.

MODEL CONTINGENT

Estructura horitzontal, no hi ha comandament, no hi ha diferència del qui mana amb el qui treballa. Són empreses horitzontals.

És un treball multidisciplinari: decisió i execució compartida. **Empowerment:** donar la capacitat de decidir als treballadors. *Exemple de model contingent:* l'Hospital Cínic de Barcelona

Ha d'anar relacionat amb la **qualitat total** (la qualitat no té sostre, sempre treballem per millorar contínuament la qualitat). Més que control, és la prevenció d'errors. **El model de qualitat total és el model actual.** En aquest model sempre mirem el producte final però sempre analitzem el procés de producció.

Tema 2 | Definició, orígens i evolució dels sistemes d'acreditació i models d'excel·lència

Hi ha diferents sistemes que ens permeten treballar amb la qualitat.

- **Autorització:** procés pel qual una organització sanitària s'audita externament en quant a la seva estructura física, organitzativa i funcional. Es materialitza en un permís. En el centre queda registrat al registre de centres, serveis i establiments sanitaris.
- **Certificació:** és el procediment pel qual una entitat independent, assegura que el teu producte o servei s'està desenvolupant en base a unes normes de qualitat molt específiques. *Exemple:* normes ISO.
- **Acreditació:** procés d'auditoria de l'estructura física funcional organitzativa i del seu sistema de gestió de qualitat en base a uns estàndards. **Se li reconeix la competència** o capacitat per a desenvolupar les seves funcions al centre. *Exemple:* Joint Comission, Model d'Acreditació Català...
- **Excel·lència:** nivell màxim, estratègia de gestió de l'organització per satisfer les necessitats i expectatives dels nostres grups d'interès (els accionistes en empreses, CatSalut, inversors...).



SISTEMES INTERNACIONALS DE QUALITAT:

Nivells de certificació:

- **ISO (International Organization for Standardization):** et diu que estàs treballant per millorar. Es poden aplicar a qualsevol entorn, a diferents àmbits. No diu qui és el millor, tan sols es certifica que s'està treballant per millorar.

ISO – 9001: certificació que tens un sistema que gestiona la qualitat

ISO – 14001: certificació del sistema de gestió mediambiental de l'empresa

ISO – 27001: certificació de la gestió de la seguretat de la informació

Nivells d'acreditació:

- **Joint Comission:** avaluació externa específic institucions sanitàries respecta a uns estàndards de qualitat. Es especifica de l'entorn sanitari. Creada als Estats Units al 1951, a Espanya la exclusivitat d'aquesta acreditació la té la Fundació Avedis Donabedian (FAD).
- **EFQM:** acredita un model de gestió de la qualitat total. Es fonamenta en l'autoavaluació i la gestió de processos, model de millora contínua. Posa de manifest els punts forts i les àrees de millora. És un model participatiu, genera menys rebuig ja que és menys costós pel sistema d'autoavaluació. És genèric, qualsevol empresa es pot presentar.

Nivells d'excel·lència:

- Nivells de reconeixement (el club d'excel·lència en gestió).
- Faig autoavaluació i presento la memòria (compromís cap a l'excel·lència). A més puntuació, més reconeixement.

Excel·lència Europea 300 +

Excel·lència Europea 400 +

Excel·lència Europea 500 +

Tema 3 | Origen i impacte del model d'acreditació a Catalunya

Què és l'acreditació ?

Mètode per impulsar els professionals dels centres sanitaris a analitzar la seva organització i a incidir en la millora de la qualitat assistencial.

- No és un mètode per establir un rànking.
- No és un mètode per donar recursos ni puntuar.

Objectius:

- Garantir la qualitat de la prestació.
- Impulsar la millora de l'organització.



Història:

- 1979 Catalunya comença a tenir competències en sanitat.
- 1981 Primer procés d'acreditació per a centres hospitalaris a Catalunya.
- 1983 Segon procés d'acreditació per a centres hospitalaris a Catalunya.
- 1991 Tercer procés d'acreditació per a centres hospitalaris a Catalunya.
- 2006 Es parla d'un altre procés d'acreditació.

El model d'acreditació català esta basat en l'EFQM.

- Centrat en el **procés**.
- Orientat en els **resultats**.
- Satisfacció dels **ciutadans**.
- Satisfacció dels **professionals**.
- Impacte positiu en la **societat**.

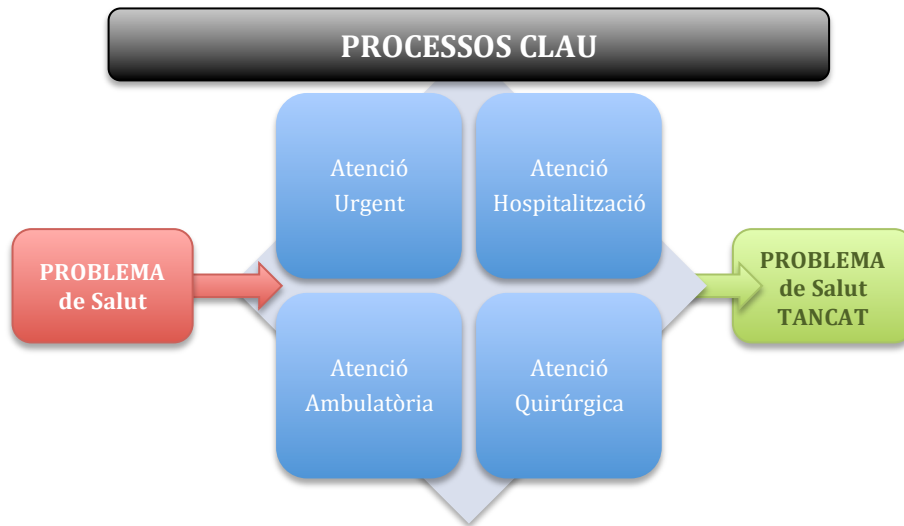
És necessari obtenir acreditació perquè un centre pugui formar part de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP).

Com és el procés d'acreditació: fases i metodologia

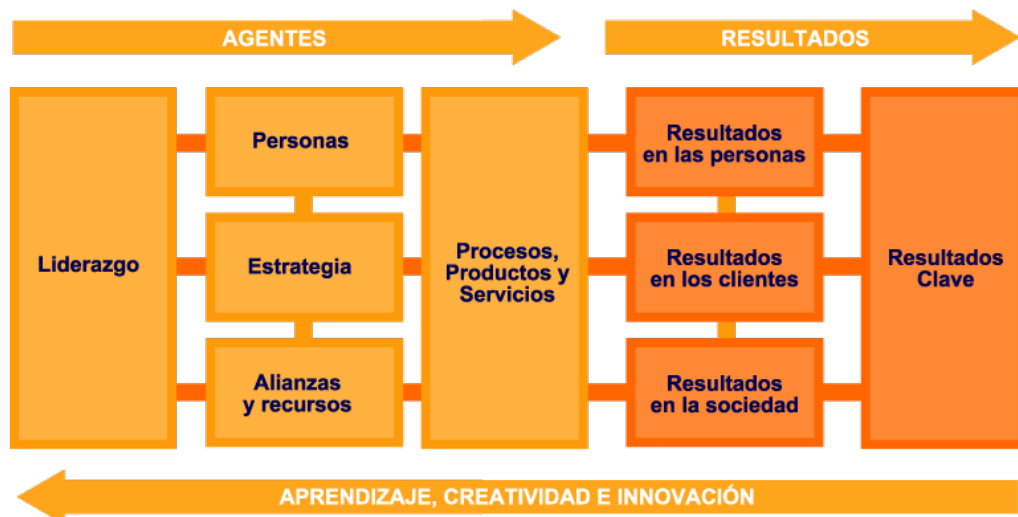
1. **Autoavaluació:** en base als estàndards
2. **Auditoria externa:** venen de fora consultors (acreditats per l'ENAC) per verificar. Elaboren un informe final.
3. **Comitè d'acreditació:** són els que miren l'informe dels consultors. Es proposa l'acreditació del centre a la Direcció General.
4. **Acreditació:** és la resolució. Té una durada de 3 anys.
5. **Seguiment del pla de millora.**

Com ho avaluem:

- Per sota del 60 % no acreditació.
- Per sobre de 90 % acreditació.
- Entre 60-90 % acreditació però amb pla de millora.



