



Construindo uma Cultura de Segurança

3as Jornadas de Enfermagem do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.

Patrícia Fernandes

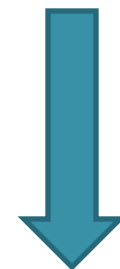
patricia.arfernandes@gmail.com

Lisboa, 19 de Maio de 2011





44000 a 98000 mortes/ano




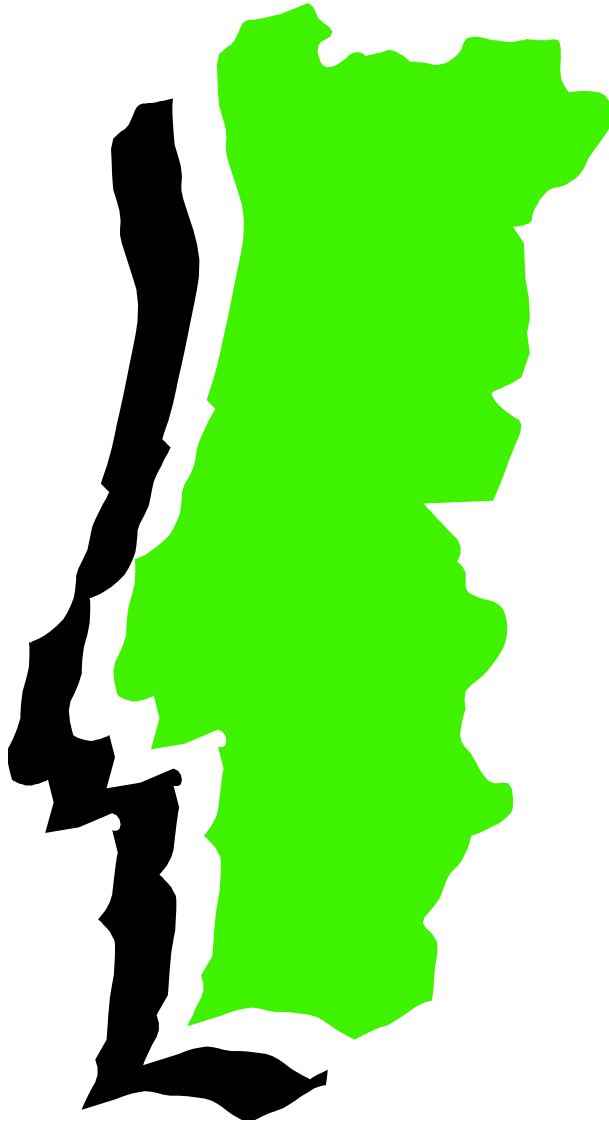
ERROS MÉDICOS

(Fragata e Martins, 2006)

Cuidados de saúde mais
mortíferos do que acidentes
viação, cancro e SIDA

(Deskin e Hoye, 2004)

- 
- Inglaterra – em 1999, 400 doentes sofreram reacções adversas a dispositivos médicos. Reacções adversas a fármacos – 10000 doentes
 - Espanha – 9,3% dos doentes internados em 2005 sofreram efeitos adversos, 42,8% dos quais poderiam ter sido evitados
 - A União Europeia estima que 8% a 12% dos doentes internados sejam vítimas de eventos adversos
 - Países desenvolvidos – 7,5% a 10,4% têm reacções adversas a fármacos. 28% a 56% dessas reacções são evitáveis



