

XXIIème Congrès de l' ALASS. 1-3 Septembre 2011

Thème principal du congrès : La gouvernance dans tous ses états : de la gestion des systèmes de santé à la prise en charge du patient.

Samedi, 3 septembre

SESSION 29
09:00 – 10:30

Acréditation. Qualité

Aporte de los sistemas de gestión de calidad a la seguridad del paciente: panorama internacional.

Diana Alexandra Camargo Rojas, Universidad Nacional de Colombia, et Yúber Liliana Rodríguez Rojas, Colombia. ylrodriguezr@gmail.com

Resumen

Los sistemas de gestión (SG) permiten generar, mantener y mejorar continuamente la calidad en la prestación de los servicios. En la actualidad se observa incremento de la prevalencia de los eventos adversos (EA) generados en los procedimientos asistenciales, obligando a crear estrategias para intervenir esta problemática. Por ello, se planteó una revisión sistemática, que buscó identificar los aportes de los SG de calidad a la seguridad del paciente. Ésta arrojó 774 artículos, de los cuales se seleccionaron 39. Se concluyó que todos los principios de la calidad se vieron reflejados y aportan elementos para garantizar la seguridad del paciente.

Résumé

Les systèmes de gestion (SG) permettent générer, maintenir et l'amélioration continue de la qualité dans la prestation des services. L'augmentation de la prévalence des services adverses (SA) génères a l'intérieur des procédures d'assistance ont demandé la création de stratégies pour l'intervention de cette problématique. La proposition d'une révision systématique permettre identifier la contribution des SG en qualité pour la sécurité des patients. Sur 774 articles trouvés, 39 ont été sélectionnés. Il est possible conclure que tous les principes de qualité ont été reflétés et ils apportent des éléments pour garantir la sécurité des patient.

La calidad en el servicio de los servicios locales de salud dentro de la reforma a las políticas de Salud en México.

Georgina Contreras Landgrave, Universidad Autónoma del Estado de México, et Carolina Tetelboin, México. geoland@web.de

Objetivo. Describir los servicios que se otorgan a la población abierta en los servicios locales de salud a través del programa Seguro Popular de Salud como parte de la Reforma a las políticas de Salud en México.

Contexto y descripción del problema. Desde los años setentas del siglo pasado, iniciaron las reformas al Estado en la región de América Latina. En cada país esta reforma ha tenido tiempos y comportamientos diferentes considerando las características propias de cada uno, pero en esencia la reforma se ha aplicado. En México inició con modificaciones a la Constitución Políticas al reconocer en ella el derecho a la salud de todos los mexicanos, continuó con la emisión de normatividad que contribuyó a la descentralización a las diferentes entidades federativas de los servicios de salud y los protocolos de atención por los integrantes del ahora sistema nacional de salud descentralizado. Dentro de las últimas reformas está el surgimiento de un programa denominado Sistema de Protección Social en Salud denominado operativamente Seguro Popular de Salud (SPS) y es el que a través de él se continúa haciendo adecuaciones a la operación del Sistema de Salud considerando para ello los criterios establecidos a nivel internacional.

Marco teórico metodológico. Considerando el criterio de calidad, se procedió a conocer cómo se lleva a cabo la implementación del SPS en los servicios locales de salud ubicados en la zona oriente del Estado de México. Se revisó la normatividad del programa emitida a nivel nacional y estatal la cual se sistematizó y se formuló una guía de preguntas que se aplicaron a los funcionarios y prestadores del servicio dentro del programa. Se analizaron las respuestas identificando cuáles han sido las modificaciones que se han introducido en los servicios locales de salud con la implementación del programa sacando conclusiones.

Acreditação Hospitalar: Um estudo de caso nas Unidades de Atendimento Integrado (UAI) de Uberlândia (MG) – Brasil.

Vidigal Martins Fernandes, Universidade Federal de Uberlândia, Renata Rodrigues Daher Paulo, Peterson E. Gandolfi, Nathália Oliveira Peixoto, Felipe Gomes Monteiro et Túlio Bonifácio Guimarães, Brasil. vidigalfgv@gmail.com

O presente trabalho é um estudo de caso das Unidades de Atendimento Integrado (UAI) que discorre sobre o processo de Acreditação e tem como finalidade analisar quais são os benefícios para os usuários do sistema de saúde das UAIs com a nova conquista do certificado de acreditação. Segunda a Organização Nacional de Acreditação (ONA), esse processo é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, que visa o aprimoramento permanente dos serviços prestados pelas unidades de atendimento. Malik e Schieasari (2011) inferem que ter sucesso no processo de acreditação é provocar melhorias no processo de informações e que é importante ter elementos que possam possibilitar a comparação. Esta comparação pode ser entendida entre o ex-ante e o ex-post, desta forma é possível medir a evolução da melhoria dos antes e depois da certificação. Neste sentido a pesquisa tem como objetivos específicos comparar uma unidade já certificada com as demais que ainda não conseguiram a certificação; e analisar os impactos nacionais e regionais dessa melhoria no sistema de saúde para a cidade de Uberlândia [MG] Brasil. A metodologia utilizada foi um estudo de caso comparativo entre uma unidade acreditada, outra em processo de Acreditação e uma terceira sem implantação no período de 2007 a 2011, com coleta de dados, entrevistas e questionários. Espera-se que a unidade acreditada seja modelo para as demais e que o processo de Acreditação provoque uma satisfação dos usuários e um reconhecimento tanto nacional quanto regional da qualidade dos serviços prestados pelas UAIs da cidade de Uberlândia.

Comparación de la pertinencia de dos instrumentos de evaluación para medir calidad de la atención hospitalaria aplicada a personas.

Mónica Arévalo Bugueño, Hospital Carlos Van Buren, et Mario Parada Lezcano, Chile. monica.arevalo@redsalud.gov.cl

La investigación se desarrolla dentro del proyecto denominado Proexcel de desarrollo multinacional de un instrumento de evaluación e información multidimensional de la calidad de atención hospitalaria para la excelencia, en el cual participaron instituciones de Brasil, Uruguay, México, España, Cuba, Chile, Argentina y Colombia.

Los ámbitos de aplicación del proyecto, considerando la estructura particular de los hospitales, fueron:

1. Atención del paciente en su camino dentro del hospital.
2. Niveles de atención prestada por las personas en sus jerarquías de actuación y balance entre los clientes y proveedores internos en las prestaciones de los servicios hospitalarios. (Personas)
3. El grado de organización del hospital.

El objetivo del trabajo fue comparar la pertinencia dos instrumentos de evaluación de la calidad hospitalaria (Proexcel y un instrumento técnico del Ministerio de Salud de Chile) en el área de usuario interno y externo (personas).

Se definió como universo de estudio los instrumentos de evaluación para la calidad de la atención hospitalaria: Proexcel y el Instrumento Técnico de certificación de cumplimiento de requisitos para la obtención de la calidad de establecimientos autogestionados en red y evaluación anual de mantención de requisitos para la autogestión (MINSAL).

Para este efecto, se define pertinencia, como a aquellas mediciones que deben ser tomadas en cuenta y tienen importancia en las decisiones que se toman sobre la base de la misma. Señala cuán bien un resultado obtenido (producto de la aplicación del instrumento de medición) refleja al

fenómeno bajo estudio o la capacidad del instrumento para medir la cualidad para la que fue construido.