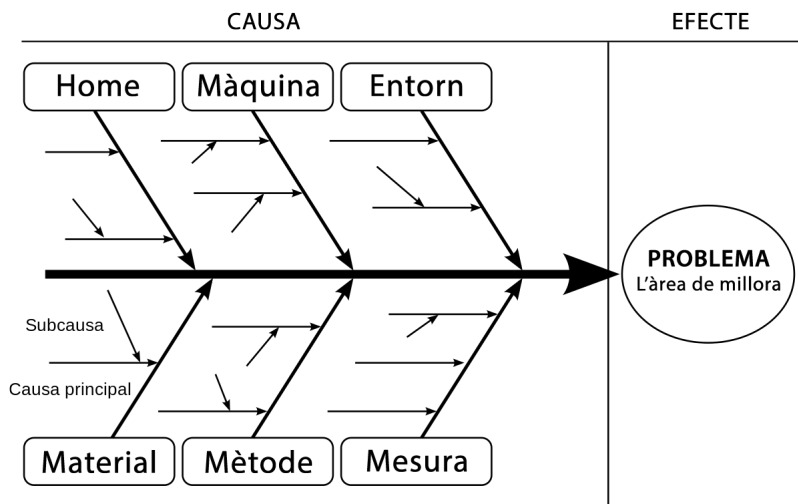
Grup de millora: ens ajuden a com fer aquests projectes. Ha d'estar format per un grup multidisciplinari amb experts en la matèria que es va a treballar.



Passos a seguir:

- Hem de fer un **llistat de les àrees de millora**.
- Hem de prioritzar les àrees de millora, per **identificar l'àrea de millora en la que incidirem**.
- Farem anàlisis causal de problemes, **anàlisi causa-arrel** (Diagrama d'Ishikawa). Buscarem les causes que generen l'àrea de millora.

Diagrama d'Ishikawa



Les categories (on busquem les causes) que utilitzarem són:

organització, estructura, entorn, professionals i clients.

- Hem de fer un llistat de totes les causes identificades.
- Un cop tenim el llistat, les hem de puntuar del 1 al 10 segons freqüència d'aparició.
- Un cop puntuades hem de sumar la puntuació de cada causa.
- Un cop sumades les hem de prioritzar.

Després farem una taula de freqüències:

- **Fq. Absoluta** (el resultat de les sumes)
- **Fq. Relativa** (dividir la causa pel total)
- **Fq. Acumulada** (anar sumant causa amb causa)

Conclusions que va treure: (Regla 80/20),
el **20% de les causes, ocasionen el 80% del problema.**

Per tant no cal treballar-les totes, tan sols les que arriben al 80%

Com fer l'anàlisi de la prioritització:

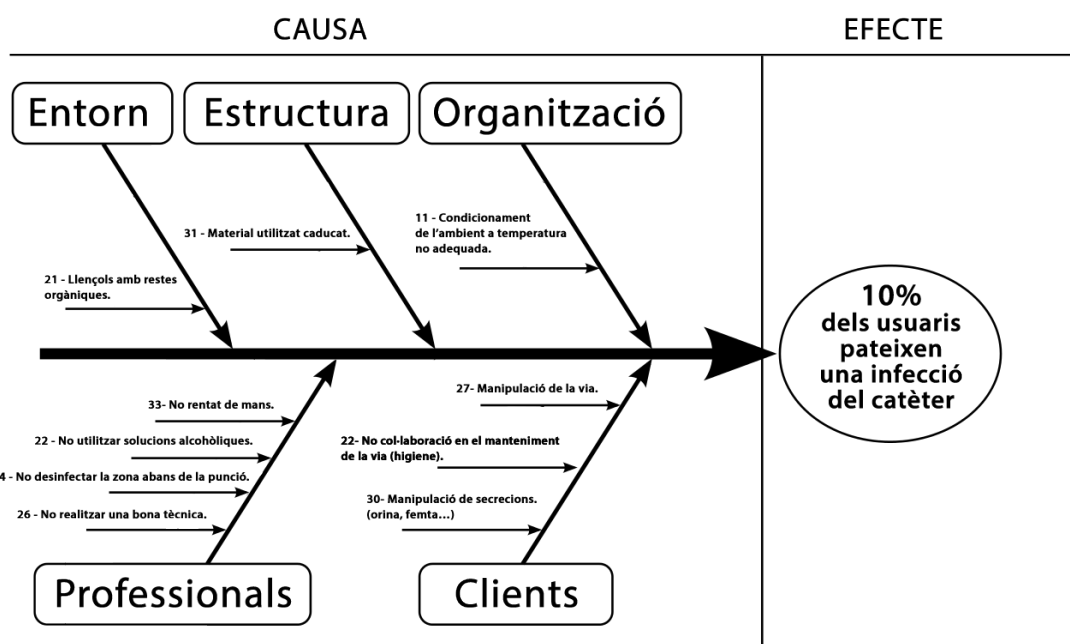
- **Cost:** si gastes poc donem un 5 / si gastes molt donem un 1

DESCRIPCIÓ		PUNTUACIÓ				
Causa	Acció de millora	Efectivitat	Cost	Factibilitat	Acceptació	TOTAL

Escala: 1-5 (1 cap / 2 alguna / 3 moderada / 4 alta / 5 molt alta)

ACTIVITAT: el 10% dels usuaris pateixen una infecció del catèter

Identificar l'àrea en la que incidirem:



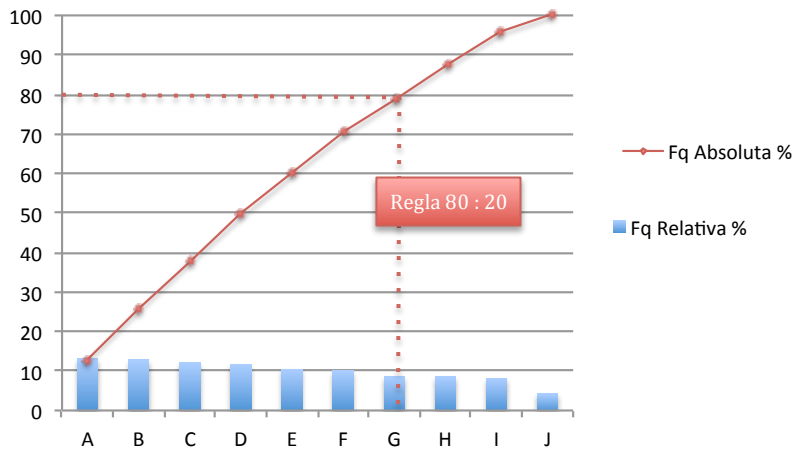
Realitzar la taula de freqüències:

Causa	Freqüència ABSOLUTA	Freqüència RELATIVA %	Freqüència ACUMULADA %
A. No desinfectar zona abans de punció	34	13,23	13,23
B. No rentat de mans	33	12,84	26,07
C. Material utilitzat caducat	31	12,06	38,13
D. Manipulació de secrecions	30	11,67	49,8
E. Manipulació de la via	27	10,50	60,3
F. No realitzar una bona tècnica	26	10,11	70,41
G. No utilitzar solucions alcohòliques	22	8,56	78,97
H. No col·laborar en el manteniment	22	8,56	87,53
I. Llençols amb restes orgàniques	21	8,17	95,7
J. Condicionament ambient T ^a no adequada	11	4,28	99,98

Gestió i qualitat en els serveis d'infermeria | APUNTS

professors: Rafael Gómez, Jordi Mauri | curs: 3er. Grau d'Infermeria | Manresa 2015 / 2016

alumnes: Oscar Maristany, Montse Fernández i Carles Mayol



On es poden centrar els esforços...

