

www.congresgeriatria2016.com

22è Congrés
Societat Catalana
de Geriatria i
Gerontologia

20 i 21 d'octubre de 2016, Barcelona
Acadèmia de les Ciències Mèdiques
de Catalunya i de les Balears

Programa Final

L'assistència a la gent gran a l'entorn hospitalari: Reptes de futur

Organitza



SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLÒGIA



L'Acadèmia
MUNDIACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
DE LA SALUT DE CATALUNYA I LES BALEARS

Els reptes dels hospitals del futur

Jordi Varela



L'experiència del pacient no es troba en
el focus del model

Focalitzant l'experiència del pacient (1)



Peter Pronovost, Johns Hopkins Medicine's senior vice president for patient safety and quality, defensa que en comptes de fer enquestes de satisfacció el que cal fer és seleccionar pacients amb molta experiència i preguntar-los-hi com ho veuen.

Decàleg del pacient hospitalitzat (elaborat a partir del que diuen els propis pacients)

1. Deixin-me dormir entre les 10 de la nit i les 6 del matí. No em prenguin constants ni m'extreguin sang si no és vital, i si ho és, expliquin-m'ho bé. Pensin que dormir bé m'ajuda a recuperar-me i em fa sentir millor.

Focalitzant l'experiència del pacient (2)

2. No facin soroll al control d'infermeria. Baixin el volum de les converses, el televisor, la ràdio, l'ordinador i les alarmes dels aparells i monitors, especialment a la nit. Els pacients preferim plantes d'hospitalització poc sorolloses.
3. Tinguin cura de les meves pertinences. Tinguin inventariades i protegides les meves coses. Això em fa sentir més segur i incrementa la meva confiança en vostès.
4. Truquin a la porta abans d'entrar i presentin-se. Dirigeixin-se a mi pel meu nom i no em tutegin si no els hi demano. En resum m'agradaria que respectessin la meva intimitat i la meva manera de ser.
5. Tinguin penjada a la paret una pissarreta amb els noms dels professionals de cada torn i amb les accions que m'han preparat per al dia. Això m'ajuda a estar orientat. Comprovin que el meu nom i el número del llit estan escrits en el capçal.
6. Tinguin-me al corrent, a mi i a la meva família, si observen canvis en les meves condicions clíniques. Informin-me també si hi ha retards a les proves programades. Estar informat em rebaixa l'ansietat.

Focalitzant l'experiència del pacient (3)

7. Tinguin l'habitació neta. Netegin en profunditat cada dia. M'han dit que la neteja redueix el risc d'infeccions.
8. Escoltin-me i impliquin-me en les decisions del meu procés clínic. Facin servir un llenguatge planer i confirmin que els he entès.
9. Expliquin-me les normes bàsiques de l'hospital. Si estic ingressat en unes instal·lacions grans i complexes, on hi treballa molta gent, el fet d'entendre les regles de joc, em fa sentir més adaptat.
10. Mantinguin un nivell alt de professionalisme a tothora. Quan estan prenent un cafè a l'office o quan ja han acabat el torn, per mi continuen sent el reflex del servei que se m'ofereix. No se n'oblidin d'aquest detall.



Defectes estructurals afecten la qualitat dels processos i la seguretat dels pacients