En una primera etapa se elaboró un cuestionario para la medición de pertinencia de la calidad en la atención Hospitalaria, para lo cual se utilizaron dimensiones de estudio para usuario interno y externo obtenidas de revisiones bibliográficas del tema. En una segunda etapa, se aplicó el cuestionario a los dos instrumentos a comparar. En una etapa final se evaluaron los resultados de la aplicación del cuestionario.

De la Certification ISO 9001 à la démarche d'Accréditation ISO 15189 au Laboratoire de Biologie Clinique.

Danielle Govaerts, CHU de Charleroi, Anne Courbe et Raphaël Lequeu, Belgique.
danielle.govaerts@chu-charleroi.be

La maîtrise des processus pré-analytique, analytique et post-analytique est un enjeu important pour les Laboratoires de Biologie Clinique (LBC), afin d'assurer la fiabilité des résultats d'analyses et donc du service rendu aux clients (patients et cliniciens). Les Directives Pratiques (exigences nationales belges), ainsi que la Certification et l'Accréditation imposent un contrôle permanent de l'ensemble des processus du LBC.

Afin d'améliorer la qualité de ses services, le LBC a décidé de renforcer son expertise technique par une démarche Qualité volontaire. Cette dernière est issue d'un modèle organisationnel hybride répondant conjointement aux dispositions légales et aux exigences relatives à la norme ISO 9001 et à la norme ISO 15189 (norme spécifique au LBC).

La méthodologie utilisée à la mise en place d'un Système de gestion de la Qualité inclut l'intégration du concept d'amélioration continue au pilotage des processus ainsi qu'un Système d'information décisionnel basé sur des indicateurs de performance. Depuis 2006, ce Système de gestion de la Qualité est intégré à la pratique quotidienne du LBC et est décrit à travers l'expérience menée en Belgique au LBC de l'Hôpital A. Vésale du CHU de Charleroi.

SESSION 30

09:00 – 10:30

Réseaux et conflits

Avaliação da rede de unidades de saúde da família com foco na integralidade em Salvador, Bahia, Brasil.

Handerson Silva Santos, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Melissa Almeida Silva, Cristina Maria Meira de Melo et Heloniza Oliveira Gonçalves Costa, Brasil.
handerson_bahia@yahoo.com.br

O Programa Saúde da Família representa a proposta mais consistente alcançada pelo governo brasileiro para a organização da Atenção Primária à Saúde. Soma-se a isso o fato de o ministério da Saúde adotar em 2006 a Estratégia Saúde da Família como a estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no País, através da Política Nacional da Atenção Básica. A partir dessa estratégia busca-se o respaldo para a mudança do modelo de atenção da assistência à saúde. Considera-se a integralidade como princípio constitucional, compondo como parte de uma imagem objetivo utilizada para indicar a direção do sistema de saúde, buscando articular demandas com a oferta de ações e serviços. Neste estudo assumimos a integralidade em três dimensões: a partir da formulação de políticas de saúde, da organização dos serviços e dos atributos das práticas que buscam sua operacionalização no cotidiano dos serviços de saúde. O objetivo desse estudo foi avaliar a rede de unidades de saúde da família do município de Salvador com foco no princípio da Integralidade. O locus da investigação foi a cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Em 2008, Salvador apresentava uma cobertura da Estratégia Saúde da Família de 13,5%. Segundo dados do ministério da Saúde em 2010 essa taxa alcançou 15,4% da população, muito aquém da média nacional de 51,81%, e da estadual, que corresponde a 57,67% da população coberta. Outras características contextuais da atenção primária à saúde da cidade reforçam a importância desta investigação, uma vez que 77% da população dependem dos serviços básicos de saúde que são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde local; o vínculo empregatício precário dos profissionais desse nível de atenção também é outra fragilidade.

Trata-se de um estudo avaliativo-descritivo, com abordagem quantitativa, de corte transversal, tomando como eixo norteador o princípio da Integralidade, originado a partir de um projeto guarda-chuva intitulado Avaliação das práticas de saúde na atenção básica à criança com foco na Integralidade, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), através do Projeto PPSUS n. 0029/2007. A população-alvo deste estudo foi composta pelos gestores das unidades de saúde da família, pelos profissionais de saúde que compõem a equipe de saúde da família e os usuários dos serviços das unidades de saúde da família. Para a variabilidade foi estimada a proporção máxima ($P=0,50$), sob o nível de confiança de 95%, admitindo-se um erro máximo de 1% ($d=0,01$). O total de elementos da população (N) foi obtido com base no total de famílias cadastradas em fevereiro de 2009 pelo Programa Saúde da Família ($N=94.152$). O n encontrado ($n=1.720$) foi alocado proporcionalmente por distrito sanitário de acordo com a capacidade de atendimentos/dia da unidade. Este estudo utilizou apenas o n relativo aos usuários das USF ($n=732$). Os usuários foram alocados proporcionalmente por unidade de acordo com a capacidade de atendimentos de cada uma. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas com os informantes e aplicação de um questionário estruturado, específico por informante. Durante a etapa de coleta de dados houve recusas e perdas, ficando ao final 494 usuários, 91 profissionais e 13 gestores. Para verificar as associações foi utilizado o teste estatístico *Teste Exato de Fischer*, considerando um nível de confiança de 95% ($\alpha \leq 0,05$), para a análise também foram utilizados *softwares* com programas estatísticos.

Desarrollo de un cuestionario de valoración de la coordinación entre organizaciones sanitarias de distintos niveles de atención desde un enfoque de colaboración entre profesionales.

Regina Sauto Arce, O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria, Nuria Toro Polanco, Roberto Nuño Solinis, Iñaki Berraondo Zabalegui, Itziar Pérez Irazust et Leticia San Martín Rodríguez, País Vasco. regina@bioef.org

Resumen

OBJETIVO: Desarrollar un cuestionario que permita evaluar, a partir de la opinión de los profesionales, la colaboración interprofesional entre organizaciones sanitarias inmersas en procesos de integración asistencial, para su aplicación en el sistema sanitario vasco.

MODELO: Se ha tomado como referencia el modelo de colaboración interprofesional desarrollado por D'Amour (1997) en Quebec. Este modelo identifica cuatro dimensiones de los procesos de colaboración: a) Visión y objetivos compartidos, b) Interiorización, c) Gobernanza, d) Formalización. A partir de estas dimensiones, D'Amour et al. (2008) identifican 10 indicadores que permiten operacionalizar el modelo.

RESULTADOS: El cuestionario de valoración de la colaboración entre niveles y profesionales desarrollado en Euskadi (España) cuenta con 10 ítems, que son: 1) Objetivos Comunes, 2) Orientación al Paciente, 3) Conocimiento Mutuo, 4) Confianza, 5) Directrices Estratégicas, 6) Liderazgo Compartido, 7) Apoyo a la Innovación, 8) Espacios de Encuentro, 9) Protocolización, 10) Sistema de Información.

Cada uno de estos ítems corresponde a uno de los 10 indicadores del modelo D'Amour, adaptados al contexto del sistema sanitario vasco. El cuestionario recoge la opinión de los profesionales sanitarios sobre la situación en su organización y área sanitaria en cada uno de sus 10 ítems, en una escala Likert del 1 al 5.

