

RELACIÓN CALIDAD- PRECIO: MEDICIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LOS BPSO EN AUSTRALIA

Rob Bonner

Jennifer Hurley, MHSM, RN, RM

Editb Ho, GradDipBus(AdminMgmt), BNg, RN

Elizabeth Dabars, AM

OBJETIVOS FORMATIVOS

Después de leer este capítulo, será capaz de:

- Entender el proceso y el impacto de las designaciones de BPSO Host y BPSO Directo en Australia.
- Describir las responsabilidades, beneficios y entusiasmo de convertirse en un BPSO Host.
- Conocer los resultados de la designación de BPSO en Australia en cuanto a pacientes, proveedores de atención, organizaciones y sistemas, en particular los relacionados con los impactos económicos.

INTRODUCCIÓN

Cada día en su práctica, las enfermeras de todo el mundo tienen que compartir buenas y malas noticias con sus pacientes. Tienen que proporcionar la información de una manera que sea accesible a sus pacientes, no enviando señales contradictorias o información poco clara, sino compartiéndola de una manera que satisfaga las necesidades de cada paciente y de sus seres queridos.

Nuestra trayectoria en la medición del análisis económico y los resultados de la práctica basada en la evidencia comenzó para que pudiéramos hacer accesibles los resultados de nuestro trabajo con los pacientes y el público, los financiadores del sistema sanitario, los gobiernos y los burócratas sanitarios. No podemos esperar que personas que no son profesionales de la salud o que no tienen experiencia clínica compartan la cultura de la Enfermería basada en el logro de grandes resultados para nuestros pacientes. Es posible que los grandes resultados que cuestan más no se vean favorecidos en los sistemas sanitarios cada vez más limitados en cuanto a los costes. Sin embargo, existe una creciente aceptación de que una atención más eficaz también puede ahorrar dinero. La prevención de contratiempos, el reingreso en el hospital o la adquisición de enfermedades o complicaciones secundarias, se aceptan como objetivos que deben perseguirse tanto en lo que respecta a la calidad como a los resultados en materia de costes.

Entonces, ¿por qué embarcarse en la exploración de los resultados financieros de nuestras propias trayectorias como Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO)? En primer lugar, como ya hemos descrito, nuestro sistema sanitario está cada vez más dominado por los administradores. Los profesionales clínicos han perdido el control y la influencia de los sistemas sanitarios y hospitalarios con la toma de decisiones está cada vez más influenciada por los presupuestos, el rendimiento financiero y el análisis de datos. El dominio Médico, que tradicionalmente ha desafiado a la Enfermería como disciplina profesional, ha sido reemplazado por estos gestores. Sin embargo, esta nueva dominación viene con la pérdida del enfoque compartido y la experiencia de trabajar directamente con los pacientes, lo que al menos les dio a las enfermeras y los médicos un lenguaje común y un conjunto de objetivos centrados en el paciente.

Esta nueva dominación se refleja en el panorama político, con un debate político cada vez más centrado en el rendimiento económico y fiscal. El debate económico se ha convertido en un fin en sí mismo más que en un instrumento para mantener y apoyar el bienestar y la mejora de la sociedad en general. Cada vez más en Australia, los gobiernos y los directivos de la salud están utilizando las reformas del sistema y la innovación en la práctica para disfrazar o convertirse en el vehículo para los recortes presupuestarios del sistema. Ya sea la combinación de casos como el sistema de clasificación, los modelos de atención dirigidos al consumidor (atención a la discapacidad y a la tercera edad), o incluso la aplicación prevista de guías clínicas de referencia internacional (Transformando la Salud, Australia del Sur), todos ellos se han utilizado como, o han sido, vehículos para la adopción de medidas de ahorro presupuestario.

Esto no es necesariamente algo malo en sí mismo. Si se puede ahorrar mediante la adopción de guías clínicas basadas en la evidencia, que así sea. Sin embargo, nuestro argumento es que la adopción de las guías y su aplicación deben tener prioridad. Si eso resulta en ahorros junto con la expectativa de un mejor cuidado, entonces sería óptimo. En Australia, con demasiada frecuencia se ha visto que las medidas de ahorro presupuestario han impulsado la adopción de guías para dar un manto de corrección clínica a las medidas. De hecho, lo que está haciendo es crear desconfianza entre los profesionales de la salud y la comunidad en general sobre el lenguaje de las buenas prácticas y los enfoques basados en guías, que es lo contrario de lo que deberíamos intentar lograr.

Históricamente, las enfermeras han intentado describir los resultados de su atención mediante afirmaciones o medidas cualitativas. La mejora en la calidad de los resultados y el beneficio y la satisfacción de los pacientes han sido centrales, con varios estudios conocidos que confirman el impacto de la atención de Enfermería

en la morbilidad y la mortalidad de la población de pacientes (Aiken, Rafferty & Sermeus, 2014; Aiken et al., 2017; Barton, Johnson, & Price, 2009; Cheung, Aiken, Clarke, & Sloane, 2008; Twigg, Duffield, Thompson, & Rapley, 2010). La conversión del aprendizaje al impacto económico que tienen las enfermeras está menos desarrollada, aunque en algunos casos es obvia. Medidas que reducen la duración del ingreso hospitalario mediante intervenciones, como los que redujeron la incidencia de úlceras por presión, infecciones del tracto urinario y caídas están bien documentadas (Garrard, Boyle, Simon, Dunton y Gajewski, 2014; Lloyd, Xiao, Albornos-Muñoz, González-María y Joyce, 2013; Mitchell, Ferguson, Anderson, Sear y Barnett, 2016; VanDeVelde-Coke et al., 2012). El hecho de que haya una reducción de la duración de la estancia repercute claramente en el coste de la asistencia, pero rara vez se cuantifica en los informes.

Nuestra experiencia es que no podemos asumir que los burócratas sanitarios y los políticos entenderán y aceptarán que tales ahorros fluyen de estos mejores resultados clínicos impulsados por la Enfermería. En lugar de ello, deberíamos tratar de cuantificar y declarar explícitamente estos ahorros, cuando existan, para que sean comprendidos por los responsables de la toma de decisiones y puedan influir en ellos. Esto no reduce la necesidad de aplicar enfoques cualitativos. Más bien, en este capítulo argumentamos y demostramos que se añade al panorama y permite una nueva forma de entrar en la discusión sobre la calidad y el valor de las intervenciones de Enfermería con personas de influencia, cuyo interés y lenguaje primario es económico en vez de clínico.

Este capítulo analiza el papel, el trabajo y la trayectoria de la Federación Australiana de Enfermería y Obstetricia (Sede de Australia del Sur) (denominada ANMF [SA Branch] por sus siglas en inglés) como la designación como BPSO Host en Australia, trabajando en asociación con la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) y el gobierno de Australia del Sur, para establecer, desarrollar, implantar y evaluar el impacto y el valor de la práctica basada en la evidencia. Destacamos los desafíos y oportunidades de las etapas iniciales de nuestra trayectoria, incluyendo la obtención de apoyo gubernamental y la atracción de servicios de salud para que se comprometan, inviertan y participen para ser acreditados como BPSO.

A continuación, discutiremos la primera fase de la designación como BPSO, el establecimiento en dos redes de salud pública local de Australia del Sur (a través de múltiples centros y especialidades), y cómo la base de datos de Indicadores de Calidad Enfermera para la Monitorización y la Evaluación (NQUIRE) de RNAO contribuye a la evaluación de los resultados del paciente, el proveedor y la organización. Con ese fin, se presentaron programas piloto para el análisis de los indicadores del rendimiento de los hospitales y de los indicadores nacionales de calidad de la atención, incluyendo la duración promedio de la estancia hospitalaria, las caídas, las lesiones por presión, el uso de contenciones mecánicas, las infecciones del tracto urinario y otros indicadores que se sabe que son sensibles a la práctica y las intervenciones de la Enfermería.

Reconocemos que existe una gran cantidad de afirmaciones y medidas cualitativas que describen los resultados de salud y los beneficios de la atención de Enfermería. Sin embargo, convertir estas medidas en ahorros cuantificables que apoyen el valor económico de la Enfermería y la práctica basada en la evidencia parece ser una laguna en la investigación. Con el fin de proporcionar un argumento a favor de una financiación sostenida de la designación de BPSO australiana y demostrar los beneficios económicos del programa, la ANMF (SA Branch), en su calidad de BPSO Host nacional, ha trabajado para establecer, cuantificar y calcular las ganancias financieras obtenidas a partir de una sólida práctica basada en la evidencia y la mejora de los resultados de los pacientes.

La evaluación demuestra mejoras muy significativas, no solo con la satisfacción de los pacientes y las enfermeras, sino también a nivel de sistema, con pruebas de una mayor eficiencia y rendimiento financiero. Estas demostraciones convencieron a las autoridades financieras del valor del programa, lo que resultó en la expansión de la designación de BPSO. La evaluación económica de la designación australiana como BPSO y sus resultados proporciona un modelo para la medición de los impactos financieros de la atención de Enfermería, que es cada vez más importante dentro de un sistema con contenciones financieras.

ANTECEDENTES DE LA ANMF

La ANMF (SA Branch) es la organización profesional e industrial más grande que representa a enfermeras, matronas y auxiliares de Enfermería en Australia del Sur. Cultivamos y promovemos prácticas de Enfermería y obstetricia basadas en el conocimiento y promovemos la calidad de la vida laboral y la excelencia en el desarrollo profesional. La organización tiene un papel importante en la defensa, influencia y promoción de la profesión, práctica y política de Enfermería y obstetricia.

En el sur de Australia, la ANMF (SA Branch) ha presionado continuamente para mejorar la atención y la seguridad de los pacientes y está comprometida con la promoción de la integración de la práctica basada en la evidencia y la provisión de entornos laborales saludables en todos los sectores de la atención sanitaria. A través de la creación de redes de la organización para mejorar la práctica basada en la evidencia en Australia del Sur, la ANMF (SA Branch) se comprometió con RNAO y se sintió atraída por la designación de BPSO. El 2 de marzo de 2012, la ANMF (SA Branch) firmó un acuerdo con RNAO para convertirse en BPSO Host y liderar el desarrollo e implantación de la designación de BPSO en Australia. En abril de 2012, ANMF (SA Branch) finalizó un contrato con el Departamento de Salud y la Tercera Edad de Australia del Sur para proporcionar financiación para el programa, así como para otorgar permiso para utilizar dos de sus centros para facilitar la adopción del programa en Australia del Sur.

ANMF (SA BRANCH): EL BPSO HOST AUSTRALIANO

Una vez firmado el acuerdo con RNAO, la ANMF (SA Branch) se convirtió en el segundo Host internacional de la designación de BPSO de RNAO (siendo el Gobierno de España el primero). Esto permitió a la ANMF (SA Branch) adaptar el programa al contexto australiano. En nuestro papel como Host designado, dirigimos y somos responsables de los BPSO dentro de Australia, además de trabajar directamente con RNAO y su red.

Como BPSO Host australiano, seleccionamos, asesoramos y apoyamos a las organizaciones de atención sanitaria para lograr la designación de BPSO mediante la implantación, difusión y evaluación de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO. Además, facilitamos el establecimiento y desarrollo de una red de Líderes de BPSO para la transferencia e intercambio de conocimientos. A través de reuniones periódicas, informes y foros de intercambio de conocimientos, supervisamos y proporcionamos informes a RNAO con actualizaciones de los BPSO, así como una visión general de los éxitos, retos, preguntas y cuestiones de la designación de BPSO en Australia. Como parte de nuestra participación con los indicadores NQuIRE de RNAO, facilitamos el ingreso trimestral de datos de indicadores estructurales, de proceso y de resultados al proporcionar sesiones de formación de usuarios, tutorías y asociaciones con RNAO y los BPSO para garantizar la integridad, precisión y acuerdo de los datos sobre definiciones comunes.

A cambio, RNAO ofrece asesoramiento y consultas gratuitas de expertos sobre la difusión, implantación, aceptación, sostenibilidad y evaluación de las guías. Esto incluye todos los materiales relacionados con la convocatoria de propuestas, la puntuación de las solicitudes y los materiales de formación, lo que permite una coherencia total de este programa de renombre internacional.

REFLEXIÓN

Considere los primeros procesos utilizados en el desarrollo del modelo de BPSO Host en Australia e identifique los factores relacionados con los principios científicos de la implantación que contribuyeron a su éxito.



