



Gestão do Risco



SERVIÇO DE QUALIDADE
DIRECTORA – DRA. FÁTIMA PINHEIRO

19 de MAIO de 2011

“NÃO NOS FICÁMOS. NOTIFICÁMOS”

Apresentação – Dr. Nuno Alves
- Enf^a Reis Fernandes

RESPONSÁVEL: Dra. Fátima Pinheiro



Gestão do Risco

Objectivos:

- Utilidade
- Protecção dos profissionais
- Segurança do Doente
- Conceitos
- Definição
- Método
- Prevenção de acidentes
- Sistema de reporte de ocorrências

Risco de fatalidade

$1/10.000000$

$1/300$



Estudo Incidência EA - 2009

- | | |
|-----------------|-----|
| Danos | 11% |
| Readmissões | 20% |
| Quedas | |
| Úlceras | 35% |
| Flebites | |
| Óbitos | 7% |
| IACS | 9% |
| Erros Medicação | 8% |

Estudo incidência EA - 2009

Prolongamento DM - 10 dias	40%
Preveníveis	53%
Enfermaria	63%
Bloco	11.5 %
SU	11%





Gestão do Risco

1º Os Profissionais

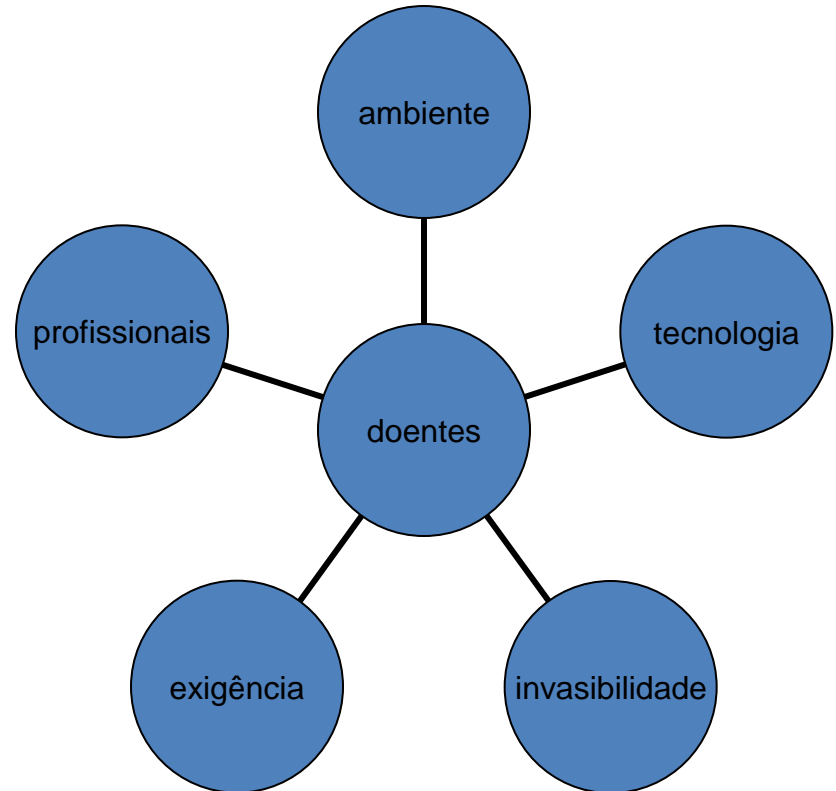
disciplinares/judiciárias

2º O Doente

Gestão do Risco

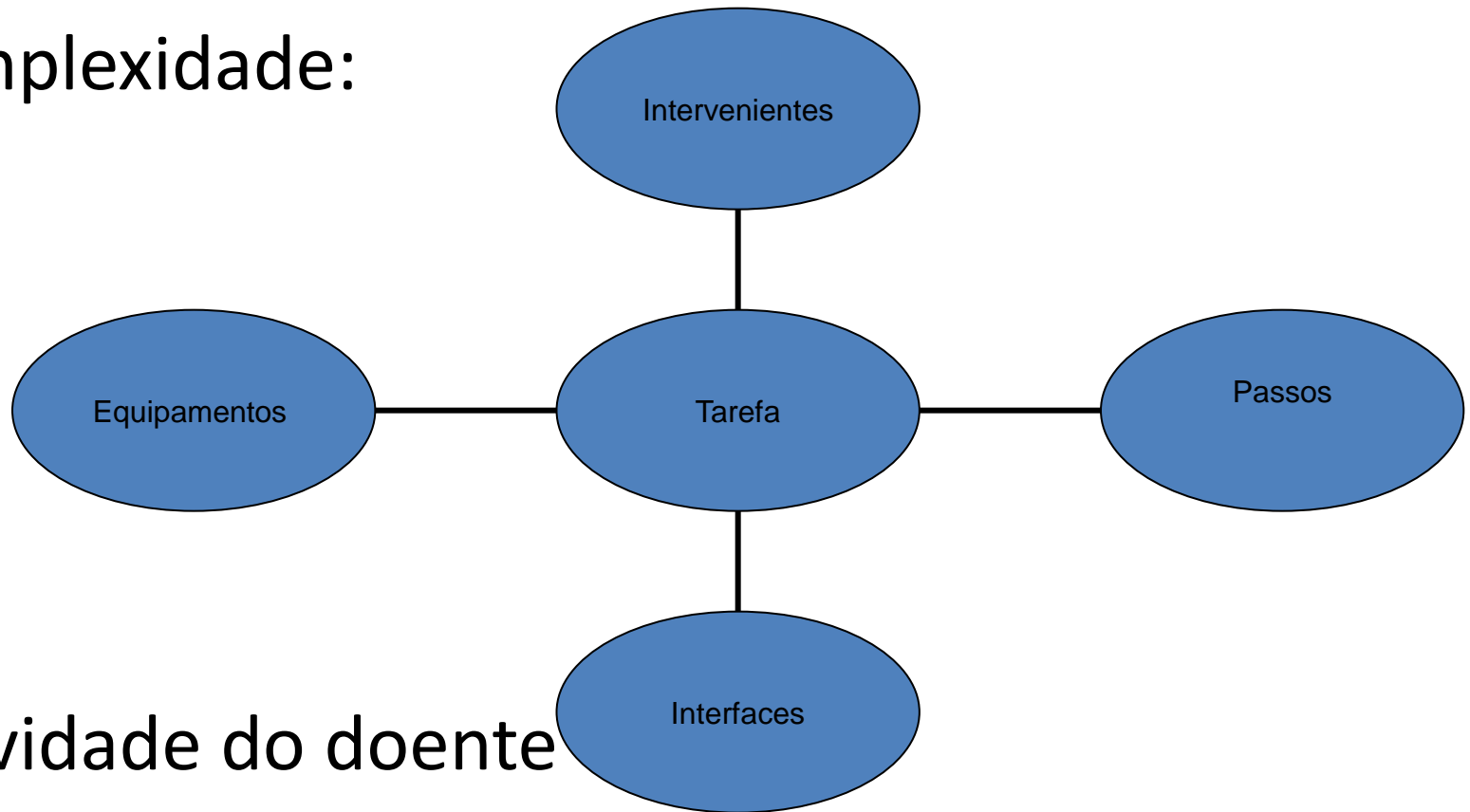
Porquê?

- Medicina moderna:
- Complexa
- Incerta
- Efectiva
- Perigosa (10 %)
- 1/300
- 8ª causa de morte
>SIDA e Viação



Gestão do Risco Falha

- Complexidade:



- Gravidade do doente

Gestão do Risco

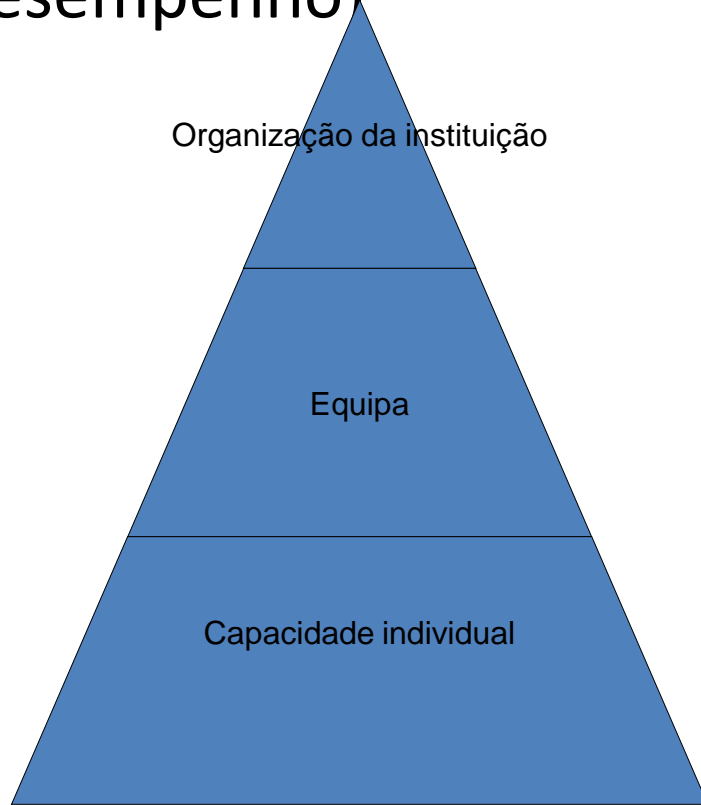
- Performance (o bom desempenho)

Organização da instituição

Equipa

Capacidade individual

- Complexidade / falhas



História - Gestão do Risco

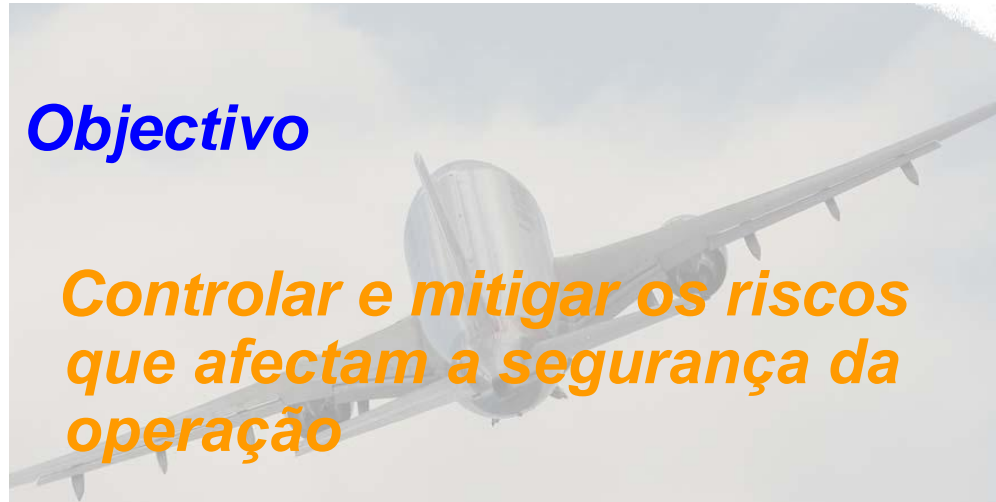
- Babilonia
- 500 AC Hipócrates:
- “Primum non nocere”
- Sec IXX- Nightingale
- 1960-Donabedian
- 1995 Bristol
- 1999 Harvard
- 2005 UE

Gestão do Risco

- Limitar as ocorrências
- Minimizar os danos

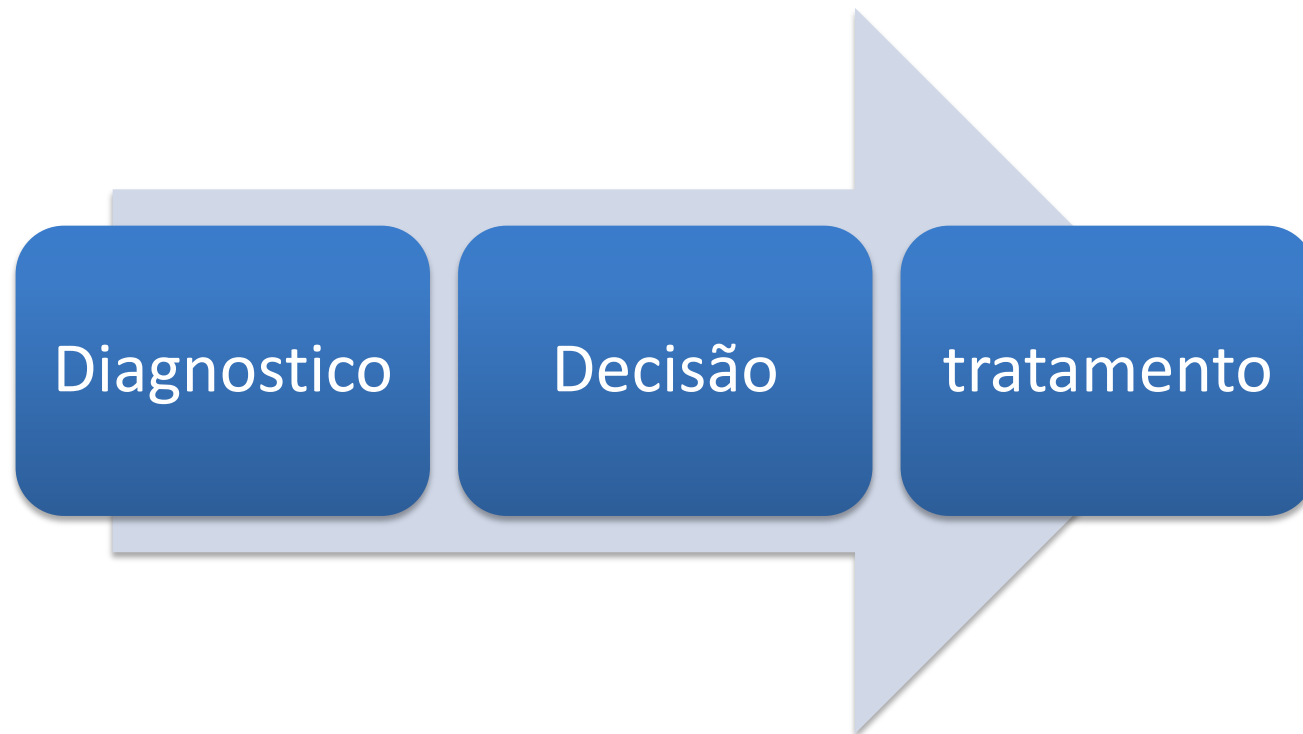
Objectivo

*Controlar e mitigar os riscos
que afectam a segurança da
operação*



Gestão do Risco

- Erros e falhas inevitáveis
- Mas podem ser minimizados



Gestão do Risco

- Dever dos médicos: informar os doentes
- Estratégias para antecipar e gerir o risco

Evitar medicina defensiva (protecção dos profissionais > qualidade)

Cancro Colorectal

Gestão do Risco

Advogados têm que provar:

- 1- Que o médico tem o dever (obrigação) de cuidar do doente
- 2- que esse dever foi violado por uma deficiente aplicação das Normas (dos cuidados)
- 3- que essa prática insuficiente causou o dano
(causa próxima)
- 4-Que o queixoso sofreu o dano indenizável

Decisão judicial : Houve negligência?

-Violação das Normas dos cuidados?

-Consentimento informado apropriado?

• Final Infeliz / negligência médica

Profissionais com práticas de Qualidade bem estabelecidas
são difíceis de atacar em justiça

- Adopção das normas de qualidade
- Recomendações de boas práticas
- Protegem/ beneficiam
 - Os doentes
 - Os profissionais

Aumento do interesse público

- To Err is Human: Building a Safer Health System (1)
- Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century (2)

1- Kohn LT e al. Washington DC, National Academy Press; 2000

2-Washington Academy Press; 2000

cada vez mais atentos as medidas de qualidade!

- Adotar as normas de boas práticas
- Gestão do risco clínico
- Ou processo judicial por negligência

Os Indicadores e Normas da Qualidade

- Transparência → Exposição de más práticas
- Permite sobretudo demonstrar a adopção regular de boas práticas (coerência)
- Ser bom não chega...!
- Se não o fizermos voluntariamente outros o farão por nós (acessos a registos, fotos...)