Résumé

OBJECTIF: Développement d'un questionnaire pour l'évaluation, selon la perspective des professionnels, de la collaboration interprofessionnelle entre les organisations impliquées dans des processus d'intégration des soins.

MODÈLE: Le questionnaire a été développé à partir du modèle de collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997). Selon ce modèle il y a quatre dimensions dans les processus de collaboration: a) la finalisation, qui concerne l'existence de buts communs, 2) l'intériorisation, 3) la délégation et 4) la formalisation. À partir de ces dimensions, D'Amour et al. (2008) ont identifié 10 indicateurs pour opérationnaliser le modèle.

RÉSULTATS: Le questionnaire d'évaluation de l'intensité de collaboration entre professionnels des différents niveaux de soins développé au Pays Basque (Espagne) comporte 10 questions, à

l'égard de: 1) les objectifs communs, 2) l'orientation au patient, 3) la connaissance mutuelle, 4) la confiance, 5) les orientations stratégiques, 6) le partage de leadership, 7) le soutien à l'innovation, 8) l'existence des lieux de rencontre, 9) les modalités de formalisation et 10) les systèmes d'information.

Chacun de ces questions correspond à l'un des 10 indicateurs du modèle de D'Amour, adapté au contexte du système de santé basque. Ce questionnaire utilise une échelle Likert avec un gradient de 5 points pour connaître la perspective des professionnels.

La conciliazione in sanità: criticità e prime esperienze.

Monica De Angelis, CRISS - Dipartimento di Scienze sociali, Giovanni Mazzoni, Italia.

m.deangelis@univpm.it

Riassunto

L'efficacia che l'*alternative dispute resolution* (ADR) ha avuto in molti paesi riguardo alla risoluzione dei conflitti ha indotto l'Italia a prevederne in alcuni casi l'utilizzo obbligatorio, come nel settore della sanità. L'applicazione della conciliazione - uno dei modelli ADR - in sanità è ancora all'inizio ma si deve comunque far notare che il successo dell'opera conciliativa sarà tanto maggiore quanto più vi sia una convinzione generale nella bontà di questi strumenti, un coinvolgimento diretto e indiretto delle strutture sanitarie, la volontà concreta delle parti di contribuire alla soluzione della lite.

Résumé

L'efficacité que la résolution alternative des conflits (ADR) a eu dans de nombreux pays a conduit l'Italie à prévoir dans certains cas son utilisation obligatoire, comme dans le secteur de la santé. L'application de la conciliation - un modèle de ADR - en le domaine sanitaire est encore au début, mais nous devons souligner cependant que le succès de l'activité de conciliation est lié au croyance générale dans la bonté de ces outils, au implication des établissements de santé, au réel volonté des parties pour aider à résoudre le différend.

La mediazione trasformativa dei conflitti in sanità: l'esperienza dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

Carmen Tereanu, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Silvia Bettiga, Enrico Regalia, Roberto Mazza, Paolo Viganò, Claudia Borreani, Margherita Greco, Luigi Saita, Giuseppe Capri et Laura Lozza, Italia et Romania. carmen.tereanu@istitutotumori.mi.it

Introduzione: Negli ultimi anni, i conflitti tra paziente (o familiari) e personale medico-infermieristico e le richieste di risarcimento danni sono in continuo aumento. I conflitti sono distruttivi: il medico soffre per le accuse considerate "ingiuste" e il paziente (o la sua famiglia) per il danno procurato dalla così detta "malasanità". La mediazione trasformativa è un approccio che permette alle parti di incontrarsi, fuori dal sistema giudiziale, ed esprimere quei valori, punti di vista e sentimenti che alimentano il loro conflitto. Partendo anche dall'esperienza positiva di altre strutture ospedaliere del Nord Italia (Modena e Lecco) iniziata nel 2005, l'Istituto Nazionale dei Tumori (INT) ha ritenuto importante adottare questo nuovo modello di gestione del conflitto e, nel 2008, è iniziata la formazione di un gruppo di professionisti dell'INT al metodo (160 ore). A dicembre 2010, a seguito di una determina interna, è stato formalmente costituito il Gruppo di Ascolto & Mediazione, costituito da 10 persone.

Obiettivi: 1) descrivere la procedura per il funzionamento del Servizio di Ascolto & Mediazione dell'INT e 2) illustrare lo strumento della mediazione trasformativa attraverso un caso concreto selezionato.

Metodi: I mediatori sono professionisti che già lavorano nell'INT e che hanno espresso il loro interesse e motivazione alla formazione (gruppo auto selezionato). I mediatori lavorano in stretto rapporto di collaborazione con il Risk Manager. I responsabili dell'URP e dell'Ufficio Affari Generali e Legali, inviano ai coordinatori del Gruppo, tramite e-mail istituzionale o posta interna, i reclami e le richieste di risarcimento danni prevenute ai loro uffici. La mediazione consiste di 1 fino a 3 colloqui individuali con ciascuna delle parti, l'incontro di mediazione (non obbligatorio, se le parti

non accettano di confrontarsi) e il *follow-up* post-mediazione (per valutare l'efficacia dell'intero processo). La mediazione trasformativa è basata su due principi: *empowerment* e riconoscimento reciproco. L'*empowerment* porta le parti a definire i propri problemi e a trovare le proprie soluzioni mentre il riconoscimento reciproco porta ogni parte ad ascoltare e capire il punto di vista de l'altra parte. Il percorso di mediazione è un percorso parallelo a quello di richiesta di risarcimento danno.

SESSION 31

09:00 – 10:30

Posters

1.- La Direction du Département Infirmier dans la gouvernance par pôles. Expérience aux Cliniques Universitaires Saint-Luc.

Myriam Hubinon, Belgique

2.- Formation pour favoriser l'entraide des personnes touchées par le cancer de la prostate.

Anne-Claude Griesser, Association pour la promotion de la santé par l'éducation et la recherche, et Vincent Griesser, Suisse. anne-claude.griesser@chuv.ch

Objectifs : Concevoir et dispenser une formation permettant à un groupe de personnes touchées par le cancer de la prostate d'acquérir des compétences en communication pour animer des groupes de soutien et prodiguer du support à de nouveaux patients et à leurs proches.

Contexte et exposé du problème : Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme, sachant que 2 hommes européens sur 5 en seront touchés au cours de leur vie. Comme tout cancer, l'annonce du diagnostic constitue un bouleversement tant par la crainte d'une issue fatale que par les effets adverses des traitements que sont en particulier l'incontinence urinaire et la dysfonction érectile. Les hommes qui en sont affectés recherchent souvent du soutien auprès des professionnels mais aussi auprès des personnes qui souffrent de la même maladie. Le soutien par les pairs, appelé aussi parrainage, réunit un patient souhaitant être aidé et un patient souffrant lui aussi du cancer de la prostate désireux d'apporter son aide et partager son expérience. Ce dernier agit alors comme parrain. Ce type de soutien n'est pas toujours encouragé par les professionnels de santé inquiets que les informations et les attitudes des parrains génèrent de l'anxiété chez des patients fragilisés. Si la volonté d'aider part d'un sentiment généreux, il est néanmoins nécessaire que le parrain présente des compétences pour gérer la relation avec le patient et répondre à ses attentes de manière adéquate.