Ocupació excessiva de les plantes



UNIVERSITY OF
CAMBRIDGE
Judge Business School

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

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



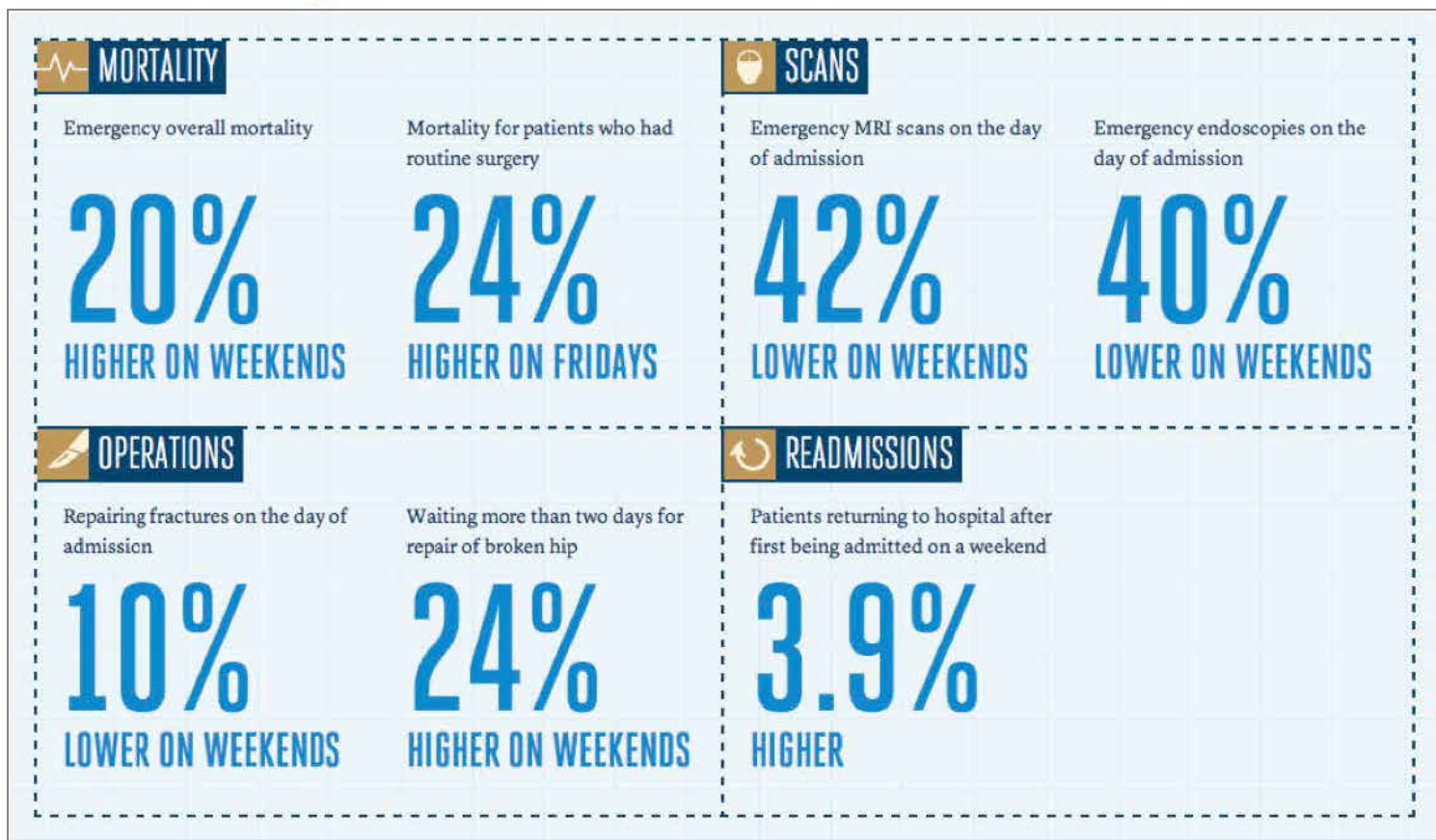
The safety tipping point for hospitals occurs when they reach occupancy levels far below 100 per cent according to a new study to be released shortly in US journal *Management Science*.

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

In their paper, *Stress on the Ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals*, Stefan Scholtes (Dennis Gillings Professor of Health Management at Cambridge Judge Business School), Ludwig Kuntz (Professor of Health Management, University of Cologne) and Roman Mennicken (Researcher, RWI Essen*) studied the discharge records of 82,280 patients with a high risk of mortality from six conditions – acute myocardial infarction, congestive heart failure, gastrointestinal haemorrhage, hip replacement after fracture, pneumonia, and stroke.

Model de guàrdies mèdiques i efecte weekend

dr foster®
intelligence



Torns i càrregues d'infermeria

Per cada pacient de més observat en el rati de càrrega de treball de les infermeres, la probabilitat que un pacient intervingut quirúrgicament mori abans de 30 dies augmenta en un 7%.

Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study

Linda H Aiken, Douglas M Sloane, Luk Bruyneel, Koen Van den Heede, Peter Griffiths, Reinhard Busse, Marianna Diomidous, Juha Kinnunen, Maria Kózka, Emmanuel Lesaffre, Matthew D McHugh, M T Moreno-Casbas, Anne Marie Rafferty, Rene Schwendimann, P Anne Scott, Carol Tishelman, Theo van Achterberg, Walter Sermeus, for the RN4CAST consortium*

NURSING

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

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

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

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

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

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

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

	Nurse staffing (patients to nurse)		Nurse education (% of nurses with bachelor's degrees)	
	Mean (SD)	Range	Mean (SD)	Range
Belgium	10.8 (2.0)	7.5-15.9	55% (15)	26-86%
England	8.8 (1.5)	5.5-11.5	28% (9)	10-49%
Finland	7.6 (1.4)	5.3-10.6	50% (10)	36-71%
Ireland	6.9 (1.0)	5.4-8.9	58% (12)	35-81%
Netherlands	7.0 (0.8)	5.1-8.1	31% (12)	16-68%
Norway	5.2 (0.8)	3.4-6.7	100% (0)	100-100%
Spain	12.7 (2.0)	9.5-17.9	100% (0)	100-100%
Sweden	7.6 (1.1)	5.4-9.8	54% (12)	27-76%
Switzerland	7.8 (1.3)	4.6-9.8	10% (10)	0-39%
Total	8.3 (2.4)	3.4-17.9	52% (27)	0-100%

Means, SDs, and ranges are estimated from hospital data—eg, the 59 hospitals in Belgium have a mean patient-to-nurse ratio of 10.8, and the patient-to-nurse ratio ranges across those 59 hospitals from 7.5 to 15.9. Similarly, the 31 hospitals in Switzerland have, on average, 10% bachelor's nurses, and the percent of bachelor's nurses ranges across those 31 hospitals from 0% to 39%.