O doente = centro da nossa atenção 2000

- Protecção do Doente
- Segurança do doente = Direito fundamental
- Segurança = ausência do risco
- Risco = possibilidade de alguma coisa correr mal

Gestão do Risco e Qualidade

- A Segurança é a base da Qualidade



**A *SEGURANÇA* NA
OPERAÇÃO É A NOSSA
PRIMEIRA PRIORIDADE.**

Qualidade



Segurança



Signalisation des événements indésirables

Des 1/10/11 à 31/12/11

Service : Radiologie

Erreurs détectées et corrigées (avant d'être affectées au patient)

Erreurs qui n'ont pas le potentiel de nuire au patient

Erreurs qui peuvent nuire au patient, mais qui restent finalement sans effet

NOMINÉS	
2	
0	
1	

Ambiente Seguro / Saudável

Ausência de
Stress

Entreajuda

Hierarquia

Respeito e
compreensão

3 problemas de segurança

- 1º IACS
- 2º Erros de tratamento
Auditoria Pneumonias comunidade: 40% de antibióticos fora das recomendações
- 3º Erros de diagnostico
→ Readmissões

Uma das **garantias da qualidade** da assistência aos doentes

- é a realização e
- a manutenção de
- Um **Processo Clínico**,
- com os relatos/ registos dos principais dados do doente e da sua doença.

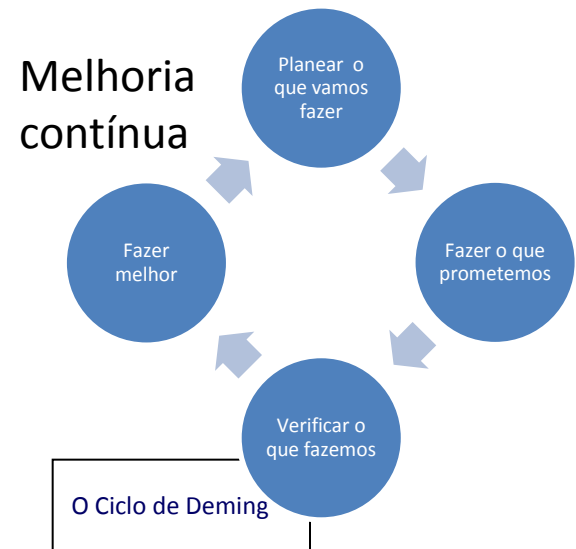
A **qualidade** do atendimento é uma dimensão complexa

da qual
alguns componentes, como **a disponibilidade** ou a
empatia não estão claramente relacionadas com os
registos do processo clínico.

Os critérios de julgamento duas perspectivas:

- 1- **o atendimento**, o desenrolar do processo de prestação dos cuidados,
- 2- e **os resultados** dos cuidados, para o doente.

Avaliação e melhoria da Qualidade



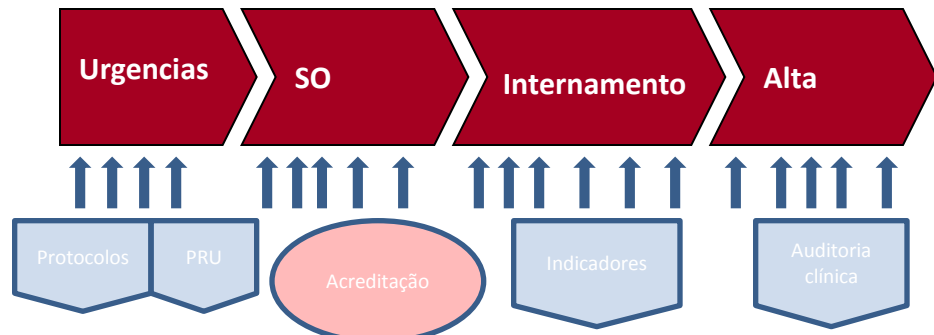
Reuniões pluridisciplinares
Registos
Revisão sistemática
Morbi- Mortalidade



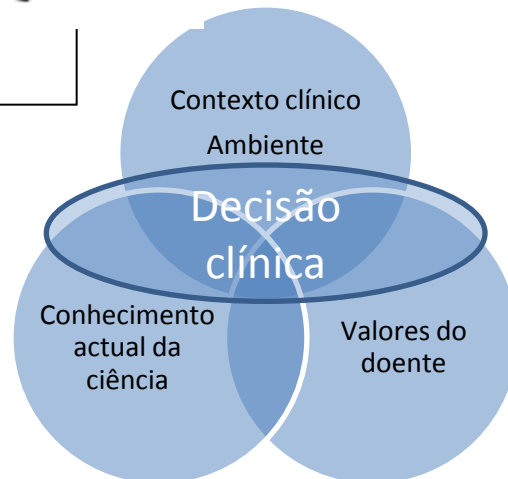
- Escolha de um tema em função da frequência, da gravidade e do potencial de melhoria
- Com objectivos de Qualidade e Segurança explícitos
- Análise da prática profissional
- Plano de acção de melhoria calendarizado e monitorizado

Certificação – acreditação das instituições

Coordenação dos cuidados - Processos / Percursos Clínicos



Processos de suporte: Gestão – Higiene - Gestão dos lixos



- Medicina baseada na Evidência – factual
 - Reflexão benefícios / risco
 - Equilíbrio benefício esperado / Risco aceite



Feedback
Sistema de Gestão de Ocorrências

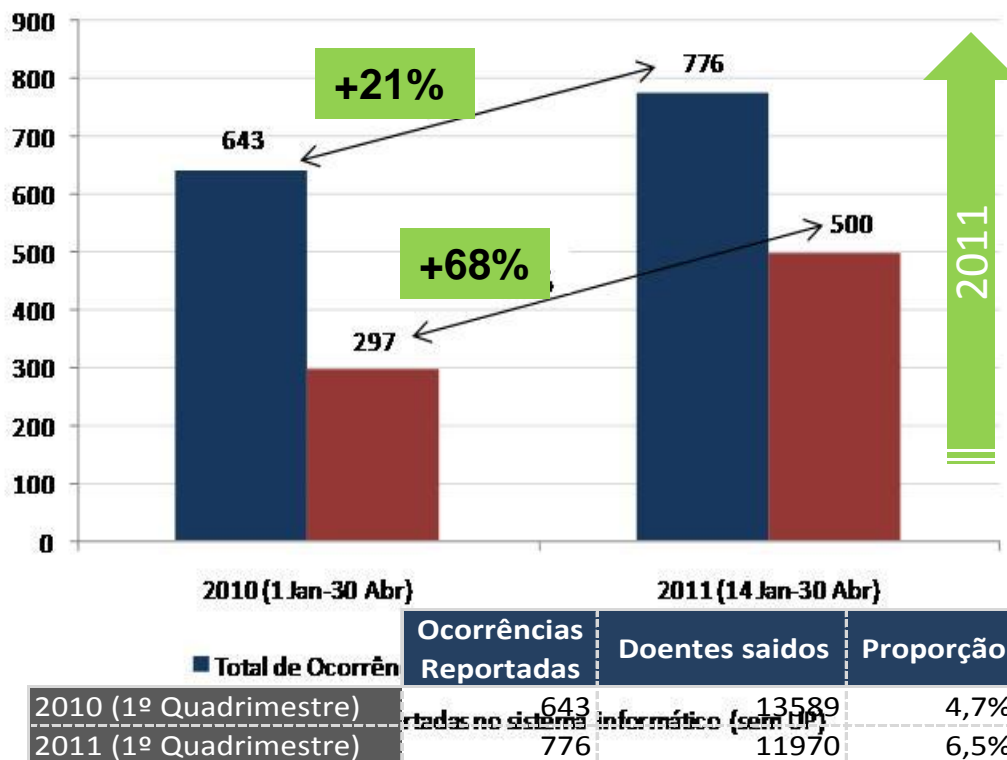
Todos os colaboradores

17 de Maio de 2011

DQ /Gabinete de Gestão do Risco



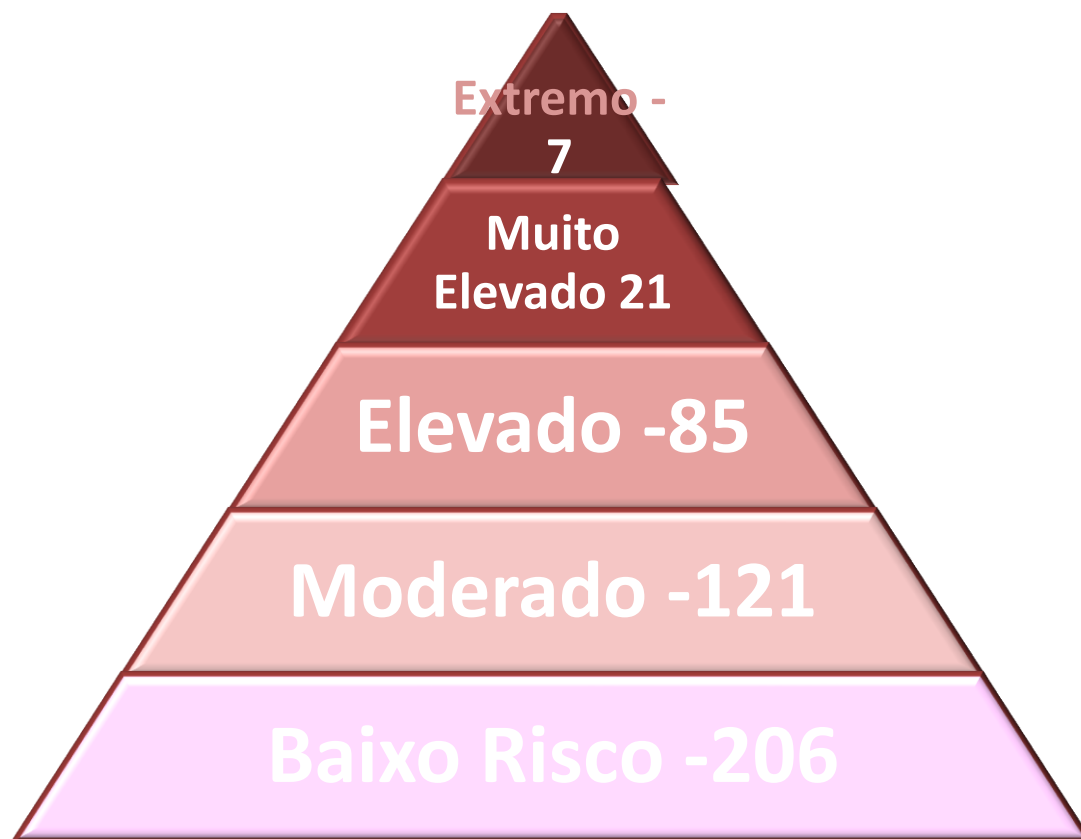
Resultados 2011 (14 de Janeiro a 30 de Abril)





Resultados 2011 (14 de Janeiro a 30 de Abril)

Análise do Risco



Sistema de Gestão de Risco

Visa a prevenção e o controlo das situações de baixa gravidade permitindo reduzir a base do triângulo limitando a ocorrência de incidentes mais graves e contribuindo para a prevenção de acidentes de extremo Risco.



Resultados 2011 (14 de Janeiro a 30 de Abril)

Reporte por Tipo de Ocorrência

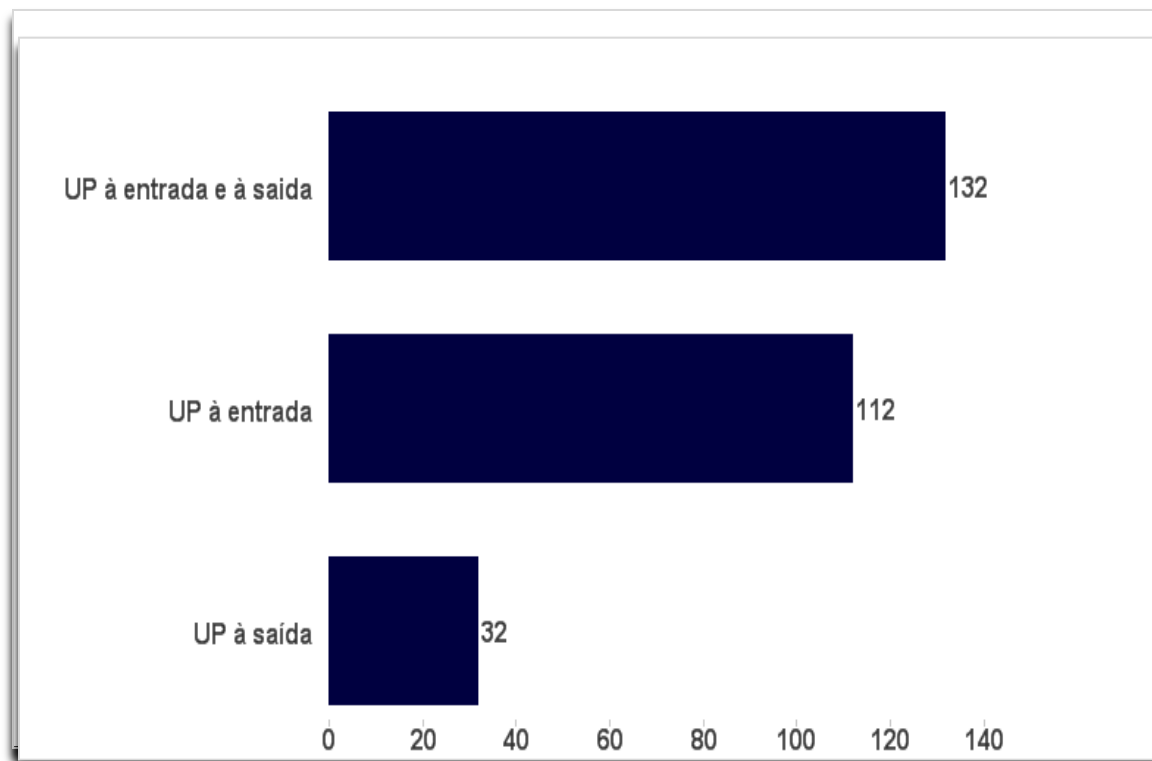


80%
dos reportes



Resultados 2011 (14 de Janeiro a 30 de Abril)

Análise/Úlcera por Pressão



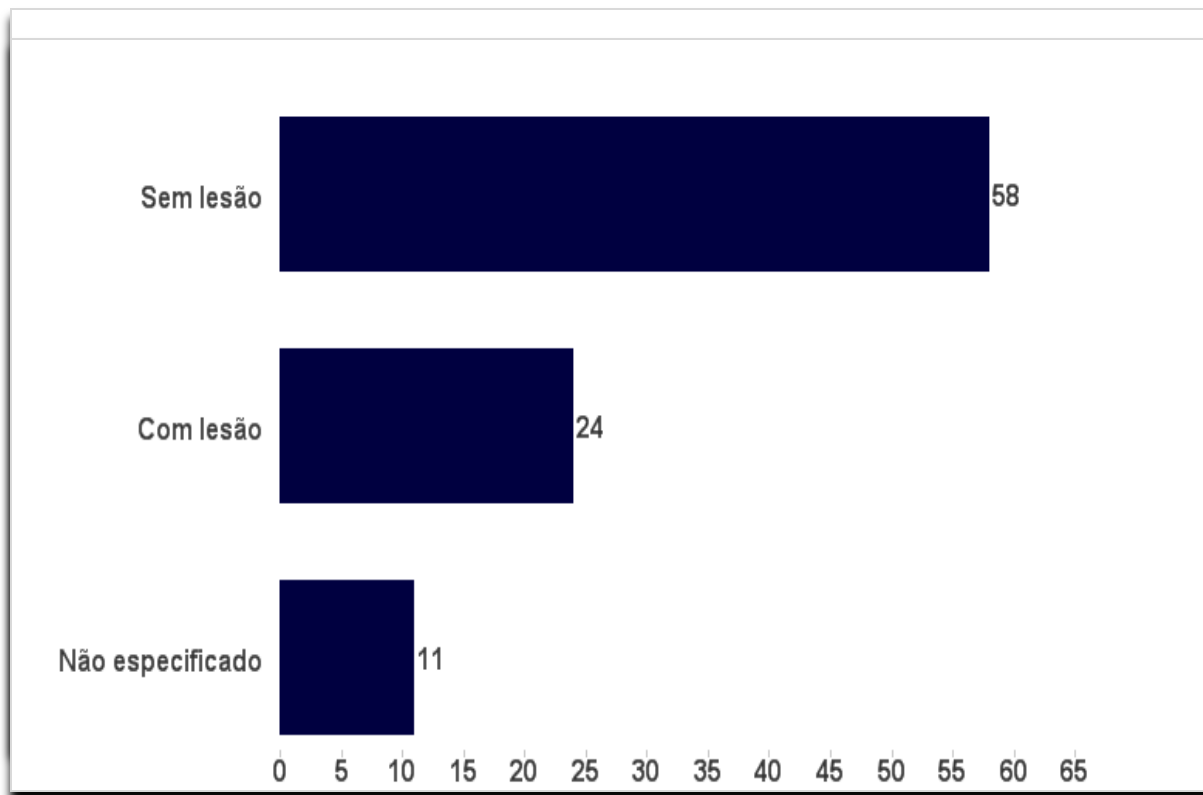
Úlceras por pressão

- ✓ Colheita fora do SGO mas incorporado na análise de ocorrências;
- ✓ De acordo com a literatura vem na 1ª linha dos reportes