Estimativas

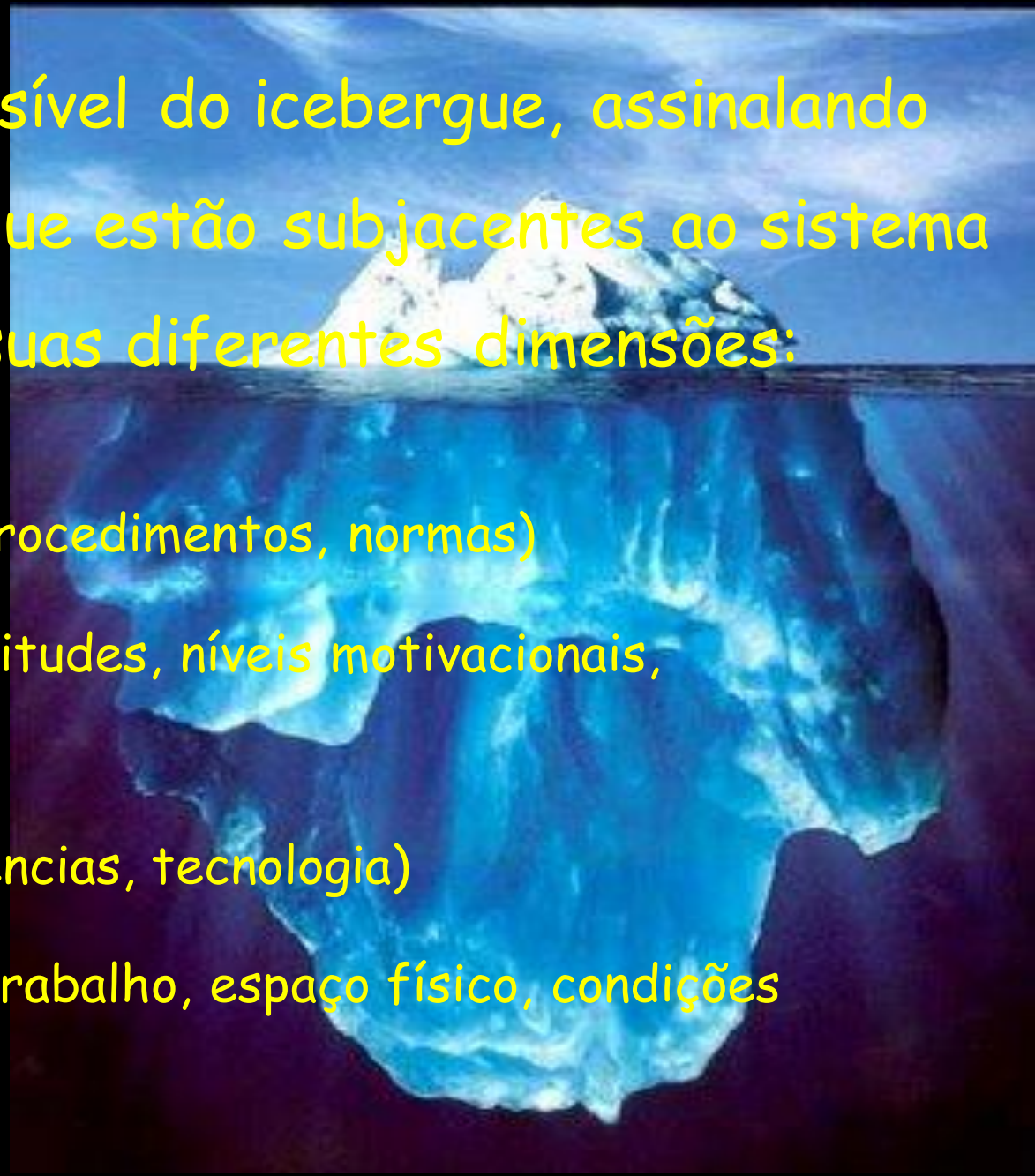
1300 a 2900 mortes
anuais, provocadas
por erros médicos
(Fragata e Martins, 2006)