Uno de nuestros aprendizajes clave es la importancia de poder participar activamente y formar parte del equipo de implantación. Estamos involucrados en la dirección de los cursos y talleres de designación de BPSO a nivel local y en la prestación de apoyo continuo al Comité Directivo, al Líder del BPSO y a las enfermeras y matronas en primera línea.

EL MODELO DE BPSO AUSTRALIANO

Desde 2012, la designación australiana de BPSO se ha ampliado. Actualmente tenemos cuatro centros de la red de sanidad pública que participan en el Programa: dos BPSO designados, Central Adelaide Rehabilitation Services (CARS, también conocido como Hampstead Rehabilitation Centre [HRC]) y Northern Adelaide Local Health Network (NALHN), y dos BPSO predesignados, Central Adelaide Local Health Network Mental Health Directorate (MHD) y Women's and Children's Health Network (WCHN). En la Figura 17.1 se muestra el modelo de BPSO australiano adaptado, que representa las estructuras que se han establecido para apoyar y posibilitar la implantación de la designación de BPSO y de las Guías, con un Promotor Ejecutivo y la apropiación a nivel local.

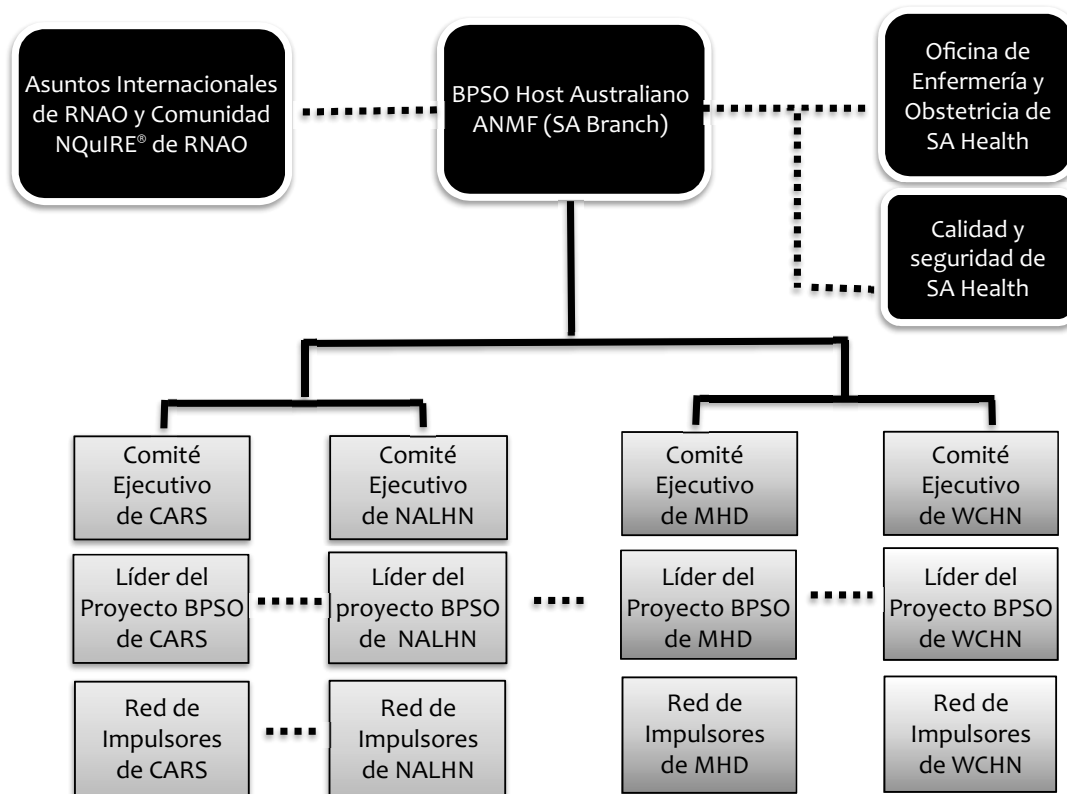


FIGURA 17.1 Estructura de gobierno y de implantación del BPSO australiano a partir de junio de 2017. ©Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

LOS COMIENZOS DEL MODELO BPSO HOST

En abril de 2012, se estableció el Comité Directivo del Proyecto BPSO para proporcionar un liderazgo y una gestión globales. El Comité Directivo es responsable de la designación del Director del Programa del BPSO y de la selección de los centros candidatos a BPSO. El Comité Directivo del BPSO evalúa y supervisa

el progreso de los centros BPSO para asegurar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y asegurar que se cumplan los requisitos claves de los centros candidatos y designados, que se logren los hitos clave y que se implanten estrategias para mitigar los riesgos potenciales.

En Australia, el gestor del programa de BPSO trabaja en colaboración con el Gobierno de Australia del Sur, las Redes Locales de Sanidad, los Directores Ejecutivos, los Directores de Enfermería/obstetricia y los Líderes de BPSO. El papel de liderazgo de este gestor del Programa de BPSO, vital para el éxito del programa, incluye:

- Consultas con los centros piloto para seleccionar las guías adecuadas y relevantes que serán implantadas.
- Prestación de educación y formación a los líderes de los BPSO y a los impulsores de la práctica.
- Gestión y coordinación de programas.
- Prestación de apoyo y asesoramiento durante todo el proyecto.
- Establecimiento de los foros de intercambio de conocimientos de los BPSO de Australia.
- Establecimiento de reuniones periódicas de consulta con RNAO para apoyar y asesorar sobre el proyecto.



REFLEXIÓN

¿Cómo cree que estas actividades clave del líder del BPSO Host influyeron en el éxito de la primera fase de la designación de BPSO en Australia y ayudaron a su difusión? ¿Cómo podría modificar estas actividades para que formen parte de una descripción de funciones del líder BPSO en su centro?

COMITÉ ASESOR DEL PROYECTO BPSO AUSTRALIANO

En febrero de 2013, se estableció el Comité Asesor del Proyecto BPSO para proporcionar orientación y asesoramiento al Gestor del Programa sobre el marco de evaluación y los aprendizajes de BPSO. El Comité Asesor del Proyecto, que depende del Comité Directivo de BPSO, está compuesto por representantes de la Oficina de Enfermería y Obstetricia de Salud de Australia del Sur, de la Unidad de Seguridad y Calidad y de los ejecutivos de Enfermería y obstetricia, así como por representantes de las universidades de Australia del Sur, de los centros del proyecto BPSO y de la ANMF (SA Branch).

ADAPTACIÓN DE LA DENOMINACIÓN "BPSO DE RNAO" AL CONTEXTO AUSTRALIANO

La adaptación del modelo BPSO de RNAO al contexto australiano requería una comunicación sobre cómo este modelo de éxito internacional era realmente diferente de los modelos de cambio anteriores. El uso de la filosofía de RNAO permitió el establecimiento de un diálogo significativo y el compromiso con centros potenciales a través de las cinco redes locales de salud en Australia del Sur.

Como parte del periodo de candidatura de tres años de BPSO, los centros BPSO deben implantar un mínimo de tres Guías de Buenas Prácticas Clínicas y completar con éxito todas las actividades exigidas por RNAO y ANMF (SA Branch) para acceder al estatus de BPSO designado. Esto incluye el establecimiento de la red de impulsores de buenas prácticas: formar y contratar a un mínimo del 15% de la fuerza laboral total de Enfermería y obstetricia en el sector agudo para que se conviertan en impulsores de cada Guía en todos los centros. Además de las tres Guías Clínicas seleccionadas en cada centro, la ANMF (SA Branch) apoyó la implantación de la designación de BPSO con las Guías complementarias de RNAO sobre entornos laborales saludables para promover el liderazgo de la atención directa al lado de la cama. Cada una de las Guías y materiales educativos de RNAO seleccionados se contextualizó para reflejar la legislación, la población, la práctica y el sistema de salud de Australia del Sur.

Es importante señalar que las Guías de RNAO se compararon con los Estándares Nacionales Australianos de Seguridad y Calidad de los Servicios de Salud para asegurar que las iniciativas estuvieran alineadas con las prioridades y metas de las redes de salud estatales y locales y con los estándares nacionales de calidad que mejoran los resultados de salud, la eficiencia y la efectividad del sistema. Esto proporcionó medidas para evaluar la designación de BPSO en Australia.

FASE 1: PROGRAMA PILOTO DE BPSO, 2012-2015

El proyecto piloto de designación de BPSO se extendió por un periodo de 3 años. Se estructuró para ajustarse al contexto australiano y proporcionar datos a nuestros financiadores gubernamentales para demostrar su impacto. A continuación, se describen las actividades específicas llevadas a cabo durante la primera fase.

Selección de los BPSO australianos

Las redes locales de salud interesadas presentaron propuestas para participar en la designación de BPSO y dos centros fueron finalmente seleccionados para comenzar su candidatura de tres años. Los dos candidatos fueron Central Adelaide Rehabilitation Services (CARS) y Northern Adelaide Local Health Network (NALHN).

Establecimiento de la estructura local australiana de gobierno y liderazgo de la designación de BPSO

Al igual que la estructura australiana de BPSO, los dos centros establecieron estructuras locales de liderazgo y gestión. Los Comités Directivos de BPSO de la Red Local de Salud proporcionaron liderazgo ejecutivo e impulsaron el establecimiento, la implantación y la evaluación de la designación de BPSO. Ambos centros trabajaron en colaboración con el Gestor del Programa del BPSO y los ejecutivos de la red de salud local.

Durante la Fase 1, los centros candidatos a BPSO seleccionaron las Guías de Buenas Prácticas de RNAO basándose en una serie de factores, entre los que se incluyen las prioridades y objetivos estratégicos del Gobierno de Australia del Sur y de la Red Local de Salud. En las auditorías realizadas en toda la organización se detectaron lagunas en los conocimientos prácticos y los procedimientos, que determinaron las tres esferas prioritarias para la designación inaugural de BPSO. El compromiso del Consejo Asesor del Consumidor dio como resultado la promoción de la designación como BPSO, ya que promovía la asociación y el valor de los consumidores en la atención sanitaria. Los grupos de trabajo sobre guías nacionales de seguridad y calidad de los servicios de salud establecidos en las redes locales de salud apoyaron la incorporación e inclusión de la designación como BPSO y de las tres Guías Clínicas seleccionadas, lo que dio como resultado la estandarización de la evaluación, la documentación, los procedimientos, los procesos, las prácticas y las políticas.

Líderes del BPSO australianos

En ambos centros se contrató a los líderes de BPSO para liderar la implantación del programa. Trabajando en colaboración con el Gestor de Programa de BPSO, el líder del BPSO también trabajó en estrecha colaboración con los grupos de trabajo existentes, los comités dentro del hospital, la red de salud local y el gobierno a lo largo del proyecto. Junto con los ejecutivos, ambos líderes BPSO participaron en el curso de aprendizaje de BPSO en Australia para mejorar el conocimiento, las habilidades y la experiencia en los vínculos entre la investigación, la formación, la práctica basada en la evidencia y la atención de calidad al paciente, residente y persona. Un elemento clave del instituto de aprendizaje es el modelo de gestión de la transferencia de conocimientos y el cambio, así como las herramientas y recursos para crear, innovar y sostener el cambio a fin de facilitar la implantación y adopción del programa.

Cada centro desarrolló y promulgó un plan de proyecto de 3 años que identificó las estrategias, acciones, recursos, requisitos e hitos clave para apoyar la implantación y sostenibilidad de la designación como BPSO.

Impulsores de las buenas prácticas de BPSO australianos

El papel de los impulsores de las buenas prácticas es fundamental para la implementación de la designación como BPSO, tal y como se establece en el contrato formal. Para convertirse en impulsores, las enfermeras y otros profesionales de la salud participan en talleres de orientación diseñados para proporcionarles estrategias para defender las Guías de Buenas Prácticas en su organización y unirse a la Red de Impulsores de Buenas Prácticas. El modelo de impulsores está bien establecido en la literatura de RNAO como un modelo eficaz de transferencia de conocimientos para incorporar la evidencia en la práctica (Garrard 2014; Hewitt-Taylor, 2013; VanDeVelde-Coke et al., 2012). A través de reuniones mensuales, los impulsores comparten sus aprendizajes y experiencias, exploran nuevas oportunidades y apoyan la difusión del conocimiento, las prácticas locales y los cambios culturales que se basan en el más alto nivel de evidencia.