Resultados 2011 (14 de Janeiro a 30 de Abril)

Reporte por Tipo de Ocorrência/ Quedas



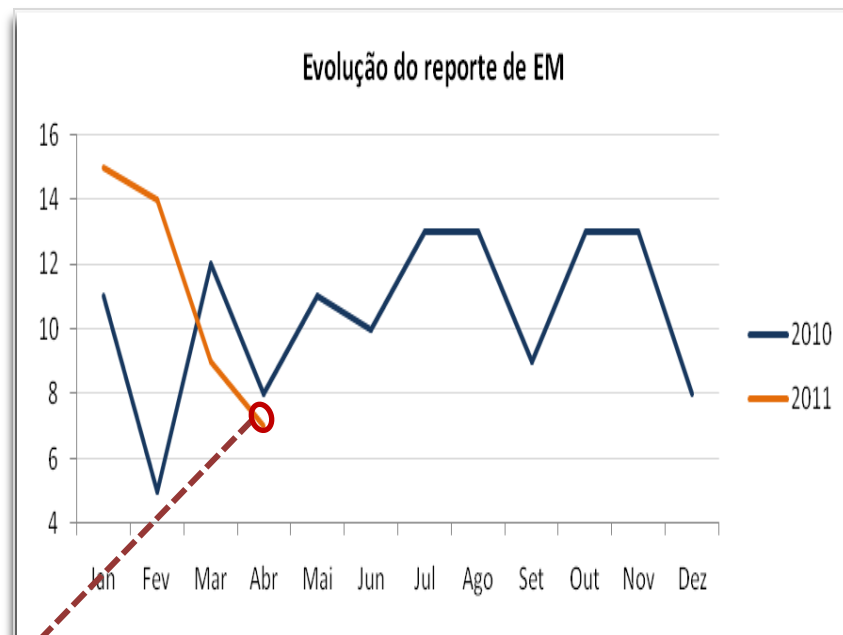
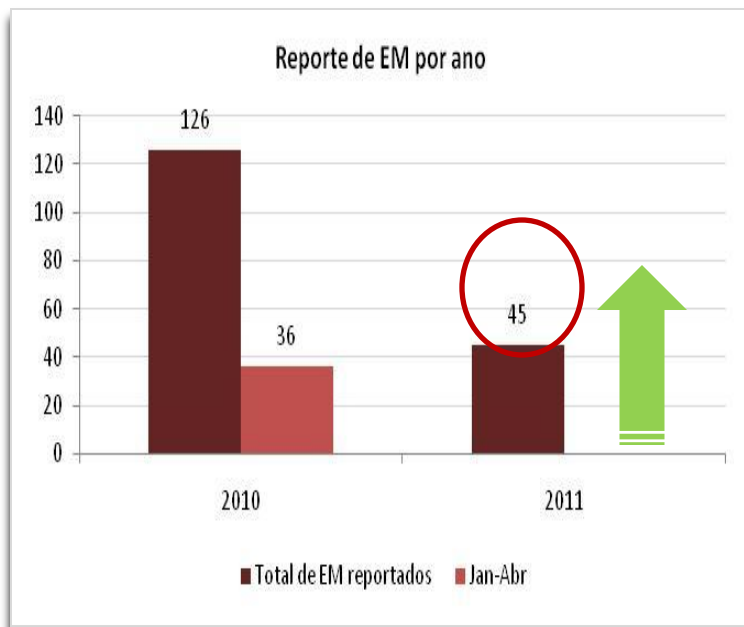
Quedas

✓ De acordo com a literatura vem na 2ª posição dos reportes.



Resultados 2011 (14 de Janeiro a 30 de Abril)

Reporte por Tipo de Ocorrência Erros de Medicação

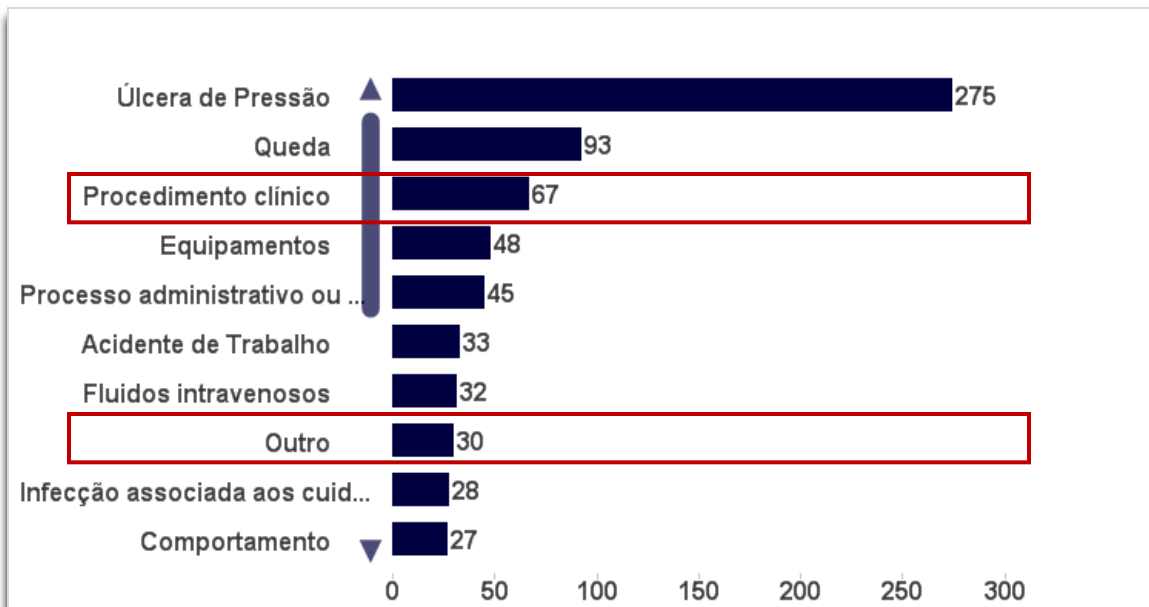


- ✓ Adaptação **positiva** dos utilizadores à ferramenta da Prescrição;
- ✓ Coordenação **positiva** com o grupo de enfermagem;
- ✓ **Grupo de análise dos Erros de Medicação;**
- ✓ Os nossos n^{os} no que se refere a reporte de EM estão **subnotificados** (de acordo com os dados da literatura).



Resultados 2011 (14 de Janeiro a 30 de Abril)

Reporte por Tipo de Ocorrência Procedimentos Clínicos e Outro



Procedimento Clínico e Outro

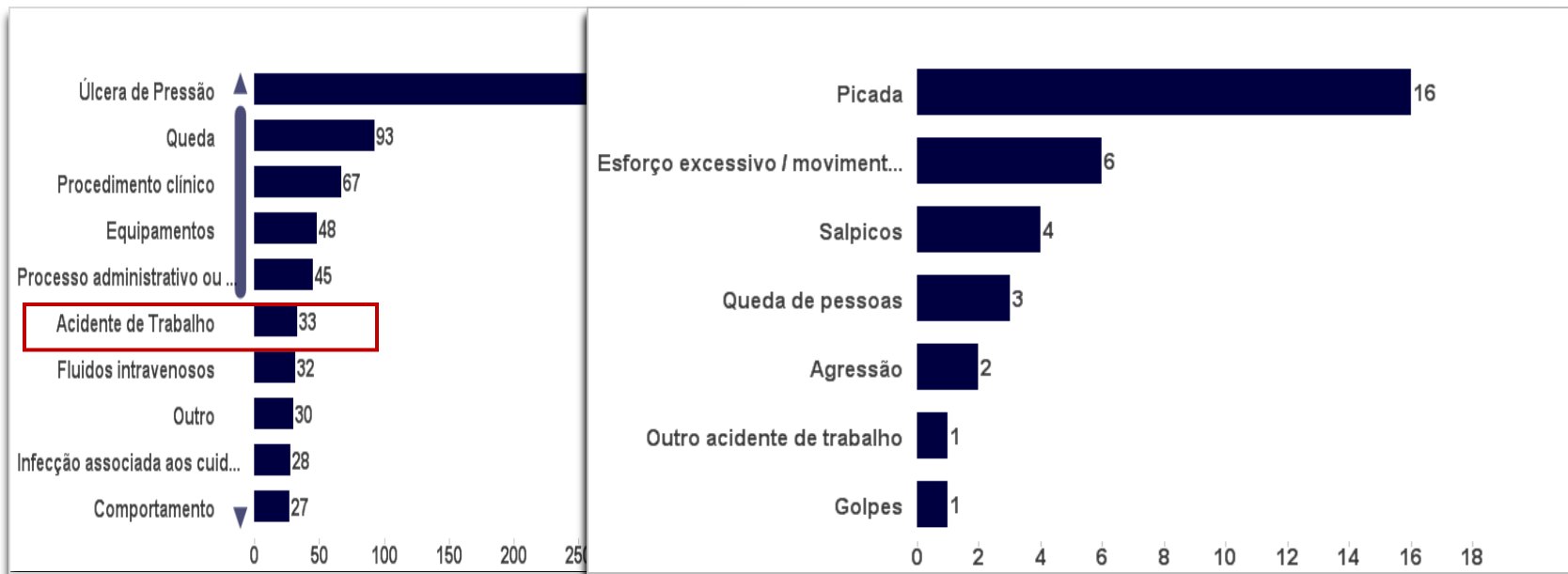
✓ Grupos com
nº elevado de
ocorrências

- ✓ GGR coloca deste já a hipótese de “**tratamento**” destes grupos, de modo a obter dados fidedignos;
- ✓ Aconselha a necessidade de critérios mais apertados no momento do REPORTE por parte dos colaboradores.



Resultados 2011 (14 de Janeiro a 30 de Abril)

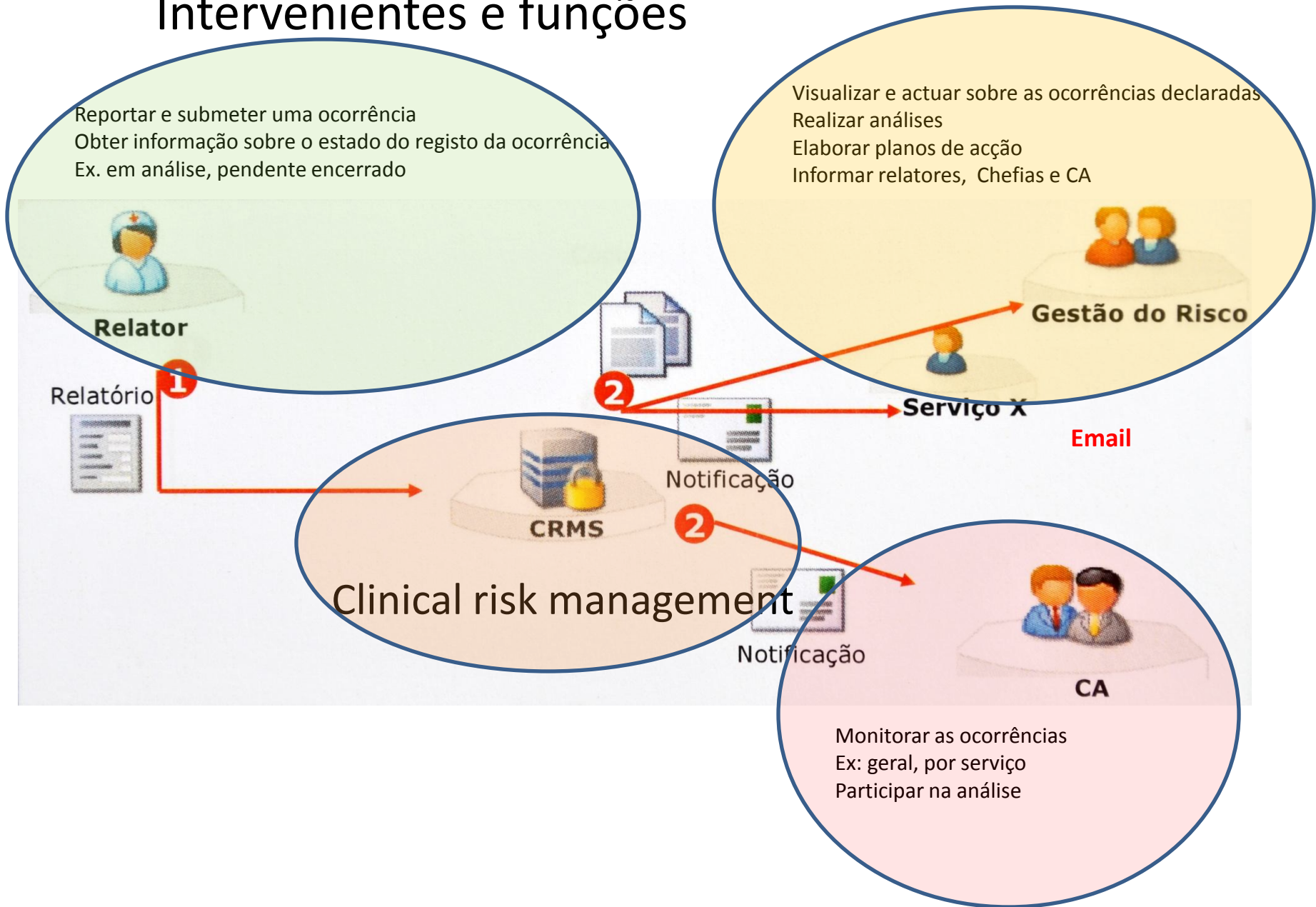
Reporte por Tipo de Ocorrência Tipologia do Acidente de Trabalho



✓ **Oportunidade de maior eficiência, através do conhecimento deste tratamento e análise de dados, pelas entidades competentes, ex. GGR/DE/GH entre outros.**

Processo de Gestão do Risco

Intervenientes e funções



Melhorar a segurança

- Conhecer a **SEGURANÇA**,
- Definir e clarificar os conceitos e termos,
- Programas ambiciosos para desenvolver e implementar práticas de segurança

Treino de profissionais para o conceito da segurança

Certificação/ acreditação,

- Práticas de segurança,
- Campanhas nacionais
- Adotar comportamentos baseados na Evidência

Desafios - Problemas:

- **A Comunicação**


os profissionais de saúde continuam a agir individualmente, sem consultar os colegas.

- Dedicam mais tempo aos registos, do que a escutar e a observar os seus doentes
- Os doentes são raramente envolvidos na análise do evento.

A falta de resultados

- Globalmente, os resultados que esperávamos, de uma redução de pelo menos 50% dos erros médicos no últimos 5 anos, não foram atingidos.
- Esta falta de resultados pode estar relacionada com a "ética médica",
conceito que rege todas as normas, valores e ideais que caracterizam o grupo dos médicos.

os cuidados de saúde ainda não são seguros!

- A estrutura dos processos na saúde fortemente hierarquizada
 - A falta de **respeito** mútuo,
- 
- desencorajam a comunicação,
 - reduzem a transparência,
 - e fragmentam a coesão das equipas.
 -

Para quebrar este impasse,

- Tornar os serviços de saúde organizações de alta segurança, ao nível das que existem na indústria nuclear e na **aviação**,
- os hospitais e organizações, os profissionais membros dessas mesmas organizações, os contribuintes, órgãos do governo, os doentes, as sociedades científicas, deveriam mudar fundamentalmente a sua maneira de pensar a prestação dos cuidados.
- Uma grande **mudança cultural** é necessária.

Como lá chegar?

cinco princípios:

- 1 - Transparência total.
- 2- Cuidados integrados.
- 3- O compromisso com o doente / consumidor
- 4 - Restaurar o prazer e o significado do trabalho
- 5 - Reformar o sistema de educação médica.

As causas sistémicas dos erros.

- **Treino** dos estudantes para gerir e partilhar informações.
- Controlar as **emoções** e interacções entre os seres humanos,
- concentrando-se na segurança, para cuidar dos seus doentes
- No trabalho de **equipa**.
- Os programas de medicina devem incluir os conceitos dos sistemas complexos.