Descripció	PUNTUACIÓ					
	Efectivitat	Cost	Factibilitat	Acceptació	TOTAL	
A. Desinfectar la zona						
B. Rentat de mans abans i després						
C. Comprovar caducitat del material						
D. Educació sanitària						
E.	Educació sanitària	2	5	4	3	14
	Protegir la via	4	3	4	4	15
F. Seguir els protocols						
G. Utilitzar solucions alcohòliques						

Tema 4 | Seguretat del pacient

En el món sanitari hem d'estar sempre a la última. S'han d'adquirir i mantenir elevats estàndard de qualitat científic-tècnic.

- **Valors professionals: honestedat i fiabilitat,**
són claus per garantir **la confiança** en la relació clínica.

Quan parlem de seguretat al pacient, seran sempre danys evitables (danys que podríem haver evitat).

Definició de seguretat del pacient: Absència, prevenció i millora dels resultats adversos originats com a conseqüència de l'atenció sanitària.

- **Professionals:** bones pràctiques (pràctiques segures).
- **Institucionals:** centres segurs.
- **Polític:** estratègia que promou canvis en el Servei Nacional de Salut (SNS) i a en la societat.

Exemples de danys evitables:

- Errors de transfusió
- Mort
- Cirurgia en lloc incorrecte
- Confusió d'historials
- Infeccions hospitalàries
- Errors de medicació
- Caigudes

Causes de l'augment del risc:

- Centres sanitaris complexos
- Fragmentació de l'atenció (a un pacient l'atenen molts sanitaris)
- Condicions dels sistemes

CONCEPTES DE SEGURETAT DEL PACIENT: **error, incident, cas sentinella...**

1. **Error.** Fa referència a l'acció

Estem parlant del fet de no portar a la pràctica una acció, tal i com estava prevista, o aplicar un pla incorrecte. Ex. : errors de medicació, identificació, ...

Tipus d'errors:

- **Per omissió:** perquè no ho hem fet.
- **Per comissió:** perquè no s'ha fet tal i com es pretenia.
- **Per procés:** perquè està mal organitzat.
- **Per capacició:** a nivell de competència professional.

2. Incident

Esdeveniment o la circumstància que ha produït o podia haver produït un dany innecessari al pacient.

Tipus incidents:

a) Els que NO arriben al pacient:

- **Circumstància notificable:** una situació en gran capacitat de produir dany, però en la que no es dona cap incident.
Ex.: no funciona desfibril·lador i havia estat revisat.
- **Quasi incident:** *Ex. El cas d'un malalt que el donen d'alta sense prescripció mèdica per HTA.* Seria si es donen compte de l'error i no passa res.

b) Els que arriben al pacient

- **Incident sense dany:** mateix exemple que l'anterior però es donen compte de l'error uns dies tard.
- **Esdeveniment advers:** provoca un dany, hi ha una lesió relacionada amb l'assistència sanitària, més que en les complicacions de la malaltia de l'usuari (lesió evitable).
Ex. Caigudes, nafres, infecció nosocomial, RAM, ...

3. Cas Sentinella (cas + greu)

Situació o esdeveniment advers que deriva amb la mort del pacient o la pèrdua permanent e important d'una funció.

És de caràcter imprevist i sense relació amb l'evolució natural de la malaltia.

Ex. Mort perinatal, oblit de material en IQ, fer prova de Rx a dona embarassada, error lateralitzat, etc ...

Aspectes més preocupants en temes de seguretat:

- Els aspectes indesitjats dels medicaments
- Les infeccions nosocomials
- Les complicacions del curs clínic
- Els errors diagnòstics i terapèutics

Estudi Nacional sobre els Efectes Adversos lligats a l'Hospitalització (ENEAS)

- Incidència d'EAs del 8,4 %
- El 9,3 % dels usuaris ingressats pateixen algun efecte advers (EA)

Per ordre d'importància:

1. **Medicació** 37,4 %
2. **Infeccions nosocomials** 25,3 %
3. **Problemes tècnics** 25 %

El 42,8 % dels EAs es van considerar evitables.

APEAS estudi a l'atenció primària: cada 100 visites es dona 1 EA (efecte advers).

El 70 % dels EAs es van considerar evitables.

ERROR HUMÀ

Hi ha diferents **models d'anàlisi de l'error humà:**

1. Model centrat en la persona

Els errors són produïts per l'oblit, falta de motivació, negligència, etc, per part de la persona.

Els instruments que es tenen per disminuir els errors:

- Culpabilitzar
- Disciplinar
- Avergonyir

AL PERSONAL

2. Model centrat en el sistema

Es parteix de que l'ésser humà és fiable i que es pot equivocar.

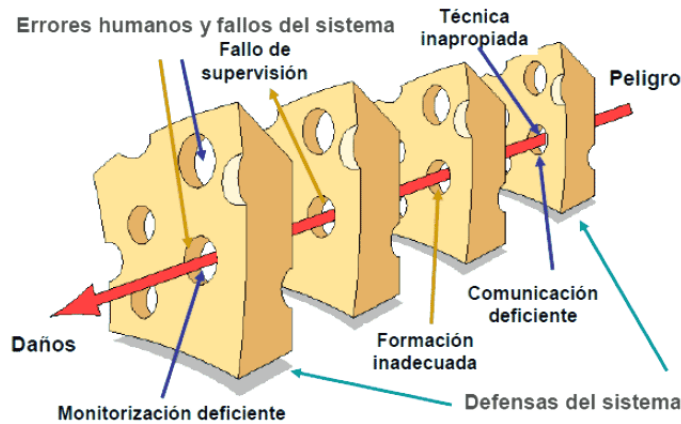
L'error no el busquen en la persona sinó en el sistema.

Les mesures que s'apliquen per disminuir els errors:

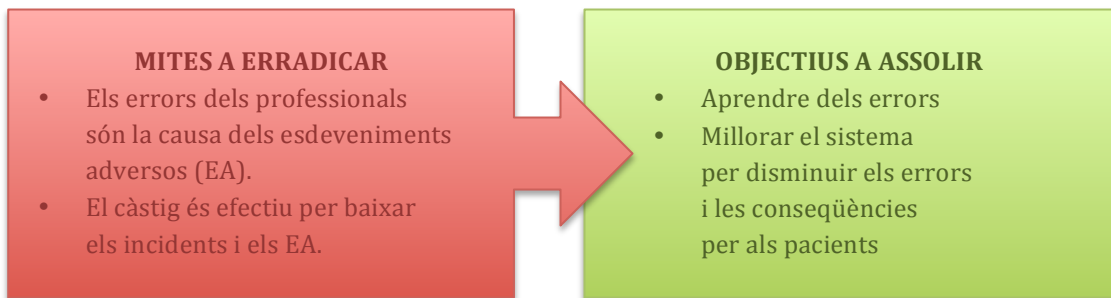
- Analitzar els errors
- Analitzar el sistema
- Aplicar mesures correctives possibles

3. Model de Reason: formatge suís de defenses

Si el problema passa de barrera en barrera, podem ocasionar danys. Si aquestes barreres treballessin entre si (fossin flexibles), el problema no trencaria la barrera ja que passaria per un forat, i el perill es quedaria a la barrera.