Table 2: Nurse staffing and education in nine European countries

Defectes estructurals que afecten la qualitat dels processos i la seguretat dels pacients (en resum)

1. Ocupació excessiva de les plantes
2. Model de guàrdies mèdiques i efecte weekend (i efecte nit)
3. Torns i càrregues d'infermeria (i qualitat dels canvis de torn)
4. Dificultats de coordinació i de continuïtat en els pacients complexos
5. Model de carrera i habilitats clíniques

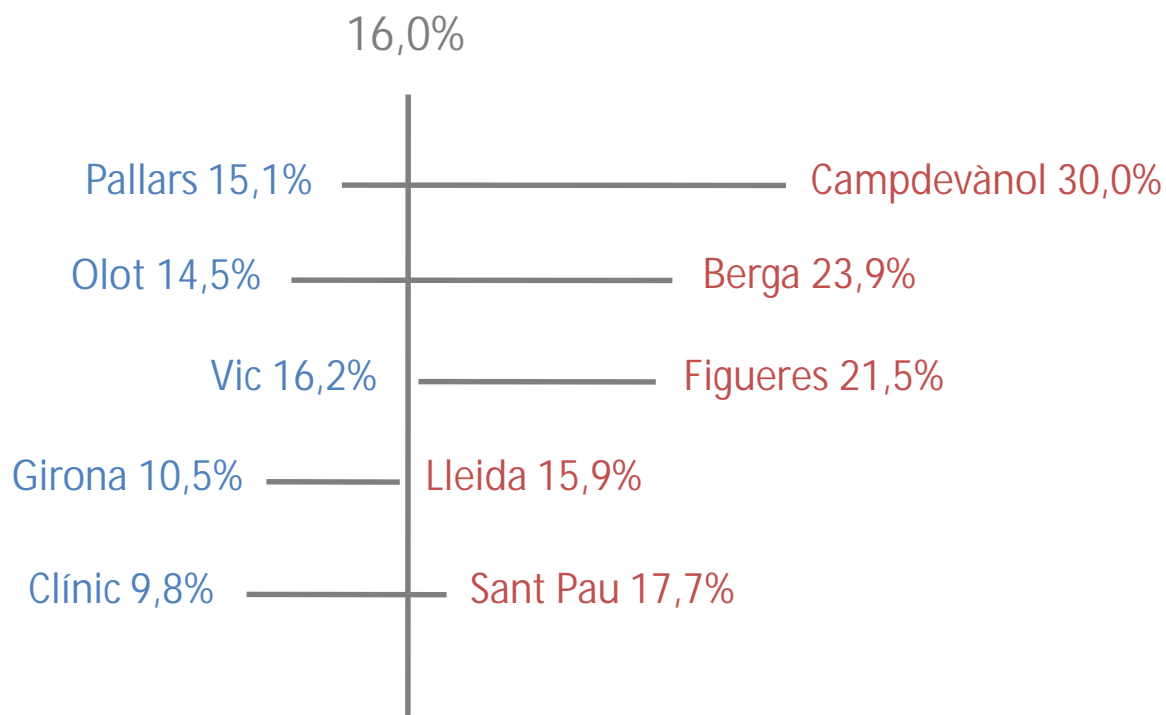


Desenfocament en l'adequació

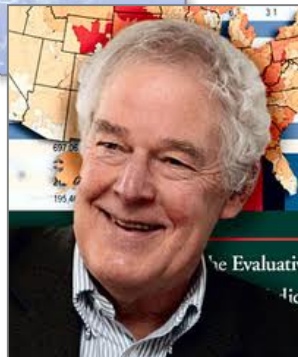
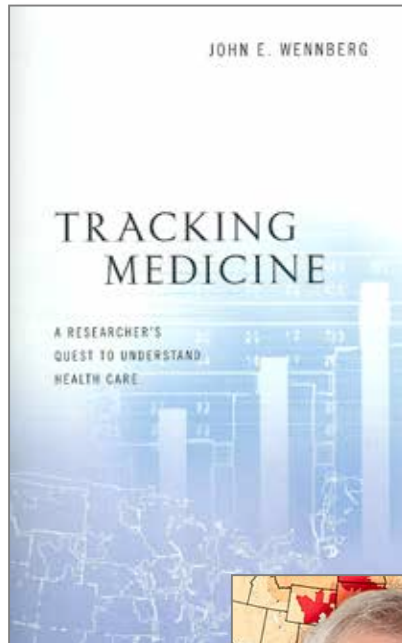
Hospitalitzacions potencialment evitables