Gestão do Risco (falhas)

- Actividades para melhorar a segurança e a qualidade
 - Uma cultura
 - Um processo
 - Uma estrutura

Gere os incidentes e as oportunidades de melhorias potenciais

Integra-se na estratégia da Qualidade dos serviços e Segurança do doente no hospital

Gestão do Risco

- **Como?**
- Prevenção
- Implementação de estratégias proactivas
- Análise das más práticas
- conhecimento empírico
- Estimativa do risco actual
- O risco razoável (esperado) (direito)

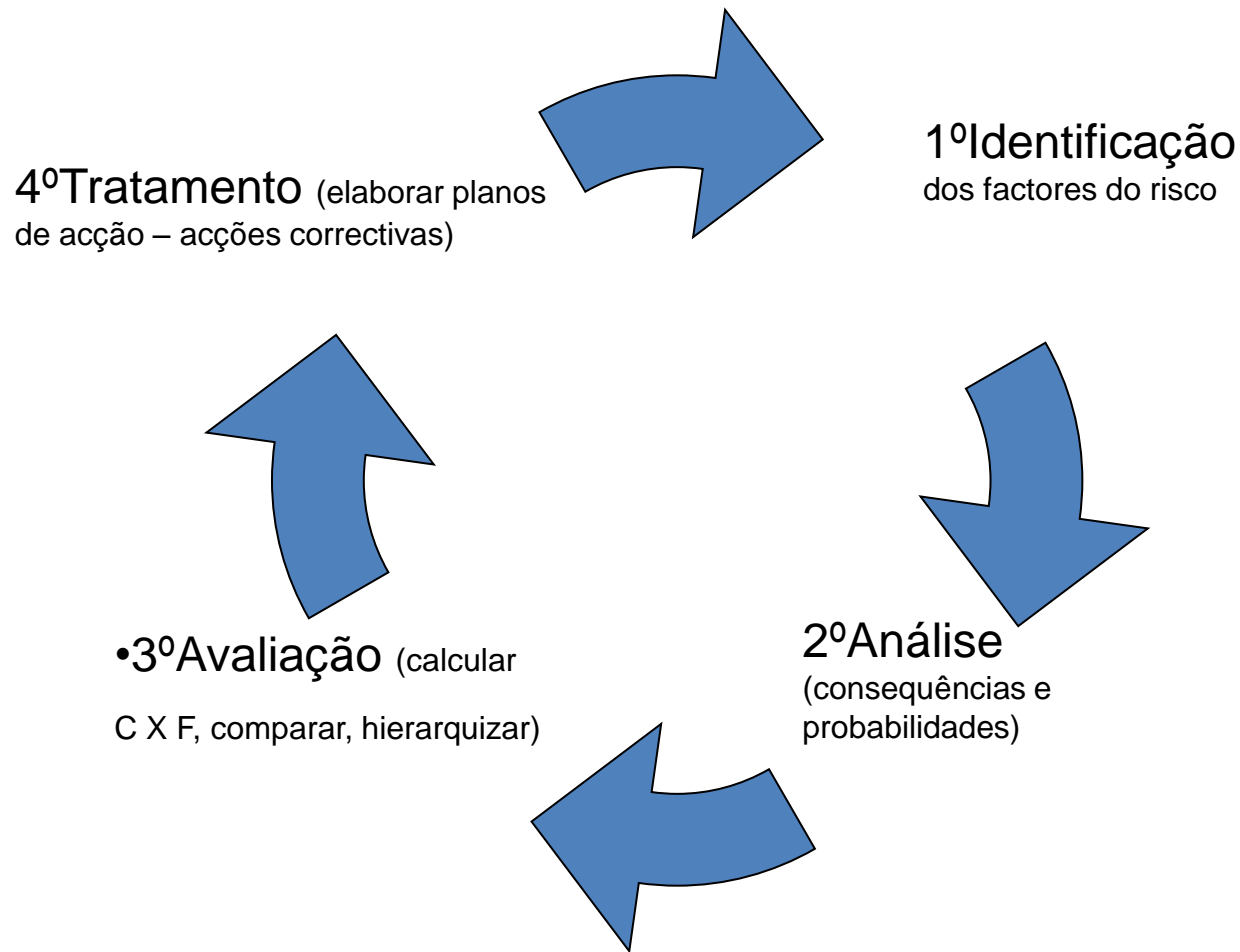
Gestão do Risco

Processo Contínuo
e Dinâmico

Optimiza os
Recursos

Minimiza o Risco

Metodologia Gestão do Risco



Levantamento do Risco

Áreas de risco



Análise do Risco

Análise do Risco

Quadro 1: Classificação / Pontuação do Impacto / Consequência
Escolha o domínio mais adequado para o risco identificado

Para avaliar a gravidade do risco, na escala de 1 a 5, procure ao longo das colunas, partindo do lado esquerdo da tabela, percorrendo a mesma linha, para determinar a pontuação do impacto / consequência (o número dado no topo da coluna).



	1	2	3	4	5
Domínios:	Insignificante	Menor	Moderado	Reverso	Catastrófico
Impacto na segurança dos doentes, dos colaboradores ou do público (danos físicos/psíquicos)	Sem lesão	Lesão/danosa menor necessitando intervenção imediato. Primeiros socorros	Lesão/danosa moderada necessitando de cuidados de saúde	Lesão/danosa severa com incapacidade invalidante prolongada	Morte
Lesão / dano	Sem incapacidade de trabalho	Mais 1-3 dias de internamento	Mais 4-15 dias de internamento	Superior a 15 dias de internamento	Lesões múltiplas, sequelas incapacitantes, permanentes ou irreversíveis
Qualidade / Reclamação es/autoritárias	Não conformidade mínima	Não conformidade menor	Não conformidade menor	Não conformidade maior	Não conformidade crítica
	Serviço/tratamento pontual (apenas abaixo do esperado)	Serviço/tratamento ligeiramente abaixo do esperado	Serviço/tratamento ligeiramente abaixo do esperado	Serviço/tratamento abaixo do esperado	Serviço/tratamento muito abaixo do esperado
	Reclamação informal / Avaliação local	Reclamação formal	Reclamação formal	Reclamação formal	Reclamação formal

	Resolução local	Independente	Reato Crítico	Sobre falta de sequência
	Para única face aos padrões internos ou cumprimento de um protocolo	Implicações maiores na sequência	Implicações maiores na sequência	Implicações maiores na sequência
	Desempenho ligeiramente abaixo do esperado	Desempenho abaixo do esperado	Desempenho abaixo do esperado	Desempenho abaixo do esperado
Organização Recursos Humanos / desenvolvimento (equipes / competências)	Nível insuficiente de recursos humanos	Nível insuficiente de recursos humanos	Nível insuficiente de recursos humanos	Nível insuficiente de recursos humanos
	Ataques na realização dos objetivos fundamentais/serviço prestado devido a falta de colaboradores	Ataques na realização dos objetivos fundamentais/serviço prestado devido a falta de colaboradores	Ataques na realização dos objetivos fundamentais/serviço prestado devido a falta de colaboradores	Ataques na realização dos objetivos fundamentais/serviço prestado devido a falta de colaboradores
	Redução menor de qualidade do serviço	Nível de recursos humanos insuficiente para assegurar a sequência / competências (> 1 dia)	Nível de recursos humanos insuficiente para assegurar a sequência / competências (> 1 dia)	Nível de recursos humanos insuficiente para assegurar a sequência / competências (> 1 dia)
	Desmotivação/desempenho dos colaboradores	Desmotivação/desempenho dos colaboradores	Desmotivação/desempenho dos colaboradores	Desmotivação/desempenho dos colaboradores
	Falta de adesão dos colaboradores à formação obrigatória	Falta de adesão dos colaboradores à formação obrigatória	Falta de adesão dos colaboradores à formação obrigatória	Falta de adesão dos colaboradores à formação obrigatória

Dever estabelecer legal / inspeções	Violação das orientações (Dever estabelecer legal)	Violação mínima da legislação estrutural	Violação única dos deveres estruturais	Violações múltiplas dos deveres estruturais	Violações múltiplas dos deveres estruturais
	Acção judicial menor	Acção civil com ou sem defesa	Acção qualificada	Acção criminal / sem defesa	Acção criminal / sem defesa
	Impacto mínimo ou nenhum impacto	Desempenho regular	Desempenho regular	Desempenho regular	Desempenho regular
Reputação	Ruínas	Cobertura dos meios locais < 5 dias	Cobertura dos meios locais < 7 dias	Cobertura dos meios locais < 10 dias	Cobertura dos meios locais < 15 dias
Publicidade adversa	Potencial catastrófico, grave	Redução de confiança do público a curto prazo	Redução de confiança do público a longo prazo	Serviço bastante interiorizado	Serviço bastante interiorizado
	Limitado a um serviço	Na expectativa do público não são satisfeitos	Na expectativa do público não são satisfeitos	Na expectativa do público não são satisfeitos	Na expectativa do público não são satisfeitos

Objetivos do negócio / projetos	Aparição insubordinada dos custos	< 5 por cento dos custos acima do orçamento planeado	5-10 por cento dos custos acima do orçamento planeado	10-20 por cento dos custos acima do orçamento planeado	> 20 por cento dos custos acima do orçamento planeado
	Desempenho dos prazos / calendário	Desempenho dos prazos / calendário	Desempenho dos prazos / calendário	Desempenho dos prazos / calendário	Desempenho dos prazos / calendário
Finanças incluindo as indemnizações	Perda pequena	Perda de 0,1-0,25 por cento do orçamento	Perda de 0,25-0,5 por cento do orçamento	Perda de 0,5-1 por cento do orçamento	Perda de 1-2 por cento do orçamento
	Risco/valor de indemnizações	Indemnizações < €10.000	Indemnizações < €10.000	Indemnizações < €10.000	Indemnizações < €10.000
Curios militares Euros	< 50	50-100	100-200	200-500	> 500
Continuidade do serviço	Perda/interupção < 1 hora	Perda/interupção > 1 hora	Perda/interupção > 1 hora	Perda/interupção > 1 hora	Perda/interupção > 1 hora
Serviço interrupção de actividades	Perda mínima de serviços não críticos	Perda de serviços em áreas não críticas	Perda de serviços em áreas não críticas	Perda de serviços em áreas não críticas	Perda de serviços em áreas não críticas
Impacto ambiental	Sem impacto ou impacto ambiental mínimo	Impacto menor no ambiente	Impacto moderado no ambiente	Impacto severo no ambiente	Impacto catastrófico no ambiente
Dano material	Interceptado	Interceptado	Interceptado	Interceptado	Interceptado

Quadro 2: Análise da Probabilidade - Frequência

Qual será a probabilidade de ocorrer a consequência?

A pontuação baseada na frequência é apropriada na maioria das circunstâncias e é mais fácil de identificar.

Avaliação - Matriz de Risco

		Probabilidade				
Consequência		1	2	3	4	5
		Raro	Improvável	Possível	Provável	Frequente
		> anos	anual	mensal	semanal	diário
5	Catastrófico	5	10	15	20	25
4	Severo	4	8	12	16	20
3	Moderado	3	6	9	12	15
2	Menor	2	4	6	8	10
1	Insignificante	1	2	3	4	5

Fonte: adaptado de National Patient Safety Agency (NPSA), 2008.

Tabela de graduação e tratamento do risco

Nível de risco	Definição	Medidas a Tomar	Prazo	Responsáveis	Monitorização e revisão
Extremo 20 a 25	Ocorrência com impacto / frequência: Catastrófico / semanal ou diário Severo / diário Não aceitável em qualquer situação previsível Ex: Evento-sentinel	Ação imediata / correcção Avaliar possível suspensão da actividade Identificar e avaliar recursos necessários Planear prioridades e custos Recomendar acções preventivas/ correctivas	Imediato	Conselho de Administração Direcção Clínica Direcção Enfermagem Responsável do Serviço Gestor do Risco	Incidentes Reclamações Queixas Avaliações do risco Auditorias Mensalmente
Extremo 15 a 16	Ocorrência com impacto / frequência: catastrófico / mensal ; severo / semanal; moderado / diário	Gerir e conter o risco Aplicar ALARP Reduzir o risco Apresentar a situação ao Responsável do Serviço	Imediato	Responsável do Serviço Gestor do Risco	Incidentes Reclamações Queixas Avaliações do risco Auditorias 3/3 meses
Alto 8 a 12	Ocorrência com impacto / frequência: Catastrófico / anual Severo/ anual ou mensal Moderado/ mensal ou semanal Menor/ semanal ou diário	Gerir e conter o risco Aplicar ALARP Reduzir o risco num limite de tempo < 3 meses Apresentar a situação ao Responsável do Serviço Incorporar no orçamento e no plano de acção	Três meses	Responsável do Serviço Gestor do Risco	Incidentes Reclamações Queixas Avaliações do risco Auditorias 6/6 meses
Moderado 4 a 6	Ocorrência com impacto / frequência: Catastrófico / raro > anual Severo/ raro >anual Moderado/ anual Menor/ anual ou mensal Insignificante/ semanal ou diário	Gerir e conter o risco Aplicar ALARP Reduzir o risco num limite de tempo <6 meses	Seis meses	Responsável do Serviço ou do Sector Gestor do Risco	Incidentes Reclamações Queixas Avaliações do risco Auditorias anualmente
Baixo risco 1 a 3	Ocorrência com impacto / frequência: moderado/ raro > anual menor/ raro >anual insignificante/ >anual ou anual ou mensal	Gerir risco a nível local Aplicar ALARP Reduzir o risco Aplicar as políticas/ procedimentos gerais ou sectoriais Não conformidades repetidas → medidas a tomar	logo que possível	Responsável do Serviço ou do Sector Gestor do Risco	Incidentes Reclamações Queixas anualmente

* ALARP : Tão baixo quanto razoavelmente possível

Comunicação da Ocorrência

Início

Identificação da ocorrência

- 1º - Assegurar a segurança das pessoas
- 2º - Preencher o impresso de comunicação de ocorrência (mod...)

Será a ocorrência um incidente?

Qualquer ocorrência com ou sem dano

Desenvolver a actividade conforme planeado

Será que a ocorrência representa um Evento Sentinela? Ocorrência inesperada envolvendo a morte, lesões físicas ou psíquicas graves ou do risco destas que necessitam alerta imediato.

Eventos Sentinela:

1. Procedimentos que envolvam um doente ou um órgão errados
2. Embolia Gasosa causando uma lesão neurológica significativa ou a morte
3. Acidente de transfusão devido a uma incompatibilidade ABO
4. Suicídio do doente no hospital
5. Retenção de um instrumento ou de outro material cirúrgico, sendo necessária uma nova intervenção
6. Erro médico que conduza à morte do paciente devido à administração incorrecta de um medicamento
7. Morte materna ou incapacidade grave associada ao trabalho de parto
8. Entrega de uma criança à família errada
9. Incêndio, Inundação, ameaça de bomba, sismo
10. Matriz entre 15- 20

Notificar imediatamente:

- **Risco não clínico:**
Contactar o 4444 e a Direcção do Serviço
- **Risco clínico:**
Contactar **por telefone** sequencialmente até ao sucesso de um dos contactos – **Chefia do Serviço, Direcção clínica/Enfermagem e Conselho de Administração**

Ação IMEDIATA
Correcção

Profere recomendações
Comunica ao CA medidas
tomadas e resultados
obtidos

GGR analisa as
ocorrências de acordo
com o tipo, descrição,
causa ou factor
contribuinte e
gravidade.
Envia relatório
bimensal à CQS

Será que a ocorrência é um acidente?

Uma ocorrência não planeada, inesperada e indesejada, com consequências adversas

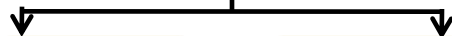
Director de Serviço, Chefia de Enfermagem ou outra Chefia
Reunião quinzenal para discussão das
ocorrências.

Director de Serviço, Chefia de Enfermagem ou outra Chefia
Reunião quinzenal para discussão das
ocorrências.
Avaliar a necessidade de relatar internamente aos responsáveis dependendo da gravidade da ocorrência.
Desencadeia Acções correctivas e envia os RM (Registos de Melhoria)

--- Feed Back

O QUE ACONTECE A SEGUIR?

Incidente é um evento indesejável e inesperado que perturba o processo mas não altera o resultado final portanto não causa danos pessoais, materiais (danos ao património), danos financeiros e que ocorre de modo não intencional. Exemplos físicos incluem colisões e quedas indesejadas, . Exemplos não-físicos são revelar um segredo não intencionalmente, esquecer um compromisso, etc.



Incidentes relacionados com Medicação

Discutidos no Grupo de Análise Erros de Medicação

Incidentes NÃO relacionados c/ Medicação

Discutidos com o Director do Serviço, Gestor do Risco e entregues no Direcção da Qualidade

São feitas recomendações e as áreas relevantes tomam conhecimento das acções e melhorias identificadas para implementação e avaliação



Relatar à Comissão da Qualidade e Segurança

Evento sentinela é uma ocorrência inesperada, envolvendo a morte ou lesões físicas ou psíquicas graves ou do risco destas. Tais eventos são chamados de "sentinela", porque sinalizam a necessidade de investigação e resposta imediata.



