



Quais os desafios e estratégias
para um processo de acreditação
sustentável?

Renato Satovschi Grinbaum

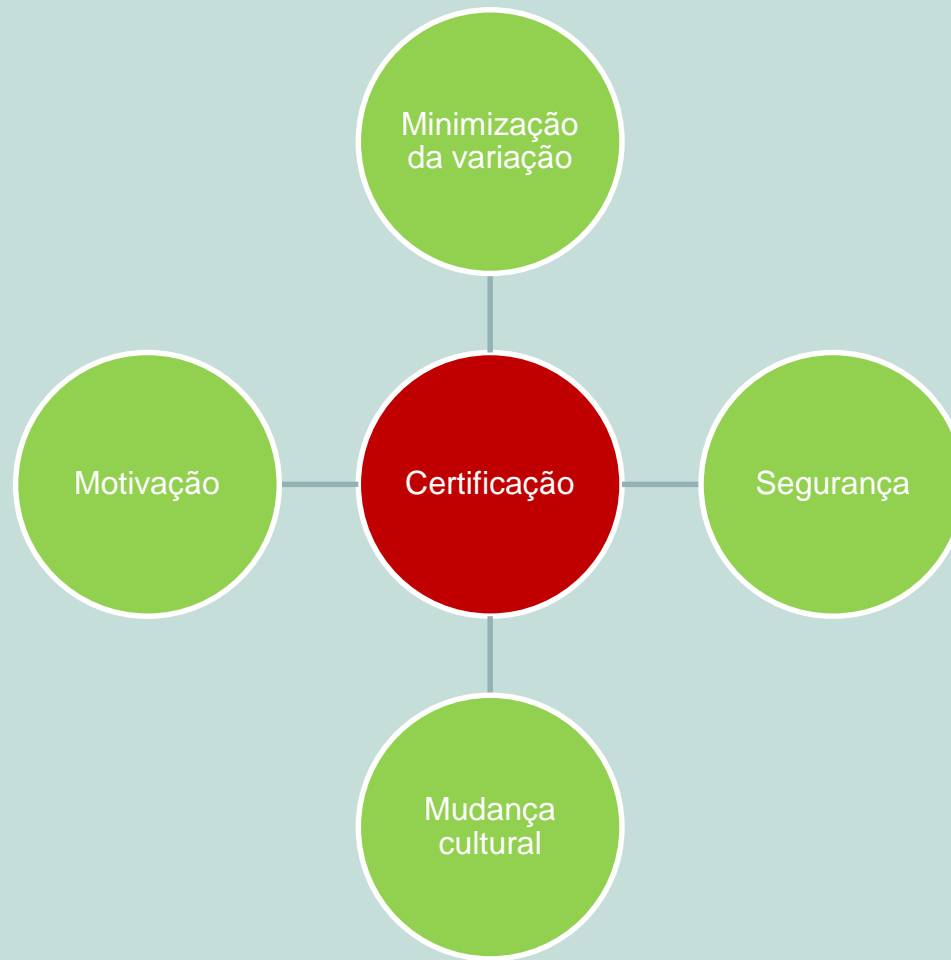


Objetivos

- Trazer uma série de questões sem resolver nenhuma...
 - Devemos acreditar na acreditação?
 - A certificação está de acordo com a nossa visão?
 - Como engajar pessoas?
 - Qual o papel do SCIH?



Certificação é um bom caminho?



Certificação é um bom caminho?



Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan

Table 5. Impact of accreditation on IC performance, and IC performance change

	IC performance score in 2004			IC performance score in 2005			IC performance score change			IC performance score change		
	Coefficient (95% CI)		P	Coefficient (95% CI)		P	Coefficient (95% CI)		P	Coefficient (95% CI)		P
Accreditation in 2004	2.8	(1.4, 4.2)	<.001				-2.6	(-4.7, -0.5)	.02			
Accreditation in 2005				3.2	(1.7, 4.8)	<.001	2.0	(-0.2, 4.2)	.08			
New accreditation										2.6	(0.5, 4.8)	.02
University hospital	1.4	(-0.5, 3.2)	.15	1.2	(-0.6, 3.1)	.19	-2.2	(-3.9, -0.5)	.01	-2.1	(-3.7, -0.4)	.01
Number of beds (every 100 beds)	0.8	(0.2, 1.4)	.007	1.0	(0.4, 1.5)	.001	0.4	(-0.11, 1.0)	.12	0.4	(-0.12, 0.95)	.13
Number of employees (every 100 employees)	0.14	(-0.17, 0.45)	.38	-0.11	(-0.40, 0.18)	.46	-0.24	(-0.51, -0.02)	.07	-0.24	(-0.50, 0.03)	.08
Constant	42.9	(39.4, 44.8)	<.001	46.5	(44.2, 48.8)	<.001	3.3	(1.1, 5.5)	.004	2.9	(0.8, 5.0)	.006

CI, confidence interval.



Establishing an infection control accreditation programme to control infection

Julie Parker

- Hospital acquired MRSA colonisations have decreased by approximately 30%
- Hospital acquired infections have decreased by approximately 60%



Certification in infection control matters: Impact of infection control department characteristics and policies on rates of multidrug-resistant infections

Monika Pogorzelska PhD, MPH^{a,*}, Patricia W. Stone PhD, RN, FAAN^a, Elaine L. Larson RN, PhD, FAAN, CIC^b

Table 3
Predictors of MRSA BSI rate per 1,000 central line-days in multivariable analysis: N = 36

	Coef	P value	IRR ^c	95% CI
Model 1				
Screen all patients for MRSA upon admission	2.33	.01	10.23	1.62-64.5
Infection control director hours	0.09	.07	1.09	0.99-1.20
Infection control director certified in infection control	2.01	<.01	0.13	0.03-0.58
No. of IP FTE per 100 beds	3.71	.05	0.02	0.001-0.95
Participation in IHI	0.74	.27	0.48	0.13-1.78
Model 2				
Target new admissions for MRSA screening	3.51	.01	0.03	0.01-0.43
Infection control director hours	0.08	.18	1.08	0.96-1.22
Infection control director certified in infection control	2.29	<.01	0.10	0.03-0.39
No. of IP FTE per 100 beds	2.17	.09	0.11	0.01-1.43
Participation in CHART	0.89	.34	2.43	0.39-15.27
Model 3				
Screen select patients for MRSA periodically after admission	1.07	.24	0.34	0.06-2.02
Infection control director hours	0.05	.17	1.05	0.98-1.13
Infection control director certified in infection control	1.21	.06	0.30	0.09-1.03
No. of IP FTE per 100 beds	1.43	.27	0.24	0.02-2.95
Participation in IHI	0.73	.26	0.48	0.14-1.71
Model 4				
Implement presumptive isolation/contact precautions pending a MRSA screen	0.16	.84	0.85	0.18-4.02
Infection control director hours	0.05	.21	1.05	0.97-1.13
Infection control director certified in infection control	1.35	.05	0.26	0.07-1.00
No. of IP FTE per 100 beds	1.60	.27	0.20	0.01-3.25
Participation in IHI	0.73	.25	0.48	0.14-1.67

CHART, California Hospital Assessment and Reporting Taskforce; CI, confidence interval; Coef, coefficient; FTE, full-time equivalents; IHI, Institute for Healthcare Improvement; IRR, incidence rate ratio.

*All of the variables entered into the model are shown in the Table.



TUDO O QUE A CERTIFICADORA EXIGE É APROPRIADO?



Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Models

Table 2: The comparison between accreditation programs based on 23 defined attributes