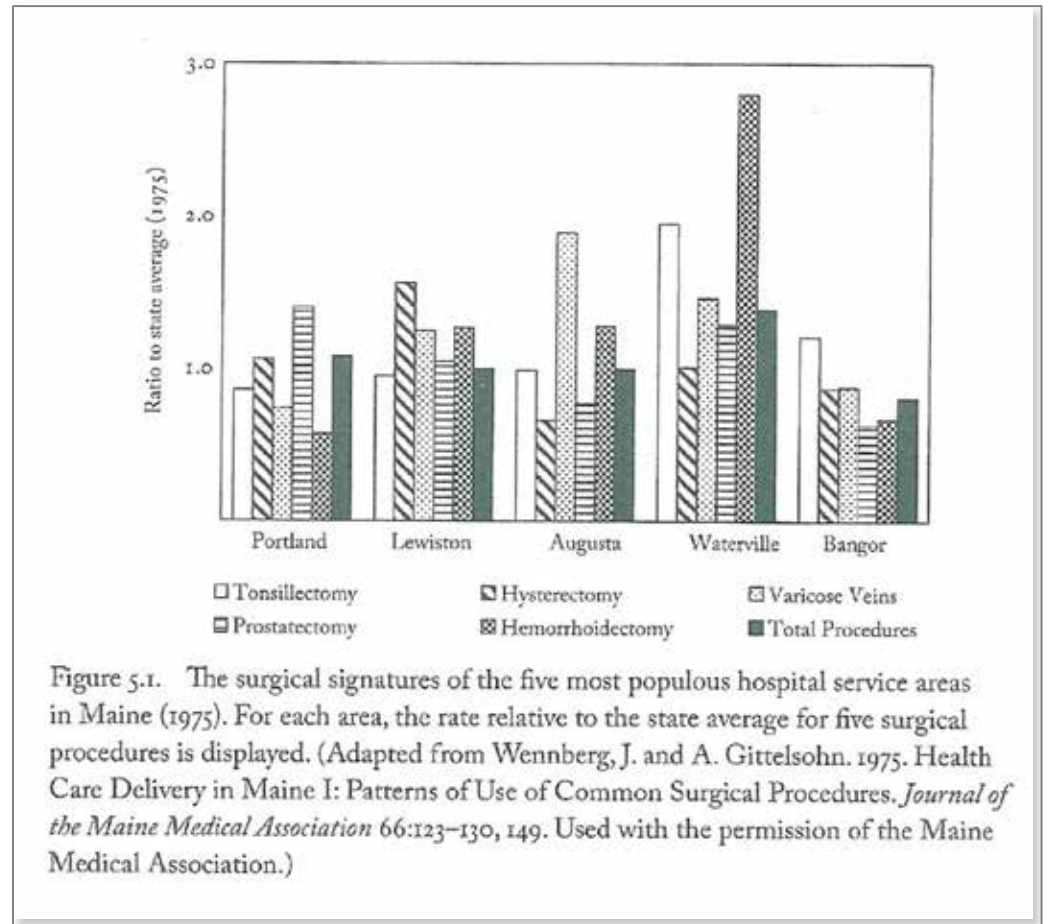
Insuficiència cardíaca, MPOC, asma, complicacions per diabetes mellitus, pneumònia bacteriana, deshidratació i angina de pit



Marca quirúrgica



The Surgical Signature



Variacions impressionants en l'ús de les UCI

February 12, 2014

ICU Bed Supply, Utilization, and Health Care Spending An Example of Demand Elasticity

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

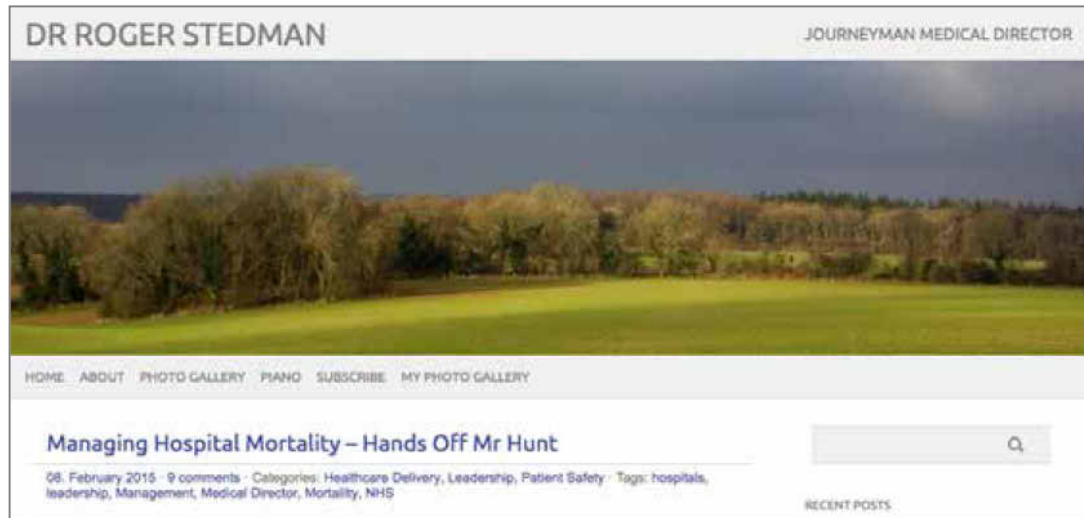
» Author Affiliations

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

- ü El nombre de llits d'UCI instal·lats a EUA és 10 vegades més que el del RU.
- ü Entre el 13% i el 35% dels pacients crònics moren en una UCI, o ho fan en un llit d'hospital després d'haver estat ingressats a la unitat de crítics (Wennberg).



Morir a l'hospital



Les morts inevitables i esperades

S'hauria pogut evitar que aquella persona morís a l'hospital? Ha tingut una mort digna? Hi ha protocols d'actuació sobre processos de final de vida fora de les unitats de pal·liatius?

Les morts inevitables però no volgudes

Hi ha processos, com l'infart de miocardi, l'ictus o les fractures de fèmur, que són de risc per a la vida de les persones. Els indicadors específics (millor a 30 ò 60 dies) marquen la qualitat organitzativa.

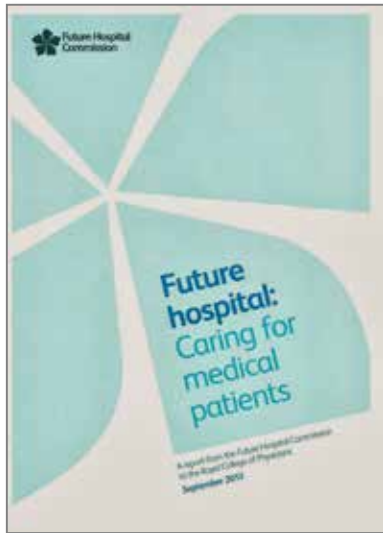
Les morts evitables i inesperades

De vegades les coses van malament degut a lapsus, incompetència, inexperiència, negligència o errors organitzatius. Aquest és el terreny de les comissions de mortalitat.