REFLEXIÓN

Considere cómo la relación entre la Red de Impulsores de las Guías y el liderazgo de los puntos de atención afecta la adopción de las Guías y la calidad de la atención.

FASE 2: DESIGNACIÓN DEL BPSO, 2015-2018

Los logros de la Fase 1 de la designación de BPSO, utilizando el modelo pionero de buenas prácticas de BPSO, han apoyado el enfoque ascendente para el cambio y han facilitado la transferencia de conocimientos basados en la evidencia. Ha permitido a las enfermeras y matronas de primera línea liderar, influenciar e incorporar cambios en las prácticas a nivel local. El análisis económico también ha permitido a la evaluación del proyecto BPSO cuantificar los beneficios en valor en dólares, que se analizarán más adelante en este capítulo.

En enero de 2016, en la fase 2 de nuestras actividades de BPSO Host, comenzaron su andadura como BPSO el Central Adelaide Local Health Network Mental Health Directorate y el Women's and Children's Health Network.

Centro 3: Central Adelaide Local Health Network Mental Health Directorate (MHD)

El MHD ofrece una variedad de servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, ambulatorios, de emergencia y comunitarios, incluyendo servicios de salud mental para pacientes agudos, de recuperación y especializados en la región de Adelaide. Contiene 100 camas para pacientes hospitalizados agudos y 16 camas para personas mayores con problemas de salud mental, ubicadas en tres campus diferentes. Las tres Guías seleccionadas para ser implantadas por MHD son:

- *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* (RNAO, 2012a)
- *Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida* (RNAO, 2009)
- *Cuidados centrados en la persona y la familia* (RNAO, 2015)

Centro 4: Women's and Children's Health Network (WCHN)

El WCHN proporciona una variedad de servicios obstétricos y de maternidad, especializados para mujeres, bebés, niños y adolescentes. Contiene 295 camas para pacientes hospitalizados agudos, servicios de salud mental y servicios comunitarios para la familia. Las tres Guías seleccionadas para ser implantadas por WCHN son:

- *Cuidados centrados en la persona y familia* (RNAO, 2015)
- *El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial* (RNAO, 2012c)
- *Continuidad de cuidados* (RNAO, 2014)

IMPLANTACIÓN DEL BPSO Y DE LAS GUÍAS

El proceso de implantación de las Guías a través de los niveles organizacional, formativo y práctico está guiado y descrito por la *Herramienta: Implantación de las Guías de Buenas Prácticas* (2012b) de RNAO. La herramienta de RNAO es un manual de recursos completo para los equipos que son responsables de la implantación de las Guías en su organización. Se basa en la teoría, la investigación y la experiencia, y se centra para su uso a nivel organizativo o departamental a través de un proceso sistemático. La herramienta se utilizó en ambos centros como documento guía para el cambio y la implantación de las Guías.

CENTRO PILOTO 1 DE LA FASE 1: CENTRAL ADELAIDE REHABILITATION SERVICE (CARS)

CARS proporciona servicios de rehabilitación especializados en todo el estado para personas que están gravemente afectadas por lesiones cerebrales adquiridas, quemaduras graves, lesiones de la médula espinal y multitraumatismos, accidentes cerebrovasculares, afecciones ortopédicas, amputaciones y desajuste físico. CARS tiene servicios para pacientes hospitalizados, ambulatorios y comunitarios, y está compuesto de 124 camas de rehabilitación para pacientes hospitalizados, un programa de rehabilitación en el hogar y programas de rehabilitación para pacientes ambulatorios y comunitarios. El modelo de atención tiene como objetivo maximizar el nivel de función e independencia de un individuo a través de la terapia física y no física con un enfoque de equipo multidisciplinario. El equipo multidisciplinario trabaja para desarrollar y coordinar un conjunto de objetivos basados en las necesidades psicosociales, de salud, formativas, recreativas y vocacionales del individuo.

Las tres Guías de Buenas Prácticas de RNAO seleccionadas y aplicadas con éxito son las siguientes:

- *Cuidados centrados en el paciente* (RNAO, 2006a)
- *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* (RNAO, 2012a)
- *Atención y apoyo a las familias ante circunstancias previsibles e inesperadas* (RNAO, 2006b)

CENTRO PILOTO 2 DE LA FASE 1: NORTHERN ADELAIDE LOCAL HEALTH NETWORK (NALHN)

NALHN proporciona una amplia gama de servicios de salud para las personas que viven en el área metropolitana del norte de Adelaide y abarca el:

- Hospital Lyell McEwin y el Hospital Modbury
- Servicios de atención primaria de salud, subaguda y de transición
- Servicios de salud para los aborígenes
- Servicio de Salud Mental de Northern

El Hospital Lyell McEwin es un hospital público de enseñanza especializada con 336 camas que ofrece una amplia gama de servicios intensivos, coronarios, médicos, quirúrgicos, de maternidad, pediátricos, de salud mental, de diagnóstico, de emergencia y de apoyo de alta calidad. El Hospital Modbury es un hospital universitario de cuidados intensivos con 174 camas que ofrece servicios para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia.

El modelo de atención de NALHN se centra en el proceso del paciente, los entornos seguros, la enseñanza e investigación clínica, la sostenibilidad y el fomento de la innovación y las buenas prácticas.

Las tres Guías de RNAO seleccionados por NALHN son:

- *Cuidados centrados en el paciente* (RNAO, 2006a)
- *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (RNAO, 2011a)
- *Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión* (RNAO, 2011b)



REFLEXIÓN

¿Cómo cree usted que el cambio en la propiedad de la práctica por parte de las enfermeras conduce a un compromiso positivo y a la capacidad de influir en los resultados positivos?

EVALUACIÓN DE LOS BPSO DE LA FASE 1

La designación de BPSO australiana ha sido evaluada ampliamente en términos del impacto global en la organización y los efectos de la incorporación de prácticas y culturas basadas en la evidencia. También se ha evaluado en términos de las recomendaciones de las Guías y cómo mejoran la atención al paciente y enriquecen las prácticas profesionales de enfermeras y matronas. El sistema de base de datos integral NQuIRE de RNAO se utilizó ampliamente en nuestros procesos de evaluación.

MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS DE PACIENTES, PROVEEDORES DE ATENCIÓN Y ORGANIZACIONES MEDIANTE EL USO DE NQUIRE

Con el objetivo de monitorizar y evaluar el impacto del Programa de Fase 1 de los BPSO australianos, la evaluación se llevó a cabo en consulta con el Gobierno de Australia del Sur y las Unidades de Seguridad y Calidad de las Redes Locales de Salud de Australia del Sur. Para analizar y evaluar los cambios en la práctica, se utilizaron las medidas de rendimiento de los datos del hospital, los indicadores de seguridad y calidad sensibles a las enfermeras y los indicadores estructurales, de proceso y de resultados de NQuIRE.

NQuIRE ha sido desarrollado por RNAO para permitir a los BPSO monitorizar y evaluar sistemáticamente su progreso y resultados y medir y comparar indicadores estructurales, de proceso y de resultados para organizaciones “similares” a nivel individual de sala y unidad para cada uno de los BPSO. Los indicadores NQuIRE han facilitado el desarrollo y la contextualización del modelo de evaluación de los BPSO australianos. En reconocimiento de la capacidad y el desarrollo futuro de la base de datos NQuIRE de RNAO, se obtuvo la aprobación ética (HREC-14-SAH-21) a través del Comité de Ética de la Investigación en Salud Humana de Australia del Sur, que permitió la comparación internacional y la contribución a la investigación práctica basada en la evidencia.

MARCO, MODELO Y HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DEL BPSO AUSTRALIANO

Al construir el marco, el BPSO Host australiano, las redes locales de salud y los BPSO revisaron los indicadores internacionales, nacionales y estatales que influyen en los resultados de los pacientes y la Enfermería. Esto condujo al desarrollo del marco conceptual Persona-Organización-Práctica, que se muestra en la Tabla 17.1, el cual incorpora mediciones cualitativas y cuantitativas que se alinean con las agendas de la sanidad de Australia del Sur sobre políticas, seguridad, calidad y reformas.

TABLA 17.1. MARCO CONCEPTUAL DE PERSONA-ORGANIZACIÓN-PRÁCTICA

DATOS PERSONALES	DATOS INSTITUCIONALES	PRÁCTICA
Encuestas en el momento del alta específicas de los cuidados centrados en el paciente	Indicadores estructurales OBD IV/ MHPPD Skill Mix	Porcentaje de personal de Enfermería y obstetricia formado en un área específica de la Guía, como cuidados centrados en el paciente, alternativas a las contenciones, etc.
Testimonios y sugerencias de pacientes	Datos de seguridad y calidad de SA Health	Encuestas específicas de las Guías que sirven de punto de referencia para las perspectivas del personal
Asociación con grupos asesores de consumidores y voluntarios		Consultas con los grupos interesados (retroalimentación en curso del Comité Directivo y Asesor)

Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

La evaluación de la designación del BPSO australiano se diseñó para examinar las siguientes preguntas y la relación entre ellas (ver la Figura 17.2):

- ¿La implantación de la Guía ha cambiado las actitudes, creencias y conocimientos del personal?
- ¿Ha cambiado la práctica?
- ¿Ha logrado los resultados esperados?



FIGURA 17.2 Modelo de evaluación de la designación de BPSO australiano.
 ©Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Herramientas cuantitativas

De acuerdo con el modelo de evaluación, y con el fin de recopilar datos para responder a preguntas relacionadas con la persona, la organización y la práctica, se desarrollaron y administraron una serie de herramientas cuantitativas, tal como se describe en las siguientes secciones.

Herramienta 1: Encuesta a los impulsores de la práctica de BPSO

Se llevaron a cabo revisiones de la literatura sobre el papel de los impulsores de la práctica en un contexto de gestión del cambio y se identificó que las actitudes y creencias de enfermeras y matronas son integrales para la implantación exitosa de las Guías (Price, 2015; RNAO, 2015; VanDeVelde-Coke et al., 2012). La confianza de las enfermeras y de las matronas en trabajar de una manera nueva afecta a su aceptación de los cambios propuestos. Por lo tanto, “considerar cómo las personas percibirán y se verán afectadas por una innovación” es fundamental para que el cambio tenga éxito (Hewitt-Taylor, 2013, p. 35). Además, la literatura indicó que el nivel de apoyo ofrecido a los agentes de cambio es fundamental para mantener los cambios de actitud (Maben et al., 2012).

En resumen, sin estas estrategias probadas y sin apoyo organizacional, la literatura afirma claramente que las innovaciones o nuevas formas de trabajo a menudo fracasarán si se pasan por alto o no se abordan los grandes obstáculos de actitud en la Enfermería y obstetricia. En ausencia de herramientas relevantes para medir el impacto actitudinal de cada Guía, se desarrollaron y validaron encuestas para apoyar la evaluación. El objetivo de la encuesta de los impulsores de prácticas era determinar la actitud y el nivel de conocimiento de un individuo antes y después de los talleres de BPSO sobre cada Guía seleccionada. Para permitir esta comparación y medir el impacto del taller específico de los impulsores de práctica, se realizaron dos encuestas antes y después del taller. Las encuestas se componían de una serie de declaraciones de actitud y se pidió a los participantes que calificaran su nivel de acuerdo con esas declaraciones, que iban desde 0 para indicar que estaban totalmente en desacuerdo, hasta 10 para indicar que estaban totalmente de acuerdo.

Herramienta 2: Encuesta sobre la experiencia del consumidor

Con el fin de evaluar las interacciones y los niveles de satisfacción entre el personal de Enfermería y obstetricia y los consumidores, así como para cumplir los requisitos de NQuIRE, se desarrolló la herramienta de encuesta de experiencia del consumidor. La encuesta investigó la experiencia del paciente en la atención a través de los dominios reconocidos de NQuIRE y cómo su experiencia se relaciona con la implantación de las recomendaciones de la Guía *Atención centrada en el paciente* (RNAO, 2006a). La encuesta se entregó a los pacientes (o a la persona designada por ellos) al ser dados de alta con un sobre prepagado.