Organization name	JCAHO	CCHSA	ACHS	ANAE	QHNZ	UK pro-grams
Attributes						
Effect on quality improvement	****	**	**	*	*	*
Effect on safety improvement	****	**	*	*	*	*
Improving health care management integration	***	**	*	*	*	*
Provides health care organizations database	*					
Designing an international branch	*	-	-	-	-	-
Influenced other accreditation programs	***	*	*	*	*	*
Evidence of public confidence in process	****	**	*	*	*	*
Emphasis on efficiency and effectiveness	***	**	*	*	*	*
Evidence of ongoing innovation	****	**	*	*	*	*
Influence on global accreditation standards	****	**	*	*	*	*
Emphasis on patients' rights and providing an ethical atmosphere	***	*	*	*	*	*
Focus on information management	***	*	*	*	*	*
History of organization	****	***	**	*	*	*
Effective relationship with stakeholders	***	**	**	**	**	**
Outcomes suitable for public reporting)	***	**	**	**	**	**
Agreement with AGIL indicator	***	***	*	**		
Breadth of activity scope	***	**	**	*	**	*
Accredited with ISQua	*	*	*	-	-	*
Considers all 3 types of performance indicators	*	*	-	-	-	*
Clear Statement of Intent	*	*	*	-	-	-
Voluntary Participation	*	*	*	-	*	*
Government/non Government Organizations	*	*	*	-	-	*
Span of coverage and scientific level	****	**	*	*	*	*

*Jafar S. Tabrizi¹, Farid Gharibi², Andrew J. Wilson³

Health Promotion Perspectives, Vol. 1, No. 1, 2011; P: 1-31



Motivação depende do padrão

- Como um grupo de controle de infecção se engaja se ele não está de acordo com os padrões?



Motivação depende do padrão

- A certificadora tem um grupo de controladores de infecção externos discutindo os padrões?
 - Dentro do seu grupo: o controlador pode ter medo de questionar
 - É imprescindível a participação das Sociedades e de membros sabidamente formadores de opinião



Motivação depende do padrão

- Indicadores fora da prática rotineira
 - Indicador global
 - Interpretação incompleta do manual da ANVISA (Ex. IPCS clínica)
 - Indicadores inovadores sem embasamento
- Rotinas sem importância
- Muitas vezes a certificadora dá valor para algo que não tem impacto
- Padrões internacionais incompatíveis com os nacionais





Resolvendo

- As certificadoras deveriam se aliar às Sociedades e Entidades representativas do CIH para obtenção de consenso de padrões



POR QUE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE VAI SE ENVOLVER?



Envolvimento

- O profissional contratado tem maior tendência para se envolver.
 - Seu emprego
 - “Sua casa”
 - Estrutura hierárquica mais definida



Envolvimento

- Cultura organizacional
- Governança
 - Qualquer mudança de comportamento depende dos valores e de sua ramificação, através da governança
- Satisfação com o emprego
- Liderança
- Credibilidade do sistema



What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations?