Tendència actual:



Altres línies de seguretat del pacient:

- Identificació del pacient
- Transfusió hemoderivats
- RAM
- Pneumònia zero
- Bacterièmia zero

Rot Canes Analysis (RCA)

- Mètode per descriure i representar esquemàticament la seqüència de l'incident i les causes contribuent.
- Mètode per identificar els esdeveniments crítics o errors actius i condicions en la seqüència de l'incident.

Tema 5 | Definició i classificació d'indicadors clínics

SISTEMA DE MONITORATGE

Mètode que **avalua de forma periòdica i planificada els aspectes rellevants de l'assistència** (qualitat assistencial), **a través de l'ús d'INDICADORS.**

- **Indicadors:** instrument de mesura que ens permet mesurar aspectes concrets de la qualitat.

Atributs de l'indicador:

- **Vàlid:** hem d'identificar situacions de millora.
- **Sensible:** detectar tots els casos que produeixen un problema de qualitat.
- **Específic:** detectar només casos que produeixen un problema de qualitat.

ESTRUCTURA DE L'INDICADOR DE QUALITAT

1. **Dimensió:** eficàcia, eficiència, efectivitat, equitat, adequació, accessibilitat, puntualitat, satisfacció, seguretat i respecte. (l'indicador ha de tenir mínim 1 de les dimensions implícita al fenomen que volem monitoritzar).
2. **Justificació:** hem de justificar perquè és important monitoritzar aquell determinat aspecte. Cal redactar la importància que té el fenomen que monitoritzarem basant-nos en la bibliografia.
 - Valor de l'indicador com a mesura de la qualitat.
 - Es relaciona amb la validesa (té sentit el que anem a mesurar ?).

3. **Nom de l'indicador**

4. **Formula de l'indicador:**

$$\frac{\text{Nombre d'usuaris en risc que els hi succeeix un succés advers}}{\text{Nombre d'usuaris en risc}} \times 100$$

5. **Definició per temes:**

De la formula que hem fet hem de **definir el numerador i el denominador** (explicar que volen dir). *Exemple:*

Numerador: què és un esdeveniment advers

Denominador: què vol dir usuaris en risc

6. **Tipus d'indicador:**

- a) **Basats en un índex**
 - **Cal treure l'estàndard de l'evidència científica.**
(Ex. Mirar quin és el % acceptable de UPP)
- b) **Sentinella** (cas amb lesió greu o que provoca la mort)
 - Mesura un succés indesitjable.
 - Freqüència molt baixa.
 - S'ha d'actuar quan es produeix.
 - **L'estàndard a buscar en un cas sentinella serà 0.**

Segons el fenomen que mesurem: (si és un índex)

- **Estructura:** recursos, organització i atenció.
- **Procés:** com es fa l'atenció.
- **Resultat:** consecució d'objectius.

7. **Estàndard:**

Nivell desitjable de compliment de l'indicador = pràctica.

S'extreu de fer cerca bibliogràfica.

L'estàndard s'ha de treure de l'evidència científica, si no també es pot pactar amb l'estàndard però s'ha de posar que és pactat.

8. **Font de dades / Freqüència de recollida:** cada quant monitoritzarem l'indicador.

- **Font de dades:** d'on s'extreu la informació per monitoritzar l'indicador.
 - Ubicació de la informació per quantificar el número.
 - Freqüència de recollida de la informació. **Cada quant monitoritzarem l'indicador ?** mensual ? anual ? el més habitual és fer-ho trimestral.

9. **Bibliografia consultada**

Els indicadors NO son:

- Un manual d'atenció
- Sistema de control punitiu
- Permanents
- Obligatoris

Els indicadors ens ajuden a comparar-nos amb altres centres

(realitzar benchmarking).

BLOC 2: GESTIÓ

Tema 6 | Introducció

Una empresa, **s'ha d'ordenar i organitzar**, ja que la seva gestió engloba molts aspectes. **La gestió és el procés de planificar, organitzar i controlar una organització i aplicar els recursos disponibles per assolir els objectius establerts.**

Les empreses de serveis:

Algunes **característiques bàsiques dels serveis:**

- Intangibilitat
- Heterogeneïtat (o variabilitat)
- Impossibilitat de separar producció de consum
- "Caducitat" (la visita mèdica o infermera acaba en el moment que acaba)
- Absència de propietat

EIXOS DE LA GESTIÓ:

1. **Sistema de direcció:**

- **Direcció estratègica:** (presa de decisions), plantejaments que ens permeten veure a on anem. Hem de poder ser flexibles.
- **Control de gestió:** tots aquells processos que tenen com a finalitat conèixer què fem ?, com fem les coses ? I quins resultats obtenim.
- **Aprovisionament:** hem d'organitzar uns processos que garanteixi que serviran tots els materials que facin falta per treballar.
- **Màrqueting / Comunicació:** he de construir un sistema de relació entre la meua organització i el mercat.
- **Docència i recerca:** no existeix activitat assistencial sense docència i recerca.
- **Accountability (rendir comptes):** tot allò que hem de fer per rendir comptes a qui correspongui (societat, propietari, inversors...). Explicar en què ens gastem els diners i explicarem els resultats obtinguts.
- **Sistemes d'informació:** afecta a gairebé tots els àmbits de l'empresa

2. **Gestió de recursos:**

- **Desenvolupament de persones:** treballar amb les persones, ex: saber fer tot i no només allò que fem cada dia.
- **Logística i subministraments:** distribució interna, material que necessitem.

Important ajustar estoc adequat per a cada material.

- **Gestió financera:** comptabilitat i gestió.
- **Serveis generals:** tots aquells que fan possible el servei assistencial, però que no són directament assistencial. (alimentació, manteniment d'equips i edificis, neteja, bugaderia...)

3. **Gestió de pacients:**

- **Admissions de pacient:** identificar al pacient sense cometre errors. S'han de definir unes normes per tal de registrar-lo correctament. Es parla de fluxos de pacients, no de decisions clíniques.
- **Documentació clínica:** història clínica. No es pot malmetre, ha de ser completa, confidencial i fiable del que li passa al pacient.
- **Atenció al pacient:** és la relació directe amb el pacient.
- **Treball social:** són agents facilitadors per gestionar pacients amb problemàtiques socials.