Herramienta 3: Encuesta al personal de Enfermería: alternativa a las contenciones

La revisión de la literatura sobre el uso de alternativas a las contenciones mostró que el conocimiento, además de la comprensión de cómo y cuándo aplicar las alternativas de contención, es fundamental para establecer y mantener un entorno de práctica libre de contenciones (Barton, Johnson, & Price, 2009; Fariña-López et al., 2014; RNAO, 2012a). Por esta razón, como parte del proceso de evaluación, se desarrolló una encuesta para medir el conocimiento, la actitud y la confianza del personal sobre cuándo y cómo aplicar alternativas a las contenciones. Se llevó a cabo un análisis de subgrupos para evaluar la eficacia del taller de impulsores de la práctica del BPSO. Esta encuesta fue administrada a todo el personal de Enfermería de la unidad de salud, con una tasa de respuesta del 47%.

Medidas cualitativas

Una vez más, de acuerdo con el Modelo de Evaluación y para responder plenamente a las preguntas de la evaluación, se utilizaron grupos focales y entrevistas para recopilar datos cualitativos, como se describe en las secciones siguientes.

Medida 1: Grupo focal de BPSO australiano

El grupo focal de BPSO capturó la experiencia de los impulsores de la práctica y ayudó a facilitar la transferencia de conocimientos entre pares. El grupo focal se reunió en julio de 2014 con el objetivo de evaluar cómo veían los impulsores de la práctica la designación de BPSO y su trayectoria en el proceso de implantación de las Guías

Medida 2: Entrevistas al BPSO

RNAO hace hincapié en la importancia del liderazgo en todos los procesos de implantación de las Guías. Por *liderazgo*, RNAO se refiere a los líderes en todos los niveles, incluyendo consumidores, enfermeras y ex-directivos (Edwards & Grinspun, 2011; RNAO, 2004; RNAO, 2013). RNAO recomienda que los impulsores de la práctica y la red sean establecidos y respaldados por el equipo de liderazgo para facilitar y servir de modelo de cambio cultural al lado de la cama del paciente. Además, esto sugiere que la cultura de liderazgo en un ambiente de práctica sirve como un vínculo vital entre la práctica clínica al lado de la cama y la alta gerencia (RNAO, 2012b). Así, se llevaron a cabo entrevistas en vídeo cualitativas con todos los ejecutivos del BPSO, los líderes, el consejo asesor del consumidor y los grupos de trabajo.



REFLEXIÓN

¿Cuáles son, en su opinión, los beneficios de llevar a cabo la evaluación de la implantación de las Guías utilizando indicadores de estructura, proceso y nivel de resultados? ¿Hasta qué punto se llevó a cabo esto en la experiencia australiana?

BPSO FASE 1: RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

Para el propósito de esta sección, nos centraremos en la evaluación de la designación de BPSO australiano en CARS, el centro inaugural que ha implantado con éxito las Guías Clínicas y de entornos laborales saludables de RNAO y que ha alcanzado el estatus de centro designado.

¿LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS HA CAMBIADO LAS ACTITUDES, CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL?

A continuación, se discuten los resultados de las medidas cualitativas y cuantitativas administradas para abordar esta cuestión.

Encuesta para el impulsor de la práctica sobre el cuidado centrado en el paciente (Herramienta 1)

Las encuestas a los impulsores de la práctica de cuidados centrados en el paciente (CCP) se llevaron a cabo durante un periodo de 8 meses. Sus principales resultados se muestran en la Figura 17.3.

Los resultados de la encuesta ilustran claramente el impacto positivo de los talleres de los impulsores de la práctica de cuidados centrados en el paciente. El análisis encontró que en general, los talleres mejoraron el conocimiento y la comprensión de los impulsores de la práctica de cuidados centrados en el paciente, impactaron significativamente su confianza y creencia en la implantación de la práctica basada en la evidencia y aumentaron su creencia de que la participación activa de los pacientes y de sus familias resulta en una atención segura del paciente y mejores resultados.

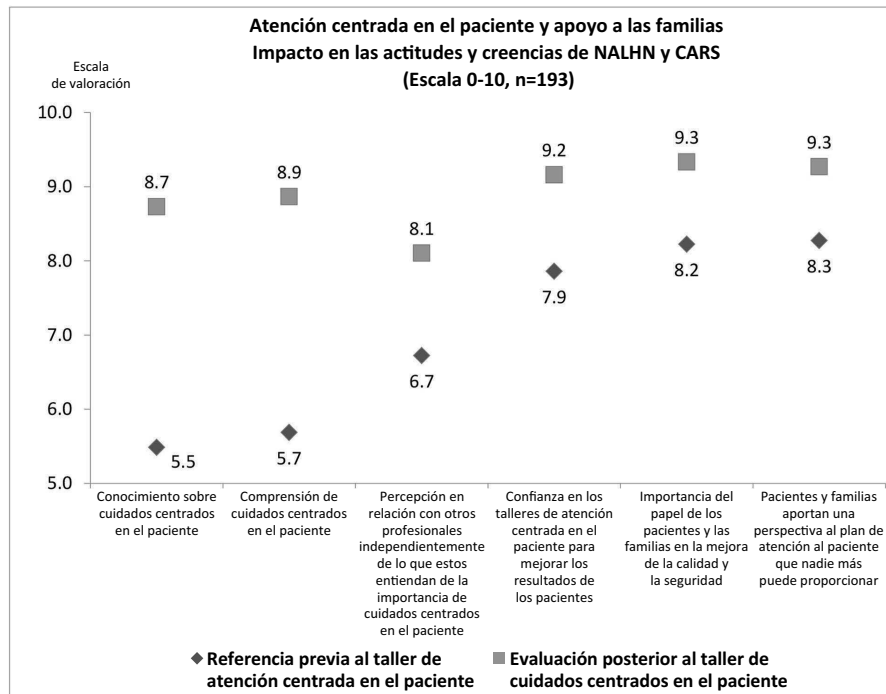


FIGURA 17.3 Resultados de las encuestas de los impulsores de la práctica del cuidado centrado en el paciente (CCP): mayo-diciembre de 2014.

Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Mejor conocimiento, comprensión y percepción de los cuidados centrados en el paciente:

- El conocimiento de los impulsores de la práctica sobre los cuidados centrados en el paciente mejoró de una puntuación media de 5,5 sobre 10 antes del taller a 8,7 después del taller. Esto representa mejoras estadísticamente significativas ($p < 0,001$).
- La comprensión de los impulsores de la práctica de los cuidados centrados en el paciente también mejoró de 5,7 de cada 10 antes del taller a 8,9 después del taller. Esto representa mejoras estadísticamente significativas ($p < 0,001$).
- La percepción de los impulsores de la práctica de los cuidados centrados en el paciente también mejoró, pasando de 6,7 de cada 10 antes del taller a 8,1 después del taller. Esto representa mejoras estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Mayor confianza en los cuidados centrados en el paciente, lo que mejora los resultados de los pacientes:

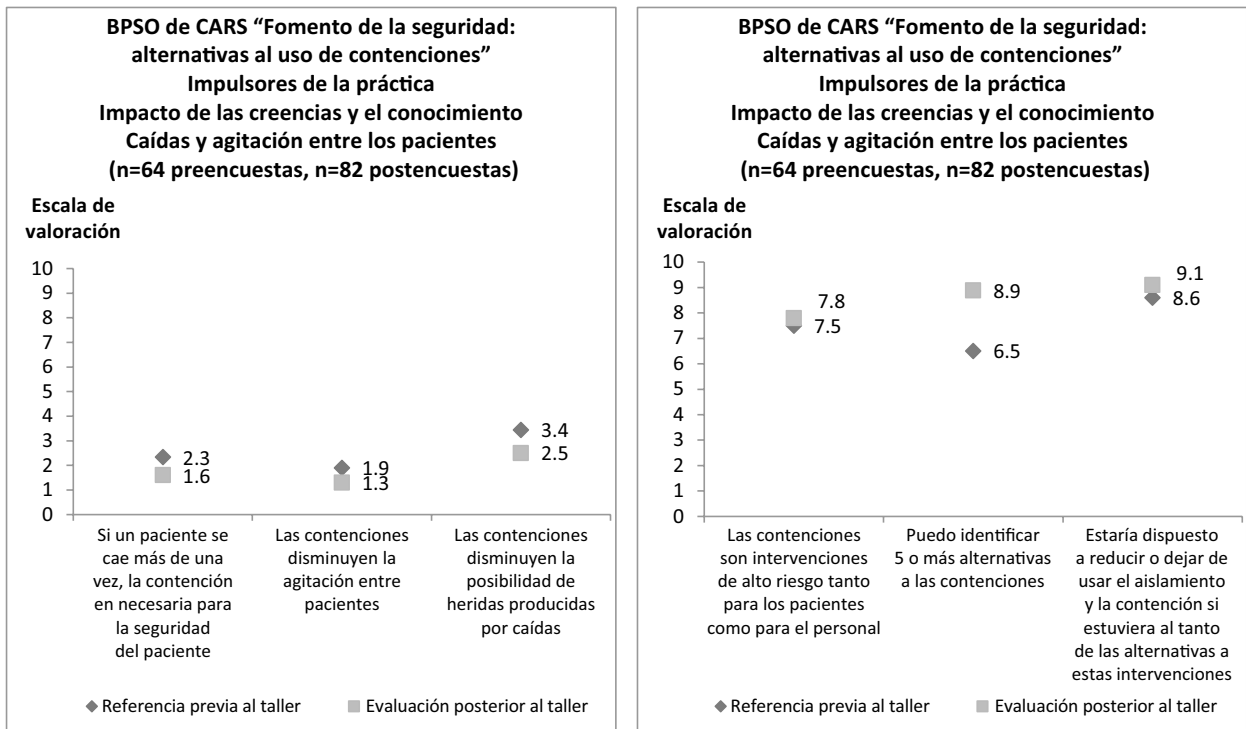
- La confianza de los impulsores de la práctica en que los cuidados centrados en el paciente mejoran los resultados de los pacientes aumentó de 7,9 de cada 10 antes del taller a 9,2 después del taller ($p < 0,001$).

Mayor conocimiento de la necesidad de hacer partícipes e involucrar a los pacientes y a sus familias en todos los aspectos de la atención:

- La creencia de los impulsores de la práctica de que la participación de los pacientes y sus familiares mejorará la seguridad del paciente y la calidad de la atención aumentó de 8,2 de cada 10 antes del taller a 9,3 después del taller.
- La actitud de los impulsores de la práctica de involucrar a los pacientes y sus familias como participantes activos en la atención aumentó de 8,3 de cada 10 antes del taller a 9,3 después del taller.

Promoción de la seguridad: Encuesta para los impulsores de la práctica sobre alternativas a las contenciones (Herramienta 1)

Esta encuesta buscó medir el efecto de los talleres relacionados con la Guía *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* (RNAO, 2012a), realizados antes de la implantación de la Guía. Los resultados se ilustran en las Figuras 17.4a y 17.4b. El análisis ha demostrado que los talleres han mejorado el conocimiento y la comprensión de los impulsores de la práctica en cuanto a la promoción de la seguridad y el uso de contenciones, su capacidad para identificar alternativas, su comprensión de que las contenciones son intervenciones de alto riesgo y su creencia de que el compromiso con los pacientes y sus familias es importante en el uso de las contenciones. En resumen, los cambios notables en el conocimiento, la comprensión y la actitud son esenciales para una implantación de éxito de las recomendaciones de las guías.



FIGURAS 17.4A Y 17.4B Encuestas a los impulsores de la práctica de CARS.
Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Grupo focal del BPSO (Medida 1)

Un grupo de discusión semiestructurado de los impulsores del BPSO fue moderado por los líderes del BPSO y el administrador de Programa de BPSO (ver Figura 17.5). A los participantes de los grupos focales se les hicieron las siguientes preguntas:

- ¿Qué ha experimentado a lo largo de su trayectoria como BPSO?
- ¿Cuál cree que es la diferencia del Proyecto BPSO?
- ¿Qué significa BPSO para usted?