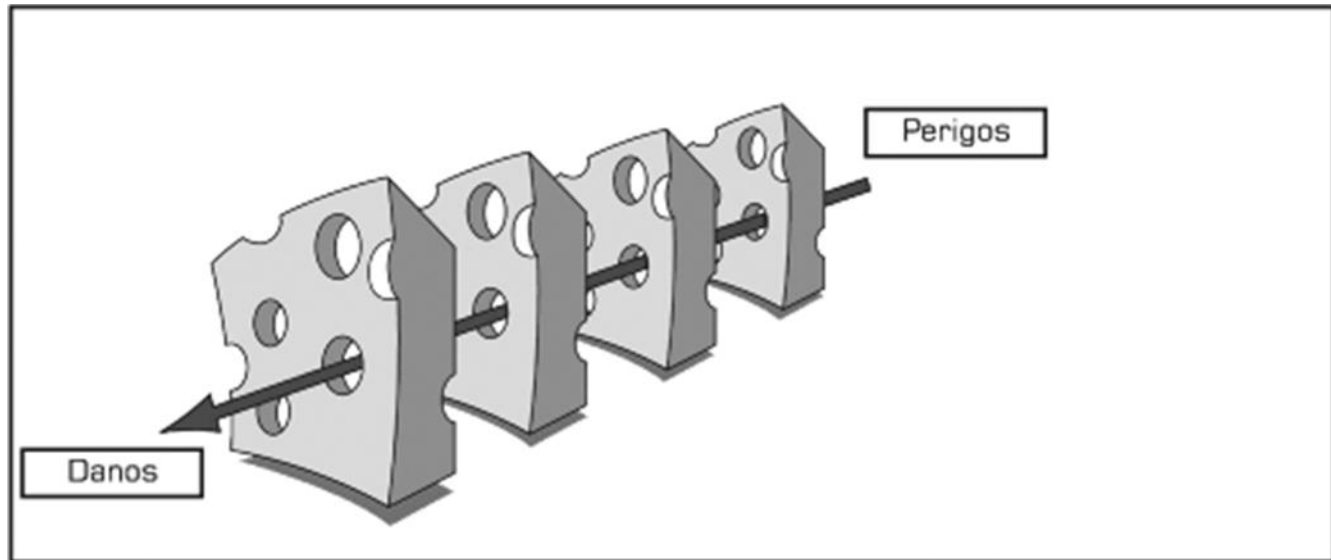
Eventos adversos – provavelmente a maior causa de mortalidade e morbidade em todo o mundo (Ashid, 2008)

O ERRO é a parte visível do icebergue, assinalando causas estruturais que estão subjacentes ao sistema organizacional, nas suas diferentes dimensões:

- Formal (objectivos, procedimentos, normas)
- Informal (cultura, atitudes, níveis motivacionais, conflitualidade)
- Tecnologia (competências, tecnologia)
- Física (condições de trabalho, espaço físico, condições ambientais, ...)



Quando um acidente acontece é normalmente devido a uma sucessão infeliz de erros (Fragata, 2006, 193)