4. **Gestió assistencial:**

- **Serveis diagnòstics:** tots aquells que serveixen per donar suport al diagnòstic d'una malaltia. (laboratoris, diagnòstic per la imatge, neurofisiologia...)
- **Serveis de suport clínic:** farmàcia, banc de sang, esterilització...
- **Serveis mèdics**
- **Serveis quirúrgics**
- **Serveis pediàtrics**
- **Serveis obstètrics**

5. **Gestió de la qualitat i la seguretat:**

- **Planificació de la millora contínua**
- **Comparabilitat**
- **Acreditació**

6. **Gestió Estratègica:**

- **Missió:** perquè hi som, quina és la seva finalitat. Ens serveix per orientar. Si no tens la missió clara i et desvies, no te n'adones on vas.
- **Valors:** són els principis de funcionament, ens orienten en la nostra presa de decisions. Diuen quins són els nostres principis respecte:

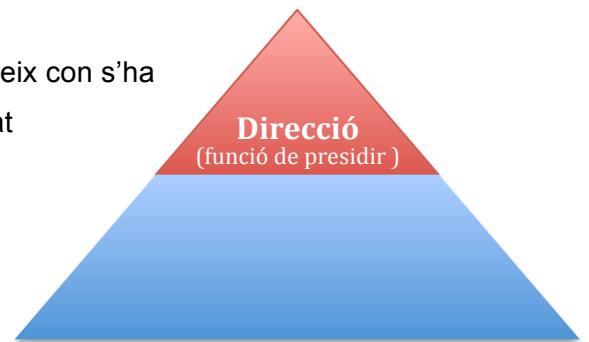
- L'ambient.
- Els pacients.
- Els treballadors.
- Etc ...
- **Visió:** defineix allà on veiem la nostra institució a llarg termini.

L'anàlisi extern és més fàcil d'analitzar que l'anàlisi intern.

- **La realitat de l'entorn varia** en funció del lloc.
- **De l'anàlisi de l'entorn treien conclusions positives i negatives.**
 - **Extern:** més oportunitats per nosaltres, i menys amenaces.
 - **Intern:** més fortaleces, i menys debilitats.

6. **Burocràcia mecànica:** és la direcció qui decideix con s'ha de fer la feina. Es necessita flexibilitat, capacitat d'adaptació, etc...

Aquest sistema no funciona per dirigir una institució sanitària.



Tema 7 | Models sanitaris

Definició:

Sistema sanitari: conjunt complex d'elements interrelacionats que contribueixen a la salut d'una població. La seva **principal funció és:**

- Garantir el dret a la salut.
- Que la població no emmalalteixi.
- Quan emmalalteixi estigui adequadament atesa.

Un sistema sanitari ha de tenir en compte diferents elements alhora de dissenyar-lo:

- Ha de tenir en compte les característiques de la població, demografia, economia, educació i cultura
- L'estat regula el sistema sanitari
- Finançament origen dels recursos econòmics que fan funcionar el sistema.

Formes de finançar el sistema sanitari:

- **Model lliberal:** el pagament és directe i es realitza voluntàriament per part del pacient al proveïdor (no és un sistema sanitari, Ex. EEUU)
- **Assegurament voluntari:** quan una persona es fa una assegurança mèdica voluntària. (24% de la població a Catalunya té assegurança)
- **Assegurament social obligatori:** proporcional al salari
- **Sistema Nacional de Salut:** finançament a través dels pressupostos generals de l'estat. Quan parlem de SNS vol dir que **no hi ha ciutadans d'aquell país exclosos** del dret a la salut.

Característiques dels sistemes sanitaris (OMS):

- **Universalitat:** totes les persones que tenen reconeguda la ciutadania poden tenir-hi accés al sistema sanitari.
- **Atenció integral:** en totes les etapes de la vida.
- **Equitat:** que sigui igual per a tothom en funció de les seves necessitats, que tothom pugui accedir a allò que li fa falta.
- **Eficiència:** el sistema sanitari ha de consumir els recursos justos per assolir els seus objectius.
- **Flexibilitat:** cal treballar per tal d'anar-se adaptant a les necessitats canviants de la població.
- **Participació:** ha de promoure la participació dels usuaris del sistema.

TIPUS DE SISTEMES SANITARIS

- **Model lliberal:** lliure mercat
- **Model socialista:** l'estat planifica, finança, gestiona i proveeix.
- **Model mixt:** finançament i provisió estan separats (major part de països)

- **Model de Seguretat Social. (Model Bismark)**

Fonamentat en **donar cobertura de salut a les persones que treballen i familiars**. Estratifiquen 3 classes socials: rics / treballadors / pobres.

Dels salaris es treu una quantitat per pagar l'atur, assistència (salut), viudetat, vellesa (jubilació). *Ex: Espanya del 1944 fins al 1983.*

- **Model Nacional de Salut (Model Beveridge)**

Dóna **cobertura a tothom**, és universal. **Es finança amb totes les quotes dels salaris, més els diners dels pressupostos generals**. *Ex: Anglaterra (NHS), França, i Espanya a partir del 1983.*

Tema 8 | Model català

HISTÒRIA DEL MODEL CATALÀ

Les transferències (1981-1983)

- **1981 La Generalitat va rebre les transferències en matèria sanitària.**
- Centres i serveis sanitaris (Insalud) i socials (Insero).
- Llits: 30% Seguretat Social, 70% d'altres.
- Desplegament del mapa sanitari de Catalunya, una proposta que recollia **la voluntat d'aprofitar tots els recursos existents.**
- Acreditació de centres (basada fonamentalment en l'estructura).
- Primera ordre de concerts (els contractes amb els hospitals).

1983-1989 S'estableixen bases del model.

- **Creació de l'Institut Català de la Salut (ICS), entitat gestora de les prestacions i els serveis sanitaris de la Seguretat Social.**
- Creació de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP).
- Inici de la reforma de l'atenció primària (RAP).
- Pla de reordenació hospitalària (deixava clar que feia cada hospital).
- Descentralització i control de la gestió.

1990 La **LOSC** configura el model sanitari català

- Separació de la funció de finançament i compra de serveis de la provisió.
- Diversificació de proveïdors. Societat civil (Institucions religioses, Mutualitats, Fundacions, Municipals)
- Mercat mixt de competència planificada i regulada.
- Diversitat de fórmules de gestió.
- Desconcentració de l'organització: regions sanitàries i sectors sanitaris.
- Participació comunitària: consells de direcció, consells de salut, participació òrgans de govern de les institucions sanitàries.

Gener de 1991.

Es crea el Servei Català de la Salut – CatSalut

- Comença el seu camí per transformar-se en una **asseguradora pública**
- Separació de funcions entre el finançament i la provisió (Llei General de Sanitat 1986)

2007

- **L'ICS es transforma en empresa pública**

2008

- Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública.
- **Plans directors:** malalties de l'aparell circulatori, codi infart, codi ictus, oncologia, sociosanitari, salut mental i addiccions, immigració.

2009

- **Central de resultats** (plataforma on tots els proveïdors del sistema estan obligats a entrar-hi la seva informació).

RESUM DEL MODEL CATALÀ

<ul style="list-style-type: none"> • Finançament públic • Accés universal • Catàleg de prestacions • Gratuïtat 	<p>Llei General de Sanitat (LGS) Aspectes comuns a totes CCAA</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Provisió mixta • Coexistència amb un assegurement voluntari no substitutori 	<p>Propi de Catalunya</p>

ANÀLISI DEL MODEL CATALÀ

Punts FORTS	Punts FEBLES
<ul style="list-style-type: none"> • Incorpora a tots els proveïdors • És equitatiu i universal • Es gestiona de múltiples maneres 	<ul style="list-style-type: none"> • Genera expectatives il·limitades • És molt car

Tema 9 | Organitzacions de Salut

PÚBLIC / PRIVAT

El **caràcter públic o privat** d'un sistema sanitari **no ve determinat per la naturalesa jurídica dels proveïdors de serveis.**

Un sistema sanitari finançat amb fons públics, planificat, regulat i avaluat per un govern i amb accés universal i gratuït dels ciutadans en el moment de l'ús, és un sistema públic i el fet que alguns dels seus proveïdors siguin privats, no permet parlar de privatització. És públic a tots els efectes.