DAVID GREENFIELD, MARJORIE PAWSEY AND JEFFREY BRAITHWAITE

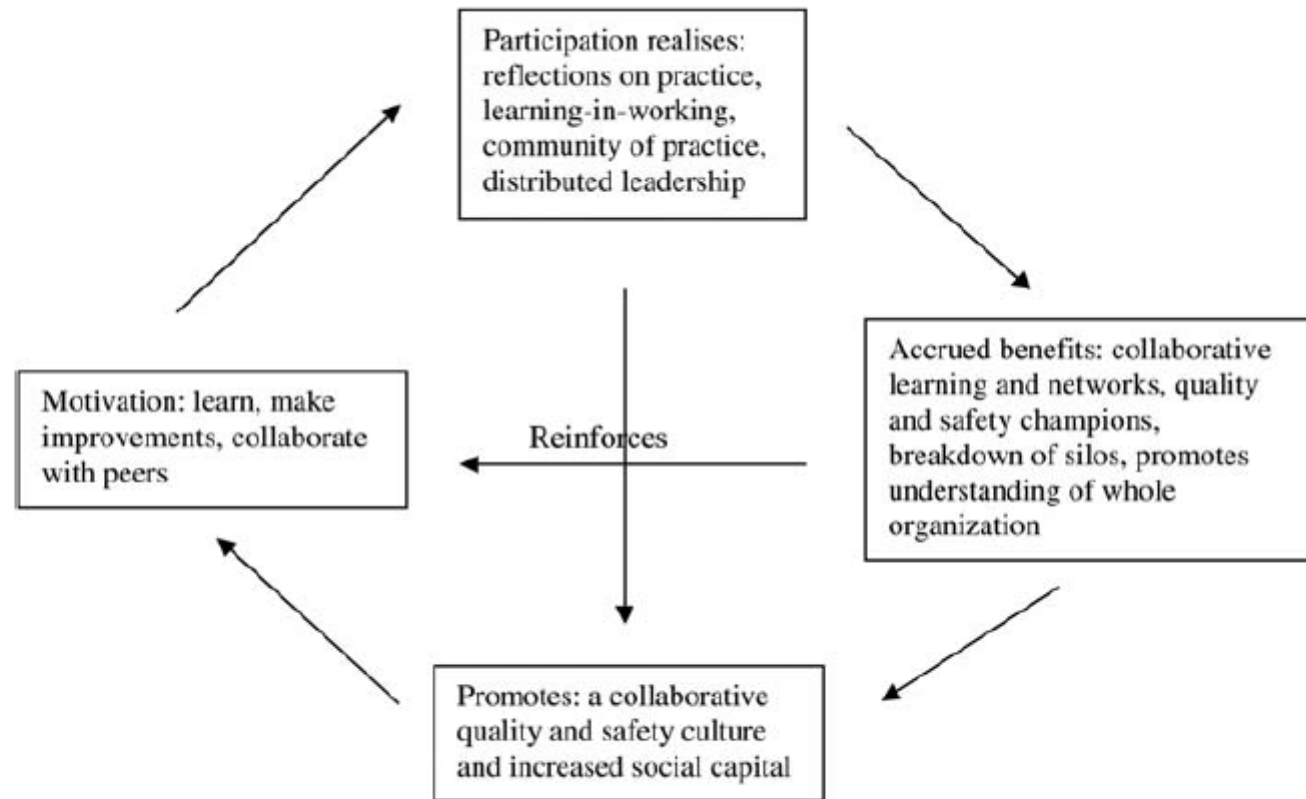


Figure 2 An empirically derived model of a positive self-reinforcing collaborative quality and safety culture.



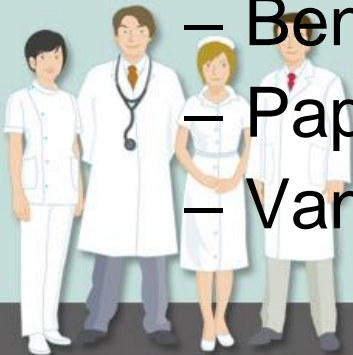
Determinantes

- Valores da instituição
 - Não só a missão e os valores que estão escritos, mas como eles são aplicados



Cultura organizacional

- Valores (ética), linguagens, hábitos (moral) que são praticados pelo grupo
- Símbolos de status dentro do grupo (busca de reconhecimento)
 - Capacidade de resolução
 - Prestígio científico
 - Benefícios
 - Papel na sociedade
 - Vantagens na instituição



A pior estratégia



A pior estratégia



O resultado



Engajamento



O selo de certificação deve coroar um processo de envolvimento de profissionais que gere a sua motivação para promover a melhor atenção de saúde



E nunca o contrário

Médicos

- Por que um médico deve se engajar?



Forma de remuneração

- Tem relação direta
- Não é o suficiente



Valores

- Um hospital privado com salários baixos, honorários médicos baixos, contrato com PJ para produção, o que se espera da motivação?



Valores

- Um hospital público com salários baixos, administração voltada para os aspectos financeiros, nenhum olhar para a segurança porque “fazemos o que podemos”, o que se espera da motivação?



Valores

- Um hospital público que tem restrição de verbas e salários, mas onde o profissional pode ascender na carreira, especialmente com visibilidade científica, o que se espera da cultura?



Valores

- Um hospital privado onde o médico interna seu paciente eventualmente, sem participar da rotina diária, como ele se envolve?



Valores

- Um hospital privado que preza pela segurança e pela qualidade, com limpeza, organização, respeito entre profissionais e materiais de qualidade, o que se espera da cultura?



Valores

- Um hospital onde os profissionais não se sentem à vontade para colocar suas angústias e limitações, o que se espera da cultura?