Méthode : Un concept de formation a été élaboré avec pour objectifs de développer les capacités d'écoute, identifier les mécanismes de projection, gérer ses émotions et animer des groupes. La formation dure 20 heures réparties en 8 sessions comprenant une partie théorique et des ateliers. Après la formation initiale, le concept prévoit des séances d'intervision toutes les 6 semaines permettant de discuter des situations difficiles rencontrées par les parrains et de soutenir ainsi leur motivation. Les cours et les séances d'intervision sont animés par deux formateurs bénévoles, professionnels de la santé, dont l'un est expert en communication et animation de groupe.

3.- De la prise en charge des patients au pilotage du système sanitaire - projet IndiCAteurs des REseaux de soins (ICARE).

Aurélié Rosemberg, ARCOS, Vincent Matthys, Sylviane Fellay et Serge Bignens, Suisse. Aurelie.Rosemberg@arcos.vd.ch

Resumen:

Las cuatro redes de cuidado del cantón de Vaud, para una población de 700.000 habitantes, tienen como misión principal mejorar la coordinación de la atención y la orientación de los usuarios en el sistema de salud. También son consultadas por el Gobierno cantonal para todo proyecto que afecte a la organización regional de salud o la colaboración interinstitucional.

El objetivo del proyecto ICARE (indicadores de atención médica administrada) es definir indicadores comunes para redes de atención y ayudar así en la demostración de los problemas del sistema de salud, permitiendo comparar actividades, recursos y proporcionar un enfoque proactivo en relación con periodos de crisis.

Tras el estudio que recogió tanto la situación actual como las carencias, se definieron 20 indicadores inspirados principalmente en los modelos teóricos de Donabedian o del Instituto de Economía y Gestión de la Salud. Los indicadores, son alimentados con datos de la orientación médica y social de los pacientes recogidos durante 10 años en las redes de atención médica. A largo plazo, los indicadores se vincularán con los producidos por las instituciones para lograr un flujo de pacientes con enfoque predictivo.

Résumé :

Les réseaux de soins vaudois (au nombre de quatre pour un bassin de population de 700 000 habitants) ont pour mission principale l'amélioration de la coordination des soins et de l'orientation des usagers dans le système de santé. Ils sont également consultés par l'Etat pour tous les projets ayant un impact sur l'organisation sanitaire régionale ou sur la collaboration inter-institutionnelle. Le but du projet ICARE (Indicateurs des Réseaux de soins) est de définir des indicateurs communs aux réseaux de soins afin d'assister au pilotage avec la mise en évidence de problématiques du système sanitaire et de permettre des comparaisons d'activité, de ressources ainsi qu'une démarche proactive vis-à-vis des situations de crise. Suite à l'étude de l'existant et au recueil des besoins, 20 indicateurs ont été définis en privilégiant les modèles théoriques tel que Donabedian ou de l'Institut Economie et de Management de la Santé pour la construction. Les indicateurs sont alimentés grâce aux données d'orientation médico-sociale des patients recueillies depuis 10 ans dans les réseaux de soins. A terme les indicateurs seront mis en relation avec ceux produits par les institutions en vue de réaliser une approche prédictive des flux patients.

4.- Contribution de la gestion du médicament à la performance de l'hôpital : Cas d'une pharmacie à usage intérieur d'un site de CHU.

Marc Frachette, ISEOR-Lyon 3, Isabelle Barth, Docteur Rieutord et Younès Benanteur, France.
mfrachet@its.jnj.com

L'activité hospitalière française est inscrite depuis plusieurs années dans un régime de réformes qui amène à repenser en profondeurs les pratiques, les méthodes, les procédures, les outils et les métiers. C'est tout particulièrement le cas de l'activité pharmaceutique hospitalière, fonction à faible visibilité et dont la valorisation n'est pensée que de façon récente. Une recherche-intervention menée dans un grand hôpital de la Région parisienne met au jour les gisements de performances tant humaines que financières que recèle la pharmacie à usage intérieur. Elle permet d'identifier les leviers d'appui pour une conduite du changement ayant le double objectif de la promotion des personnes y travaillant et d'un service optimisé aux différentes parties prenantes ; la pharmacie hospitalière se doit de mieux maîtriser l'organisation et la gestion du médicament pour dégager des ressources au service d'activités cliniques telle que l'éducation thérapeutique du patient.

La transformation de l'hôpital dessine un cadre de recherche continue d'efficacité et d'efficience des multiples activités qui constituent l'offre hospitalière. Les réformes engagées exigent donc de cette institution une vision stratégique et un pilotage de la performance en prenant en compte la part importante du potentiel humain et de sa performance sociale, qui caractérisent ce secteur d'activité.

L'hypothèse de cette recherche est que la transformation de ce service peut contribuer de façon significative à l'amélioration de la prestation globale des établissements de santé.

Une recherche-intervention de type socio-économique (Savall, Zardet, 2004) menée au sein de la pharmacie à usage intérieur (PUI) d'un grand hôpital de la Région Parisienne, a permis de diagnostiquer les principaux dysfonctionnements de cette pharmacie. Elle permet aussi de définir quelques leviers d'action pour conduire un changement ayant pour finalité l'optimisation de la contribution de la gestion du médicament à l'activité hospitalière.

L'objectif est de passer à une gestion plus managériale et partagée du médicament afin d'améliorer la coopération entre médecins et pharmaciens et mieux reconnaître la légitimité de l'activité pharmaceutique.

Après avoir rappelé le contexte économique de la santé en France et les changements que connaissent tout particulièrement les établissements hospitaliers et la pharmacie hospitalière soumis à un régime de réformes, nous présenterons dans un deuxième temps les cadres théoriques envisagés. Dans une troisième partie, nous livrerons les résultats de la recherche intervention menée au sein d'une pharmacie à usage intérieur d'un grand hôpital de la Région

Parisienne, en en tirant quelques pistes de préconisations pour la conduite du changement attendu.

5.- Dati preliminari circa l'introduzione e la sperimentazione di un nuovo dispositivo medicale di Classe I atto alla prevenzione degli infortuni dovuti a puntura accidentale da ago.

Carlo Giubertio, Ttpenso, Eleonora Zennaro, Giuliano Grignaschi, Stefano Denicola e Riccardo Fortini, Italia. info@tpenso.it

Obiettivi della ricerca: L'obiettivo della sperimentazione effettuata è quello di verificare:

- il gradimento da parte degli operatori in termini di facilità e praticità di utilizzo del dispositivo;
- l'eventuale riduzione del numero di contenitori rigidi per taglienti smaltiti dai laboratori con i rifiuti sanitari pericolosi;
- l'eventuale riduzione delle punture accidentali.

Contesto e descrizione del problema: Pungersi accidentalmente le dita, il dorso od il palmo della mano o qualsiasi altra parte del corpo, con una siringa infetta significa fronteggiare la concreta evenienza di trasmissione di malattie, talvolta anche gravi, come l'epatite, l'HIV, ecc. La grande rilevanza di tale problematica è testimoniata anche dal contenuto dell'ex-DLgs 626/94.