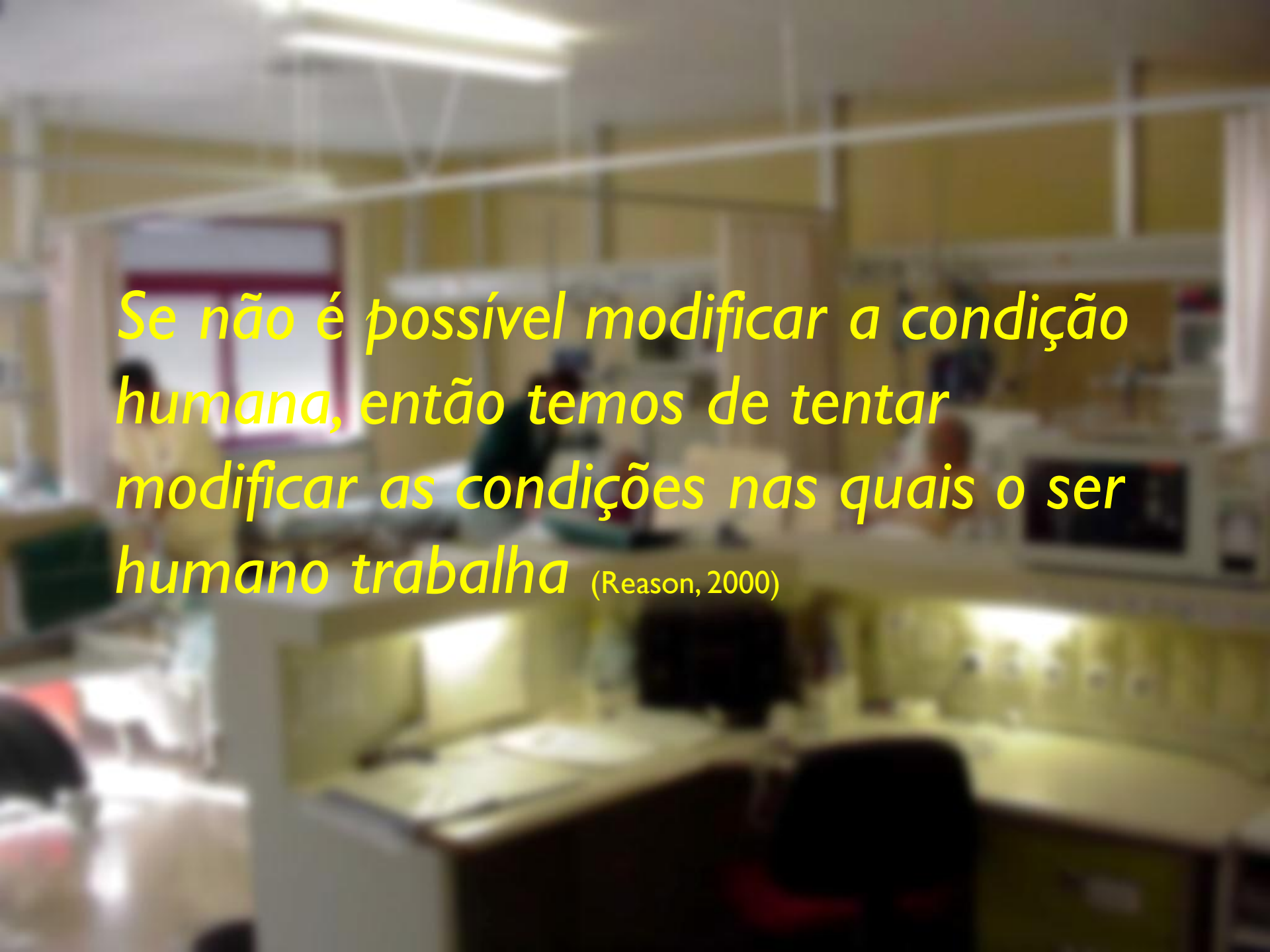


Fonte: Reason, 2000.

O acidente resulta do alinhamento, num determinado momento de causas, chamadas “**buracos de segurança**”

Falhas activas – cometidas pelos seres humanos (lapsos, enganos, violações de regras)

Falhas passivas – problemas do sistema, da organização



Se não é possível modificar a condição humana, então temos de tentar modificar as condições nas quais o ser humano trabalha (Reason, 2000)



European Commission
DG Health and Consumer Protection



Patient Safety – Making it Happen!



Présidence luxembourgeoise
du Conseil de l'Union européenne

- *World Alliance for Patient Safety (2004)*
- *National Agency for Patient Safety (2004)*
- *Declaração do Luxemburgo (2005)*

(França, 2005)

Cultura de Segurança





Cultura de Segurança

É o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e modelo de comportamento, que determina o compromisso para com a gestão de uma organização saudável e segura (ACSNi referido por Antonsen, 2009; Choudhry, Fang, Mohamed, 2007; Cooper, 2000; Westat, Sorra e Nieva, 2004)


Uma cultura de segurança é uma cultura informada (Reason, 2000)

Cultura de Segurança

Associação entre a cultura e a ocorrência de erros de medicação e infecções (Ashid, 2008)

- 3 sub-componentes:
 - Cultura de reporte
 - Cultura justa
 - Cultura de aprendizagem

(Reason, 1997 referido por Fragata, 2006)



*We can only be sure to improve what we can
actually measure*

Lord Darzi

Caracter multidimensional

- Apoio dos líderes da organização
- Trabalho de equipa
- Comunicação aberta
- Resposta não punitiva ao erro
- Staff / Recursos humanos
- ...