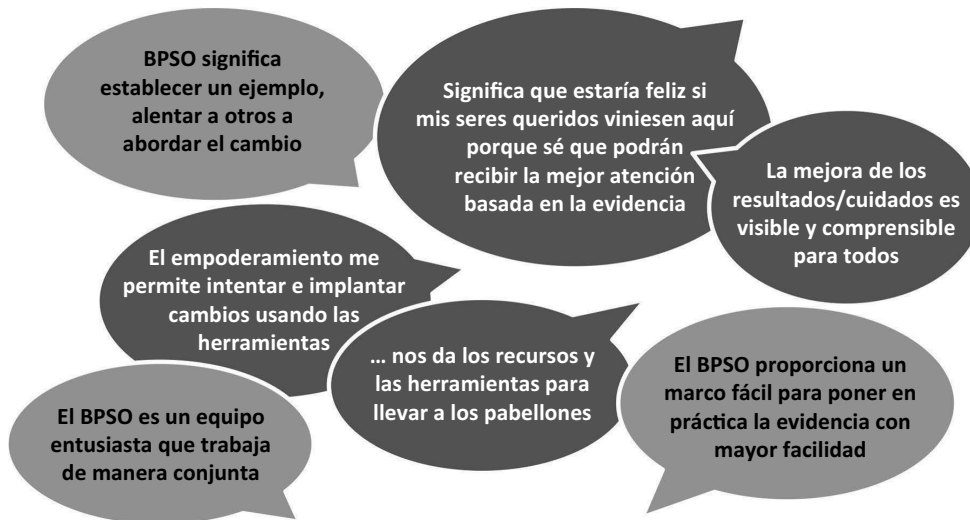


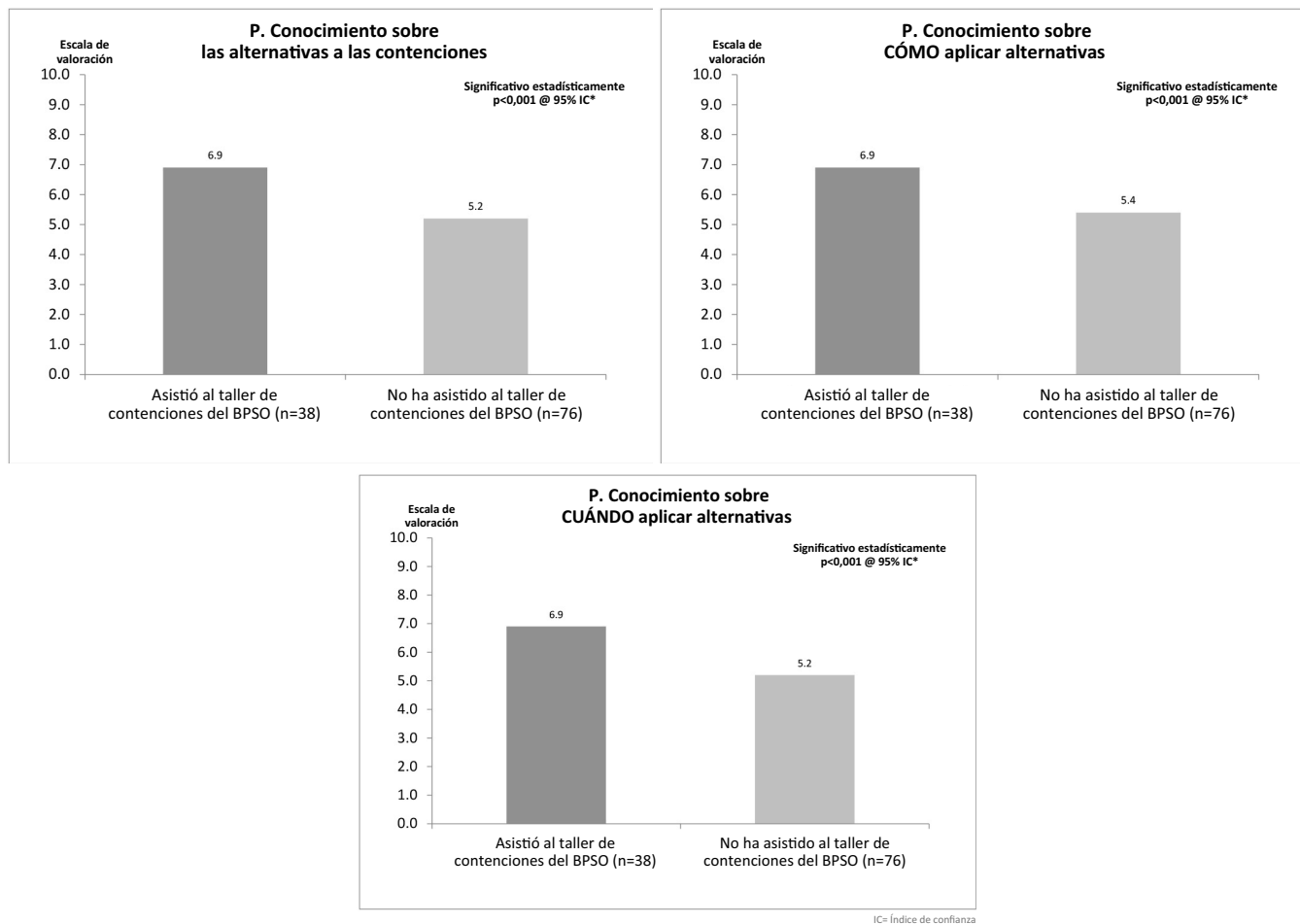
FIGURA 17.5 Respuestas de los grupos focales del BPSO.
Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Los temas clave que surgieron del grupo focal son:

- La designación como BPSO ha facultado a los impulsores de la práctica para liderar e innovar en el cambio de prácticas utilizando las últimas investigaciones y pruebas.
- Los impulsores de la práctica se refirieron comúnmente a su trayectoria reflexiva a lo largo del proceso de implantación de la Guía como una vía que los animaba a aprender, pensar y actuar colectivamente.
- La designación como BPSO ha sido fundamental para mejorar la práctica clínica de los impulsores de la práctica al aumentar su conocimiento y confianza en la implantación de las recomendaciones de la Guía.
- La perspectiva más común está relacionada con la funcionalidad del programa, ya que gira en torno a herramientas fáciles de usar y de adaptar.

Encuesta del personal de Enfermería: alternativas a las contenciones (Herramienta 3)

De las 114 respuestas, 38 enfermeras asistieron al taller del BPSO sobre el fomento de la seguridad y alternativas a las contenciones y, cuando se realizó la encuesta, 76 enfermeras no habían asistido al taller. Los resultados de la encuesta se muestran en las Figuras 17.6a, 17.6b y 17.6c.



FIGURAS 17.6A, 17.6B, 17.6C Los resultados de la encuesta del personal reflejan cambios en el conocimiento y la comprensión: Alternativas para menos contenciones. Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Las respuestas confirman mejoras significativas entre los asistentes al taller en su conocimiento y comprensión de cómo y cuándo aplicar alternativas a las contenciones. En resumen, el taller del BPSO sobre *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* (RNAO, 2012a) ha dado como resultado un mayor conocimiento en esta área de la práctica, lo cual es crítico para mejorar los resultados de los pacientes, minimizar los riesgos e involucrar a los pacientes y sus familias en el centro de la atención.

¿HA CAMBIADO LA PRÁCTICA?

Para medir el cambio de la práctica, se realizaron auditorías clínicas. A continuación, se presentan dos auditorías de muestra que se llevaron a cabo durante la designación como BPSO en CARS, en relación con las Guías seleccionadas que se implantaron y la evidencia sobre cómo se han incorporado los cambios en las prácticas.

Auditoría de práctica clínica

Los talleres de designación como BPSO y de impulsores de la práctica han contribuido al cambio cultural y de actitud positivo dentro de CARS. Este cambio en la práctica clínica es evidente en la Auditoría de Redondeo por hora de CARS (HRC). Se introdujo el redondeo clínico para garantizar que la seguridad de los pacientes y las necesidades de atención se cumplen cada hora.

La auditoría ha mostrado mejoras significativas en la práctica centrada en el paciente (ver la Figura 17.7). Se han producido mejoras en todas las áreas auditadas en comparación con los resultados de la auditoría de septiembre de 2013. La elevada tasa media de cumplimiento de la auditoría de enero de 2015 también ha indicado que el Centro de Rehabilitación Hampstead está logrando cambios positivos en la práctica.

	¿SE COMPLETAN LAS SIGUIENTES COMPROBACIONES DE SEGURIDAD Y CUIDADOS AL PACIENTE EN LAS RONDAS HORARIAS?	AUDITORÍA ENE 2015	AUDITORÍA SEPT 2013
1	Comodidad y seguridad	96%	52%
2	El timbre de llamada está al alcance de la mano	96%	44%
3	Estado del paciente (dormido, ausente, terapia, en áreas comunes)	96%	52%
4	Dolor	96%	52%
5	Prevención de lesiones por presión	96%	52%
6	Hidratación	96%	52%
7	Continencia	96%	48%
8	Relevos—Paciente presente	96%	0%
	Iniciales del personal	96%	40%
	Media total	96%	44%

Fuente de Datos: HRC Audit Reports

FIGURA 17.7 Informe de auditoría de CARS, Centro de Rehabilitación Hampstead. Auditoría: Resultados de la auditoría de redondeo por hora. Auditor: R Pearl. Pabellones: Todos los pabellones (1C, 1D, 2A, 2B, 2CD). Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Auditorías de práctica de CARS: auditoría sobre las barandillas de la cama

El logro positivo del Centro de Rehabilitación Hampstead también se ha visto reflejado en las auditorías de las barandillas de las camas. Como parte del proceso de implantación, se retiraron las barandillas de las camas y se desarrolló una matriz para guiar la decisión clínica. La Figura 17.8 muestra los resultados de dos auditorías realizadas en octubre de 2014 y enero de 2015. La auditoría inicial se diseñó para examinar la tasa de cumplimiento después de la introducción inicial de la matriz cama/barandilla.

La auditoría de octubre de 2014 identificó áreas que necesitaban mejoras, incluyendo la necesidad de:

- Mejorar la documentación sobre la evaluación de riesgos en el momento del ingreso (P.2)
- Seguir las recomendaciones de la evaluación de riesgos (P.3)
- Mejorar la documentación sobre razonamiento clínico (P.4)
- Mejorar la documentación sobre las necesidades de reevaluación de las barandillas de cama (P.7)

Al comparar los resultados de las dos auditorías sobre las barandillas de la cama, es evidente que se han conseguido tales mejoras. La práctica de retirar las barandillas de la cama ha sido incorporada, lo que ha llevado a una puntuación del 100% en la última auditoría, que indicaba que “no era necesario retirar las barandillas de la cama”. Este cambio de práctica siguió las recomendaciones de las evaluaciones del ingreso, como se observa en un aumento del 15% en 2014 al 95% en 2015. En los casos en que no se siguieron las recomendaciones, se produjo un aumento de la documentación sobre el razonamiento clínico.

	Sección A	Auditoría ene-2015			Auditoría oct-2014			Comentarios
		Sí	No	N.A.	Sí	No	N.A.	
1	¿Están las barandillas en las camas?	40%	60%	0%	45%	55%	0%	Disminución de las barandillas en las camas
2	¿Existe evidencia documentada de que se ha completado una valoración de riesgos en el momento del ingreso o en las primeras 24 horas?	95%	5%	0%	20%	80%	0%	Incremento de la evidencia documentada
3	¿Se han seguido las recomendaciones?	95%	0%	5%	15%	70%	15%	Incremento del cumplimiento de las recomendaciones
4	Si no es así, ¿el personal ha documentado las razones clínicas para no seguir las recomendaciones de las historias clínicas?	5%	0%	95%	0%	65%	35%	Mejora en el razonamiento clínico de la documentación
5	¿Se han quitado las barandillas de las camas si no se ha recomendado? (Identificar en la sección "N.A." si el paciente lo ha solicitado)	20%	0%	80%	55%	25%	20%	Aumento en las secciones no aplicables debido a que ya no hay barandillas en la cama o el paciente ha solicitado mantenerlas
6	¿Se han quitado las barandillas de las camas una vez que el paciente ha sido dado de alta?	0%	0%	100%	65%	25%	10%	100% no aplicable (no se requirió el retiro de las barandillas de la cama)
7	¿Ha sido revisada la existencia de evidencia documentada de la necesidad de barandillas en las camas?	25%	60%	15%	0%	95%	5%	Incremento de la evidencia documentada

Fuente de Datos: HRC Audit Reports

FIGURA 17.8 Informe de auditoría de la práctica del Centro de Rehabilitación Hampstead, enero de 2015, en comparación con el informe de octubre de 2014.