Desenfocament de l'adequació (en resum)

S'observa una variabilitat incomprensible en.

1. Els ingressos dels pacients crònics
2. La quantitat d'intervencions quirúrgiques
3. L'us dels llits de crítics
4. L'abordatge dels processos de final de vida



Propostes per a l'hospital del futur

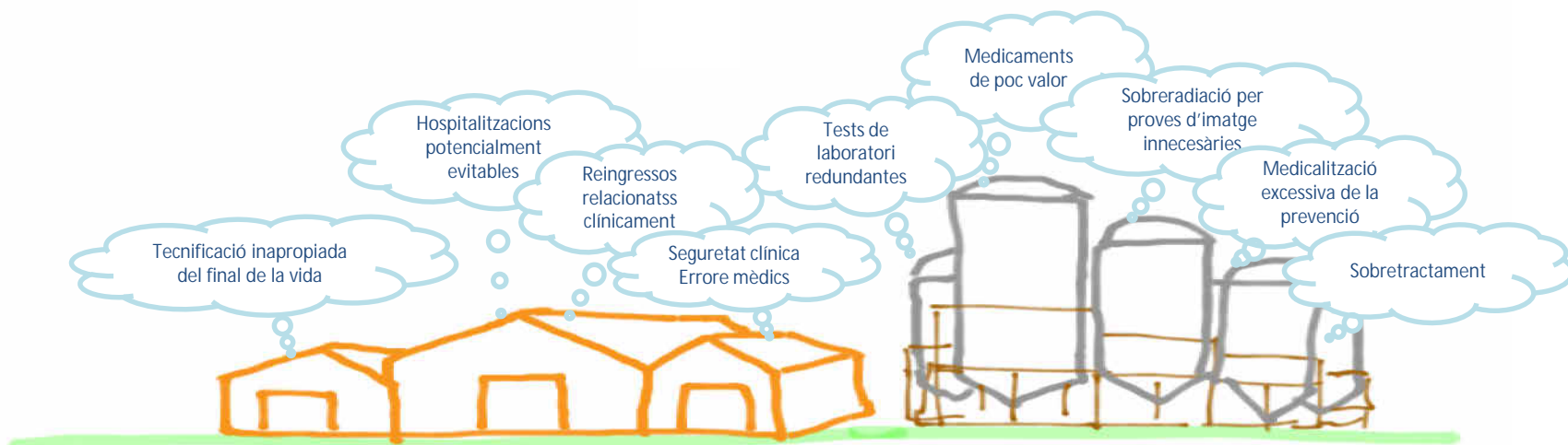
Estratègia basada en l'experiència del pacient



1. S'han generat grups de treball per analitzar les causes de les reclamacions i proposar solucions. S'ha posat èmfasi en les unitats on s'hi han detectat problemes de coordinació.
2. S'ha creat un Departament de "les millores pràctiques" per estimular i difondre les coses que funcionen bé.
3. Després de valorar la seva eficàcia, s'ha establert la "ronda infermera", amb 5 preguntes que es fan cada hora: necessita alguna cosa?, té dolor?, vol canviar de posició?, necessita que li acostin algun objecte personal?, necessita anar al bany?
4. Pel que fa a la formació, els 2.300 professionals amb responsabilitats de gestió són convocats a una sessió formativa, d'un dia de durada, cada tres o quatre mesos, sobre temes d'intel·ligència emocional, comunicació, gestió del canvi i implicació.
5. Als pacients se'ls educa en relació a les expectatives. S'han creat tríptics i videos sobre normes de funcionament i procediments, amb la finalitat d'ajustar els requeriments a les possibilitats reals i també per ajudar a la identificació de problemes.

Desplegar comissions de millora de la pràctica clínica

Recomanacions



DianaSalud Divulgación de Iniciativas para **Analizar** la Adecuación en Salud

Aplicar la llei de Sutton amb sentit comunitari (1)

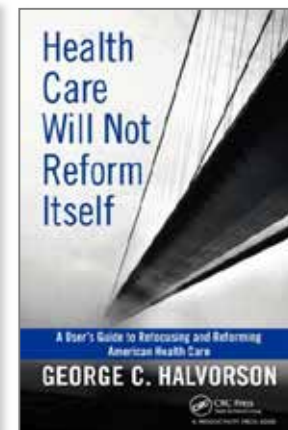


Detectar les pràctiques que no aporten valor, pel cap baix un 25% de l'activitat i reorientar els recursos cap a programes que evitin el malbaratament, com per exemple els ingressos potencialment evitables (en excés).



25%

\$0,5tn/\$2,0tn



Aplicar la llei de Sutton amb sentit comunitari (2)



Richard Smith
@Richard56

 Seguir

Any idiot can close a hospital but it takes talent, time, and money to improve services in the community.

theguardian.com/commentisfree/...

11:14 - 14 ene 2014

Developing integrated care: what role do acute hospitals play?