Questa grave problematica implica costi ingenti per le strutture ed il sistema sanitario. Si hanno costi direttamente legati all'infortunio e costi da sostenere una volta verificatosi l'infortunio e costi rilevanti connessi ad uno smaltimento rifiuti non efficiente. Sono infatti stati ideati degli appositi contenitori ove gettare gli aghi già utilizzati, una volta separati dal corpo della siringa. Quando questi recipienti risultano pieni, vengono sigillati e gettati. Il problema è che, poiché molti operatori ritengono che tale pratica sia piuttosto scomoda e poiché la pressione sul tempo è sempre elevata, molti gettano in questi contenitori l'intera siringa. Contenitori pensati per contenere centinaia di aghi singoli finiscono con il riempirsi dopo poche iniezioni.

Si tratta di un problema rilevante ed attuale, che genera costi per l'individuo e per le strutture sanitarie e di ricerca pubbliche e private e che ha anche portato la Comunità Europea ad interessarsene ed ad emettere nel 2010 una Direttiva sul tema (2010/32/UE).

Teorie, metodi, modelli, materiali utilizzati: La sperimentazione ha avuto la durata di un mese presso 5 laboratori dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano. E' stato coinvolto 1 operatore per ciascun laboratorio il quale è stato istruito all'utilizzo del dispositivo da testare: "Margherita Salvadita", un dispositivo brevettato atto a ridurre drasticamente il rischio di puntura accidentale con aghi da siringa. Esso fornisce idonea protezione agli operatori durante le fasi di estrazione e riposizionamento dell'ago nel suo cappuccio protettivo.

6.- La prédisposition organisationnelle au transfert des connaissances dans les soins de santé chroniques.

Marie-Pierre Gagnon, Centre de recherche du CHUQ, France Légaré, Mathieu Ouimet, Carole A Estabrooks, Geneviève Roch, Jenni Labarthe, El Kebir Ghandour et Jeremy Grimshaw, Québec. Marie-Pierre.Gagnon@fsi.ulaval.ca

Objectif de la recherche : Évaluer l'influence de la prédisposition organisationnelle au transfert de connaissances dans les soins de santé chroniques. Cette étude vise à développer, en se basant sur les données probantes disponibles, un instrument de mesure valide et fidèle pour évaluer la prédisposition organisationnelle au changement dans le domaine du transfert des connaissances. Cet outil sera essentiellement destiné aux soins chroniques.

Contexte et description du problème : L'intégration des pratiques basées sur des données probantes dans le quotidien des professionnels de la santé va permettre de faire face aux nombreux défis et à la complexité liés aux problèmes de santé, plus particulièrement pour la prise en charge des maladies chroniques nécessitant des soins de santé de longue durée. Or, la mise en place de recommandations optimales fondées sur des données probantes pour les soins de longue durée dans divers milieux cliniques a été incomplète du fait de la difficulté du transfert des connaissances dans le contexte concret des soins. En effet, les organisations qui aspirent offrir ou améliorer ces soins pour leurs usagers doivent disposer d'un niveau adéquat de prédisposition pour une approche de transfert de connaissance pour le changement. Cependant, les connaissances disponibles sur les théories et les modèles de la prédisposition organisationnelle au changement ne font pas consensus parmi les chercheurs. De plus, les instruments de mesure disponibles présentent des qualités psychométriques dont la validité et la fidélité sont très limitées.

Méthodes, modèles et matériaux utilisés : Dans une première étape, une revue systématique de la littérature a été réalisée sur les cadres conceptuels, les modèles théoriques et les instruments de mesure de la prédisposition organisationnelle au changement afin d'identifier les principaux concepts de la mesure du transfert de connaissance. Les modèles théoriques de cette revue systématique seront synthétisés graphiquement au moyen d'une carte conceptuelle. Une base de données des instruments de mesure de la prédisposition organisationnelle au changement sera établie après évaluation de leurs propriétés psychométriques. Dans la deuxième étape, une étude Delphi sera effectuée en ligne auprès de décideurs de partout au Canada pour évaluer l'importance des concepts et des mesures identifiés dans la revue de la littérature et retenir celles qui font consensus (un taux d'accord de 70%).

La deuxième phase renferme le développement d'un instrument de mesure en français et en anglais, sa validation et son application. Pour cela, des entrevues individuelles et collectives seront menées auprès d'informateurs clés pour explorer la pertinence et l'applicabilité de l'outil de mesure proposé dans le contexte des soins de longue durée. Les qualités psychométriques de l'outil seront ensuite évaluées dans un échantillon d'organisations de soins de santé dans trois provinces canadiennes (Alberta, Ontario, Québec). Un cas pertinent de transfert de connaissances pour l'amélioration de la qualité des soins chroniques sera identifié dans chaque province afin de valider le questionnaire mis au point dans ses versions française et anglaise.

7.- La formazione indispensabile fondamento per la gestione del rischio clinico trasfusionale.

Laura Bensi, Ospedale "Parini, P.Berti, M.Dujany, F.Tousco, M.Marana et G.Vuillermine, Italia.
lbensi@ausl.vda.it

Con l'aumento delle conoscenze scientifiche e della complessità del processo assistenziale si è passati da una visione di rischio clinico esclusivamente operatore-dipendente, alla definizione di un ruolo di corresponsabilità del contesto organizzativo dell'Azienda Sanitaria sede dell'incidente o del near miss. Nel processo di aziendalizzazione le strategie direzionali si sono focalizzate prioritariamente su efficienza, efficacia ed economicità in un contesto in cui la gestione dei processi assistenziali e del rischio clinico correlato non sono neppure oggetto di studio universitario specifico. Obiettivo del progetto di gestione del rischio clinico dell'Azienda USL Valle d'Aosta è quello di fornire conoscenze e competenze sugli strumenti di analisi di processo, sulla gestione dei piani di contenimento con PDCA e sulla metodologia Failure modes and effects analysis (FMEA) su base multiprofessionale e multidisciplinare. In ambito trasfusionale la carenza della "cultura del rischio" è aggravata dalla mancanza di percorsi formativi teorico-pratici specialistici, che forniscono conoscenze e competenze in una branca specialistica che va dalla clinica, alla microbiologia, alle norme fino alle Good Manufacturing Practices.

Dal 2005 ad oggi l'Azienda USL Valle d'Aosta ha seguito un percorso formativo sistemico di gestione del rischio clinico: sono stati organizzati eventi residenziali sull'analisi dei processi, sulla gestione dei piani di contenimento con PDCA e sulla metodologia FMEA rivolto a tutti i Direttori ed i Coordinatori di Struttura Complessa (SC), che hanno ricevuto il mandato aziendale di applicare tali strumenti ai processi critici interni con gruppi di lavoro multiprofessionali. A supporto di tali iniziative l'Azienda ha previsto un percorso di Formazione Sul Campo (FSC) per formatori interni alle SC su audit clinico, gruppi di miglioramento, addestramento, tirocinio, stage e ricerca clinica al fine di fornire loro conoscenze/competenze sulla lettura del fabbisogno formativo, sulla gestione di tali strumenti e sulle modalità di accreditamento ECM.

Parallelamente, in collaborazione con il Comitato Buon Uso Sangue, sono stati organizzati eventi residenziali trasversali su tematiche critiche meritevoli aggiornamento scientifico.

Analisi di processo: formati 139 operatori e analizzati 47 processi; Azioni di miglioramento: formati 139 operatori in aula e circa 1000 con FSC; attivate 45 azioni di miglioramento; Gestione del rischio clinico attraverso la FMEA: formati 178 operatori nel 2007 e 197 nel 2008 in aula; 441 nel 2007 e 641 nel 2008 attraverso FSC, analizzati 93 processi critici e prodotti 286 documenti volti al contenimento del rischio.