ORGANITZACIONS DE SALUT

- **Entitats Públiques:**
Entitats de dret públic que es gestionen pel dret públic. (ICS)
- **Entitats Públiques de Dret Privat:**
Entitats de dret públic que es gestionen d'acord al dret privat. (SEM)
- **Consortis:** Entitats d'origen públic amb personalitat jurídica i patrimoni propi que es gestionen d'acord al dret privat. (Terrassa) **(en els consorcis l'òrgan de govern = consell rector)**
- **Fundacions Públiques Sanitàries:** Patrimoni amb finalitat determinada que es gestionen d'acord al dret privat. **(l'òrgan de govern = patronat)**
- **Entitats de base associativa (EBA):** Empreses amb 51% propietat dels professionals i que es gestionen pel dret privat.
- **Concessió Administrativa:** Empreses que constitueixen i gestionen els centres d'acord al dret privat. (Sociosanitaris)

Les 4 funcions bàsiques dels òrgans de govern de qualsevol entitat:

- | | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| 1. Complir la missió. | 3. Augment del grau de satisfacció. |
| 2. No fer dèficit. | 4. Augment del nivell de qualitat. |

ORGANITZACIONS D'ASSEGURAMENT DE SALUT

- **Pels funcionaris – MUFACE**
(dona el servei a través de les asseguradores privades)
- **Per la població general – Sistema de Salut ó asseguradores privades**
- **Per les malalties i accidents de treball – MATEPS**
- **Pels accidents no laborals – Asseguradores**

Tema 10 | Planificació sanitària i pla de salut

Definició de planificació: Procés continu de previsió de recursos i serveis necessaris per assolir uns objectius.

AVALUACIÓ INICIAL

1. Anàlisi dels problemes de salut d'una població
2. Anàlisi dels serveis existents

› **Descripció de la situació de salut:**

- **Enquesta:** busca una mostra i construeix una base de dades per obtenir indicadors. (es realitza quan no tenim una base de dades). Aquest sistema d'avaluació es menys fiable que els indicadors de salut.
- **Tècniques de consens:** grup focal, que amb els seus coneixements, investiga quin és el seu posicionament segons allò que estigui investigant.
- **Informadors clau:** proporcionen respostes d'experiències reals. Interpreten la informació de l'individu afectat.

Sempre anirem a buscar la que ens proporcioni informació més fiable.

› **Els factors condicionants de salut**

Són els elements que condicionen la salut de la població. (factors econòmics, socials, etc.). Aquests factors determinen la salut de la població.

› **Polítiques de salut vigents**

› **Pronòstic de la situació de salut**

PROCÉS DE PLANIFICACIÓ

› **Determinen prioritats de salut (Hanlon):**

- **Freqüència:** a quanta gent afecta. Sempre posar un % (puntuació baixa)
- **Gravetat:** quin és el nivell de conseqüència d'aquest problema (puntuació alta)
- **Eficàcia de la intervenció:** si fem accions, baixarà aquesta mortalitat. (puntuació alta)
- **Factibilitat de la intervenció:** és possible fer les coses que sabem que s'han de fer ? (puntuació alta)

Comencem a treballar amb el que ha sortit més puntuat.

Establir objectius

- Concretar el que es vol aconseguir. (Ex. *Disminuir malnutrició*)
- Concretar la població diana. (Ex. *Nens menors de 5 anys*)
- Establir una quantificació de l'objectiu. (Ex. *Disminuir un 25%*)
- Establir el temps per aconseguir l'objectiu. (Ex. *2 anys*)

Descriure activitats i recursos

Un exemple són els anuncis de la TV que expliquen els símptomes de l'ICTUS. (última fase del procés de planificació)

Implantació

Portem a terme tot allò planificat, tal com ho havíem descrit.

Per planificar cal analitzar:

ANALISI INTERN	ANALISI EXTERN
Punts FORTS	Oportunitats
Element favorable de la organització o capacitat rellevant adequada a l'acció	Situació de l'entorn potencialment favorable
Punts FEBLES	Amenaces
Limitació de la organització que representa un obstacle per a aconseguir els objectius	Situació de l'entorn desfavorable. Pot representar una barrera per a arribar als objectius.

Motius del fracàs en la planificació

- Manca de rigor a la avaluació inicial
- Manca de control i seguiment de l'execució
- Error en els requeriments de temps, recursos, persones o habilitats

PLA DE SALUT (9 grans línies d'actuació)

És el marc de referència de totes les actuacions públiques en matèria de salut, en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya. El pla ha de ser coherent amb el model sanitari català.

1. Objectius i programes de salut.

- Desenvolupar i implantar plans directors.
- Elaborar i implementar el Pla Inter-departamental de Salut Pública.
- Promoure polítiques de seguretat i de qualitat clínica.
- Avaluar els objectius de salut fixats en el pla.

2. Un sistema més orientat als malalts crònics.

- Implantar processos clínics integrats per a deu malalties.
- Potenciar els programes de promoció i prevenció de la salut i prevenció de les malalties.
- Potenciar l'autoresponsabilització dels pacients i dels cuidadors amb la seva salut i fomentar l'autocura.
- Desenvolupar alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat.
- Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos.
- Implantar programes d'ús racional del medicament.

3. Un sistema integrat i més resolutiu.

- Millorar la resolució en els àmbits de relació més freqüent entre l'atenció primària i l'especialitzada.
- Transformar el model d'atenció a urgències per donar respostes més adequades a les demandes d'atenció immediata.
- Ordenar territorialment la carta dels serveis segons els nivells de complexitat.
- Integrar la salut pública i comunitària amb el model assistencial.

4. Més qualitat i equitat en l'alta especialització.

5. Més enfocament cap als pacients i les famílies.

- Millorar el coneixement dels ciutadans sobre el sistema de salut i les prestacions que cobreix l'asseguradora.
- Garantir la qualitat de la prestació i la satisfacció dels pacients.
- Potenciar la participació dels assegurats mitjançant mecanismes directes com, per exemple, la Comissió Assessora de Malalties Minoritàries o el Consell Català del Pacient.

6. Nou model de contractació centrat en resultats.

- Implantar el nou model d'assignació territorial de base poblacional, més equitatiu i transparent.
- Implantar en nou model de contractació i incentius lligats a resultats.

7. Incorporar sistemàticament el coneixement professional i clínic

8. Millorar el govern i la participació en el sistema

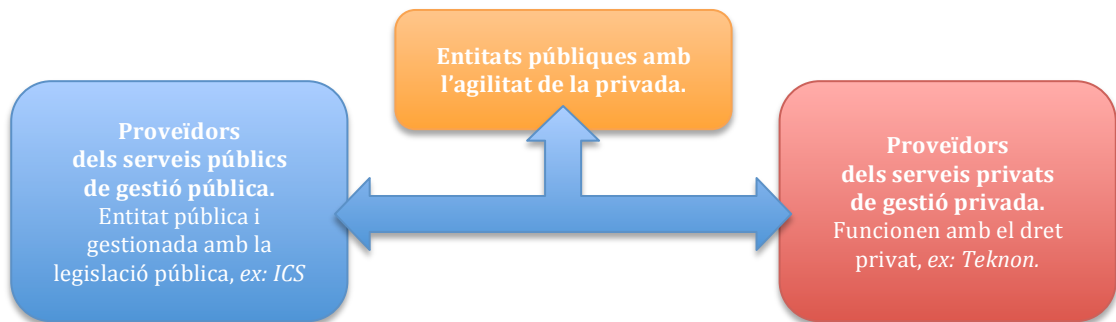
9. Informació compartida, transparència i avaluació.