Chris Ham
Chief Executive

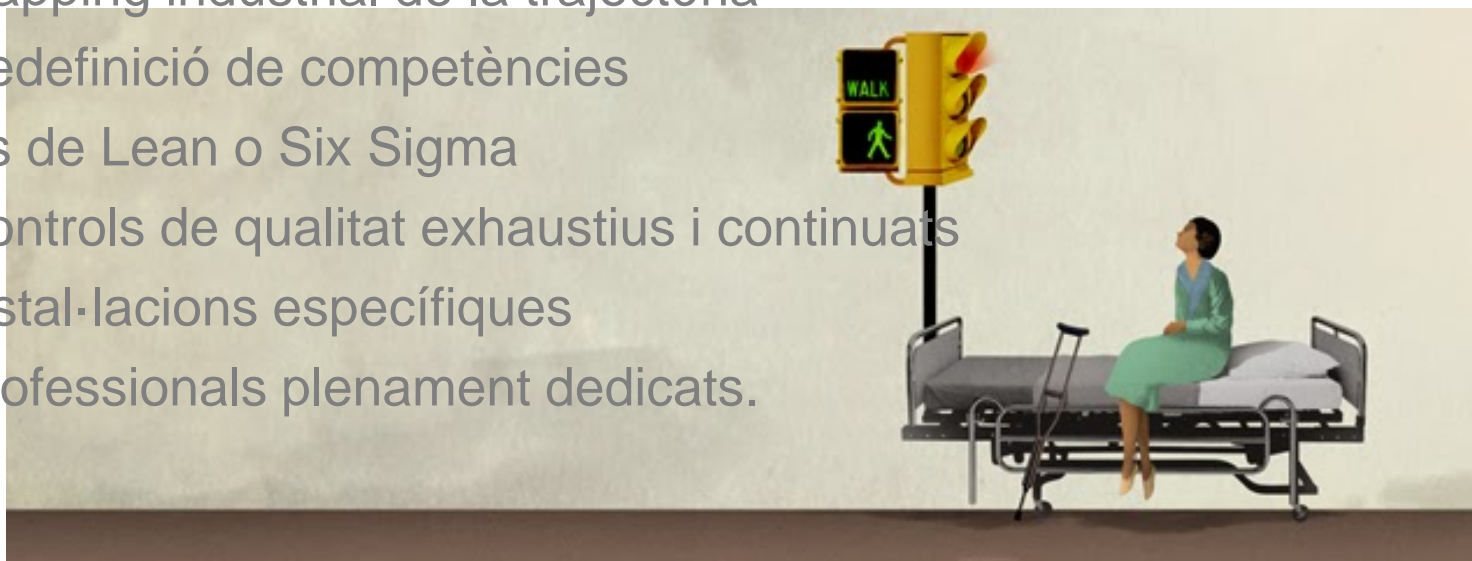
14 January 2014
12 comments

One of the questions I am often asked is: what should the role of acute hospitals be in developing integrated care?



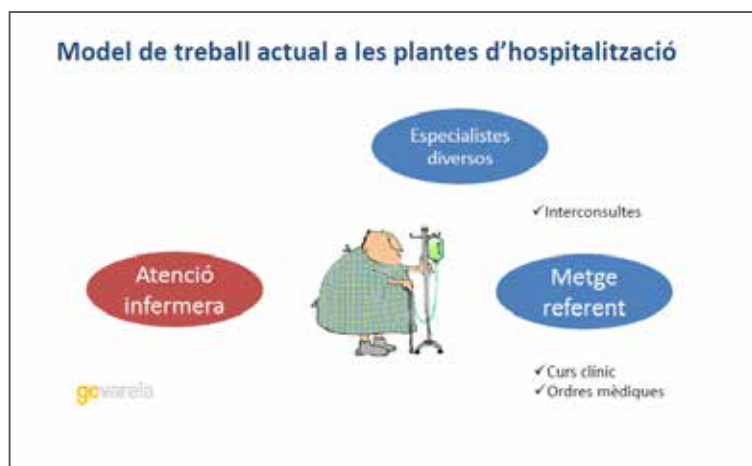
Potenciar la industrialització dels processos protocolitzables

1. Selecció de pacients en funció del risc
2. Comprensió i acceptació per part dels malalts de ser inclosos en el procés
3. Mapping industrial de la trajectòria
4. Redefinició de competències
5. Ús de Lean o Six Sigma
6. Controls de qualitat exhaustius i continuats
7. Instal·lacions específiques
8. Professionals plenament dedicats.



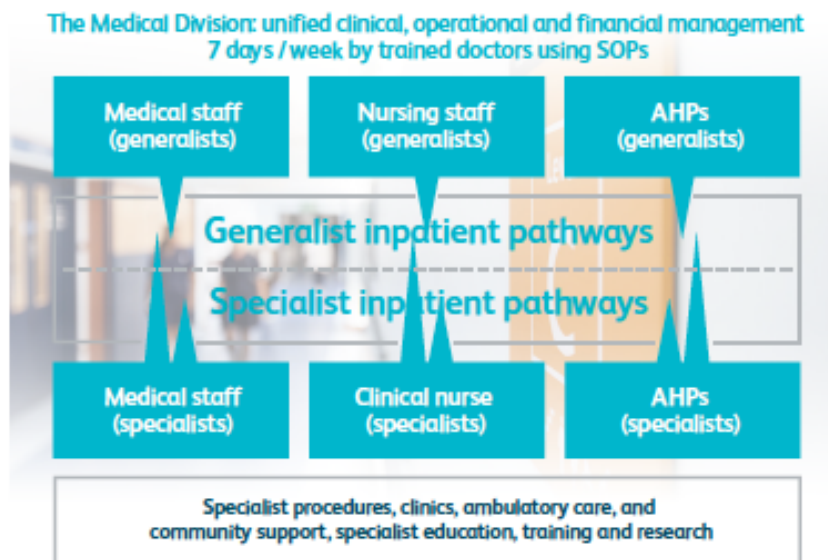
Redefinir el model organitzatiu de les unitats d'hospitalització per als processos no protocolitzables