Gabinete de Gestão do Risco
Procede à
"Análise Raíz da Causa"
Avaliação:
Porquê? Como?
e enviará ao
Conselho de Administração
e à Direcção Clínica
dentro de 45 dias



São feitas recomendações e as áreas relevantes tomam conhecimento das acções e melhorias identificadas para implementação e avaliação



Relatar à Comissão da Qualidade e Segurança

Acidente é um evento indesejável e inesperado que altera o resultado final e portanto causa danos pessoais, materiais (danos ao património), danos financeiros e que ocorre de modo não intencional. Exemplos físicos incluem colisões e quedas indesejadas, lesões, provocadas por agentes físicos, cortantes, pontiagudos quentes, eléctricos ou químicos ou por ingestão de veneno. Exemplos não-físicos são revelar um segredo não intencionalmente, esquecer um compromisso, etc



Após a identificação do **acidente**, é realizada uma entrevista à equipa envolvida no caso, que será posteriormente analisada.

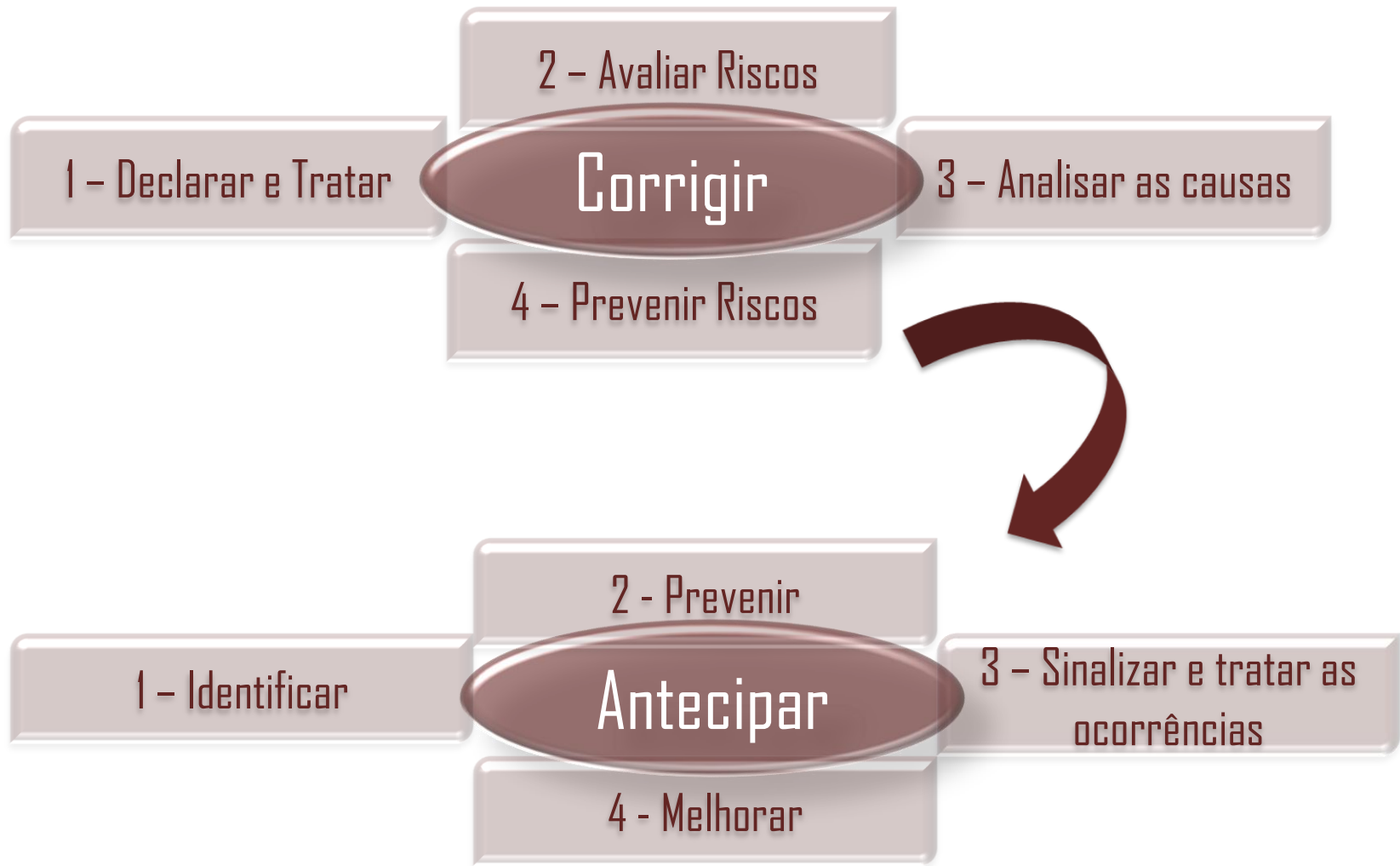


São feitas recomendações e as áreas relevantes tomam conhecimento das acções e melhorias identificadas para implementação e avaliação

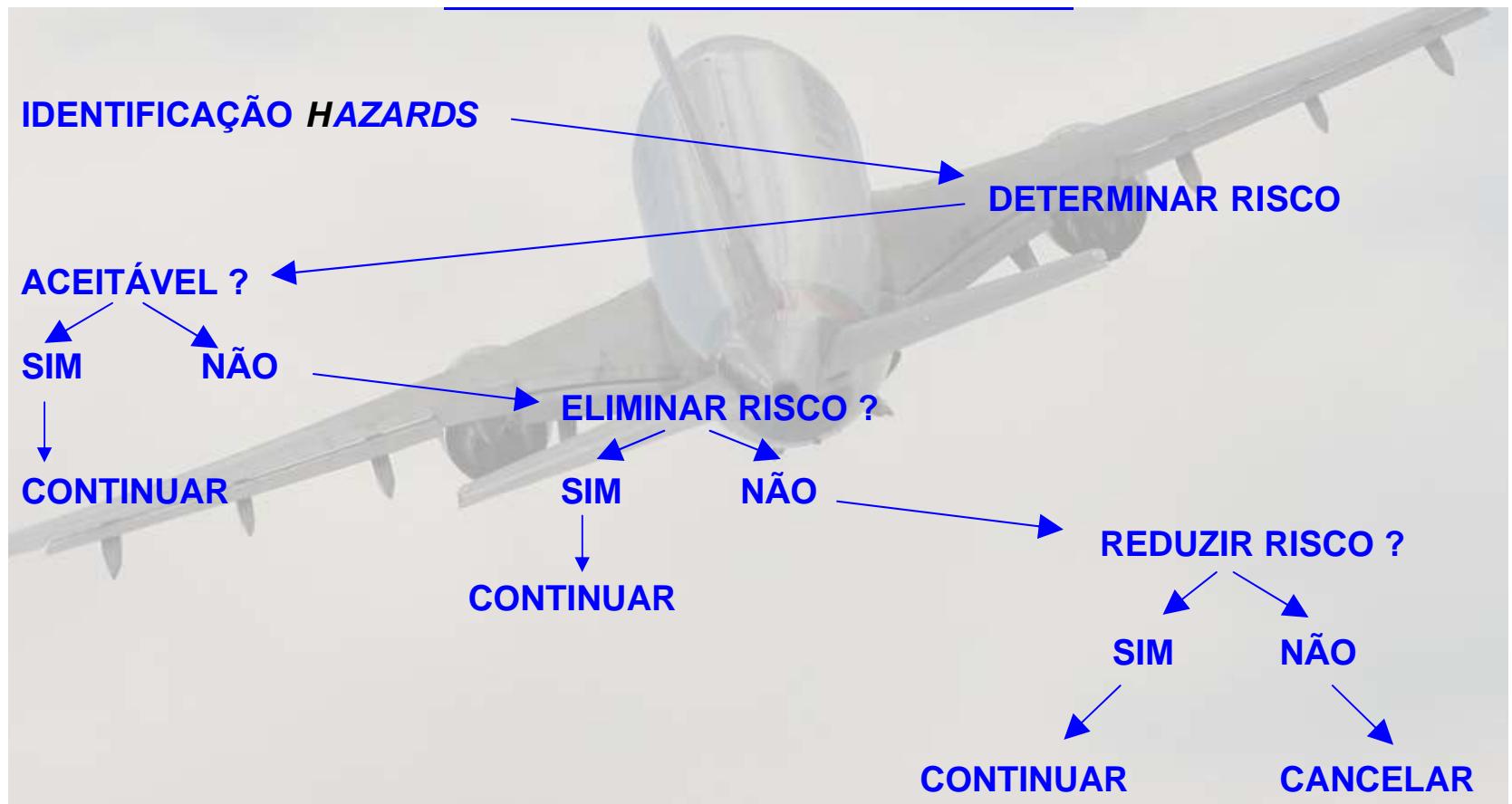


Relatar à Comissão da Qualidade e Segurança

Formas Complementares de Abordagem da GR

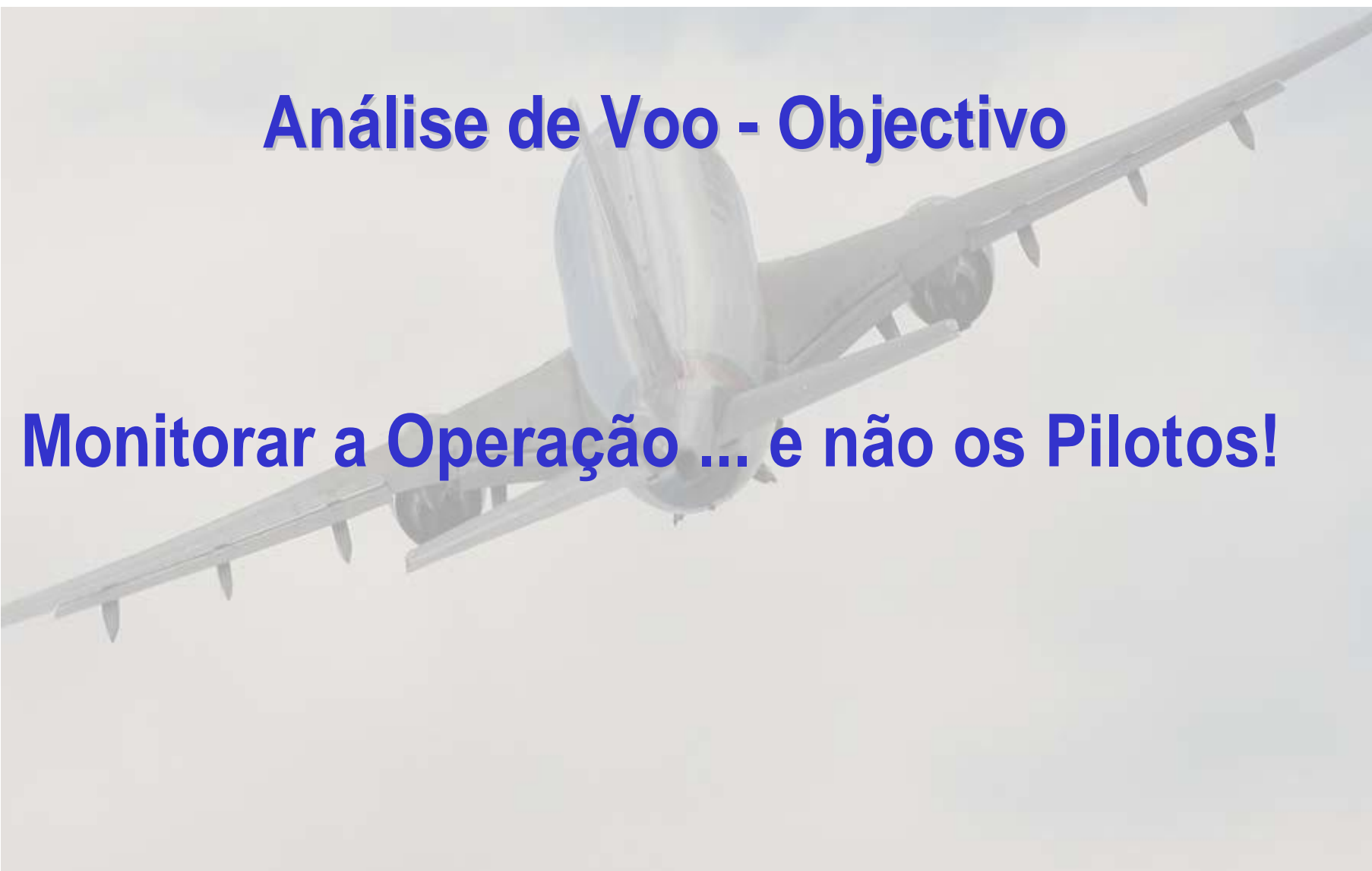


Gestão do Risco

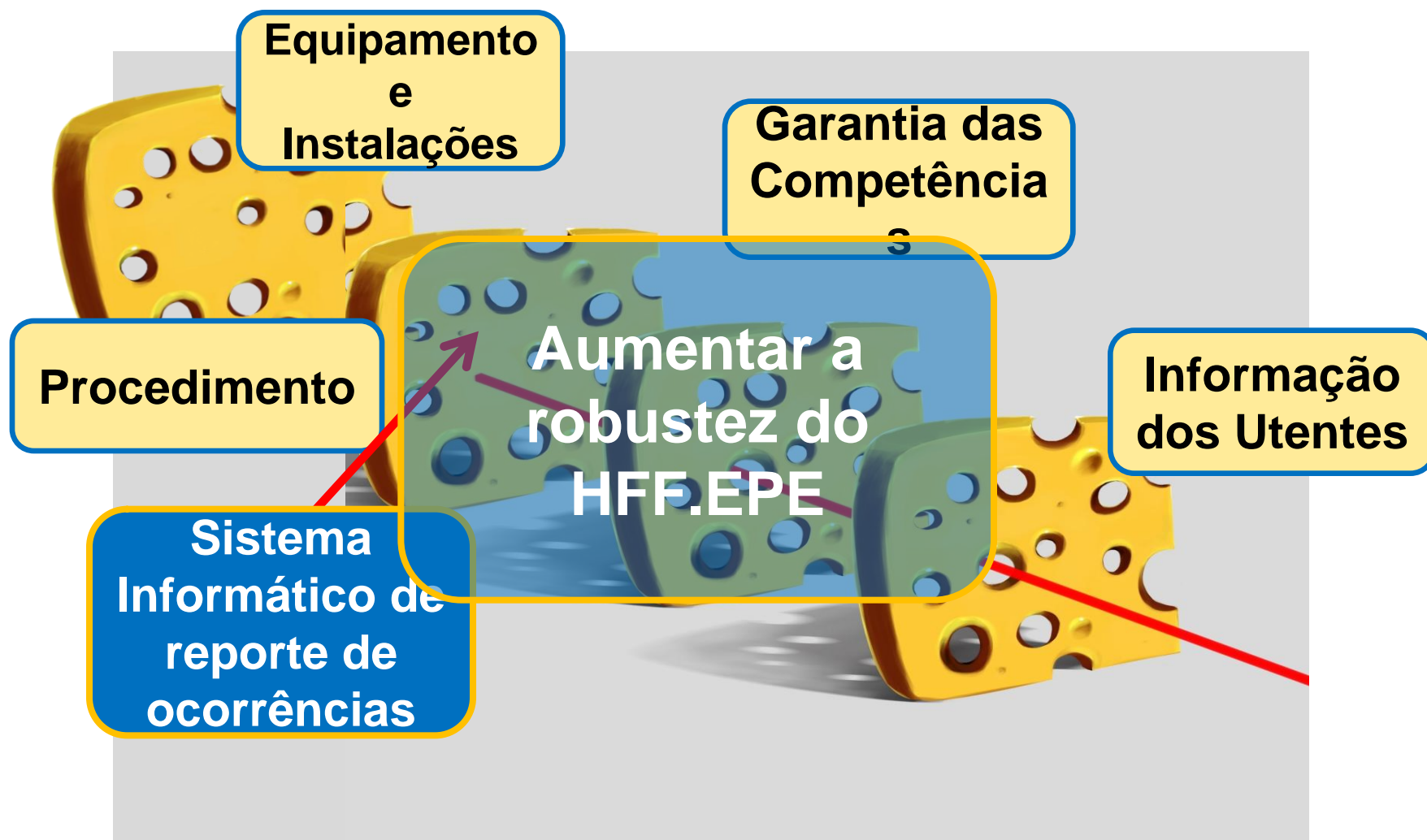


Análise de Voo - Objectivo

Monitorar a Operação ... e não os Pilotos!