(Westat, Rockville et al 2008)

SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)

Before induction of anaesthesia ▶▶▶▶▶▶▶▶ Before skin incision ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Before patient leaves operating room

SIGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
<input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED • IDENTITY • SITE • PROCEDURE • CONSENT	<input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE	NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM: <input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED
<input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE	<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM • PATIENT • SITE • PROCEDURE	<input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)
<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED	ANTICIPATED CRITICAL EVENTS	<input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)
<input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING	<input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?	<input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED
DOES PATIENT HAVE A: <input type="checkbox"/> KNOWN ALLERGY? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?	<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT
<input type="checkbox"/> DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE	<input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN	



- 
- Evidência crescente da relação entre a dotação de enfermeiros e a ocorrência de eventos adversos (ex. Quedas de doentes, erros de terapêutica, IACS, readmissões) (OE, 2006)
 - Impacto das dotações nas:
 - Taxas de mortalidade
 - Taxas de morbilidade
 - Readmissões
 - Redução de complicações no pós-operatório
 - ...

(OE, 2006)

Uma CULTURA DE SEGURANÇA, é essencialmente, uma cultura onde TODOS estão conscientes do seu papel e da sua contribuição para a organização e são responsáveis pelas consequências das suas acções.





Elementos Essenciais para uma Cultura de Segurança Eficaz

- Compromisso Líderes da Organização
- Definição da Segurança como uma prioridade
- Compromisso de todos os profissionais na melhoria contínua

(IOM, 2004)

A segurança emerge da interacção dos vários componentes do sistema; não se limita à ausência de falhas ou à prevenção ou minimização das mesmas (Pedroto, 2006, 168)



Bibliografia

- Antonsen, Stian (2009), safety Culture and the issue of power. *Safety Science* 47, 183-191.
- Ashid, J. e colaboradores (2008), *Summary of the Evidence on Patient Safety*. World Health Organization.
- Choudhry, Rafiq M., Fang, Dongping e Mohamed, Sherif (2007), Developing a Model of Construction Safety Culture. *Journal of Management in Engineering* 23(4), 207-212.
- Comissão das Comunidades Europeias (2008), Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre a Segurança dos Doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, COM (2008) 836 *Working paper*, Bruxelas.
- Cooper, M. D. (2000), Towards a Model of Safety Culture. *Safety Science* 36, 111-136.
- Deskin, William C. E Hoye, Robert E. (2004), Another Look at Medical Error. *Journal of Surgical Oncology* 88, 122-129.
- Fragata, José e colaboradores (2006), *Risco Clínico: complexidade e performance*. Almedina.
- Fragata, José e Martins, Luis (2006), *O Erro em Medicina: perspectivas do individuo, da organização e da sociedade*, Almedina.
- França, Margarida (2005), Qualidade e Segurança na ordem do dia. *Instituto da Qualidade em Saúde* 13, 23-25
- Institute of Medicine (2004), *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Institute of Medicine.
- Ordem Enfermeiros (2006), *Dotações Seguras salvam Vidas*, Conselho Internacional de Enfermeiros, Dia Internacional do Enfermeiro.
- Pedroto, Isabel (2006), Risco Clínico e Segurança do Doente. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia* 15 (3), 168-173
- Reason, James (2000), Human Error: models and management. *BMJ* 320, 768-770.
- Westat, Rockville et al (2008), Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2008 Comparative Database Report, AHRQ Publication No.08-0039 *Working Paper*, United States.
- Westat, Rockville; Sorra, Joann e Nieva, veronica (2004), Hospital Survey on Patient Safety, AHRQ Publication No. 04-0041 *Working Paper*, United States



*The journey of a thousand miles begins
with one single step*

(Latsu)

Muito Obrigada