Auditoría: barandillas de la cama.

Auditor: S McCormack

Pabellones: 1C, 1D, 2A, 2B

También mejoró la documentación sobre evaluación de riesgos e ingresos. En resumen, los desafiantes datos de comportamiento y contenciones y la auditoría de las barandillas de las camas han confirmado que el Centro de Rehabilitación Hampstead ha logrado un cambio cultural positivo y un cambio de práctica basado en la evidencia.

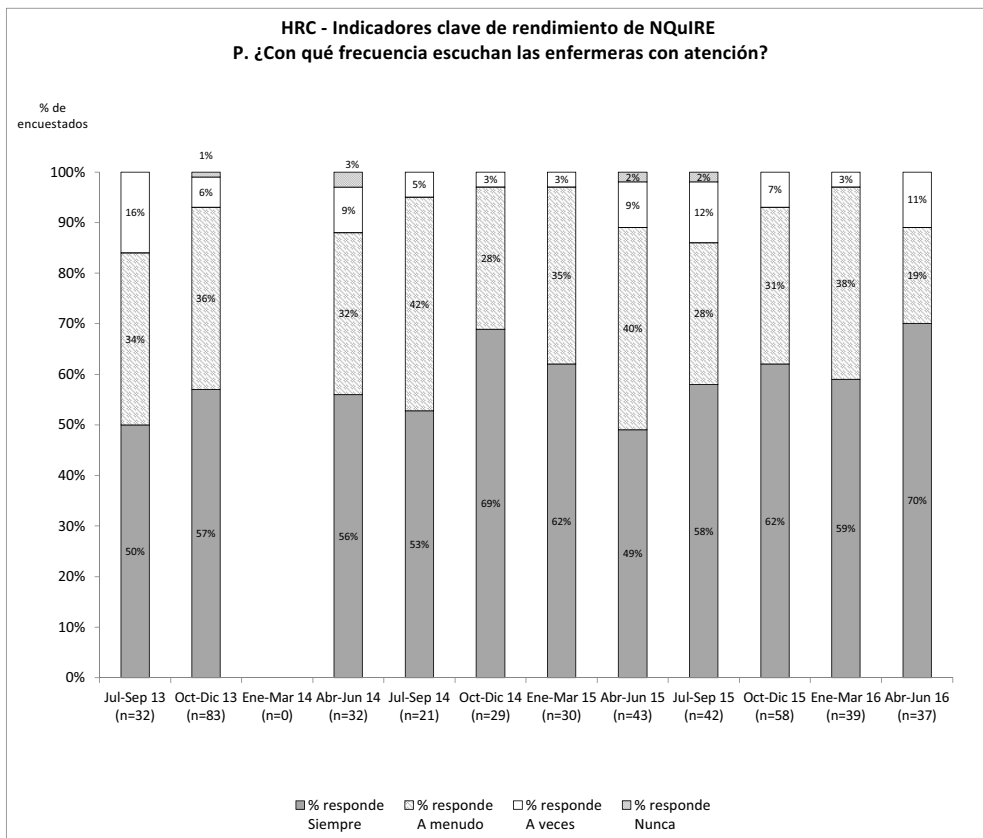
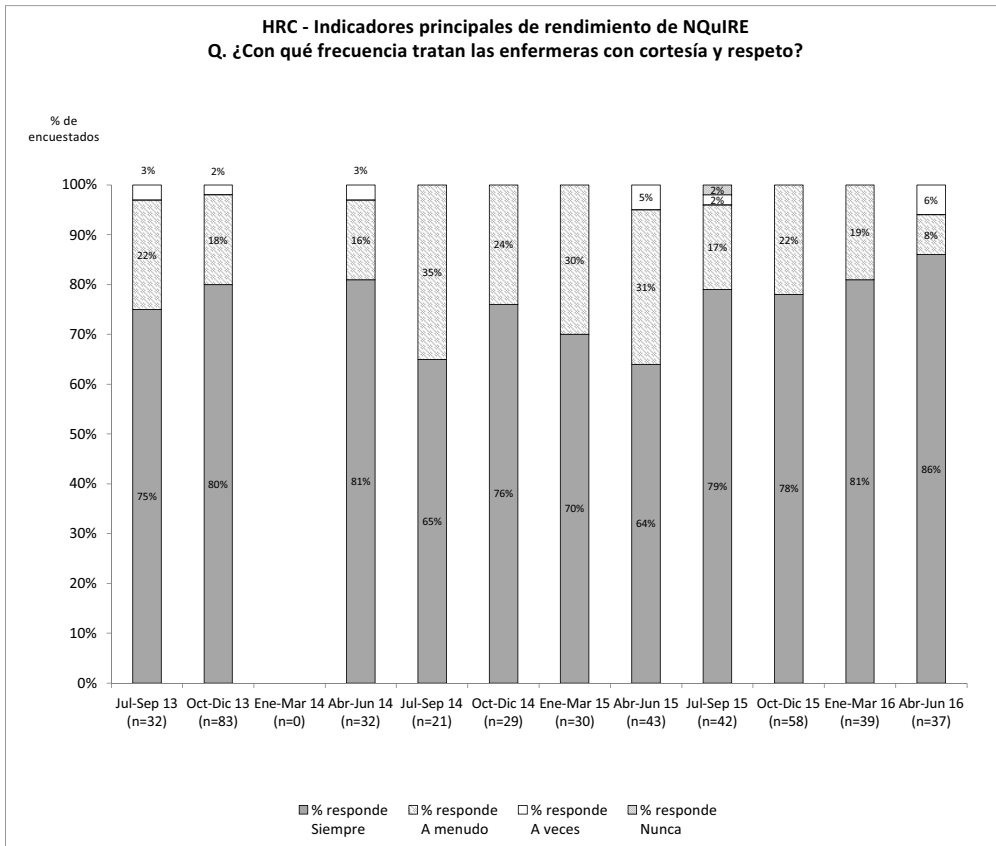
¿HA LOGRADO LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA LOS RESULTADOS ESPERADOS?

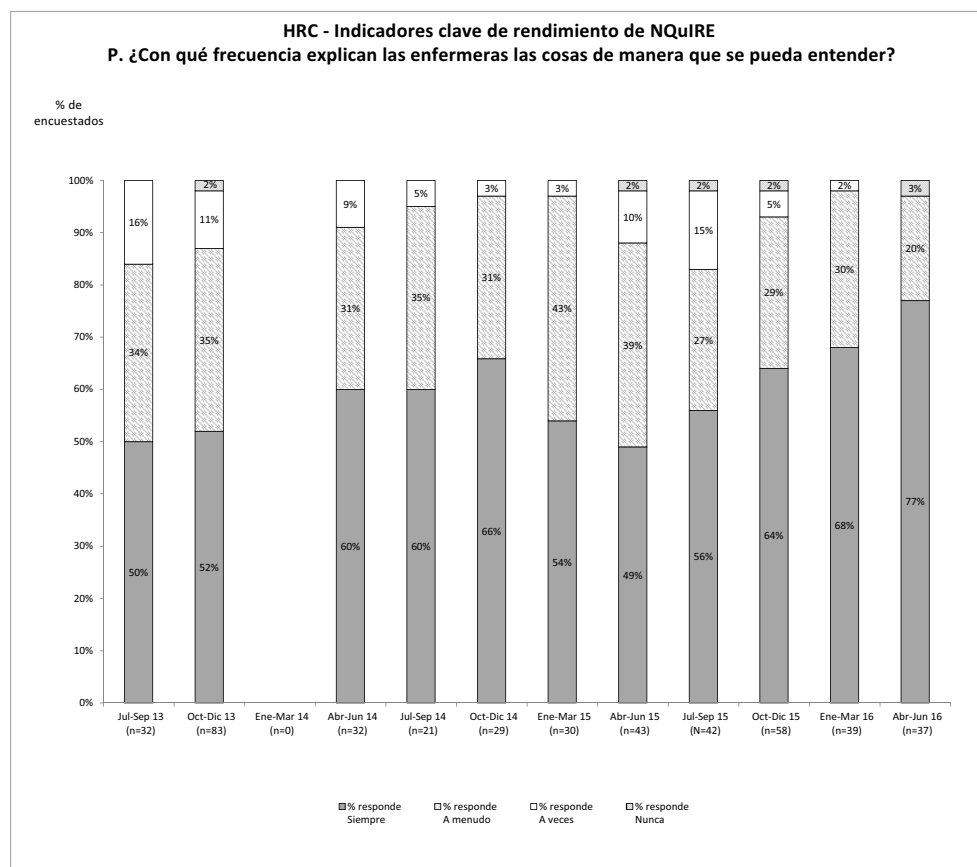
En esta sección se analiza el impacto de la implantación de la Guía en la experiencia del usuario.

Encuesta de CARS sobre la experiencia del consumidor (Herramienta 2)

La implantación de la encuesta sobre la experiencia del consumidor del Centro de Rehabilitación Hampstead comenzó en julio de 2013, con tamaños reducidos de muestra para el análisis. Al analizar las interacciones entre la enfermera y el paciente, los pacientes reportaron mejoras en el hecho de que siempre eran tratados por las enfermeras con cortesía y respeto, las enfermeras siempre explicaban las cosas de una manera que podían entender y las enfermeras siempre escuchaban con atención. Las encuestas realizadas en el momento del alta de los pacientes se cotejaron y analizaron en periodos trimestrales con fines comparativos.

Los gráficos de las Figuras 17.9a, 17.9b y 17.9c ofrecen un resumen de las conclusiones.





FIGURAS 17.9A, 17.9B, Y 17.9C Encuestas sobre la experiencia del consumidor del Centro de Rehabilitación Hampstead entre julio de 2013 y junio de 2016.

Fuente de datos: encuesta sobre la experiencia del consumo del Centro de Rehabilitación Hampstead, julio de 2013-junio de 2016

Nota: Periodo de enero de 2014 a marzo de 2014: no se recibieron encuestas.

Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

El análisis de las experiencias de los consumidores ha permitido mejorar las prácticas y los procesos. Cabe señalar que la proporción de encuestados que mencionaron “siempre” en las tres preguntas de la encuesta fluctúa a lo largo de los periodos de presentación de informes. Durante los mismos periodos, el Gobierno de Australia del Sur hizo el importante anuncio de que se cerraría el Centro de Rehabilitación Hampstead, y que más de 100 camas de rehabilitación se reajustarían a otras redes sanitarias locales. Esto tuvo claramente un impacto significativo en las enfermeras de rehabilitación y en el entorno laboral.

INDICADORES DE SALUD, SEGURIDAD Y CALIDAD DE AUSTRALIA DEL SUR

Las intervenciones de Enfermería y obstetricia basadas en la evidencia, así como la recopilación sistemática, el análisis y la presentación de informes de los indicadores sensibles a la Enfermería, han apoyado la implementación de las Guías y la evaluación de resultados con el objetivo final de mejorar los resultados de los pacientes y la calidad de la atención. Los indicadores de calidad e indicadores estructurales sensibles a la Enfermería son importantes para establecer, monitorizar y evaluar guías prácticas basadas en la evidencia. Se acepta y reconoce internacionalmente que la relación entre el número de enfermeras y matronas, los niveles de formación y la combinación de habilidades influyen directamente en los resultados de los pacientes (Aiken et al., 2002; Aiken et al., 2014; Aiken et al., 2017).

INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con el fin de evaluar el proyecto piloto de BPSO y cómo complementa otras prioridades organizativas y de seguridad y calidad, se han analizado los indicadores reconocidos internacionalmente, como la incidencia de caídas y úlceras por presión, basándose en su relación con la aplicación de las recomendaciones de las Guías. La valoración y la evaluación se basaron en los datos que actualmente están siendo recopilados por los sistemas dentro de la organización.