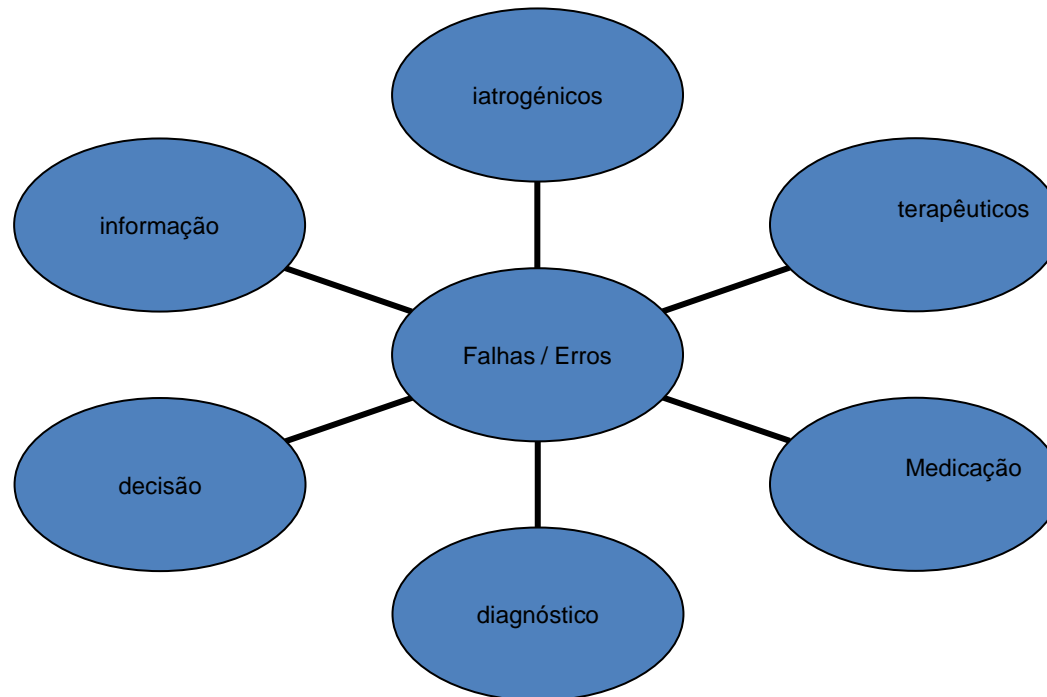
Barreiras ao Acidente



Risco Clínico

Riscos / falhas associados à actividade médica e aos cuidados

- Ocorrências - eventos adversos - incidentes
- Complicações dos actos médicos / clínicos



- Falhas 70% de causa humana
- 30 % por causa do equipamento
- Equipas multidisciplinares – escalas hospitalares:
- Hiper-especialização
- Conhecimento 2X / 4 anos

Causas dos erros - insegurança

- Ignorância
- Inexperiência
- Facilitismo
- negligência

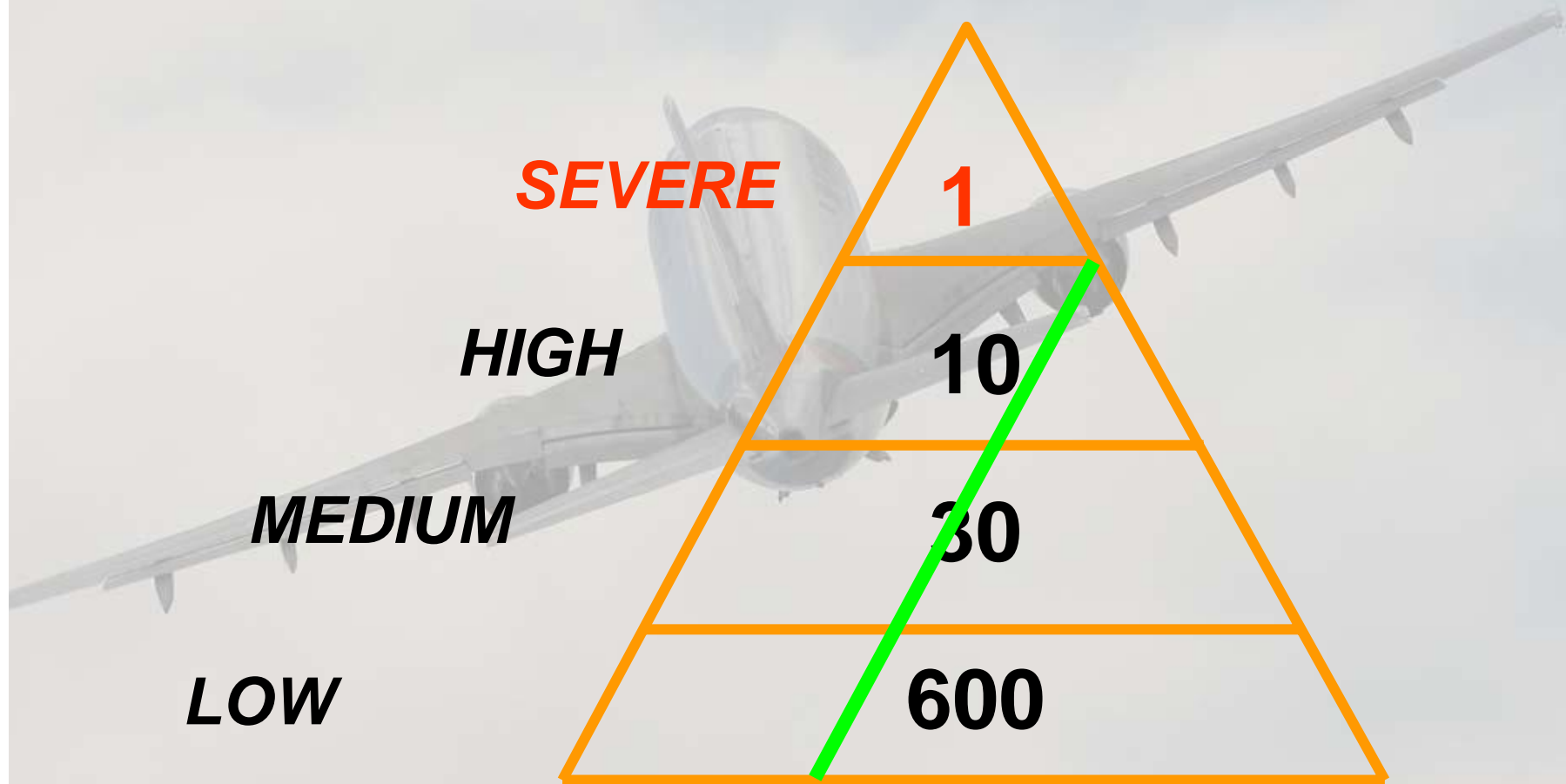
erros

- lapsos – Falhas de atenção
- Enganos - planeamento

Como melhorar?

- *Indivíduos*
- *Sistema que permite o individuo actuar*

Programa de prevenção de acidentes



5 meios para reduzir o risco

- 1- guias de boas praticas
- 2- automatização tecnológica
- 3- treino e simulação
- 4- Check list / verificação
- 5- normalização dos processos



Guias de boas praticas

- Protocolos
- Procedimentos
- Percursos clínicos

automatização tecnológica

- Piloto automático
- Reduzir ao mínimo interferência humana
- Guia para desenhar instrumentos electrónicos
- 4444

3- treino e simulação

- Insuficiência dos sistemas de verificação
- Delegação exagerada
- Fraca resiliência
- Treino emergências
- Pilotos 6/6 meses simulador
- Treino em equipa
- Treino comunicação

4- Check list / verificação

1,5 % mortes \rightarrow 0,8

- Dupla verificação
- Hospitais mais imprevisíveis que cockpit

5- normalização dos processos

- Fazer sempre do mesmo modo
- Lavagem das mãos
- John Hopkins (Pronovost)
- Cateter central
- Elevação 45º da cabeceira → reduz 60 % de IACS
- Laqueação de varizes esofágicas



***Programa de Gestão de Risco
e Prevenção de Acidentes***

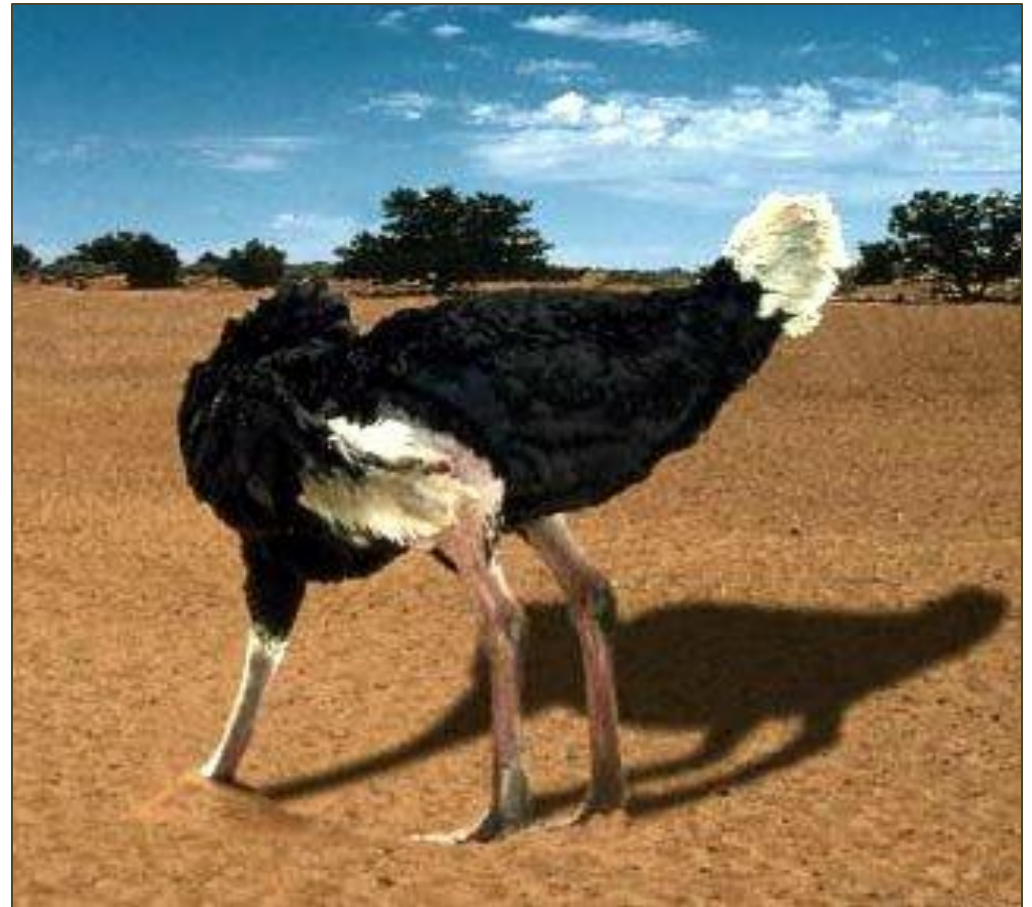


O processo inclui:

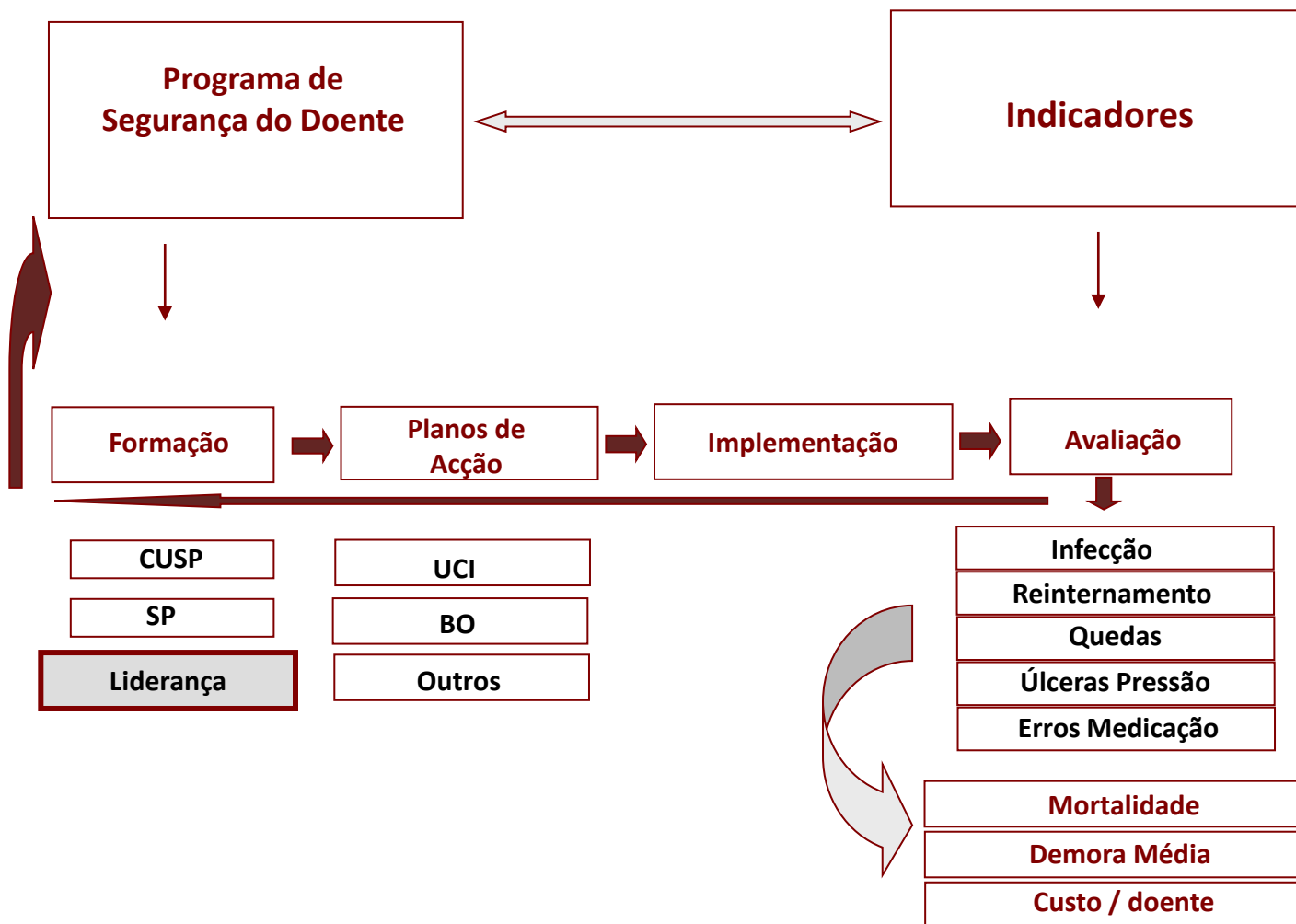
- **A obtenção e análise de informações;**
- **A identificação dos riscos existentes e dos erros cometidos;**
- **A recomendação de acções correctivas.**

O objectivo é a PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Se não medimos...
Não sabemos...
Se não sabemos...
Não mudamos...
Se não mudamos...
Não melhoramos...