- Transformar la història clínica compartida de Catalunya, per facilitar la integració entre tots els proveïdors.
- Desplegar una xarxa multicanal de comunicació i atenció dels ciutadans (avaluació)
- Consolidar l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya com a base per a la Transparència d'informació, i potenciar la Central de Resultats com a eina d'avaluació.

Tema 11 | Organitzacions de salut

- **Públic:** si utilitza fons públics i es controlat pel govern. Garanteix l'accés universal i gratuït.
- **Privat.** Es busquen diferents fórmules.

Diferents fórmules de l'organització de la salut a l'estat espanyol:



3 característiques que diferencien la gestió pública de la privada:

Gestió PÚBLICA	Gestió PRIVADA
Comptabilitat pressupostària de l'administració pública	Pla general comptable / privat.
La forma de contractar al personal es fa amb les oposicions (funcionaris)	La forma de contractar al personal ho fan amb la llei laboral. (contracte laboral)
Llei de contractes de l'estat , normativa que segueixen els ens de la gestió pública, a l'hora de comprar serveis.	Les entitats privades no segueixen cap normativa per comprar serveis.

- **Empreses de dret públic:** són les entitats públiques que estan gestionades a nivell privat. És a dir, una empresa de l'estat amb gestió privada, Ex: *el SEM és de la generalitat però hi ha una empresa que ho gestiona (SEMSA).*

- **Fundacions públiques sanitàries:** la gestió és privada. El patrimoni que es posa en joc per crear una entitat, té uns actius. **Pot ser creada per entitats públiques o privades.** Té una explicació de perquè ha de servir allò. Les fundacions sempre preserven la idea del fundador.

El patronat de les fundacions es un registre de Catalunya on han de ser inscrites totes les fundacions del territori, *Ex: Hospital de Alcorcón és una fundació creada per la comunitat de Madrid, amb l'objectiu de dirigir-lo. El patrimoni és el propi edifici.*

La fundació garanteix que el patrimoni no s'utilitzarà per altres funcions que les previstes.

- **Empresa privada sense afany de lucre:** gestionada per entitats assistencials sense afany de lucre, per tant, els beneficis es tornen a invertir, *Ex: Mútua de Terrassa o l'Hospital Psiquiàtric de Sant Boi.*

Tema 12 | Direcció de les organitzacions sanitàries

PARTS BÀSIQUES DE LA ORGANITZACIÓ

- 1 **Vèrtex estratègic** → equip de direcció / òrgans de govern / la direcció de l'empresa.
- 2 **Línia mitja** → comandaments intermedis. Són transmissors del nucli d'operacions amb el vèrtex estratègic.
- 3 **Nucli operacions** → treballadors / on hi ha la producció del producte final. A la sanitat el servei es produeix i es consumeix al mateix temps.
- 4 **Staff de suport** → totes aquelles persones que pertanyen a l'organització i que no formen part de la missió de l'empresa (ex. Manteniment, cuina, neteja, ...)
- 5 **Tecno estructura** → aquella part de l'organització que defineix com hem de treballar (protocols, guies, ...) d'una determinada manera o un altre. Assegura que en organitzacions grans les coses es fan de la mateixa manera (com hem de treballar).

Les empreses s'organitzen en 5 sistemes:

- **Adaptació mútua** → no hi ha res establert. L'empresa deixa en les nostres mans que ens posem d'acord. Implica confiança amb els treballadors. *Ex. Vaig a treballar a la 4a planta i hem poso d'acord amb les tasques i rutines amb el company més antic.*
- **Supervisió directa** → algú de la línia mitja supervisa el teu treball. És un mecanisme de coordinació de treball. Coordina fa l'adaptació mútua en un grup més gran. La supervisió no és sinònim de control, sinó de coordinació. (Pren decisions per orientar el treball (com fer les coses).
- **Normalització dels processos del treball** → es programa el contingut. Definim els processos de treball. Li donem uns manuals perquè sàpiga com ha de fer la feina (descrits per la tecno estructura).
- **Normalització dels coneixements** → Formació, preparació. Definir els coneixements que ha de tenir el professional per realitzar la feina.
- **Normalització de la producció** → s'especifiquen els resultats. Definim el resultat que volem i el que fem es comprovar que s'ha produït. *Ex. Obrim ABS resultats que volem obtenir: atendre 150 persones en un dia, grau de satisfacció superior a 8, ... Aquí algú diu el que es necessita per obtenir el resultat que volem (lo anterior objectius especificats).* En les institucions de salut aquest model no és gaire utilitzat.

ESTRUCTURA SIMPLE

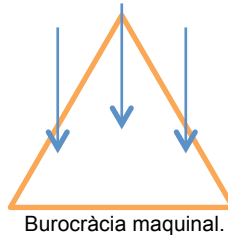
Un grup petit de treball, en que un marca la pauta i uns altres la segueixen.

- **Mecanismes de coordinació** → supervisió directa
- **Part fonamental de la organització** → vèrtex estratègic
- **Principals paràmetres de disseny** → Centralització, Estructura orgànica.

Ex la unitat de cirurgia és una estructura simple de l'hospital (cèl·lula bàsica d'estructura empresarial).

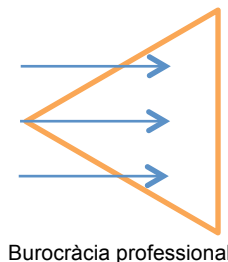
BUROCRÀCIA MAQUINAL

- **Mecanismes de coordinació** → Normalització dels processos de treball. Tots els processos estan descrits i definits. **Les persones s'han d'atendre a les normes, zero llibertat.**
- **Part fonamental de la organització** → **Tecno estructura.** Exigeix que el client s'adapti a la burocràcia maquinal. No flexibilitat. *Ex. Administracions has de fer el que et diuen, deixen la responsabilitat en les teves mans.*
- **Principals paràmetres del disseny** → Formalització del comportament. Regulació. Planificació d'accions.



BUROCRÀCIA PROFESSIONAL (Ex. Centres Sanitaris)

- **Mecanismes de coordinació** → Normalització d'habilitats.
- **Part fonamental de la organització** → Nucli d'operacions.
- **Principals paràmetres de disseny** → Formació i especialització.



Cal definir les habilitats, coneixements,... que ha de tenir el personal. La part més important és el nucli d'operacions (on hi ha el contacte directe amb el client). Existeix una dinàmica més col·laborativa, de suport, dirigida a orientar perquè els que treballen ja saben el que han de fer. Hi ha una certa estandardització del coneixement en els hospitals. **Hi ha coordinació a través del coneixement.**

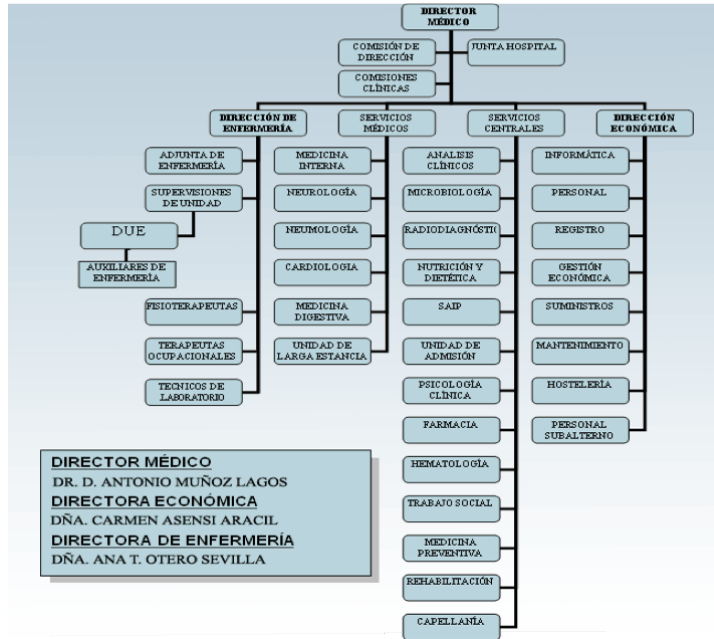
El model en els hospitals presenta una estructura lineal:

- **Infermeria i medicina** → Nucli d'operacions.
- **RRHH / formació / compres** → Staff de suport.