Dal 2009 si sono svolti 10 eventi per formatori interni (5 residenziali e 5 FSC) con circa 200 operatori formati per organizzare ed accreditare le diverse tipologie di FSC.

La SC Trasfusionale ha partecipato attivamente al progetto aziendale dal 2005 con 12 operatori formati, analizzato 2 processi critici (assegnazione/distribuzione e produzione emocomponenti), elaborati 46 piani di contenimento; dal 2005 ha organizzato 17 eventi formativi di cui 7 residenziali (6 trasversali ed 1 interno) e 10 FSC (5 gruppi di miglioramento interni, 2 audit clinici interdepartimentali, 2 tirocini ed 1 addestramento interno). L'evento formativo residenziale interno

per infermieri e tecnici di laboratorio ha risposto al fabbisogno di omogeneizzare le conoscenze in ambito immunoematologico e microbiologico ed è stato frequentato da 14 operatori. Dei 5 gruppi di miglioramento interni, 2 si sono occupati esclusivamente di analisi dei processi di raccolta e qualificazione emocomponenti con metodologia FMEA, a completamento del progetto aziendale; 1 di standard della Società Italiana Medicina Trasfusionale ed Immunoematologia delle figure professionali, 1 di norma ISO 9001/2008 ed 1 di sistemi di raccolta e produzione interfacciati con gestionale; ogni evento ha coinvolto una media di 22 operatori. I 2 audit clinici sull'appropriato uso delle emotrasfusioni nella gestione del rischio hanno coinvolto 65 operatori.

La gestione del rischio trasfusionale rientra in un piano strategico sistemico di clinical governance aziendale, fortemente mandatorio, in un'ottica non colpevolizzante e costruttiva dell'errore. La sensibilizzazione capillare degli operatori sulle problematiche della sicurezza del paziente è indispensabile ed è mediata dalla cultura collettiva proattiva dell'errore che, accompagnata da un sistema di Incident Reporting, permette di monitorare eventi o near miss e di rivedere fasi critiche di processo. La presenza di basi culturali comuni sugli strumenti utilizzati consente di studiare processi trasversali ed intraprendere piani di contenimento finalizzati alla riduzione del rischio clinico aziendale in un contesto di risorse sempre più scarse

8.- Condiciones laborales y de salud de los choferes del Estado de México.

Luis David Berrones Sanz et Roselia Arminda Rosales Flores, México

9.- Histoire de la régionalisation du système de santé portugais: entre nécessité et craintes.

Catherine Dos Santos, France

10.- Introdução de mecanismos concorrenciais no sistema de saúde português : para que resultados?

Catherine Dos Santos, France

11.- Système d'enregistrement informatisé quotidien des évènements potentiellement indésirables.

Brigitte Jolles, F. Nicolas et N. Fleury, Suisse

12.- Modelo integral de atención a la salud (MIAS).

Hilda Santos Padrón, Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco, Silvia Martínez Calvo, Clara Magdalena Martínez Hernández, Víctor Castro Georgana et Beatriz Pedrero Villafuerte, México. drahsp@yahoo.com

Introducción: En las instituciones de seguridad social del país, las prestaciones médicas constituyen la base para la atención de la salud de los derechohabientes, aunque no siempre esas prestaciones responden a los reales perfiles de morbilidad y mortalidad, que reflejen la situación de salud de esa población. Por otro lado, considerar al trabajador y su ambiente laboral, como el centro de interés de los Institutos de Seguridad Social del país, incentivó al equipo de dirección del ISSET a proponer al gobierno del Estado, el desarrollo de un nuevo Modelo Integral de Atención en Salud, orientado hacia dos poderosos componentes: la salud del trabajador y la salud de la familia.

Objetivo: describir el proceso de diseño del modelo y mostrar los resultados del pilotaje territorial en su componente de Salud del Trabajador.

Material y método: Se diseñó un Modelo de Atención Integral de Salud, en el período comprendido de febrero 2008 a octubre 2009. Se detallan las técnicas utilizadas, así como los procedimientos previos requeridos para implementar el modelo. Durante tres meses, se ejecutaron algunas actividades del programa Salud del Trabajador (componente del modelo) en forma experimental, ya que resultaba el más innovador, dadas las características del ISSET. (96)

14.- Indicateurs cliniques en psychiatrie : difficultés et limites.

Stephane Kolly, Suisse

15.- Mise en réseau des hôpitaux et développement des pôles de compétence: impact sur les transferts inter-hospitaliers de patients.

Pierre-Nicolas Carron, Nicolas Meylan, Laurent Vallotton, Jean-Blaise Wasserfallen et Bertrand Yersin, Suisse

16.- Partage des connaissances avec les acteurs des systèmes de santé du Maghreb : nouveaux enjeux

Georges Borges Da Silva, Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés France. borgesdasilva@orange.fr

Depuis la fin du XXe siècle, nous sommes entrés dans une période de bouleversements.

Jusqu'au siècle dernier, la connaissance se percevait comme un stock. Chaque professionnel se constituait son fond documentaire. L'accroissement des échanges et du renouvellement des connaissances conduit à une inflation informative. La connaissance est devenue un flux.

Partout, les processus de production se dématérialisent. La connaissance constitue un capital immatériel. L'archivage des articles dans les bases de données bibliographiques assure l'accès continu, pour tous, à la connaissance.

La connaissance était principalement une production individuelle ou d'une équipe. Nos travaux (2005) montrent qu'elle devient une production globale du corpus professionnel.

Cette production globale ne peut se limiter à un pays ou à un continent. Les expériences des différents systèmes de santé constituent une richesse dont nous pouvons nous passer.

Proche de nous, le Maghreb entre dans une phase de renouveau démocratique ouvrant des opportunités d'échanges notamment avec l'Europe et de participation au développement des connaissances sur les systèmes de santé.

En collaboration avec l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé, nous initions des espaces de rencontre et d'échanges avec les acteurs de santé du Maghreb.

Nous vous invitons à participer à une première rencontre, à l'occasion d'une formation à la recherche bibliographique et à la communication scientifique, en Tunisie.

Cette formation s'insérera dans le cadre général de la semaine des Dixièmes Cours du Nord d'hygiène et de sécurité des soins. Ce cours, organisé par le Service régional d'hygiène du milieu de Bizerte, a une notoriété et une attractivité sur tout le Maghreb. Notre formation se déroulera pendant deux jours, les 7 et 8 décembre 2011, à Bizerte (Tunisie).

Pour faciliter le partage des connaissances entre les acteurs de santé, l'objectif de cette formation de deux jours est de maîtriser la constitution de bibliographies pertinentes et la communication scientifique dans les congrès dans le domaine de la santé.

Les standards de la communication scientifique étant universels, les gestionnaires, les professions médicales et paramédicales peuvent en bénéficier quel que soit leur champ d'activité.

Pour les participants internationaux, les organisateurs ont prévu leur accueil depuis l'aéroport de Tunis ainsi que leur installation dans un hôtel de grand confort proche du lieu de formation et leur retour à l'aéroport.

Durant ces deux jours, différents moments seront aménagés pour favoriser les échanges avec les participants venant de tout le Maghreb.