“segurança do doente”



“Segurança do Doente”

Programa de Segurança

UCIP / UCICRE



Formação

Junho/07

Plano de Acção

Setembro/Outubro 07

Implementação e Identificação de Suportes de Informação

Janeiro/08

Indicadores

Avaliação

Abril/08 – Ongoing

• Protocolos

- Sedação
- Ventilator Bundle
- Insulina
- Analgesia
- Manuseamento de CVC e LA
- Traqueostomia Percutânea Precoce

• Outras Acções

- Folha de Metas Diárias
- Manual de Acolhimento

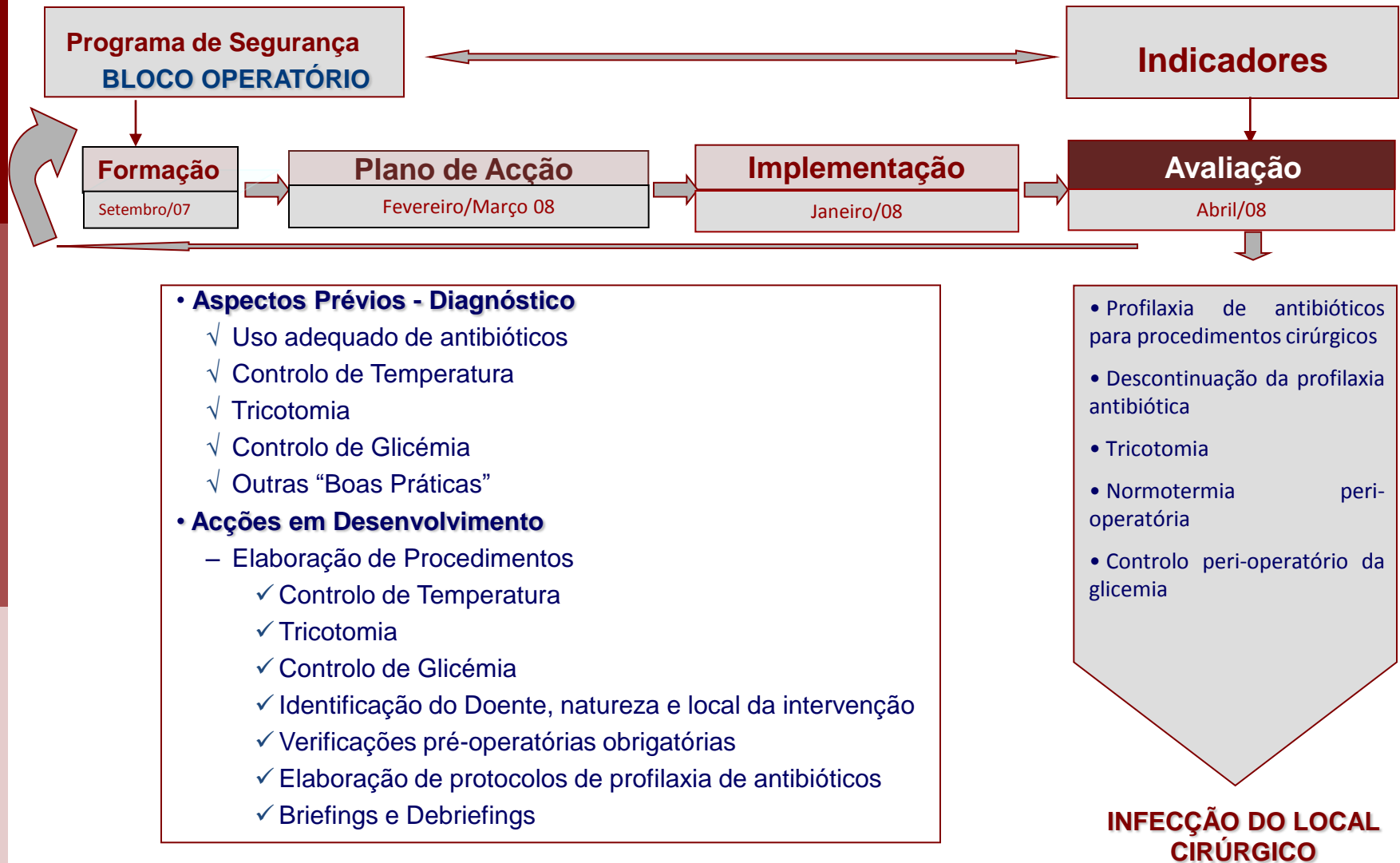
- Impressos
- Base de Dados
- Apresentação dos Dados

↓ Pneumonia associada à ventilação

↓ Infecção Sistémica associada a Dispositivos Médicos

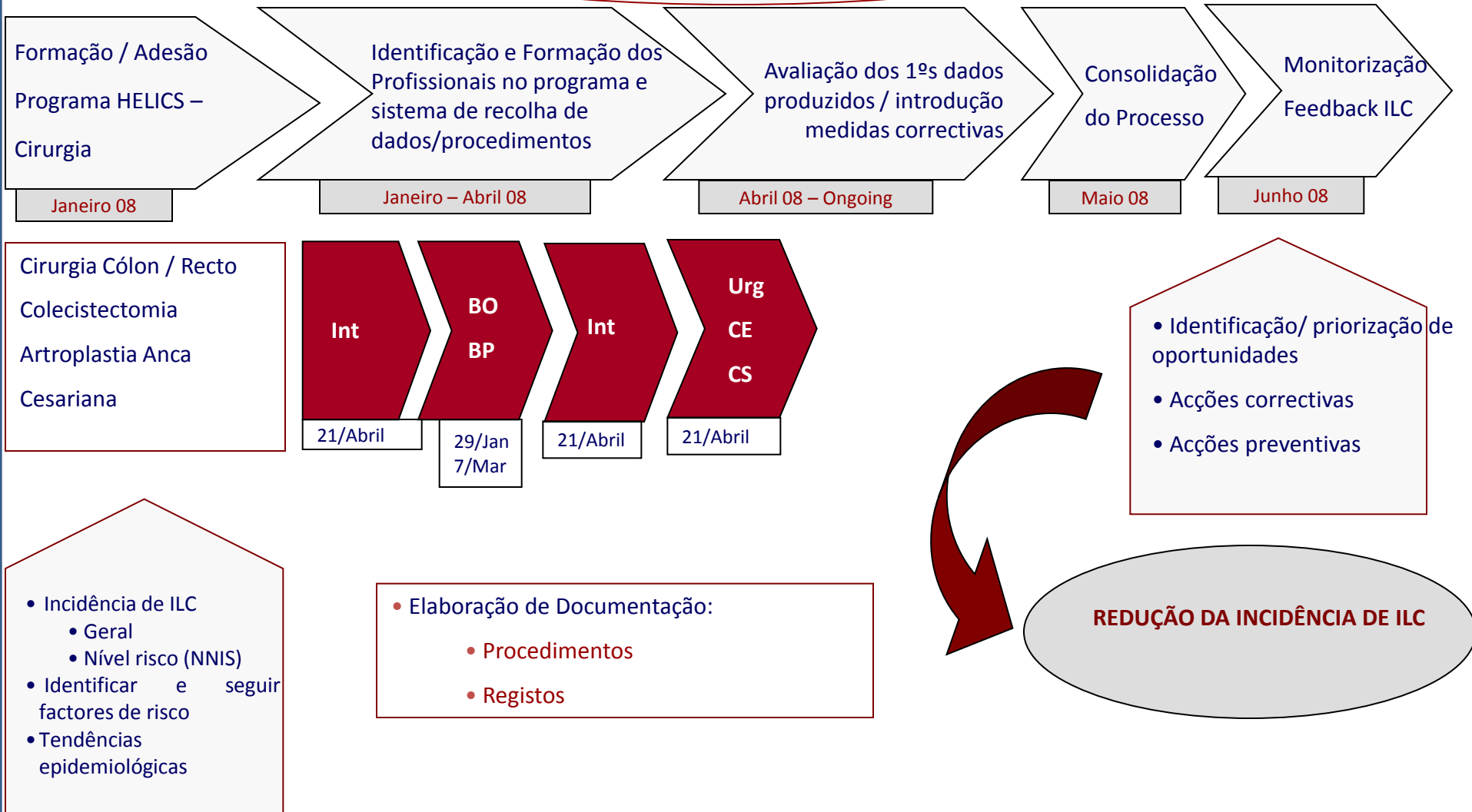
**MORTALIDADE
DEMORA MÉDIA**

Programa de Segurança do Doente - BO



HELICS Cirúrgia

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA IL Cirúrgico



- Comunicação
- Escutar o doente → 90% diagnósticos
- Ponderar técnicas
- Emoções (inteligência emocional)
- Trabalho em equipa

- Simplificar / facilitismo

Fontes de Identificação do Risco

- Normas - padrões de Qualidade (CHKS e ISO)
- Sistema de gestão - Relato de **ocorrências**
- Relatórios de Incidentes e Acidentes
- Reclamações
- Avaliações de Risco Clínico:
 - Relato de erros de medicação
 - Relatos de quedas
 - Prevalência – incidência das úlceras de pressão
- Avaliações de Saúde & Segurança
- Auditorias internas (processo clínico, plano de cuidados, consentimento informado, PRU)
- Auditorias externas (CHKS e ISO)
- Requisitos profissionais
- Dados de Controlo de Infecção
- Inquéritos de Satisfação de Utentes
- Alertas – Indicadores relevantes de riscos

HFF / DQ / GGR

Onde estamos?

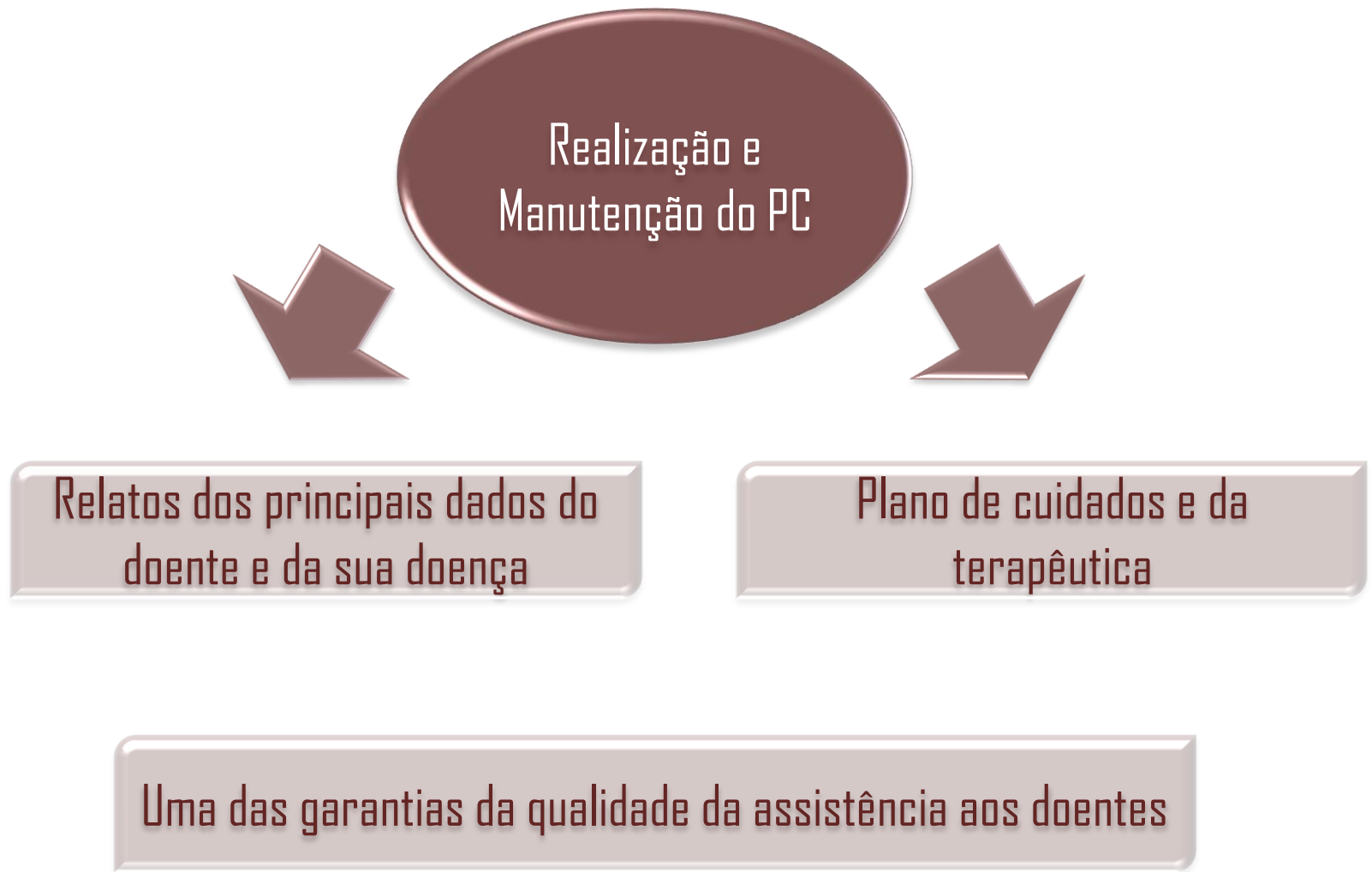
- Auditorias práticas clínicas
- Auditorias práticas Enfermagem
- Auditorias Processo Clínico desde 2005 - mensal- 4%
- Monitorização da adesão ao Consentimento Informado
- Check List Bloco operatorio
- Monitorização Indicadores da Qualidade e Segurança / mensal
- Benchmarking IQIP
- Benchmarking IASSIST - iametrics
- Comunicação de ocorrências
- Notificação dos Erros de Medicação
- Benchmarking Helics
- Monitorizamos as Quedas
- Monitorizamos a incidência das Úlceras de Pressão
- Reclamações
- Reanimações
- Infecção nosocomial - Comissão de Controlo de Infecção
- Triagem Manchester
- Indicadores do Serviço de Urgência

- Escolher quais as intervenções que podem mudar alguma coisa
- Como se mede a qualidade dos cuidados
- O preço das não qualidade

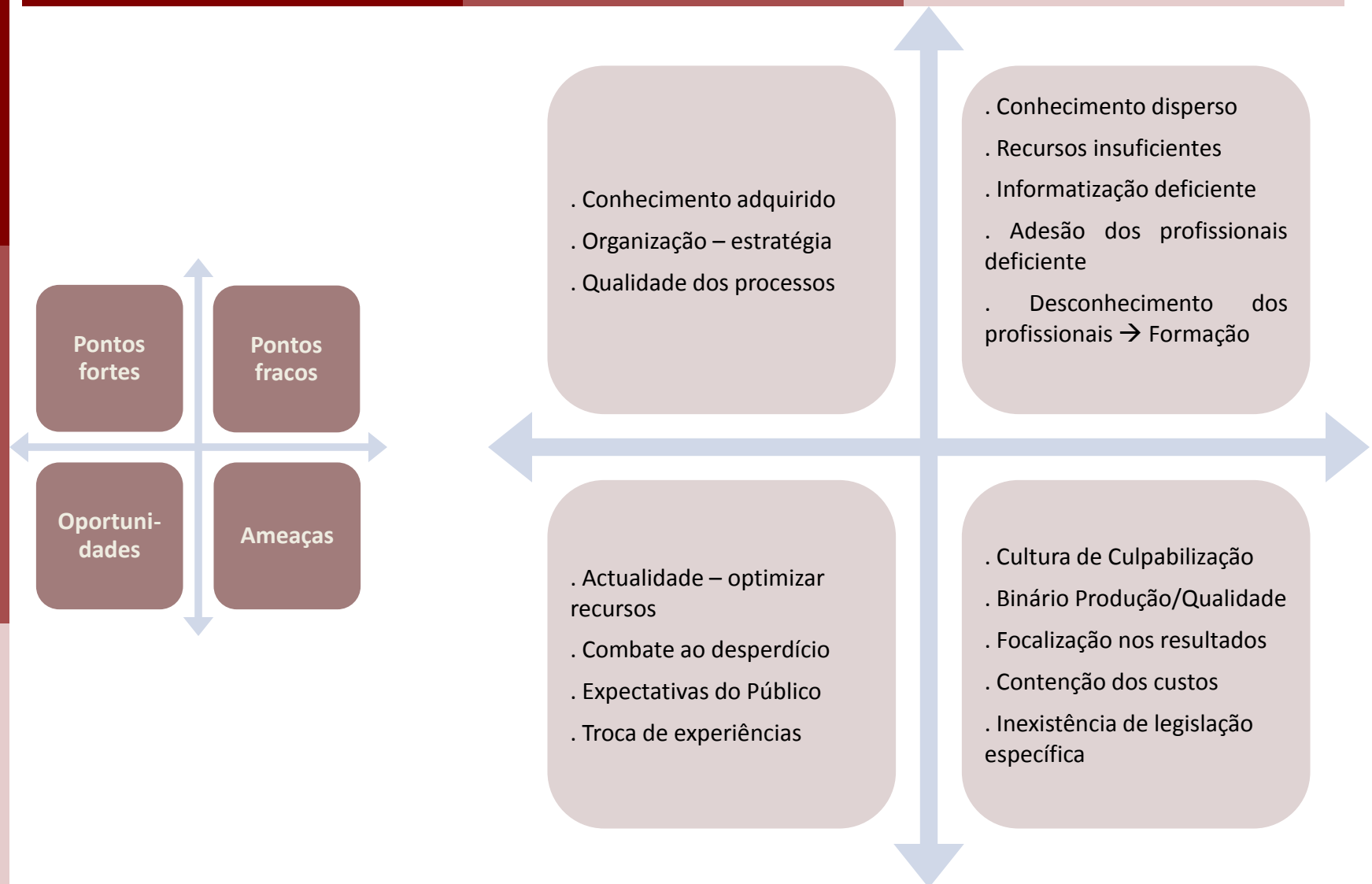
Úlceras de pressão - não qualidade

- Aumento demora média
- Aumento infecções, resistências, reservatório
- Aumento consumo, AB, ...
- Aumento da mortalidade