Valores

- Um hospital onde os profissionais têm medo de serem demitidos, o que se espera da cultura?





Tentando resolver...

- A forma de relação da instituição com os médicos é crítica
- Os médicos precisam bem remunerados, mas antes de tudo deveriam fazer parte da vida real da instituição
 - Contrato
 - Avaliação de desempenho e programa de relacionamento
 - Voz ativa em esferas administrativas apropriadas



Itens médicos mais críticos

- Prontuário
- Adesão a protocolos
- NR32
- Participação em comissões



Valorização

- Um hospital onde o médico é bem visto quando participa de reuniões de comissões, como se espera o envolvimento dele?



Valorização

- Um hospital onde o médico ganha benefícios quando realiza uma boa prática médica, como se espera o envolvimento dele?



Valorização

- Um hospital onde o enfermeiro é reconhecido quando sua área tem melhorias, como se espera o envolvimento dele?



Médicos

- Como um médico deve se portar quando a certificadora exige algo que ele não considera eticamente apropriado?



Médicos

- Como a instituição deve se portar quando a certificadora exige algo que o médico demonstra não ser eticamente apropriado?

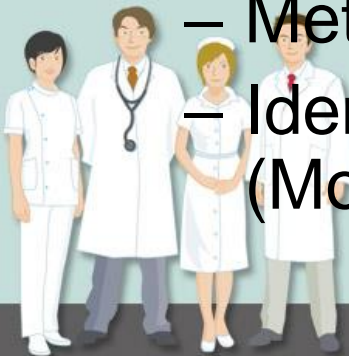


CERTIFICAÇÃO COMO FERRAMENTA

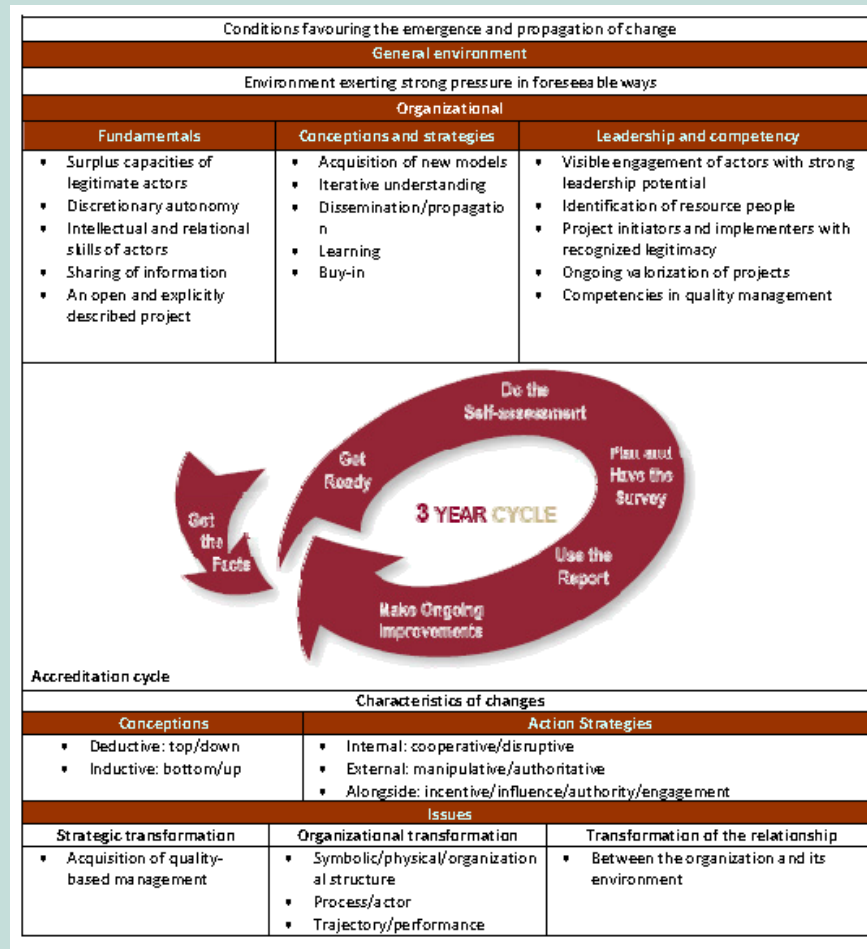


Certificação como ferramenta

- Se utilizada como meta...
 - Aplicação de questionários
 - Restrição
 - Desmotivação
- Se utilizada como ferramenta...
 - Instrumento para mudança organizacional
 - Trabalho em time
 - Metas e padrões comuns
 - Identificação das práticas de excelência (Motivação)



Accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations



Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change

M Jain, L Miller, D Belt, D King, D M Berwick

Box 1 Trigger tools used to define adverse events in the ICU¹¹

- Transfusion or use of blood products
- Any code or arrest
- Dialysis
- Positive blood culture
- Radiograph or Doppler scan for emboli
- Abrupt drop of >25% in hemoglobin or hematocrit
- Patient fall
- Decubiti
- Readmission within 30 days
- Restraint use
- Infection of any kind
- In-hospital stroke
- Transfer to higher level of care
- *C difficile* positive
- Prothrombin time (PTT) >100 seconds
- INR >6
- Glucose <50 mg/dl
- Rising BUN/serum creatine >2 × base
- Vitamin K administration
- Benadryl (diphenhydramine) use
- Romazicon (flumazenil) use
- Narcan (naloxone) use
- Antiemetic use
- Oversedation/hypotension
- Abrupt medication stop
- Pneumonia onset
- Readmission to ICU
- In unit procedure
- Intubation/reintubation

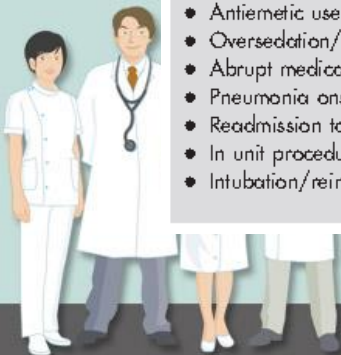
STRATEGY FOR CHANGE

The study involved four critical changes in care systems:

- Physician led multidisciplinary rounds.
- Daily bed flow meetings.
- Bundles.
- Culture change.

Culture change

We encouraged a decision making process which welcomed input from every multidisciplinary team member. The intensivists led the rounds, but everyone's opinion was heard. There was administrative support and physician buy-in towards the team approach. However, we did not measure culture change.



Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change

M Jain, L Miller, D Belt, D King, D M Berwick

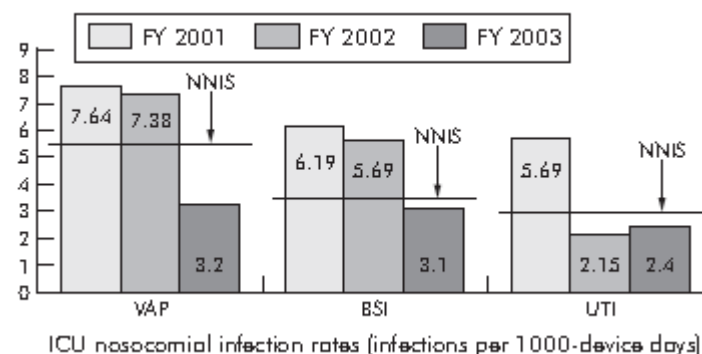


Table 1 Device days and infection rates for fiscal years 2001–3

	Baseline (2001–2)	2003	p value
Ventilator days	3471	2180	
VAP per 1000 ventilator-days	7.5	3.2	0.040
Central line days	6773	4576	
Infections per 1000 line-days	5.9	3.1	0.031
Foley catheter days	7691	5780	
UTI per 1000 catheter-days	3.8	2.4	0.170
	2002	2003	
Mortality	8.7	8.9	
Hospital Medicare Case Mix Index	1.49	1.52	
MRSA rate: total cases/(total patient days×1000)	0.7	0.5	
VRE rate: total cases/(total patient days×1000)	0.5	0.1	

MRSA, methicillin resistant *Staphylococcus aureus*; VRE, vancomycin resistant *Enterococcus*; VAP, ventilator associated pneumonia; UTI, urinary tract infection



Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change

M Jain, L Miller, D Belt, D King, D M Berwick

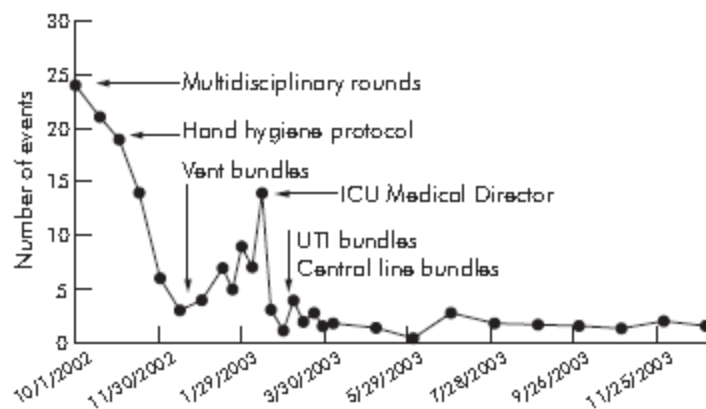


Figure 2 Run chart of number of adverse events in the ICU (adverse events defined in box 1)."

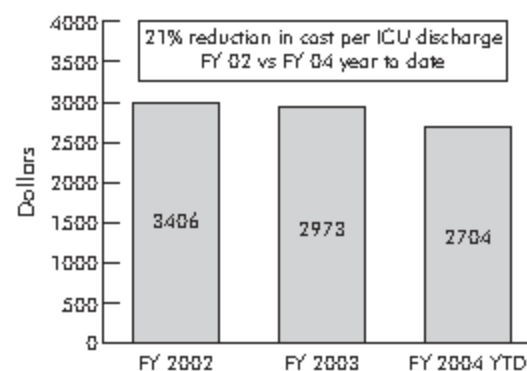


Figure 4 Average cost per ICU episode over 2.5 years with fiscal year (FY) 2004 data to 1 March 2004.



Continuous quality improvement: educating towards a culture of clinical governance

S R Heard, G Schiller, M Aitken, C Fergie, L McCready Hall

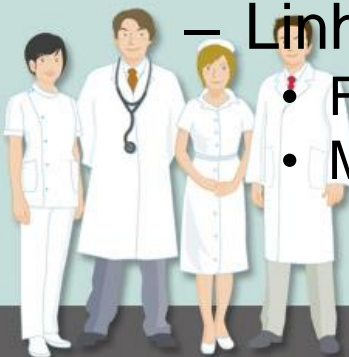
“10 Cs” of clinical governance

- Clinical performance
- Clinical leadership
- Clinical audit
- Clinical risk management
- Complaints
- Continuing health needs assessments
- Changing practice through evidence
- Continuing education
- Culture of excellence
- Clear accountability



Desafios da governança

- Padronização
 - Excesso: limitação à atividade e desmotivação
 - Protocolos clínicos muito rígidos
 - Falta
 - Risco ao paciente
- Supervisão
 - Recursos humanos
 - Especializada em protocolos
 - Hospitalistas
 - Linhas de cuidados e institutos
 - Fluxo completo
 - Multiespecialidades