ORGANITZACIÓ (organigrama)

Model de divisions independents (professionals)

- Un centre s'organitza per columnes de saviesa (*model tradicional*).



Model agrupador de patologies

- Estructures modernes (*Hospital Clínic*)

Organització en Instituts i Centres

ICMDM Institut Clínic de Malalties Digestives i Metabòliques + Cirurgia General i Digestiva + Cirurgia Gastrointestinal + Dietètica i Endocrinologia + Gastroenterologia + Hepatologia	ICNU Institut Clínic de Nefrologia i Urologia + Nefrologia i Trasplantament Renal + Urologia ICOF Institut Clínic d'Oftalmologia + Oftalmologia	ICMEQ Institut Clínic d'Especialitats Mèdiques i Quirúrgiques + Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia + Cirurgia Plàstica i Maxil·lofacial + Estomatologia + Otorinolaringologia + Rehabilitació + Reumatologia
ICN Institut Clínic de Neurociències + Neurocirurgia + Neurologia + Psiquiatria Infantojuvenil + Psicologia + Psiquiatria	Direcció Mèdica (Urgències, Àrea Quirúrgica, Àrea Sociosanitària, UASP) + Anestèsia + Salut Internacional + Medicina Preventiva + Farmàcia + Avaluació i Suport Metodològic	ICMiD Institut Clínic de Medicina i Dermatologia + Dermatologia + Malalties Infeccioses + Malalties Autoimmunes + Sistèmiques + Medicina Interna General
ICT Institut Clínic del Tòrax + Cirurgia Cardiovascular + Cirurgia Toràctica + Cardiologia + Pneumologia	ICGON Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia + Ginecologia + Medicina Materno-Fetal + Neonatologia	ICMHO Institut Clínic de Malalties Hematològiques i Oncològiques + Hematologia + Oncologia + Oncologia Radioteràpica
CDB Centre de Diagnòstic Biomèdic + Anatomia Patològica + Microbiologia + Immunologia + Bioquímica i Genètica Molecular + Hemoteràpia i Hemostàsia	CDI Centre de Diagnòstic per la Imatge + Radiologia + Medicina Nuclear	

Comencen a utilitzar-se. Menys estructurats però pensen més amb el client.

Tema 13 | Instruments de gestió clínica

VARIABILITAT CLÍNICA

La variabilitat ha de ser considerada una condició intrínseca de la medicina, a vegades fins i tot enriquidora. Només és no desitjable quan comporta una mala qualitat en l'assistència que reben els pacients.

- La variabilitat no és un problema per se.
- Pot generar problemes de qualitat
- És el reflex de situacions no científiques.
- Els professionals no mantenen el mateix grau de qualitat en totes les seves actuacions assistencials
- Els coneixements i les capacitats es poden modificar amb el transcurs del temps
- Cal l'actualització permanent dels professionals

INSTRUMENTS DE GESTIÓ CLÍNICA

1. **Protocols**
2. **Guies Clíiques**
3. **Vies Clíiques**

Les guies de pràctica clínica (GPC), els protocols i les vies clíniques **son instruments per a millorar la qualitat mitjançant la disminució de la variabilitat NO desitjable** de la pràctica assistencial.

1. **Protocols**

Conjunt de recomanacions sobre els procediments a utilitzar davant d'un pacient amb un determinat quadre clínic o activitat terapèutica més adequada per afrontar un diagnòstic o problema de salut.

També per a l'estandardització de determinades tècniques.

2. **Guies de Pràctica Clínica**

Conjunt de recomanacions dissenyades per ajudar a professionals o pacients en la selecció de les millors opcions diagnòstiques y terapèutiques davant d'una condició clínica específica.

Fonts d'evidència:

- **Base de dades COCHRANE:** www.biblioteca-cochrane.com/
- **ACP Journal Club:** <http://www.acpjc.org/>
- **Medline:** <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>

3. Vies Clíiques

- Són plans assistencials que s'apliquen a pacients amb una determinada patologia i que presenten un quadre clínic previsible.
- Són una forma d'adaptar les guies de pràctica clínic a la pràctica diària
- Es presenten com una matriu temporal

Objectiu de les vies clíiques	Justificació
Definir la seqüència d'actuacions pertinents assistencials o no	<i>Disminuir la variabilitat clíica</i>
Millorar la coordinació de l'equip assistencial	<i>Millorar la indefinició de responsabilitat</i>
Proporcionar al pacient y/o familiar la informació de l'assistència sanitària durant tota l'estada	<i>Millorar la informació al pacient i familiars</i>
Definir els passos en l'atenció sanitària amb base en la millor evidència disponible	<i>Proporcionar efectivitat al pacient i seguretat legal a los professionals</i>
Proporcionar una visió global del pla d'atenció i cures.	<i>Facilitar la formació global y actualitzada dels professionals</i>
Verificar els resultats obtinguts i comparar-los amb estàndards de qualitat establerts prèviament.	
Sistematitzar la recollida de la informació a la història clíica, mitjançant fulls de verificació.	<i>Millorar els registres d'informació</i>
Igualar las condicions de atenció sanitària, fent comparables las situacions particulars	<i>Fomentar la investigació clíica</i>
Reduir l'estada, instrumentació o durada de l'assistència sanitària, fent el que és adequat i fent- ho a temps.	<i>Millorar la qualitat assistencial especialment pel que fa als esdeveniments adversos i complicacions que deriven de l'hospitalització</i>
Reduir els costos associats a la hospitalització o utilització de recursos diagnòstics o terapèutics.	<i>Adequar la utilització de recursos a las necessitats.</i>

Indicador de grau d'acompliment:

Nº de malalts que segueixen la via clíica i son alta en el plaç previst

Nº malalts que segueixen la via clíica

Estàndar: > 90%

Resultats de la utilització de Vies Clíiques

- Reducció d'estades hospitalàries
- Reducció de costos
- Reducció de complicacions
- Augment de la satisfacció del malalt
- Reducció de reingressos
- Reducció de proves diagnòstiques
- Reducció variabilitat
- Augment de la satisfacció professional

MODEL DE VIES CLÍIQUES

DIES ›	1 INGRÉS PLANTA	2 REANIMACIÓ PLANTA	3, 4, 5 PLANTA	6 ALTA PLANTA
Avaluacions i assistències				
Determinacions o test				
Tractaments mèdic i cures d'infermeria				
Medicació				
Activitat física				
Dieta				
Informació				
Críteri d'alta				

Avantatges dels Instruments

- Reduir la incertesa i accelerar el procés de presa de decisions
- Dissenyar el model assistencial d'acord als recursos (materials i humans) disponibles
- Dotar als professionals d'una normalització escollida per ells mateixos
- Afavorir la corresponsabilització en l'aplicació del consens