17.- Open source ed imaging diagnostico.

Giovanni Mazzoni, Università Politecnica delle Marche, Daniele Aramini, Simonetta Cercaci, Luigi La Riccia, Federica Marchetti, Gabriella Pascucci et Tommaso Rossini, Italia. g.mazzoni@univpm.it

Riassunto

Il software open source (OSS) è un modello di sviluppo, di diffusione e di cooperazione nel campo della information technology per il quale un software deve essere rilasciato completo dei codici sorgenti e delle informazioni necessarie per la compilazione.

Gli Autori hanno voluto verificare la consistenza numerica e descrivere le funzionalità offerte dagli applicativi OSS liberamente disponibili e fruibili, nonché la loro capacità di assicurare lo svolgimento di quelle funzioni che consentono la gestione (produzione, archiviazione, elaborazione e trasmissione) delle immagini biomediche al fine di valutare la loro capacità di garantire prestazioni sovrapponibili a quelle offerte dai software proprietari (closed source).

Sono stati selezionati gli applicativi relativi alla piattaforma Macintosh (in totale 21), fra i quali Osirix risulta essere l'unico software in grado di eseguire e garantire tutte le operazioni prese in esame, al pari delle workstation dotate di software proprietario.

18.- La planification des besoins en Ressources Humaines.

Le 22 juin 2011 s'est tenu à Genève, aux Hôpitaux Universitaires de Genève, un atelier ALASS sur le thème de la planification des besoins en ressources humaines. Qu'il s'agisse de gestion prévisionnelle, de relève ou de planification des besoins RH, cette problématique devient un enjeu majeur pour la fonction RH tout particulièrement dans le domaine de la santé qui relève plus que tout autre environnement professionnel et économique d'un consensus politique et social. Lors de cet atelier, quatre intervenants ont abordé ce thème au travers de leur présentation, apportant chacune un éclairage différent. Qu'il s'agisse de la présentation d'un projet institutionnel « Planification des besoins en ressources humaines » par Catherine Citherlet, responsable de soins, d'un exemple illustrant la thématique « Batlab, les laboratoires enfin réunis en 2014 » par Pascale Lécuyer-Gauthier, responsable ressources humaines aux HUG, d'un concept externe aux HUG « Pool de la relève » par Robert Tanner, responsable projets & processus RH aux TPG ou enfin d'une réflexion sur la planification des besoins RH, « Planification des besoins RH dans les hôpitaux » par Carlo di Pietro, professeur à l'université de Milan, chaque intervenant a évoqué les conditions de réussite d'une planification RH ainsi que les difficultés rencontrées autour des mêmes axes. D'emblée, Ils soulignent les facteurs clé de succès que sont d'abord l'importance du consensus et de la vision politique, puis du soutien de l'autorité ou de la hiérarchie pour initier et mener à bien les actions entreprises pour anticiper l'avenir en matière de besoins RH.. La volonté et le degré d'identification des besoins futurs pour aller au-delà des changements sociaux-démographiques connus sont en résonance avec l'environnement économique et social tout en donnant la mesure de l'engagement des différents partenaires. Le domaine de la santé est particulièrement révélateur de ce consensus politique de par la nature des besoins qui ne sont pas prioritairement conditionnées par des exigences économiques, et celle de ses acteurs particuliers (monopoles légaux). Il n'est donc pas possible d'avoir une approche technocratique ou d'assumer une responsabilité exclusivement financière. La qualité (compétences d'aujourd'hui et de demain) et la quantité (besoins populationnels, ressources disponibles) émergeront du contrôle social, de la stratégie et de la conscience politique.

Les conditions de réussite sont unanimement reprises dans chaque présentation qui s'entendent en premier lieu sur la nécessité d'avoir une connaissance approfondie de la réalité afin d'acquérir une compréhension de la problématique y compris de la manière dont les situations peuvent évoluer. Les indicateurs RH restent donc un outil indispensable qu'il est cependant nécessaire d'adapter aux changements conjoncturels pour obtenir des analyses prospectives fiables ainsi qu'une cohérence entre les projections à court et à long terme. A titre d'exemple, il n'est plus possible aujourd'hui d'évaluer l'importance d'un hôpital en calculant simplement le nombre de lits. Cette connaissance va permettre de définir soit une méthodologie, soit un concept (outil prospectif) selon le modèle et les exigences des différents cadres professionnels. L'exemple des Transports Publics Genevois montre que la planification des besoins RH s'oriente principalement vers une problématique de relève à la fois des postes (postes-clés) mais aussi des compétences qui évoluent avec les technologies. Dans le domaine de la santé, et l'exemple de Batlab (bâtiment des laboratoires) l'illustre clairement, la méthodologie a été développée autour de quatre axes qui en plus des compétences et des ressources, doivent anticiper les évolutions technologiques et leurs incidences sur les coûts globaux. Il ne s'agit plus principalement de relève mais de changements structurels et organisationnels majeurs. La planification des besoins RH doit alors intégrer tous les acteurs et les paramètres pour ne pas saboter la réussite du projet. Il n'en reste pas moins que dans tous les environnements, la fonction RH joue un rôle majeur. Il lui appartient de comprendre, d'anticiper et d'accompagner chaque étape de la planification pour gagner l'adhésion voire la collaboration des différents acteurs (y compris par exemple des syndicats). A travers une communication régulière et cohérente, l'enjeu consiste à instaurer dans l'entreprise un climat de confiance qui favorise de manière constructive l'implication des parties prenantes. L'absence de confiance dans l'environnement de travail et vis-à-vis des différents acteurs opacifie l'identification des besoins en compromettant la compréhension de l'avenir. Un avenir dans lequel chacun doit trouver sa place grâce à la formation, interne ou externe, qu'il s'agisse de relève ou de développer de nouvelles compétences subordonnées aux nouvelles technologies. Détecter les potentiels actuels et futurs à l'interne, établir des partenariats avec les instituts de formation en tenant compte des besoins à venir ou même proposer des formations certifiantes permettant la transversalité des compétences dans un même domaine d'activités, apportent d'ors et déjà des éléments de réponse à une planification des besoins RH réussie.

SESSION 32
09:00 – 10:30

Gouvernance en santé publique - II

A implementação do sistema integrado de saúde nas fronteiras – sis fronteiras na região sul do Brasil.

Vera Maria Nogueira, Universidade Federal de Santa Catarina, Helenara Silveira Fagundes et Carla Gabriela Cavini Bontempo, Brasil. vera.nogueira@pq.cnpq.br

Este texto analisa a implementação do Programa Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras – SIS Fronteiras, instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil, nas cidades gêmeas na linha de fronteira entre Brasil e Argentina, Paraguai (Tríplice Fronteira) e Uruguai.

Os resultados de investigações anteriores sobre a proteção social em saúde região da fronteira entre Brasil e demais países do MERCOSUL apontam o aspecto financeiro como o mais significativo obstáculo assinalado pelos gestores e profissionais de saúde para garantir o atendimento aos estrangeiros que demandam ao Sistema Único de Saúde brasileiro. Ou seja, no plano ético-político há o reconhecimento do direito universal e integral à saúde, entretanto, no transito para a sua institucionalização como política pública, há forte restrição em decorrência da insuficiência de aportes financeiros para fazer face ao acréscimo de gastos derivados da ampliação e qualificação do atendimento.