Última questão

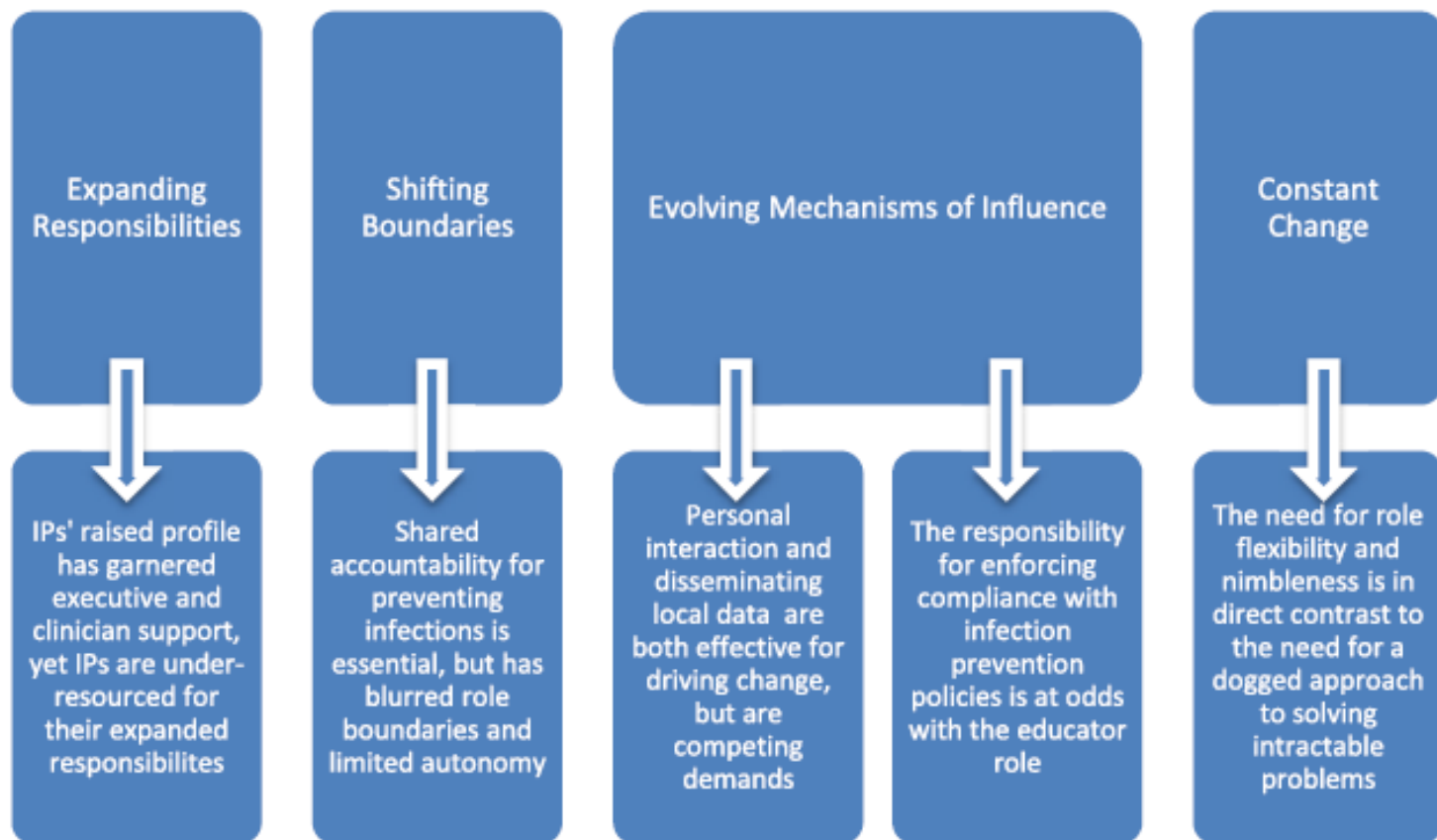
- O Controlador de Infecção é obrigatoriamente o profissional responsável pela condução da certificação?
- E pela qualidade, pelo gerenciamento de risco, pelas demandas do corpo clínico, pela gestão de leitos...



Tensions inherent in the evolving role of the infection preventionist

Laurie J. Conway RN, MPhil, CIC^{a,*}, Victoria H. Raveis PhD^b, Monika Pogorzelska-Maziarz PhD, MPH^c, May Uchida RN, MPhil, GNP-BC^a, Patricia W. Stone PhD, RN, FAAN^c, Elaine L. Larson RN, PhD, FAAN, CIC^{d,e}

L.J. Conway et al. / American Journal of Infection Control 41 (2013) 959-64



Resolvendo

- O básico é o obrigatório
- O resto não pode ser resolvido por portaria, mas pela dinâmica local da instituição
- Chega de leis que não podem ser aplicadas em todos os lugares
 - Ao invés de designar pessoas, vamos cobrar ações



Continua
empurrando.
Um dia a
gente chega.