Processo Clínico



SWOT

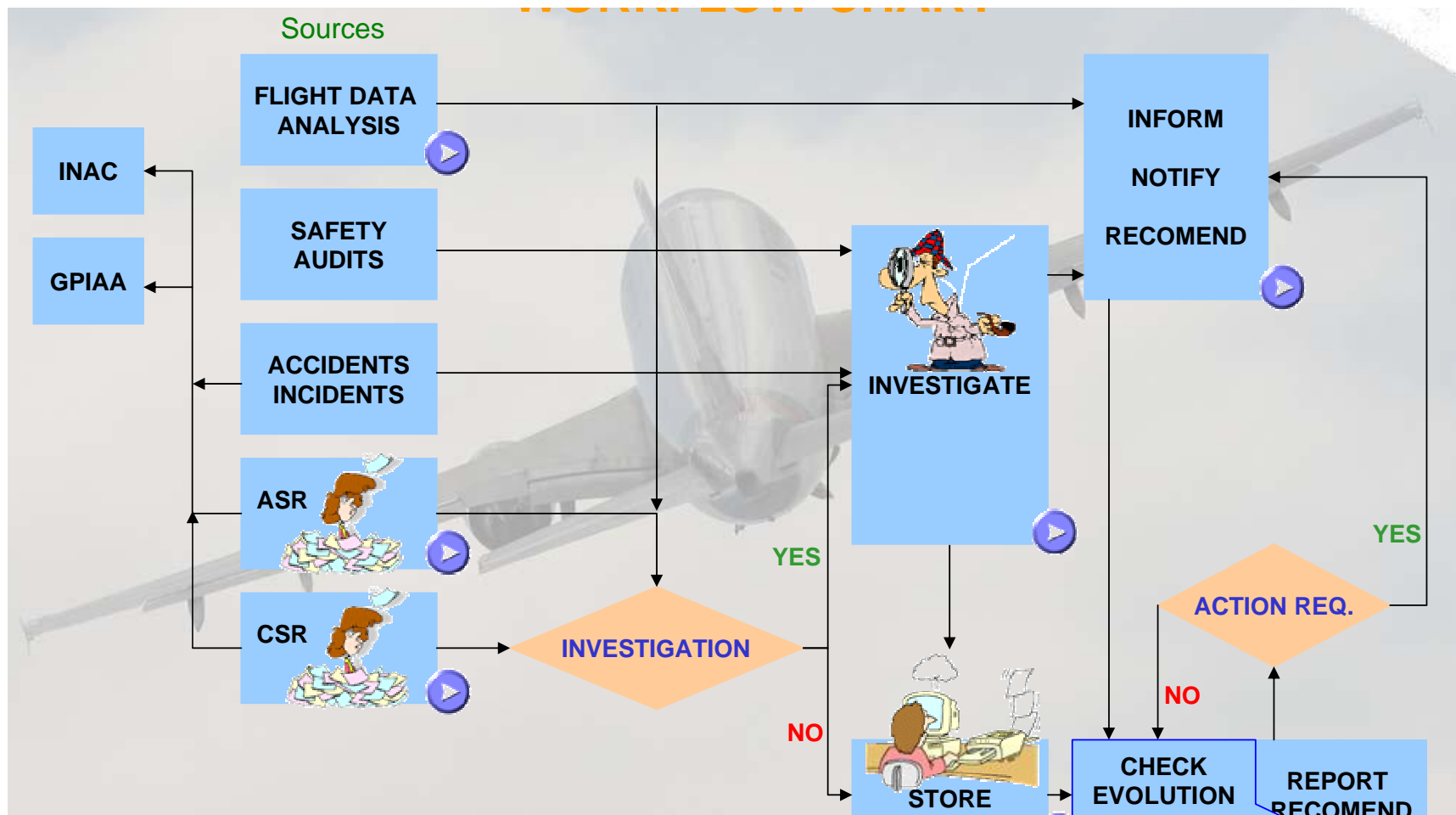


O Futuro

- Auditorias práticas clínicas
 - Acessos venosos - 72 h
 - Higienização das mãos
 - CUSPs
 - SPs
 - Pré- op profilaxia AB
 - Consentimento informado
- Auditorias práticas clínicas
 - Laparoscopia
 - Endoscopia (nº pólipos, tempo médio de retirada na colonoscopia, taxa de complicações...)

O Futuro

- Alertas – Triggers
 - Transferências para UCIs inesperadas
 - Reintervenções inesperadas
 - Readmissões
 - Antibióticos de largo espectro (cirurgia)
 - Antídotos Vit K, Flumazenil, Naloxona...
 - Análises: Hiper Na, creatinina, INR...

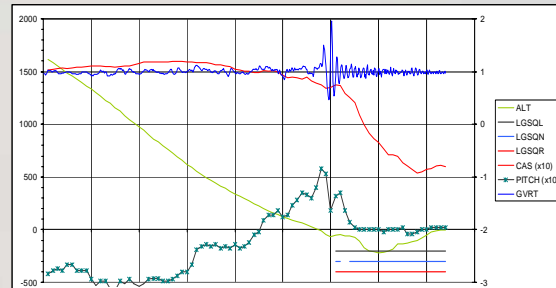


Riscos

Investigação

Análise de parâmetros de voo

Sistema de reporte



(1) SIC - C/C	(2) DATA:	(3) PERCURSO
Nº TAP	/ /	DE: PARA: Nº VOO:
(4) EQUIPAMENTO:	(5) MATRICULA	AEROPORTO ALTERNATIVO:
<input type="checkbox"/> B737 <input type="checkbox"/> A320 <input type="checkbox"/> A310 <input type="checkbox"/> A319 <input type="checkbox"/> A321 <input type="checkbox"/> A340	CS -	(Se aplicável)
(6) ILUMINAÇÃO DA CABINE NA ALTURA DA OCORRÊNCIA:		
(Se aplicável)		

(7) FASE DO VOO: Assinale a(s) que se aplicam(m)

☐ Estacionamento à partida ☐ Push-back ☐ Rolagem ☐ Take-off ☐ Linha de subida (até 10 000')
☐ Cruzeiro ☐ Em espera ☐ Descida ☐ Aproximação ☐ Aterragem ☐ Rolagem ☐ Estacionamento à chegada

(8) OCORRÊNCIA - Assinale a(s) que se aplicam(m):

<input type="checkbox"/> LOCALIZAÇÃO INCORRECTA DE PAX EM FILA DE EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> EMBARQUE DE PAX INCAPACITADOS <input type="checkbox"/> EXCESSO DE BAGAGEM DE MÃO <input type="checkbox"/> ARTIGOS PERIGOSOS TRANSPORTADOS POR PASSAGEIROS (DANGEROUS GOODS) <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO ALCOOLIZADO OU SOB EFEITO DE DROGAS <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO UNRULY/DISRUPTIVE (Se aplicável preencher RDP) <input type="checkbox"/> INCIDENTE COM FUMADORES (Complete quadro Nº 9) <input type="checkbox"/> ACTIVACÃO DE SMOKE DETECTORS <input type="checkbox"/> VIOLAÇÃO DE SMOKE DETECTORS <input type="checkbox"/> USO DE EQUIPAMENTO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> AVARIA NOS SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO <input type="checkbox"/> AVARIAS DE EQUIP. QUE POSSAM CAUSAR FERIMENTOS EM PAX/CREW <input type="checkbox"/> AVARIAS EM ESTAÇÃO DE EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> EQUIP. DE EMERGÊNCIA INEXISTÊNCIA OU INOPERATIVIDADE	<input type="checkbox"/> TURBULÊNCIA: REDUZIDA MÉDIA SEVERA <input type="checkbox"/> QUEDA DE OBJECTOS DE BAGAGEIRAS <input type="checkbox"/> ABERTURA OCASIONAL DE PSU <input type="checkbox"/> DESPRESSURIZAÇÃO <input type="checkbox"/> ATERRAAGEM DE EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> ESTADO DE ALERTA <input type="checkbox"/> CABIN CREW AT STATIONS <input type="checkbox"/> EVACUAÇÃO DO AVIÃO <input type="checkbox"/> CONTACTOS COM O COCKPIT ABAIXO DOS 10 000' POR RAZÕES DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> FOGO/FUMO/GASES TÓXICOS <input type="checkbox"/> INSUFLAÇÃO DE MANGA <input type="checkbox"/> PREPARAÇÃO DE CABINE <input type="checkbox"/> DOENÇA A BORDO/FRESTAÇÃO DE PRIMEIROS SOCORROS <input type="checkbox"/> AVISO DE BOMBA/HIJACKING <input type="checkbox"/> MEDIDAS DE SEGURANÇA (AEROPORTOS) <input type="checkbox"/> INUNDAÇÃO DE LAVABO/GALLEY <input type="checkbox"/> OUTROS
--	---

(9) INCIDENTE COM FUMADORES		
	SIM	NÃO
Foi feito discurso a reforçar a proibição de fumar?		
O sinal de NÃO FUMAR estava ligado?		
O passageiro recusou-se a cumprir a ordem de não fumar?		
O passageiro evocou desconhecimento da política de fumadores da Empresa?		
O passageiro estava a fumar no seu lugar?		
O passageiro estava a fumar no lavabo?		
Se respondeu sim à pergunta anterior, o Smoke Detector funcionou?		
O Comandante foi informado da ocorrência?		

(12) RELATO DA OCORRÊNCIA MENCIONANDO APENAS FACTORES RELEVANTES:

(12) RELATO DA OCORRÊNCIA - CONTINUAÇÃO

RESPONDA ÀS SEGUINTES QUESTÕES, SE CONSIDERAR QUE SE APLICAM À OCORRÊNCIA:

(13) O QUE CORREU BEM ? PORQUÊ?

(14) O QUE CORREU MAL ? PORQUÊ?

(15) QUE SE PODE APRENDER COM A OCORRÊNCIA?

(16) O QUE FARIA DIFERENTE EM SITUAÇÃO SEMELHANTE?

(17) O QUE ACHA QUE PODERIA SER FEITO PARA EVITAR SITUAÇÕES SEMELHANTES NA TAP?

Programa de Análise de Voo

- **PODEROSO** instrumento de análise das operações de voo;
- Detecta **AUTOMATICAMENTE** os desvios (events) em relação aos procedimentos pré estabelecidos e processa o arquivo da base de dados correspondente;
- Permite saber **O QUE** realmente aconteceu, embora o **PORQUÊ** obrigue a uma análise e a consulta à tripulação técnica;

- **É PROACTIVO.** Quando uma tendência é detectada, possibilita a tomada de acções correctivas, antes que um acidente sério ou um acidente aconteça;
- Induz **AUTO DISCIPLINA** nas tripulações;

Se não medir resultados, não distingue entre o êxito e o fracasso

Se não reconhecer o êxito, não pode recompensar

Se não recompensar o êxito, provavelmente recompensa o fracasso

Se não reconhecer o êxito, não pode aprender com ele

Se não reconhecer o fracasso, não pode corrigir

Se não exhibir resultados, não ganha reconhecimento dos outros

David Osborne

O Doente como gestor da sua doença

INFORMAÇÃO		PROFISSIONAIS		RELAÇÃO CUIDADOR-UTENTE
		<p>Aumento do nível de confiança</p> <p>Permite avaliar os standards de qualidade adoptados, melhorá-los ou corrigi-los</p>		
INFORMAÇÃO		UTENTES		RELAÇÃO CUIDADOR-UTENTE
		<p>Melhor acesso do utilizador à sua informação clínica</p> <p>Participação dos representantes dos utilizadores nos processos de tomada de decisão sobre desenvolvimento dos serviços Utilizadores/doentes são tratados como parceiros</p> <p>São ouvidos</p> <p>São correctamente informados</p> <p>Há tempo para a relação cuidador-doente</p> <p>Aceitação / compreensão das suas necessidades face à doença</p> <p>Facilita a comunicação</p> <p>Responsabilização do doente</p>		

ESTRATÉGIAS DA QUALIDADE EM ALINHAMENTO COM OS OBJECTIVOS

Gestão do Risco

Riscos associados à Gestão, organizacionais e estratégico, Prática clínica (medicação, infecção, etc), Competência e formação dos profissionais, Informação e documentação, Equipamento, Financeiro, Ambiental, Planos de contingência

Qualidade Clínica

Informação clínica, Prática de medicina baseada na evidência, Auditoria clínica, Indicadores / *Accountability*

Integração dos instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade

EFICÁCIA NA GESTÃO

Gestão integrada do sistema

Gestão dos Processos Clínicos

LIDERANÇA

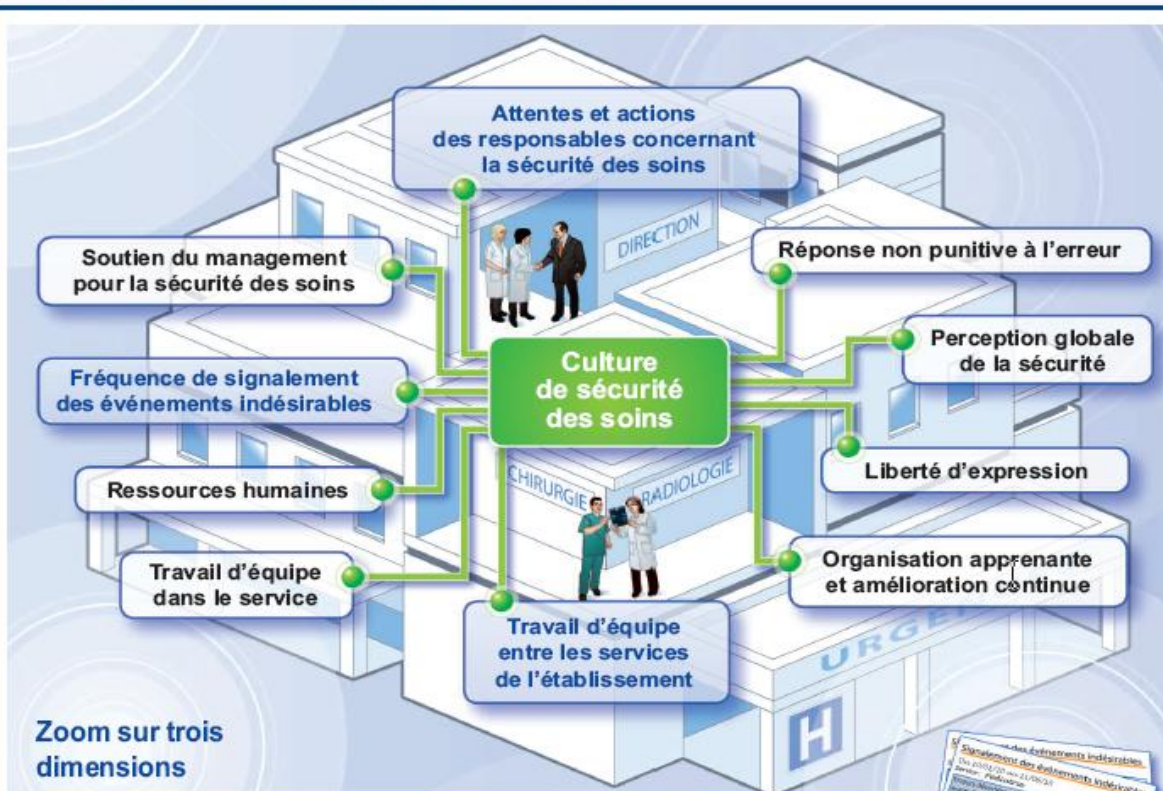
Ambiente seguro

Trabalho em equipa

Profissionais qualificados / competências chave

CULTURA DE APRENDIZAGEM





Zoom sur trois dimensions

Travail d'équipe entre les services de l'établissement

- les services coopèrent et se coordonnent afin de fournir aux patients des soins de qualité ;
- il est rarement déplaisant de travailler avec le personnel des autres services ;
- il y a rarement des problèmes lorsque d'importantes informations concernant les soins des patients sont transmises entre les services et au cours des changements d'équipe.



Fréquence de signalement des événements indésirables

Les erreurs suivantes sont signalées :

- les erreurs détectées et corrigées avant d'avoir affecté le patient ;
- les erreurs qui n'ont pas le potentiel de nuire au patient ;
- les erreurs qui peuvent nuire au patient, mais qui restent finalement sans effet.

Tableau des événements indésirables

Service	Nombre
Service de soins intensifs	2
Service de soins de suite et de réadaptation	0
Service de soins de longue durée	1

Attentes et actions des responsables concernant la sécurité des soins

Les responsables :

- valorisent le personnel quand le travail est réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins ;
- prennent en considération les suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins ;
- ne négligent pas la sécurité lorsqu'il faut travailler plus rapidement, et ne négligent pas les problèmes récurrents de sécurité des soins.



- Indicações
- Polypectomia
- Coagulação
- Vigilância MEWS

A cultura da segurança dos cuidados é colectiva.

Isso significa que valores de segurança de um grupo, constituem um comportamento comum.

A cultura da segurança dos cuidados pode ser abordada através de inquéritos de percepção realizados com questionários individuais e auto-administrados:

A percepção dos profissionais sobre questões de Segurança são agrupadas e são medidas.

Existe uma ligação entre as percepções das questões sobre segurança e informação dos profissionais e a frequência de ocorrência de certos eventos adversos.

.

A Qualidade :

"Na Alemanha, é uma obsessão com as normas;

"No Japão, é a perseguição da perfeição

"Na França, é um luxo

"Nos Estados Unidos, significa que 'isso funciona'

"Na Austrália, é a Qualidade do Relacionamento da Equipa".

Em Portugal...

Controlo de qualidade