Todos los incidentes (SAC 1 y SAC 2), incidentes graves, tienen el requisito obligatorio de presentar informes

El código de valoración de seguridad (SAC, por sus siglas en inglés), es una puntuación numérica que clasifica los incidentes que afectan a un paciente. La puntuación se basa en la consecuencia de ese incidente y en la probabilidad de que se repita, utilizando una matriz del tipo de riesgo. La escala es de 1 a 4, con el SAC 1 (máximo) que indica un incidente grave con daño significativo o muerte, y 4 (insignificante) que es casi un incidente o ningún daño. El SAC es obligatorio por requisito de SA Health y se utiliza en todos los hospitales públicos de Australia del Sur (Government of South Australia-SA Health, 2016). Los informes sobre el número total de todos los incidentes de SAC 1 y SAC 2 en CARS desde el año fiscal 2012/13 (ver Figura 17.10) demuestran una disminución en ambas categorías que es consistente con la tendencia de SA Health.

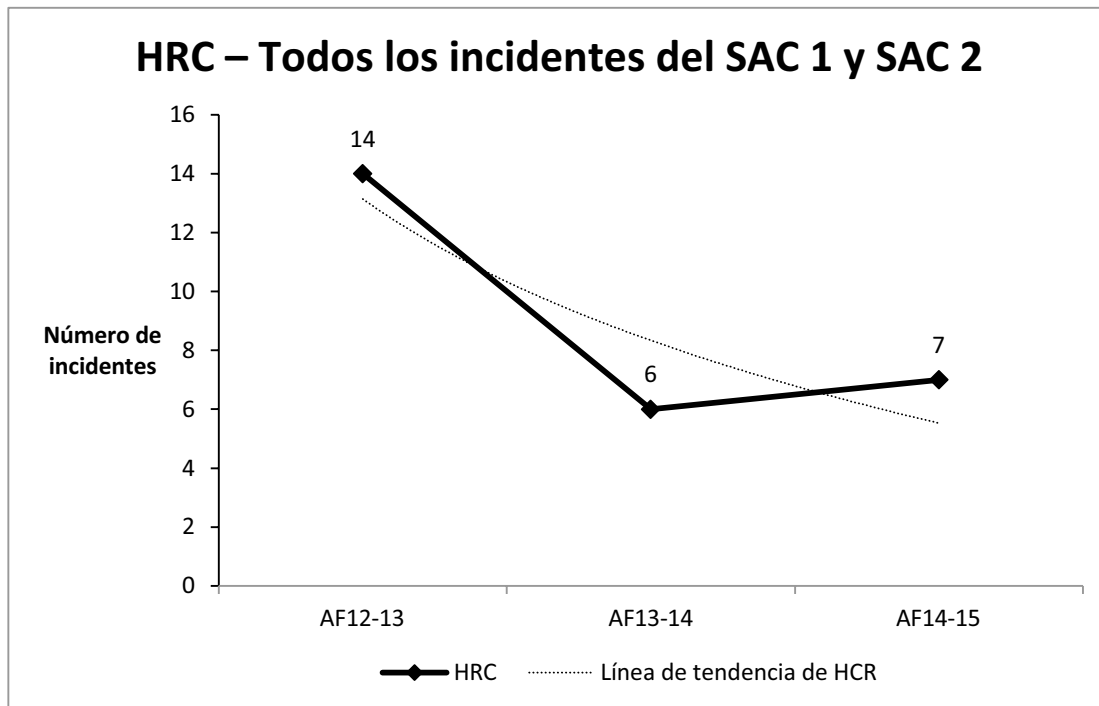


FIGURA 17.10 CARS (HRC) todos los incidentes del SAC 1 y SAC 2, Año fiscal 2012/13 al año fiscal 2014/15.

Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Todos los incidentes de caídas (SAC 1 y SAC 2), con daños y lesiones

A partir de los resultados sobre los incidentes relacionados con caídas con daños y lesiones, ha habido una reducción evidente en el Centro de Rehabilitación Hampstead (de 11 en el año fiscal 2012/13, a 4 en el año fiscal 2013/14 y 5 en el 2014/15). Además, a efectos de comparación, hubo una reducción del 64% de los incidentes de caídas del SAC 1 y del SAC 2 durante el periodo 2012/13 en HRC, en comparación con una reducción del 18,6% en SA Health (en todas las redes locales de salud), como se muestra en la Figura 17.11.

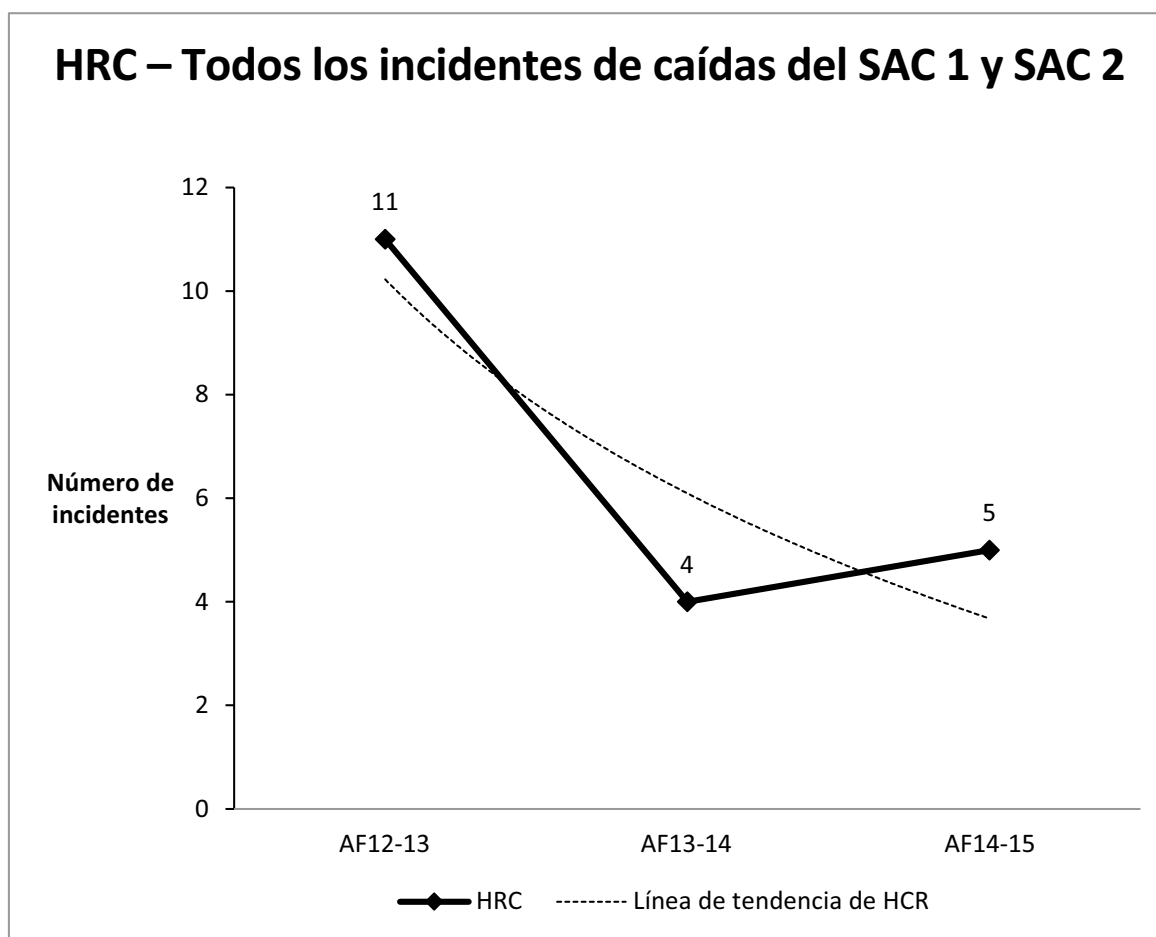


FIGURA 17.11 CARS (HRC) todos los incidentes de caídas del SAC 1 y SAC 2, AF 2012/13 al AF 2014/15. Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Incidentes de lesión por presión adquirida en el Hospital CARS

En el Centro de Rehabilitación Hampstead, ha habido una reducción (50%) en los incidentes de lesiones por presión producida en el hospital: de 78 en el año fiscal 2012/13 a 39 en el año fiscal 2014/15 (ver Figura 17.12).

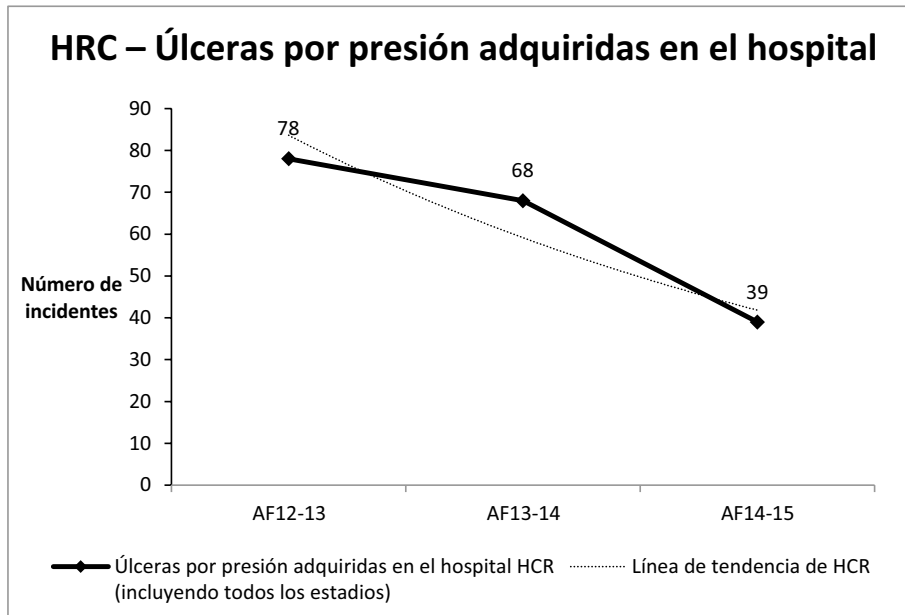
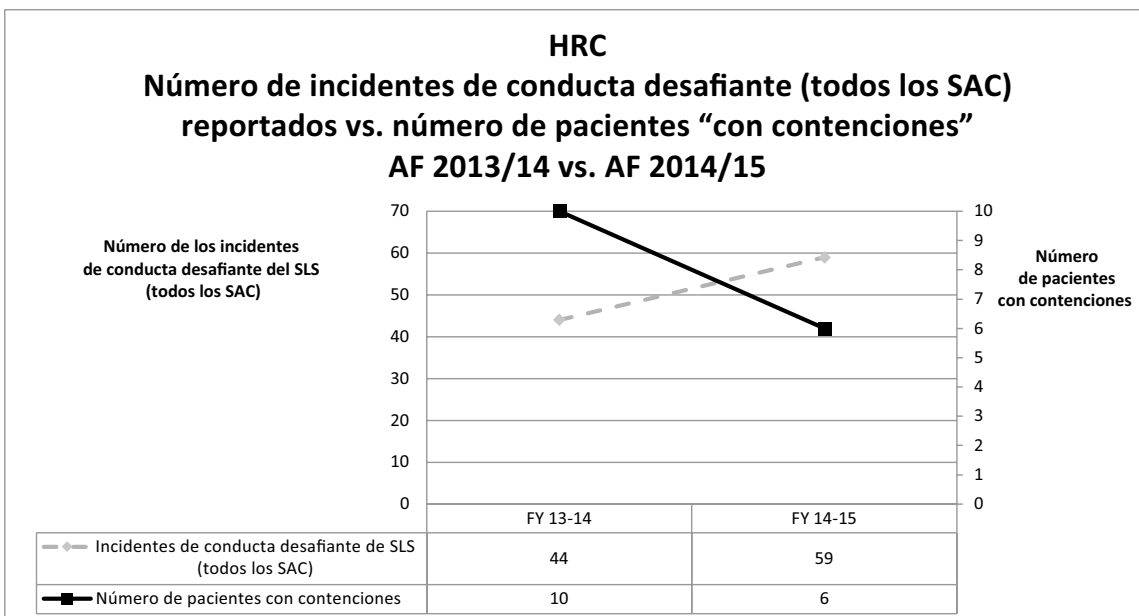


FIGURA 17.12 Incidentes de lesiones por presión adquiridas en el hospital de CARS (HRC), AF 2012/13 al AF 2014/15.

Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

Reducción de la contención

El Centro de Rehabilitación Hampstead mostró un aumento en el número de incidentes de conducta desafiante documentados y una disminución en el número de pacientes que fueron inmovilizados (ver Figura 17.13). Estas tendencias indican un mayor éxito en la disminución, reflejando así el éxito de la implantación de la Guía.