1. Es treballarà en equip multidisciplinari
2. S'elaborarà un pla individualitzat per a cada pacient ingressat en el marc de les sessions clíniques de coordinació
3. Desapareixeran les ordres mèdiques i les interconsultes
4. Els metges generalistes i les infermeres referents de cada pacient han de garantir la qualitat i la continuïtat assistencial



Redefinir el model organitzatiu de les unitats d'hospitalització per als processos no protocolitzables

5. Els metges especialistes hauran de triar entre el treball a la factory o la seva aportació com a consultors a l'hospital generalista.



Generalist and specialist care in the future hospital. Generalist care includes acute medicine, internal medicine, enhanced care and intensive care. Specialist components of care will be delivered by a specialist team who may also contribute to generalist care. AHP = allied health professional; SOP = standardised operating procedure.

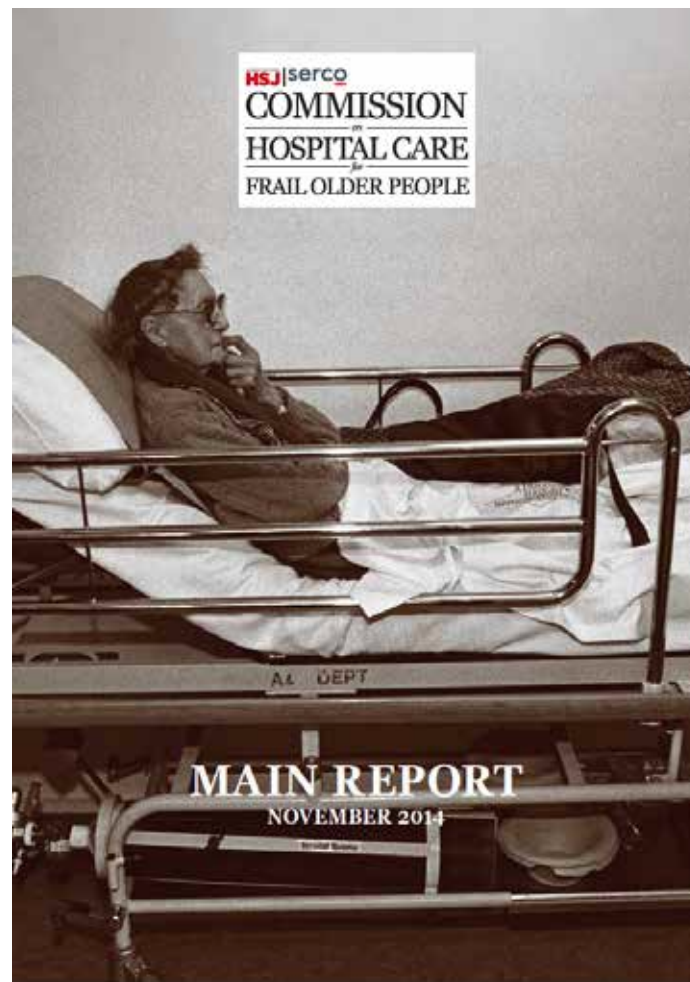
Reorientar els hospitals a l'atenció a la fragilitat geriàtrica

Els serveis d'urgències haurien d'incorporar metodologia geriàtrica i haurien de ser molt precisos amb els criteris d'ingrés.

1.L'avaluació geriàtrica i el pla individualitzat haurien de ser imprescindibles per als pacients que ingressen.