Experiências de cooperação entre sistemas e serviços de saúde em linha de fronteira.

Vera Maria Nogueira, Universidade Federal de Santa Catarina, Roser Pérez Giménez, Helenara Silveira Fagundes et Carla Gabriela Cavini Bontempo, Brasil y Espana. vera.nogueira@pq.cnpq.br

O trabalho sintetiza parte dos resultados do projeto de pesquisa *Ampliando o direito à saúde - experiências de cooperação entre sistemas e serviços de saúde em linha de fronteira* desenvolvido com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Aborda experiências consideradas como bem sucedidas de cooperação/integração/harmonização dos sistemas e/ou serviços de saúde em linhas de fronteira, destacando os antecedentes, a trajetória recente, os atores políticos envolvidos, a institucionalidade atual, o patamar de resultados alcançado e principais obstáculos e facilidades. Considera-se bem sucedidos “uma política ou programa que produziram resultados e impactos esperados dentro de um determinado projeto de mudança, numa dada situação socialmente problemática” (CASTRO; BARROS; BIASOTO, 2008, p. 11). Torna-se ainda importante “diferenciar os sistemas de saúde (SSs) dos sistemas de serviços de saúde, uma vez que os primeiros são mais abrangentes e se referem à saúde em sentido amplo, isto é, à manifestação objetiva das condições de vida de uma população determinada, o que é resultante da ação intersectorial de diferentes sistemas, mais ou menos complexos. Quanto aos sistemas de serviços de saúde, integram os Serviços de Saúde, mas sua ação se efetua nas instituições prestadoras de serviços, eminentemente internas ao setor...” (VIACAVA et al, 2004, p. 713).

Implantación de un modelo de gestión multidimensional orientado a la eficiencia, en un hospital comarcal de agudos. Balance 2008-2011 y perspectivas.

M^a Emilia Gil Girbau, Mútua Terrassa, Picola, A.Casagran y J. López, España. egil@mutuaterrassa.es

Resumen

Objetivo: Presentar la experiencia de tres años en la implantación de un modelo de gestión multidimensional en el Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, Barcelona (HSMJ)

Método: Se estableció un abordaje estratégico incorporando un enfoque multidimensional. Como producto, el plan estratégico de empresa 2008-2012 contenía los compromisos para hacer posible y sostenible el HSMJ.

Resultados: Hoy el Hospital Sant Joan de Déu de Martorell tiene credibilidad, por su calidad y eficiencia y dispone de las condiciones óptimas para afrontar nuevos retos. Destacamos que el abordaje multidimensional de este plan nos ha permitido un recorrido más ambicioso.

Résumé

Objectif: Présenter l'expérience de trois ans dans l'implantation d'un modèle de gestion multidimensionnel à l'Hôpital Sant Joan de Déu de Martorell, Barcelone (HSMJ).

Méthodes: Nous avons établi un abord stratégique intégrant une mise au point multidimensionnelle. En conséquence, le plan stratégique d'entreprise 2008-2012 contenait les engagements pour faire possible et soutenable l'HSJM.

Résultats: Actuellement, l'Hôpital Sant Joan de Déu de Martorell a de la crédibilité grâce à sa qualité et son efficience et il dispose des conditions optimales pour affronter de nouveaux défis. Nous soulignons que cette approche multidimensionnelle nous a permis un itinéraire plus ambitieux.

El fortalecimiento de la profesión de enfermería en Etiopía: un proyecto piloto en tres hospitales públicos etíopes: St. Paul, Ammanuel y ALERT.

Marie Berta Iradier, Fundación Española para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social, Alfredo Rivas, España. biradier@fcsai.es

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer el Proyecto de Cooperación que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (ambos de España) están llevando a cabo en Etiopía, a través de la Fundación Española para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social. y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

El objetivo del Proyecto se dirige al fortalecimiento del sector salud en Etiopía mediante la mejora de los servicios de enfermería de tres Hospitales de Addis Abeba, cuyos principales elementos de apoyo serán incidir en la adquisición de conocimientos en el área de formador de formadores, gestión y administración de enfermería, así como en la atención directa de enfermería en áreas concretas de cuidados.

Para ello se prevé la realización de una serie de actividades docentes de acompañamiento enmarcadas en tres fórmulas de aprendizaje:

1. Para poder llevar a cabo con éxito este objetivo se formará previamente a las/os supervisoras/es en las técnicas de la Formación de Formadores dotándolas/es de las herramientas docentes necesarias para que sean capaces de enseñar lo, que posteriormente en la segunda actividad aprenderán, con orden y método.

Una acción secundaria a esta iniciativa será el establecimiento de los servicios de Formación Continuada en los tres hospitales participantes en el proyecto, de tal manera que les permitirá, de forma continuada, mejorar la formación del personal de enfermería en cada centro sanitario, desarrollando las competencias profesionales de las/os enfermeras/os como garantía de la mejora de los cuidados.

2. Formar a las/os supervisoras/es y mandos intermedios en Administración y Gestión de los servicios de enfermería así como, de acuerdo con la demanda elaborada por los hospitales, en áreas concretas de cuidados especiales. La formación, atendiendo a la solicitud expresada por los hospitales, se realizará por medio de un sistema mixto de aprendizaje, que se caracteriza por aprender haciendo en el mismo servicio en el que desarrollan su trabajo habitual, a través de una tutorización continua llevada a cabo por dos expertas/os españolas/es.

Esta formación en servicio adquiere su base de conocimientos por medio de una metodología activo-participativa, trabajando con estudios de casos, trabajos individuales y grupales, haciendo especial énfasis en la necesidad de que el alumno experimente sobre una amplia gama de situaciones habituales que surgen en el ámbito de la gestión y de los cuidados. Para ello se seguirán técnicas de enseñanza activa.

La formación teórica que en ningún caso supondrá una formación aulística ni tampoco un porcentaje mayor del 30% del total del programa, se complementará, como se ha indicado anteriormente, con las sesiones prácticas en el servicio para poder integrar lo aprendido y transferir al puesto de trabajo la formación adquirida. para conseguir desarrollar de forma

individual las habilidades, actitudes y aptitudes, es decir, las competencias necesarias que garanticen una mejor asistencia.

3. En esta tercera fase estas/os supervisoras/es, reforzados sus conocimientos por los expertos españoles, se convertirán, a su vez, en las profesoras/es que seguirán formando al resto de enfermeras de cada hospital, con la supervisión de un experto español. Pudiendo incorporarse otros expertos etíopes o de otros países. Esta fase denominada formación en cascada o en cadena, permite una rentabilización muy alta de los recursos así como una gran implicación y apropiación de la formación por parte de las enfermeras implicadas, habiendo dado ya excelentes resultados en otros países como Egipto o Jordania.

De esta manera se contribuiría a mejorar la satisfacción y la seguridad de los usuarios de los servicios de enfermería, incrementando, así mismo, la satisfacción de los propios profesionales y un mayor reconocimiento social.

Session Plénière V

11:00 – 12:00

Y a-t-il une gouvernance du système de santé en Suisse ?

Ignazio Cassis, Suisse

Veillez consulter les actualisations du programme sur notre site : www.alass.org

ALASS
Fax : +34 93 202 33 17
Apartado de Correos 12098
E-mail : alass@alass.org
E-08006 Barcelona