Fuente de datos: SLS Reports
SLS*: Safety Learning System (Sistema de aprendizaje de seguridad)

FIGURA 17.13 CARS (HRC) incidentes de conducta desafiante y de contención, del año fiscal 2013/14 al año fiscal 2014/15.

Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

RESUMEN

La adaptación y aplicación de la designación de BPSO de RNAO al contexto australiano ha demostrado ser un éxito. En general, el personal y las encuestas a consumidores, las auditorías de la práctica clínica y los datos de los indicadores mostraron lo siguiente:

- Las enfermeras están mejor informadas y han mejorado sus conocimientos, comprensión y actitudes hacia la implantación e integración de la práctica basada en la evidencia.
- La experiencia hospitalaria de los pacientes y las interacciones de las enfermeras y matronas con los pacientes mejoraron.
- Se han reducido todos los incidentes (SAC1 y SAC2).
- Ha habido una incidencia reducida de caídas de pacientes (SAC1 y SAC2).
- Ha habido una incidencia reducida de úlceras por presión adquiridas en el hospital.
- Se ha reducido el uso de contenciones en el entorno.

MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS ECONÓMICOS DE LA DESIGNACIÓN DE BPSO AUSTRALIANO

Para reforzar el argumento a favor del valor de la designación como BPSO para Australia del Sur, fue necesario considerar la rentabilidad de la práctica basada en la evidencia en Enfermería y cómo las mejoras clínicas pueden traducirse en un argumento económico en términos de “ahorros” para el sistema sanitario. Existen cuatro tipos principales de evaluación económica en la atención sanitaria:

1. Minimización de costes, donde se asume que las consecuencias son las mismas, de modo que solo se comparan los costes.
2. Eficacia en función de los costes, en la que se calcula una relación entre las diferencias en los costes y los resultados, es decir, una relación coste-eficacia en incremento.
3. Utilidad de los costes, donde la relación coste-eficacia en incremento se basa en el coste por años de vida ajustados en función de la calidad.
4. Coste-beneficio, en el que tanto los costes como los resultados se valoran en términos monetarios (Gray, Clarke, Wolstenholme y Wordsworth, 2012; Simoens, 2009).

IMPACTO ECONÓMICO DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS MOSTRADO A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE COSTE-BENEFICIO

Para medir el impacto económico de la designación como BPSO australiano, seleccionamos la cuarta opción: el coste-beneficio del programa para el sistema sanitario de Australia del Sur, que se ilustra en la Tabla 17.2.

TABLA 17.2 ANÁLISIS DE COSTE-BENEFICIO RELACIONADO CON LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS SOBRE CAÍDAS Y LESIONES POR PRESIÓN

Indicador de evaluación de la designación del BPSO australiano	Cambio de indicadores sensibles de Enfermería	Número de cambios en las incidencias	\$/Incidente* (Basado en las estimaciones financieras de RNAO)	Total ahorrado/gastado
Reducción de la incidencia de caídas de pacientes (SAC1 y SAC2)	De un total de 11 incidencias en 2012/13 a 5 incidencias en 2014/15	6	35.000\$ por caída	210.000\$
Reducción de la incidencia de úlceras por presión adquiridas en el hospital	De un total de 78 incidencias en 2012/13 a 39 incidencias en 2014/15	39	9.000\$ por lesiones por presión	351.000\$
Ahorro total				561.000\$
Menor inversión	(\$50,000 per annum to site BPSO Lead)			100.000\$
Coste-beneficio (Ahorro neto)				461.000\$

Copyright ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

OTROS AHORROS RELACIONADOS CON LA REDUCCIÓN DE LAS CONTENCIÓNES

El coste sistemático de las contenciones es difícil de cuantificar. Existe poca información en la literatura sobre la evaluación económica que demuestre la relación entre el ahorro de costes y la prevención de las contenciones.

RNAO ha establecido, como parte de las revisiones de la literatura, que existe una relación entre las contenciones y las caídas del paciente. Sin embargo, existe un gran grado de variabilidad en función del resultado o la lesión de la caída del paciente: grave, potencialmente mortal o sin daño físico. En la evaluación económica del BPSO australiano, hemos explorado y considerado múltiples factores, como la dotación de personal (horas por día del paciente), las reducciones en la duración de la estancia y la gama de intervenciones. Por lo tanto, estamos explorando un modelo que podría servir de base para la medición económica de los beneficios de la reducción de las contenciones. Los ahorros financieros potenciales y las implicaciones asociadas a cada uno de los episodios de contención se describen como elementos del modelo en la Figura 17.14.



FIGURA 17.14 Consecuencias financieras y modelo de ahorro potencial. Derechos de autor ANMF (SA Branch), 2017. Usado con permiso.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO

La metodología de cálculo se basó en:

- Definir la intervención eliminada o reducida (acciones relacionadas con las contenciones, como la asistencia al equipo de código negro, la evaluación del impacto en la integridad de la piel, la seguridad, etc.).
- Identificar la frecuencia de las intervenciones que habrían sido necesarias.
- Identificar la duración de la intervención (tiempo necesario).
- Identificar a la(s) persona(s) a la(s) que se le pedirá(n) que realice(n) la intervención (por categoría de personal).

El cálculo se realiza en dos partes. En primer lugar, la cantidad total del tiempo de Enfermería se calcula en función de la frecuencia y la duración de la intervención. A continuación, el tiempo total de Enfermería se multiplica por el coste del personal relevante, lo que equivale a los costes ahorrados.



REFLEXIÓN

¿Cómo se relacionan estos resultados de la evaluación con sus propias experiencias? En su opinión, ¿han sido recogidas de manera efectiva? Considere cómo podría explicar el valor agregado de la implantación de las Guías utilizando estos resultados.

CONCLUSIÓN

La designación adaptada de BPSO de RNAO ha contribuido significativamente al creciente conjunto de conocimientos y comprensión de cómo cerrar con éxito la brecha entre la evidencia, el conocimiento y la práctica en Australia. Tras el éxito de la fase 1, la designación como BPSO australiano se ha ampliado a la fase 2. La formación, la tutoría y el apoyo a tres (de cada cuatro) redes locales de salud metropolitanas en Australia del Sur los ha llevado a cumplir con su objetivo de convertirse en el “cambio que ellos querían ver”. El enfoque sistémico utilizado en la designación de BPSO, y específicamente con la implantación de las Guías, ha dado lugar a un cambio hacia una cultura de la práctica basada en la evidencia en la que la toma de decisiones sobre la atención sanitaria y la prestación de servicios se basa en la mejor evidencia posible; las políticas y los procedimientos hospitalarios están estandarizados; y la variación de la atención se reduce, garantizando así una atención coherente, de calidad y segura.

Hemos promovido con éxito y hemos conseguido financiación para la designación como BPSO australiano dentro de un sistema con contenciones financieras. Nuestra evaluación integral pudo demostrar mejoras significativas, no solo con la satisfacción de los pacientes y las enfermeras, sino también a nivel de sistema, con pruebas de una mayor eficiencia y rendimiento financiero. Sobre la base de datos y testimonios, la propuesta de la relación calidad-precio refuerza aún más el hecho de que las enfermeras y matronas que utilizan prácticas basadas en la evidencia dentro de un entorno laboral saludable marcan la diferencia a todos los niveles.

MENSAJES CLAVE

- La implantación de guías de prácticas basadas en la evidencia requiere un enfoque sistemático a nivel de la organización.
- La práctica de la Enfermería basada en la evidencia produce resultados clínicos positivos para los pacientes.
- La práctica de la Enfermería basada en la evidencia ahorra dinero para el sistema.
- La designación como BPSO y su impacto en el paciente, el profesional de la salud, la organización y los resultados del sistema ha llevado a un mayor respeto del gobierno hacia las enfermeras como profesionales del conocimiento y por el trabajo de la asociación de enfermeras.

REFERENCIAS

- Aiken, L., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, *288*(16), 1987–1993.
- Aiken, L., Rafferty, A. M., & Sermeus, W. (2014, April 30). Caring nurses hit by a quality storm. *Nursing Standard*, *28*, 35, pp. 22–25.
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., . . . Sermeus, W. For the RN4CAST Consortium. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, *26*, 559–568.
- Barton, S. A., Johnson, M. R., & Price, L. V. (2009). Achieving restraint-free on an inpatient behavioural health unit. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, *47*(1), 34–40.
- Cheung, R. B., Aiken L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2008). Nursing care and patient outcomes: International evidence. *Enfermería Clínica*, *18*(1), 35–40.
- Edwards, N., & Grinspun, D. (2011). *Understanding whole systems change in healthcare: The case of emerging evidence-informed nursing service delivery models*. Retrieved from <http://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/11-10-07/7eccd93b-a091-4d01-b625-3cd8279afbc2.aspx>

- Fariña-López E. L., Estévez-Guerra G. J., Gandoy-Crego, M., Polo-Luque, L. M., Gómez-Cantorna, C., & Capezuti, E. A. (2014). Perception of Spanish nursing staff on the use of physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 322–330.
- Garrard, L., Boyle, D. K., Simon, M., Dunton N., & Gajewski B. (2014). Reliability and validity of the NDNQI Injury Falls Measure. *Western Journal of Nursing Research*, 38(1), 111–123. doi: 10.1177/0193945914542851
- Government of South Australia—SA Health. (2016, August). *Patient Incident Management TOOL 2: Safety assessment code matrix*. Retrieved from <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/29f2ff004e2bd4aca30cfbc09343dd7f/TOOL+2+Code+Matrix+WEB.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=29f2ff004e2bd4aca30cfbc09343dd7f%20%0d%0d-cheers,%20Deb%0d>
- Gray, A. M., Clarke, P. M., Wolstenholme, J. L., & Wordsworth, S. (2012). *Applied methods of cost-effectiveness analysis in health care*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hewitt-Taylor, J. (2013). Planning successful change incorporating processes and people. *Nursing Standard*, 27(38), 35–40.
- Lloyd, M., Xiao, S., Albornos-Muñoz, L., González-María, E., & Joyce, A. (2013). Measuring the process and outcomes of foot ulcer care with guideline-based nursing quality indicators. *Diabetic Foot Canada*, 1(1), 15–19.
- Maben, J., Peccei, R., Adams, M., Robert, G., Richardson, A., Murrells, T., & Morrow, E. (2012). *Exploring the relationship between patients' experiences of care and the influence of staff motivation, affect and wellbeing*. Final report. NIHR Service Delivery and Organisation Programme. Retrieved from http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1819-213_V01.pdf
- Mitchell, B. G., Ferguson J. K., Anderson. M., Sear, J., & Barnett. A (2016). Length of stay and mortality associated with healthcare-associated urinary tract infections: A multi-state model. *Journal of Hospital Infection*, 93(1), 92–99. doi: 10.1016/j.jhin.2016.01.012
- Price, B. (2015). Understanding attitudes and their effects on nursing practice. *Nursing Standard*, 30(15), 50–57. doi: 10.7748/ns.30.15.50.s51
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2004). *A phenomenal journey: The dissemination and uptake of the nursing Best Practice Guidelines across Canada—Final report*. Retrieved from <http://rnao.ca/bpg/guidelines/links/phenomenal-journey>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006a). *Client centred care*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006b). *Supporting and strengthening families through expected and unexpected life events*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2009). *Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011a). *Prevention of falls and fall injuries in the Older Adult*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011b). *Risk assessment and prevention of pressure ulcers*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012a). *Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012b). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012c). *Woman abuse: Screening, identification, and initial response*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013). *Developing and sustaining nursing leadership Best Practice Guideline* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014). *Care transitions*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015). *Person- and family centred care*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Simoens, S. (2009). Health economic assessment: A methodological primer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(12), 2950–2966. doi: 10.3390/ijerph6122950
- Twigg, D. E., Duffield, C., Thompson, P. L., & Rapley, P. (2010). The impact of nurses on patient morbidity and mortality—The need for a policy change in response to the nursing shortage. *Australian Health Review*, 34(3), 312–316. doi: 10.1071/AH08668
- VanDeVelde-Coke, S., Doran, D., Grinspun, D., Hayes, L., Sutherland Boal, A., Velji, K., . . . Hannah, K. (2012). Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuIRE. *Nursing Leadership*, 25(2), 26–37.