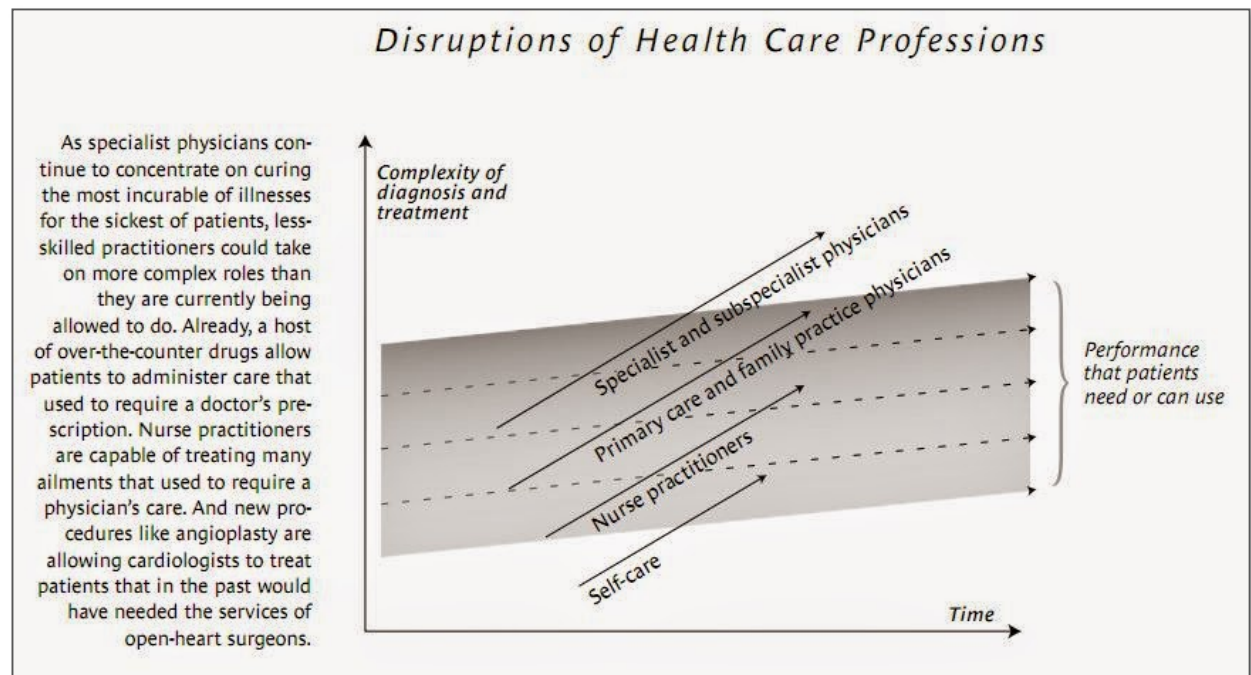
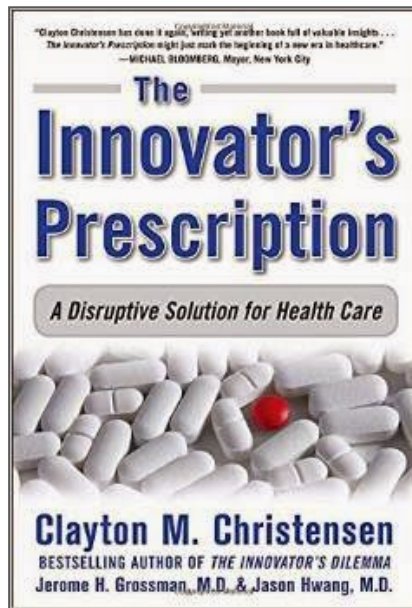
2.El personal de les plantes hauria de desenvolupar habilitats comunicatives específiques.

3.S'haurien de tenir plans per evitar les iatrogènies més comuns: úlceres, deliri, infeccions, caigudes, deshidratació, desnutrició, tromboembolismo, etc.



Augmentar les competències infermeres

Segons el professor Clayton Christensen d'Harvard Business School, la innovació disruptiva en el sistema sanitari vindrà quan s'aconsegueixi que cadascuna de les professions relacionades exerceixi les seves funcions en el límit superior de les seves competències. Això és motivacional i aporta innovacions per si mateix.



Adoptar els criteris del magnetisme

Què és un hospital magnètic? És un hospital que, en un context de manca d'infermeres, és capaç de retenir-ne i d'atraure'n. Són centres que actuen d'imant. En un estudi de M. McLure s'ha definit el magnetisme com una qualitat de certs hospitals que es caracteritzen per:

1. Les infermeres tenen un nivell alt d'autonomia.
2. Hi ha supervidores de suport i, per tant, les càrregues de treball no tenen fluctuacions.
3. Hi ha programes ben desenvolupats de formació continuada.
4. El model de treball està orientat al pacient.
5. Existeix bona comunicació entre metges i infermeres.
6. La competència és un valor per a la promoció.

Canviar models organitzatius per millorar qualitat i seguretat

1. Augmentar fins al màxim possible el nombre d'hores cobertes per l'equip mèdic estable.
2. Revisar el model de guàrdies mèdiques per tal de disposar de l'equip professional que garanteixi el màxim nivell de professionalitat a totes hores.
3. Suprimir els torns de 12 hores d'infermeria.
4. Fer canvis de torn infermers d'almenys 15 minuts de durada, passant per les habitacions perquè el propi pacient pugui detectar si hi ha errors en les informacions intercanviades.
5. Desenvolupar un model de supervisió d'infermeria que garanteixi la màxima estabilitat possible de les càrregues de treball.
6. Tenir mecanismes de gestió de pacients que evitin que les plantes d'hospitalització tinguin ocupacions superiors al 90%.

Els reptes dels hospitals del futur

1. En els hospitals d'avui hi ha models organitzatius basats en les necessitats dels professionals i no en la dels pacients, hi ha defectes estructurals que afecten la qualitat i la seguretat dels processos i hi ha desajustament de l'adequació de les carteres de serveis.
2. En els hospitals de demà caldrà desplegar estratègies per millorar l'experiència dels pacients, crear comissions de millora de la pràctica, aplicar la llei de Sutton amb sentit comunitari, industrialitzar per una banda i aprendre a elaborar plans individualitzats per l'altra, fer una reorientació cap a la fragilitat geriàtrica, afavorir les funcions dels metges generalistes, augmentar les competències infermeres i complir els criteris del magnetisme.